

Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS

Miser sur les collectivités locales pour une réelle efficacité du réseau de la santé et des services sociaux

Mémoire déposé dans le cadre des consultations du ministère de la Santé et
des Services sociaux portant sur le projet de loi 15

Déposé le 23 mai 2023

AVANT-PROPOS

Le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC) remercie la Commission de la santé et des services sociaux de l'invitation à présenter son avis sur le Projet de loi 15. L'analyse et les recommandations formulées dans le présent mémoire s'appuient sur notre pratique professionnelle et sur notre vision de ce qui peut contribuer à améliorer la santé globale de la population. Elles s'inscrivent également en continuité avec le mémoire du RQIIAC soumis à la Commission de la santé et des services sociaux dans le cadre du Projet de loi 10.

D'entrée de jeu, nous désirons souligner le peu de temps octroyé pour analyser les tenants et aboutissants de ce projet de loi et pour y réagir. Les consultations en cours sont essentielles pour permettre aux député·es de connaître les besoins et l'opinion des groupes concernés, de même que pour anticiper les impacts potentiels ou les angles morts qui peuvent avoir échappé au législateur. À l'instar de nombreux groupes, nous déplorons les délais précipités entre l'annonce et la tenue des audiences de la Commission, qui ont laissé nombre d'acteurs essentiels de côté. Nous estimons qu'une réforme de cette ampleur aurait mérité plus de temps de consultation, afin d'établir un véritable débat démocratique permettant à l'ensemble des acteurs clés de se prononcer et d'être entendus, dont les groupes communautaires en santé et services sociaux et les groupes de défense des droits.

Le Projet de loi 15 – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace arrive une dizaine d'années après la dernière grande réforme en santé et au lendemain d'une pandémie sans précédent dans l'histoire. Bien que certains éléments semblent intéressants, nous émettons quelques réserves, à savoir s'il s'agit du levier le plus pertinent pour assurer un meilleur accès aux services de santé et aux services sociaux ainsi que pour agir en prévention sur les déterminants de la santé. Nos observations et préoccupations s'articulent autour de quatre grands thèmes, soit : 1) l'ancrage local et l'exercice de la responsabilité populationnelle qui y est reliée; 2) une structure de gouvernance décentralisée et démocratique 3) une approche communautaire en santé et 4) l'autonomie des organismes communautaires et le recours au privé pour compléter l'offre de services du réseau public. Pour aborder ces enjeux, nous formulons des recommandations qui seraient à même, selon nous, de bonifier le Projet de loi 15.

Le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC)

Incorporé depuis 1988, le RQIIAC est un OBNL qui réunit, sur une base volontaire, la majorité des organisateur·rices communautaires (OC) du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Lieu de réflexion collective et de partage d'outils d'intervention, le RQIIAC agit à titre de promoteur de la pratique d'organisation communautaire et d'acteur de changement social (1). Le RQIIAC contribue aussi à l'avancement des connaissances et collabore avec des chercheur·es issu·es de diverses universités au Québec, afin de documenter des pratiques d'interventions collectives innovantes, soutenues par les OC en CI(U)SSS.

L'organisation communautaire en CISSS et CIUSSS

La pratique professionnelle de l'organisation communautaire qui s'exerce dans le RSSS depuis plus de 50 ans (1972-2023) représente une forme d'intervention collective en travail social distinctive au Québec. Elle "[...] s'appuie sur une vision globale et qui s'adresse en priorité à des populations affectées par des problèmes sociaux, dans une visée de changement social. S'articulant à partir du territoire vécu, généralement à une échelle locale, l'organisation communautaire est pratiquée en soutien à une communauté géographique, d'identité ou d'intérêt, selon une approche ascendante. L'organisation communautaire vise l'amélioration des conditions de vie, la réduction des inégalités sociales, le développement du pouvoir d'agir, la participation citoyenne, ainsi que l'inclusion sociale, en cohérence avec des valeurs de respect, d'autonomie, de solidarité, de démocratie et de justice sociale (2)."




Au cœur de la mission des CLSC, nombreux sont les auteur·es relatant le rôle-clé que l'organisation communautaire a joué dans la mise sur pied du réseau de ces derniers, en mobilisant les forces vives des communautés territoriales. Au regard de l'offre de services en CISSS et CIUSSS, l'organisation communautaire est complémentaire aux interventions individuelles et curatives. Cette pratique professionnelle constitue un des maillons significatifs en matière de promotion et de prévention de la santé. Actuellement, on compte 428 postes en organisation communautaire, répartis dans chacun des CISSS et CIUSSS, dont la pratique est définie dans un cadre de référence.

1- Ancrage territorial et responsabilité populationnelle

1.1. Les leçons de la pandémie liée à la COVID-19 : l'importance de l'ancrage territorial et de la responsabilité populationnelle

Lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré la pandémie au début de l'année 2020, le RSSS n'était absolument pas prêt à y faire face. Les premiers signes concrets d'éclosion dans les CHSLD ont peiné à être relayés aux décideur·ses au sommet des structures des CISSS et CIUSSS, qui se sont avérées inefficaces pour réagir aux signaux d'alerte qui se multipliaient en provenance du terrain. Le cas du CHSLD Herron, à Montréal, a causé une onde de choc à travers la province, en illustrant comment l'établissement privé et le CIUSSS ont failli à leur devoir de protection du public.



En pleine crise de santé publique, nous avons par la suite assisté à une transformation sans précédent de la gestion des établissements, vers une véritable décentralisation des pouvoirs, pour mener une vaste campagne de prévention et de vaccination à l'échelle nationale. Animés par un objectif commun très clair, celui de freiner la progression du coronavirus, des cellules de coordination locales, incluant des professionnel·les du terrain, des organismes communautaires et des représentant·es de groupes citoyens ont été structurées. Dans la foulée, une plus grande marge de manœuvre et davantage de ressources ont également été octroyées aux gestionnaires territoriaux, ce qui a permis de mettre en place des stratégies adaptées aux réalités des différentes communautés locales, et ainsi rejoindre les populations vulnérables. Alors que le système de santé public est souvent décrit comme rigide et sclérosé, il est devenu, du jour au lendemain, souple, agile et attentif aux besoins exprimés par la population.

Par leur ancrage et leur présence au cœur de collectivité, la contribution des organisateur·trices communautaires a été une des clés du succès de ce grand mouvement. Le RQIIAC a d'ailleurs documenté leur contribution spécifique dans le contexte de la pandémie et prépare un document-synthèse qui positionne l'importance de cette contribution dans les contextes plus généraux d'urgence (sanitaire, environnementale ou autre) (3).

1.2. L'ancrage territorial

Telle que présentée plus haut, l'organisation communautaire est une pratique professionnelle caractérisée par un ancrage territorial, puisque l'intervention implique de tenir compte des particularités du territoire administratif, mais surtout de celles du territoire vécu.

Alors que le territoire administratif désigne un espace géographique dont les frontières sont établies par une administration selon l'une ou l'autre de ses fonctions (CSSS, MRC, etc.), le territoire vécu se traduit par des rapports d'appartenance, qui sont l'un des moteurs principaux de l'action collective et de l'engagement.

Comme le mentionne le MSSS [4], c'est dans le milieu de proximité d'une communauté que la cohésion sociale et les réseaux communautaires se créent. En effet, c'est en se reconnaissant dans un référent territorial que les populations, les institutions et les organisations parviennent à bâtir ensemble des actions collectives (Bourque, 2012; Caillouette et Morin, 2007; Duperré, 2004 dans RQIIAC, 2020 [5]).

Le Projet de loi 15 affirme la volonté de respecter la configuration géographique actuelle du réseau, en préservant les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS). Aussi, l'un des objets du Projet de loi 15 est de décentraliser le système de santé et de services sociaux, par la création de conseils d'établissement, afin d'assurer une gestion de proximité (article 1 et 132). Nous souhaitons attirer l'attention sur le caractère imprécis entourant les notions de territoire, et d'établissement territorial, évoquées plus d'une centaine de fois dans le projet de loi. Il nous apparaît important de les définir.

De plus, selon l'article 27, le ministre s'octroie le pouvoir de redéfinir les différents territoires avec la seule consultation de Santé Québec, sans pour autant impliquer les partenaires concernés ni la population générale. Nous craignons que cette possibilité menace l'ancrage territorial lié à l'exercice de la responsabilité populationnelle.



1.3 L'exercice de la responsabilité populationnelle

La réforme du RSSS en 2003 (réforme Couillard) introduit la notion de responsabilité populationnelle, c'est-à-dire qu'elle confie aux établissements de santé et de services sociaux le mandat légal de maintenir et d'améliorer l'état de santé de la population sur l'ensemble de leur territoire. Plus précisément, la responsabilité populationnelle se traduit de trois façons : 1) un accès juste et équitable aux services de santé et de services sociaux pour l'ensemble de la population; 2) un soutien et un accompagnement adaptés afin que tout citoyen·ne puisse avoir accès aux services nécessaires; 3) une intervention sur les déterminants sociaux de la santé. Dans le cadre de ce mandat, les établissements doivent travailler de concert avec l'ensemble des partenaires pouvant influencer l'état de santé de la population (RQIIAC, 2020) (6)

Dans le même sens, la mission CLSC des établissements consiste à offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants, à la population du territoire qu'il dessert, des services de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, ainsi que des activités de santé publique.

Les établissements qui assument cette mission doivent s'assurer que les personnes ayant besoin de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs proches soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient fournis à l'intérieur de ses installations ou dans le milieu de vie des personnes, c'est-à-dire à l'école, au travail ou à domicile. Au besoin, il s'assurera que ces personnes soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide (MSSS, 2023) (7)

L'Assemblée nationale a reconnu, par l'adoption d'une motion unanime le 6 avril 2023, que la mission des CLSC doit être maintenue dans son intégralité et la notion de responsabilité populationnelle doit être préservée [8]. Ceci revêt une grande importance, puisque la définition même d'une santé communautaire participative était évacuée du projet de loi initial, par l'abrogation des articles 1 et 2 de l'ancienne LSSSS et ces principes sont très difficilement repérables à l'intérieur des articles 117, 119, 346 et 347. De plus, le projet de loi 15 ne fait mention qu'une seule fois des déterminants sociaux de la santé et de la volonté d'agir sur ces déterminants (art. 29 alinéa 4). Ainsi, nous craignons que la notion de responsabilité populationnelle ne soit confiée uniquement à l'opérationnel et oubliée des instances stratégiques et décisionnelles que sont les conseils d'établissements et le conseil d'administration de Santé Québec.

Considérant que le RSSS québécois vivra une nouvelle réforme, qu'une motion de l'Assemblée nationale a été nécessaire pour protéger un point névralgique de notre réseau, nous sommes en droit de nous demander : est-ce que Santé Québec sera en mesure de prendre en compte les multiples particularités des communautés locales (rurale ou urbaine ; favorisée ou défavorisée ; présence de jeunes familles ou population vieillissante; population immigrante, etc.)? D'établir et de maintenir des liens significatifs avec elles ? Comment pourra-t-elle soutenir adéquatement les communautés locales où se concentrent des personnes en situation de pauvreté, de marginalité et d'exclusion ?



Recommandations

1. Intégrer au projet de loi 15 la notion de « sous-territoire local », correspondant aux territoires définis sur des bases socio-économiques, historiques et culturelles significatives, en s'assurant de la stabilité dans le temps du découpage de ces territoires locaux. (MRC, territoires de CLSC ou autre découpage prenant en compte la notion de territoire vécu). Cette référence pourrait par exemple se retrouver à l'article 37 dans la définition des territoires et à l'article 322, dans les obligations de satisfaire les besoins de la population en fonction de ces territoires.

2. Réintroduire en entièreté les articles 1 et 2 de la LSSSS, qui présentent une vision globale de la santé de la population, misant sur la prévention et la promotion de la santé.

3. À l'article 38, ajouter les services de développement des communautés territoriales, les services d'organisation communautaire et les services territoriaux de santé publique à la liste des services d'un établissement territorial, afin d'améliorer la santé des populations notamment par la responsabilité populationnelle et par le soutien à l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

4. Assurer le déploiement des services d'organisation communautaire en fonction des sous-territoires locaux, au sein de Santé Québec.

2- Décentralisation et démocratie : le remède pour un système de santé et services sociaux en manque d'agilité.

À la lumière de ces constats, il apparaît évident pour le RQIIAC que l'ancrage local et la notion de responsabilité populationnelle doivent s'exercer via une structure de gouvernance véritablement décentralisée et démocratique.

Décentralisation

Alors que le gouvernement plaide pour une plus grande décentralisation du système de santé et de services sociaux, nous déplorons le fait que le Projet de loi 15 repose sur une structure de gouvernance centralisée, dépourvue d'instances décisionnelles locales. Dans les faits, l'actuel projet de loi ne semble proposer qu'un alourdissement de structures, impliquant l'ajout de paliers supérieurs détendant les pouvoirs décisionnels, sans proposer aucun remède concret au déficit démocratique local qui s'est creusé depuis la réforme Côté en 1991, avec trois vagues successives de fusions d'établissements. D'emblée, la question se pose : comment conjuguer la notion de décentralisation au transfert de l'entité du RSSS vers une société d'État ? Par ailleurs, celle-ci sera-t-elle soumise aux lois canadiennes en matière de santé ?

Loin d'être décentralisée, la structure de Santé Québec risque d'éloigner davantage les instances décisionnelles des réalités locales, tout en rendant les programmes et services plus rigides et inadaptés à ces dernières.



Nous nous questionnons fortement sur la capacité de la future société d'État d'entendre et de pouvoir considérer les besoins et les enjeux d'une communauté. Si les membres des différents comités proposés sont pour la plupart nommés (articles 31, 46, 49, 67, 107, 122, 127, 129, 130, 135, 138 entre autres), le projet de loi ne spécifie pas toujours la façon dont les personnes pourront y siéger et à qui ces dernières devront se rapporter. Nous recommandons de restaurer une imputabilité démocratique au palier local, en accordant les pouvoirs décisionnels nécessaires à une instance locale, afin de favoriser une meilleure adaptation des soins et services aux besoins particuliers des communautés.

Démocratisation

Pour l'instant, la création de conseils d'établissement à l'échelle territoriale nous semble insuffisante quant à leur rôle, leur composition et les pouvoirs limités qui lui sont confiés. Nous souhaitons souligner nos préoccupations concernant les cinq sièges dévolus aux usager·ères. Ne disposant que de leur expérience personnelle de soins et services et n'étant pas forcément lié·es aux comités des usagers de l'établissement, ces usagers seront difficilement à même de porter une parole collective et de représenter les usager·ères. De plus, quelles modalités seront mises en place pour favoriser l'implication de citoyen·nes vulnérables et/ou marginalisé·es? En ce qui concerne les personnes siégeant aux autres sièges, comme ceux réservés au milieu des affaires et au milieu municipal, par quel(s) mécanismes, seront-elles nommées? À qui seront-elles redevables?

Le RQIIAC propose la création de conseils consultatifs locaux en santé comme une avenue intéressante à explorer, à l'instar des idées avancées par M. Michel Clair dans le cadre des présentes consultations. Toutefois, pour que ceux-ci aient une contribution significative, trois conditions nous apparaissent essentielles : la démocratie dans leur composition, l'imputabilité des services de santé et services sociaux envers les conseils et un pouvoir décisionnel effectif. Une réelle démocratisation signifie que les représentant·es sur ces conseils locaux doivent être élu·es démocratiquement ou encore nommées par des collèges électoraux représentatifs d'organisations de la communauté. Dans cet ordre d'idée, nous croyons que les gestionnaires des établissements locaux devront également s'y rapporter, afin que les stratégies d'intervention soient cohérentes et modulées en fonction des besoins des populations et non pas uniquement en fonction des impératifs de résultats déterminés à Québec. Le retrait de représentant·es élu·es dans les conseils d'administration du RSSS au fil des réformes est une erreur historique que nous avons maintenant l'opportunité de corriger.



Recommandations

5. Afin de restaurer une imputabilité démocratique au palier local et octroyer des marges de manœuvre importantes pour l'adaptation des services aux besoins particuliers des communautés, nous recommandons de rendre obligatoire pour chacun des établissements la création de conseils consultatifs locaux dans chacun des sous-territoires locaux (MRC, territoires de CLSC ou autre découpage prenant en compte la notion de territoire vécu). Cette nouvelle disposition pourrait être insérée à l'article 125.


6. À l'article 126, le mandat des conseils consultatifs locaux pourrait être élargi en ajoutant la formulation de recommandations sur la prestation et l'adaptation des services dispensés dans les installations du territoire local désigné et la possibilité d'organiser des consultations publiques sur les services de santé et de services sociaux du territoire local.

7. À l'article 127, concernant la composition des conseils consultatifs locaux, ceux-ci sont formés de personnes et d'organisations représentatives de la société civile du territoire qui sont concernées par les enjeux de santé et services sociaux. Ces organisations doivent être représentatives des différents groupes d'intérêt dans leur communauté locale: organisations communautaires, citoyen-nes, par exemple. organisations communautaires, citoyen-nes, par exemple.

L'imputabilité démocratique de ces personnes est essentielle. Celles-ci doivent être élues ou désignées par des collèges électoraux de leur secteur d'activité et non nommées par le conseil d'établissement.

8. Art-107 - ajouter des sièges réservés dans les conseils d'établissement (au niveau CISSS et CIUSSS) pour des représentante-s désigné-es par chacun des conseils consultatifs locaux de leur territoire, et ce, pour assurer une meilleure prise en compte des besoins locaux en termes de santé et services sociaux au niveau des établissements.

9. Art. 107- S'assurer que les personnes occupant des sièges destinés aux usager-ères ou des milieux particuliers soient élues ou nommées par des organisations démocratiques du territoire, par exemple des comités d'usagers ou des organisations représentatives d'un secteur d'activité. Il faut éviter que les membres des conseils d'établissement se représentent eux-mêmes sans aucun lien avec la collectivité. Prévoir des mécanismes de soutien et d'accompagnement des usagers en préparation aux rencontres de conseils d'établissements, afin de favoriser une réelle participation.



3 - Pour un retour à une véritable approche de santé et services sociaux communautaire

Un élément préoccupant pour le RQIIAC est l'évacuation des approches de prévention et de promotion de la santé, pour se concentrer majoritairement sur la prise en charge et le traitement de la maladie. Le Projet de loi n'aborde pas les facteurs reliés à l'environnement social, physique ou économique, et ce, de l'échelle individuelle à l'échelle collective. Pourtant, il est reconnu que près de 75 % de l'amélioration de la santé de la population qui est survenue depuis le XXe siècle est attribuable à l'amélioration des conditions de vie des personnes qui la composent. Par conséquent, seule une proportion de 25 % de cette amélioration est due à l'amélioration de l'accès aux soins de santé et services sociaux ou à la bonification de ces derniers (9)

La Charte d'Ottawa (1986) [\[10\]](#) préconise d'ailleurs cinq stratégies en promotion de la santé. L'interaction entre les déterminants de la santé tels que le revenu, l'éducation, l'accès au logement et les réseaux de soutien social et l'état de santé est de plus en plus documentée. Ajoutons à cela les grands bouleversements en cours et à venir en lien avec l'adaptation aux changements climatiques et ses effets sur la santé (canicules, inondations, migrations, etc.). Il est essentiel d'agir globalement en soutien aux personnes les plus vulnérables ou marginalisées, en se concentrant sur les déterminants de la santé dans une approche préventive et participative.

Par leur pratique, les organisateur·rices communautaires interviennent tant pour des actions de nature préventives que pour favoriser l'accès aux soins et services. Pour y arriver, l'élément de base est le développement des communautés locales selon la définition du Collectif des partenaires en développement des communautés (CPDC). C'est lorsqu'une communauté est organisée que les citoyen·nes trouvent plus facilement les services dont ils ont besoin et c'est aussi lorsqu'une communauté est organisée qu'elle peut rapidement réagir lorsque survient une crise. Pour bénéficier de cette capacité, le réseau doit, lui aussi, s'organiser rapidement. Cela exige une capacité locale de prendre rapidement des décisions et d'organiser les soins en fonction des caractéristiques et des dynamiques locales et territoriales.

En ce sens, l'article 74 prévoit la possibilité qu'une Direction de Santé publique puisse être affectée à plus d'une région sociosanitaire. Cette possibilité retirerait de l'agilité à cette dernière et nuirait à la prise en compte des spécificités territoriales des régions devant se partager une direction. À quelle échelle décisionnelle seront reliées les actions et activités en matière de prévention de promotion de la santé? Un continuum d'actions pour promouvoir, prévenir et soutenir existera-t-il? Sera-t-il sous la responsabilité de Santé Québec ou du ministère?



Recommandations

10. Attribuer une seule région sociosanitaire à une Direction régionale de santé publique, afin de préserver son ancrage territorial.

11. Assurer l'indépendance des directions régionales de santé publique dans leur mandat de vigilance de la santé de la population de leur territoire.

4 - L'autonomie des organismes communautaires et le recours au secteur privé pour compléter l'offre des services publics


L'autonomie des organismes communautaires

Dans cette section nous aborderons plus spécifiquement le recours aux organismes communautaires dans le but, collectivement, d'assurer de façon continue l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés visant à satisfaire les besoins sociosanitaires et les particularités de cette population (art. 346). Nous constatons que 27 articles visent les relations des organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux (OCASSS) avec Santé Québec. La loi-15 nous convie à un défi de taille : préserver la place de l'action communautaire autonome face à la culture d'une société d'État.

Depuis la réforme des années 1990, la LSSS reconnaît l'apport des organismes communautaires autonomes au réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La politique de reconnaissance des organismes communautaires (2002) a confirmé cette reconnaissance de la contribution des organismes communautaires autonomes au développement de la société, notamment dans le domaine de la santé et

des services sociaux. Les rapports entre les organismes communautaires autonomes et les établissements de santé et de services sociaux portent sur trois aspects : le financement, le partenariat et le soutien aux organismes.

L'organisation communautaire en CI(U)SSS soutient la mise en place, le développement et la consolidation de nombreux organismes communautaires en santé et services sociaux. Ce soutien professionnel est offert en tout respect de l'autonomie des organismes. Rappelons que l'on estime à près de 8 000 le nombre de groupes communautaires, dont 5000 organismes au sein du mouvement de l'action communautaire (AC) reconnu et financé au Québec, dont 4 000 qui s'associent au mouvement d'action communautaire autonome (ACA) (Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec, 2001 (11)) Parmi ceux-ci, les trois quarts œuvrent dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ancrés dans les communautés qui les ont mis sur pied, les groupes communautaires témoignent de la diversité des réponses citoyennes aux problématiques sociales présentes dans leurs milieux. Ces organismes offrent une réponse de proximité et alternative à des personnes en situation de marginalisation ou d'exclusion ; qu'on pense aux maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, aux maisons de jeunes, aux centres de jour en santé mentale, aux ressources en itinérance, etc. De ce fait, ils contribuent significativement à l'amélioration de la santé et la qualité de vie des citoyen·nes. Le rôle de ces organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux est développé en complémentarité avec celui des établissements et non au service de ces derniers.



Depuis 2020, ils ont permis d'intervenir sur les effets sociaux multiples et complexes, exacerbés par la crise sanitaire de la COVID-19 : délestage en santé et services sociaux, hausse de l'isolement social, crise de santé mentale, pertes d'emploi, augmentation de la violence conjugale, hausse du décrochage et de l'échec scolaires, augmentation de la précarité dans les secteurs les moins bien rémunérés, etc. Bien plus que des établissements de services, par leurs actions sociales concertées, ils créent des réseaux et des solidarités qui permettent la résilience des communautés. Leur organisation repose sur cette dynamique citoyenne démocratique, qui en constitue une force.

S'il est aussi vrai qu'ils offrent des services alternatifs ou complémentaires au RSSS, qu'ils peuvent bénéficier de financement du gouvernement du Québec, voire participer à des plans de services individualisés, cela n'en fait pas des organismes appartenant au réseau. Nous craignons que les organismes communautaires, notamment les OCASSS, soient réduits à un rôle de prestataires de services, au détriment de leur autonomie et de leurs actions de transformations sociales. Pour ce faire, il importe de s'assurer que les organismes communautaires ne soient jamais assimilés à de simples fournisseurs de services au même titre que les entreprises privées.

Le RQIIAC estime donc que les règles de partenariats entre Santé Québec et les organismes communautaires ne doivent pas avoir pour effet de limiter leur mission globale au profit des objectifs du RSSS. Il nous apparaît prioritaire de préserver la nature de l'action communautaire autonome et l'esprit partenarial d'égal à égal en reconnaissance des expertises qui devraient prévaloir dans les relations entre le gouvernement et les OCASSS.

Le recours aux fondations privées en santé et services sociaux

Les fondations philanthropiques sont présentes sur le territoire québécois et soutiennent de nombreux organismes communautaires à travers plusieurs initiatives. Celles-ci déploient leurs actions dans plusieurs champs d'activité couverts par les programmes publics, dont les deux principales missions de l'État, soit la Santé et l'Éducation. Si leur soutien est souvent apprécié par les organismes, il importe de s'assurer que l'État québécois demeure le soutien principal de la mission des organismes, en cohérence avec la Politique de reconnaissance de l'action communautaire.

Sur le terrain, nous constatons les écueils liés à une présence accrue de fondations, qui se voient confier une forme de sous-traitance gouvernementale dans la gestion de financements. Malheureusement, la pérennité du soutien philanthropique ne peut être garantie comme peut l'être le soutien à la mission des organismes par l'État. De plus, puisque les financements offerts visent souvent à augmenter l'offre de services directs aux personnes pour combler les besoins de base comme l'insécurité alimentaire, ceux-ci risquent d'agir sur les symptômes plutôt que sur les causes de la pauvreté, en individualisant les interventions. Nous recommandons de prendre acte du bilan qui avait été fait du partenariat sur 10 ans entre la Fondation Chagnon et le gouvernement [\[12\]](#), afin d'éviter de répéter les mêmes erreurs.

CONCLUSION

Recommandations

12. Consulter les organismes communautaires sur l'ensemble des éléments du projet de loi les concernant avant leur adoption, notamment les articles suivants : 89, 92, 346, 431-451, 530-532, afin d'établir un véritable débat démocratique permettant à l'ensemble des acteurs clés de se prononcer et d'être entendus, dont les groupes communautaires en santé et services sociaux et les groupes de défense des droits.

13. Assurer le respect de l'essence et des principes de l'action communautaire autonome par la future société d'État et reconnaître leur autonomie. (Art. 432. Un organisme communautaire qui reçoit une subvention [...] définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches).

14. Conséquemment, consolider le financement à la mission des organismes communautaires du Québec, prioritairement au développement d'ententes de collaboration ou de service avec le Réseau de la santé et services sociaux.

15. Préserver l'ensemble des politiques convenues précédemment avec le milieu communautaire, notamment la politique de reconnaissance de l'action communautaire.

16. Maintenir les espaces de consultation et de concertation existants avec les organismes communautaires, et ce, tant aux niveaux national, régional que sous-régional et local.

17. Compte tenu des inquiétudes évoquées plus haut, le RQIIAC recommande une large réflexion collective sur le rôle et la place des fondations philanthropiques, précisément dans le système public de santé et services sociaux québécois.

Conclusion

L'expérience de développement territorial et collectif des cinquante dernières années ainsi que l'expérience plus récente de la pandémie nous permettent d'affirmer que l'agilité et l'efficacité du RSSS reposent sur un changement de perspective à l'égard des soins et services en matière de santé et de services sociaux. En effet, le RSSS doit être enraciné dans les communautés locales qu'il dessert, tout en mobilisant les forces vives de celles-ci pour faciliter la création de milieux de vie favorables, ainsi que le déploiement de soins et services adaptés aux besoins de la population. Cet enracinement dans les territoires locaux est essentiel également en vue d'opérer la transition socioécologique qui s'impose.

Enfin, nous croyons que le RSSS doit faire preuve d'humilité face à ses partenaires communautaires, eux aussi au front, en respectant leur autonomie d'action et en protégeant leur autonomie financière. Par le présent mémoire, Le RQIIAC souhaite réaffirmer des principes essentiels pour un RSSS plus efficace... et plus humain.

Pour communiquer avec nous:

coordination@rqiiac.qc.ca

Tél.: 438 493-5050



ANNEXE 1

LISTE COMPLÈTE - RECOMMANDATIONS

- 1.** Intégrer au projet de loi 15 la notion de « sous-territoire local », correspondant aux territoires définis sur des bases socio-économiques, historiques et culturelles significatives, en s'assurant de la stabilité dans le temps du découpage de ces territoires locaux (MRC, territoires de CLSC ou autre découpage prenant en compte la notion de territoire vécu). Cette référence pourrait par exemple se retrouver à l'article 37 dans la définition des territoires et à l'article 322, dans les obligations de satisfaire les besoins de la population en fonction de ces territoires.
- 2.** Réintroduire les articles 1 et 2 de la LSSSS qui présentent une vision globale de la de la population, misant sur la prévention et la promotion de la santé.
- 3.** À l'article 38, ajouter les services de développement des communautés territoriales, les services d'organisation communautaire et les services territoriaux de santé publique à la liste des services d'un établissement territorial, afin d'améliorer la santé des populations notamment par la responsabilité populationnelle et par le soutien à l'action sur les déterminants sociaux de la santé.
- 4.** Assurer le déploiement des services d'organisation communautaire en fonction des sous-territoires locaux, au sein de Santé Québec.
- 5.** Afin de restaurer une imputabilité démocratique au palier local et octroyer des marges de manœuvre importantes pour l'adaptation des services aux besoins particuliers des communautés, nous recommandons de rendre obligatoire pour chacun des établissements la création de conseils consultatifs locaux dans chacun des sous-territoires locaux (MRC, territoires de CLSC ou autre découpage prenant en compte la notion de territoire vécu). Cette nouvelle disposition pourrait être insérée à l'article 125.
- 6.** À l'article 126, le mandat des conseils consultatifs locaux pourrait être élargi en ajoutant la formulation de recommandations sur la prestation et l'adaptation des services dispensés dans les installations du territoire local désigné et la possibilité d'organiser des consultations publiques sur les services de santé et de services sociaux du territoire local.
- 7.** À l'article 127, concernant la composition des conseils consultatifs locaux, ceux-ci sont formés de personnes et d'organisations représentatives de la société civile du territoire concerné par les enjeux de santé et services sociaux. Ces organisations doivent être représentatives des différents groupes d'intérêt dans leur communauté locale: organisations communautaires, citoyen-nes, par exemple. L'imputabilité démocratique de ces personnes est essentielle. Celles-ci doivent être élues ou désignées par des collèges électoraux de leur secteur d'activité et non nommées par le conseil d'établissement.
- 8.** Art-107 - ajouter des sièges réservés dans les conseils d'établissement (au niveau CISSS et CIUSSS) pour des représentante-s désigné-es par chacun des conseils consultatifs locaux de leur territoire, et ce, pour assurer une meilleure prise en compte des besoins locaux en termes de santé et services sociaux au niveau des établissements.
- 9.** Art. 107- S'assurer que les personnes occupant des sièges destinés aux usager-ères ou des milieux particuliers soient élues ou nommées par des organisations démocratiques du territoire, par exemple des comités d'usagers ou des organisations représentatives d'un secteur d'activité. Il faut éviter que les membres des conseils d'établissement se représentent eux-mêmes sans aucun lien avec la collectivité. Prévoir des mécanismes de soutien et d'accompagnement des usagers en préparation aux rencontres de conseils d'établissements, afin de favoriser une réelle participation.
- 10.** Attribuer une seule région sociosanitaire à une Direction régionale de santé publique, afin de préserver son ancrage territorial.
- 11.** Assurer l'indépendance des directions régionales de santé publique dans leur mandat de vigilance de la santé de la population de leur territoire.
- 12.** Consulter les organismes communautaires sur l'ensemble des éléments du projet de loi les concernant avant leur adoption, notamment les articles suivants: 89, 92, 346, 431-451, 530-532, afin d'établir un véritable débat démocratique permettant à l'ensemble des acteurs clés de se prononcer et d'être entendus, dont les groupes communautaires en santé et services sociaux et les groupes de défense des droits.
- 13.** Assurer le respect de l'essence et des principes de l'action communautaire autonome par la future société d'État et reconnaître leur autonomie. (Art. 432. Un organisme communautaire qui reçoit une subvention [...] définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches).
- 14.** Conséquemment, consolider le financement à la mission des organismes communautaires du Québec, prioritairement au développement d'ententes de collaboration ou de service avec le Réseau de la santé et services sociaux.
- 15.** Préserver l'ensemble des politiques convenues précédemment avec le milieu communautaire, notamment la politique de reconnaissance de l'action communautaire.
- 16.** Maintenir les espaces de consultation et de concertation existants avec les organismes communautaires, et ce, tant aux niveaux national, régional que sous-régional et local.
- 17.** Compte tenu des inquiétudes évoquées plus haut, le RQIIAC recommande une large réflexion collective sur le rôle et la place des fondations philanthropiques, précisément dans le système public de santé et services sociaux québécois.

ANNEXE 2

AMENDEMENTS PROPOSÉS 1

ANNEXE 2 : amendements proposés

Recommandations qui intègrent une proposition d'amendement au projet de Loi	Article original	Articles amendés (propositions en vert)
<p>1. Intégrer au projet de loi 15 la notion de « sous-territoire local », correspondant aux territoires définis sur des bases socio-économiques, historiques et culturelles significatives, en s'assurant de la stabilité dans le temps du découpage des territoires locaux (MRC, territoires de CLSC ou autre découpage pendant en compte la notion de territoire vécu) ;</p> <p>Cette référence pourrait par exemple se retrouver à l'article 37 dans la définition des territoires et à l'article 322, dans les obligations de satisfaire les besoins de la population en fonction de ces territoires.</p>	<p>37. Le conseil d'administration de Santé Québec peut instituer, au sein de Santé Québec, des unités administratives qui sont des établissements de celle-ci.</p> <p>Un établissement de Santé Québec est un établissement public ; il est territorial ou autre que territorial.</p> <p>Au moins un établissement territorial doit être institué dans chaque région sociosanitaire.</p>	<p>37. Le conseil d'administration de Santé Québec peut instituer, au sein de Santé Québec, des unités administratives qui sont des établissements de celle-ci.</p> <p>Un établissement de Santé Québec est un établissement public ; il est territorial ou autre que territorial.</p> <p>Au moins un établissement territorial doit être institué dans chaque région sociosanitaire.</p> <p>Le territoire est subdivisé en sous-territoires locaux sur la base des découpages de CLSC, MRC ou toute autre configuration prenant en compte la notion de territoire vécu.</p> <p>Les sous-territoires locaux sont la référence pour l'organisation des services de santé et services sociaux, des services de développement des communautés et des services en prévention et promotion de la santé.</p>
<p>2. Réintroduire les articles 1 et 2 de la LSSS qui présentent une vision globale de la santé de la population, misant sur la prévention et la promotion de la santé.</p>	<p>322. L'établissement a pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à régler les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population.</p>	<p>322. L'établissement a pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à régler les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population dans chacun de ses sous-territoires locaux.</p>
<p>Intégrer dans les dispositions introductives de la loi</p> <p>Article 1 : Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.</p> <p>Il vise plus particulièrement à :</p> <p>1° réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps ;</p> <p>2° agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion ;</p> <p>3° favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes ;</p>		

ANNEXE 2

AMENDEMENTS PROPOSÉS 2

		<p>4° favoriser la protection de la santé publique ;</p> <p>5° favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale ;</p> <p>6° diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes ;</p> <p>7° atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.</p> <p>Article 2 Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :</p> <p>1° assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services ;</p> <p>2° favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être ;</p> <p>3° partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ;</p> <p>4° rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social ;</p> <p>5° tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions ;</p> <p>6° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes ;</p> <p>7° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes de différentes communautés culturelles du Québec.</p>
<p>3. À l'article 38, ajouter les services de développement des communautés territoriales, les services d'organisation communautaire et les services territoriaux de santé publique à la liste des services d'un établissement territorial, afin d'améliorer la santé des populations notamment par la responsabilité populationnelle et par le soutien à l'action sur les déterminants sociaux de la santé.</p>	<p>38. la prestation des services suivants :</p> <p>1° les services communautaires locaux ;</p> <p>2° les services hospitaliers ;</p> <p>3° les services d'hébergement et de soins de longue durée.</p>	<p>38. la prestation des services suivants :</p> <p>1° les services communautaires locaux ;</p> <p>2° les services hospitaliers ;</p> <p>3° les services d'hébergement et de soins de longue durée.</p> <p>4° les services de développement des communautés territoriales</p> <p>5° les services d'organisation communautaire</p> <p>6° les services territoriaux de santé publique</p>
<p>5. Afin de restaurer une imputabilité démocratique au palier local et octroyer des marges de manœuvre importantes pour l'adaptation des services aux besoins particuliers des communautés, nous recommandons de rendre obligatoire pour chacun des établissements la création de conseils</p>	<p>125. Le conseil d'un établissement territorial doit, à la demande d'un ou de plusieurs groupes formés d'employés ou de professionnels œuvrant au sein d'une installation de l'établissement ou de personnes appartenant à un milieu qu'il dessert, constituer un seul comité consultatif par ensemble d'installations.</p>	<p>125. Le conseil d'un établissement territorial doit, à la demande d'un ou de plusieurs groupes formés d'employés ou de professionnels œuvrant au sein d'une installation de l'établissement ou de personnes appartenant à un milieu qu'il dessert, constituer un comité consultatif permanent pour chaque sous-territoire local, regroupant un ensemble d'installations.</p>

ANNEXE 2

AMENDEMENTS PROPOSÉS 3

consultatifs locaux dans chacun des sous-territoires locaux (MRC, territoires de CLSC ou autre découpage prenant en compte la notion de territoire vécu). Cette nouvelle disposition pourrait être insérée à l'article 125.		126. Le comité consultatif est chargé de faire des recommandations au conseil d'établissement sur les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local de l'établissement relativement aux installations désignées dans la demande formulée en vertu de l'article 125 et d'établir, le cas échéant, les liens nécessaires avec les fondations des établissements ainsi qu'avec les responsables des activités de recherche. Le comité doit établir ses règles de fonctionnement.	126. Le comité consultatif est chargé de faire des recommandations au conseil d'établissement sur les moyens à mettre en place pour préserver le caractère culturel, historique, linguistique ou local de l'établissement relativement aux installations désignées dans la demande formulée en vertu de l'article 125 et d'établir, le cas échéant, les liens nécessaires avec les fondations des établissements ainsi qu'avec les responsables des activités de recherche.
6. À l'article 126, le mandat des conseils consultatifs locaux pourrait être élargi en ajoutant la formulation de recommandations sur la prestation et l'adaptation des services dispensés dans les installations du territoire local désigné et la possibilité d'organiser des consultations publiques sur les services de santé et de services sociaux du territoire local.		127. Le comité consultatif est composé de sept membres qui ont les qualités requises pour en exécuter le mandat et qui sont nommés par le conseil d'établissement. À cette fin, ce conseil doit inviter les groupes intéressés à lui fournir des listes de noms parmi lesquels il choisit les membres du comité.	127. Le comité consultatif local est composé d'un minimum de sept membres qui ont les qualités requises pour en exécuter le mandat et qui sont nommés par le conseil d'établissement. À cette fin, ce conseil doit inviter les groupes intéressés à lui fournir des listes de noms parmi lesquelles il choisit les membres du comité. Ces organisations doivent être représentatives des différents groupes d'intérêt dans leur sous-territoire local.
7. À l'article 127, concernant la composition des conseils consultatifs locaux, ceux-ci sont formés de personnes et d'organisations représentatives de la société civile du territoire concerné par les enjeux de santé et services sociaux. Ces organisations doivent être représentatives des différents groupes d'intérêt dans leur communauté locale : organisations communautaires, citoyen-nes, par exemple. L'imputabilité démocratique de ces personnes est essentielle. Celles-ci doivent être élues ou désignées par des collèges électoraux de leur secteur d'activité et non nommées par le conseil d'établissement.		107. Le conseil d'établissement est composé du président-directeur général et des personnes suivantes, nommées pour un mandat de quatre ans par le	107. Le conseil d'établissement est composé du président-directeur général et des personnes suivantes, nommées suite aux recommandations des organisations représentatives du milieu concerné, pour un mandat de quatre ans par le conseil d'administration de Santé Québec :
8. À l'article 107, ajouter des sièges réservés dans les conseils d'établissement (au niveau CISSS et CIUSSS) pour des représentante-s		107. Le conseil d'établissement est composé du président-directeur général et des personnes suivantes, nommées pour un mandat de quatre ans par le	107. Le conseil d'établissement est composé du président-directeur général et des personnes suivantes, nommées suite aux recommandations des organisations représentatives du milieu concerné, pour un mandat de quatre ans par le conseil d'administration de Santé Québec :

ANNEXE 2

AMENDEMENTS PROPOSÉS 4

<p>désigné-es par chacun des conseils consultatifs locaux de leur territoire, et ce, pour assurer une meilleure prise en compte des besoins locaux en termes de santé et services sociaux au niveau des établissements.</p> <p>9. Art. 107- S'assurer que les personnes occupant des sièges destinés aux usager-ères ou des milieux particuliers soient élues ou nommées par des organisations démocratiques du territoire, par exemple des comités d'usagers ou des organisations représentatives d'un secteur d'activité. Il faut éviter que les membres des conseils d'établissement se représentent eux-mêmes sans aucun lien avec la collectivité.</p> <p>Prévoir des mécanismes de soutien et d'accompagnement des usagers en préparation aux rencontres de conseils d'établissements, afin de favoriser une réelle participation</p>	<p>conseil d'administration de Santé Québec :</p> <p>1° cinq usagers de l'établissement ; 2° une personne provenant de chacun des milieux suivants : a) le milieu communautaire ; b) le milieu de l'enseignement et de la recherche ; c) le milieu des affaires ; d) le milieu municipal.</p> <p>De plus, le conseil d'établissement comprend le président de la fondation de l'établissement ou, s'il existe plus d'une fondation, la personne désignée en vertu de l'article 109 ou, en l'absence d'une fondation, un usager additionnel.</p>	<p>1° cinq usagers désignés par le comité des usagers de l'établissement ; 2° une personne provenant de chacun des milieux suivants : a) le milieu communautaire ; b) le milieu de l'enseignement et de la recherche ; c) le milieu des affaires ; d) le milieu municipal.</p> <p>De plus, le conseil d'établissement comprend le président de la fondation de l'établissement ou, s'il existe plus d'une fondation, la personne désignée en vertu de l'article 109 ou, en l'absence d'une fondation, un usager additionnel.</p> <p>e) Un membre désigné par chacun des conseils consultatifs des sous-territoires locaux inclus dans le territoire de l'établissement.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RÉFÉRENCES

- [1] RQIIAC (2020). Pratiques d'organisation communautaire dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec. Cadre de référence du RQIIAC, p. 5.
- [2] Idem, p. 22.
- [3] Deshaies, M-H et al. (à paraître). D'une vague à l'autre, les impacts de la Covid-19 sur l'organisation communautaire en CISSS et CIUSSS au Québec ; RQIIAC (2021). Le Cahier du RQIIAC. Positionner l'organisation communautaire en contexte de crise ; RQIIAC (2023). Énoncé sur la contribution de l'organisation communautaire en contexte de crise.
- [4] MSSS (2010). La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir. Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, 24p.
- [5] RQIIAC (2020). Pratiques d'organisation communautaire dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec. Cadre de référence du RQIIAC
- [6] RQIIAC (2020). Pratiques d'organisation communautaire dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec. Cadre de référence du RQIIAC, p.47-48
- [7] MSSS (2023). Établissements de santé et de services sociaux, URL <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/#clsc>
- [8] La Presse (2023). La CAQ appuie une motion visant à protéger la mission des CLSC, 6 avril 2023, URL <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-04-06/reforme-dube/la-caq-appuie-une-motion-visant-a-protger-la-mission-des-clsc.php>
- [9] Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, produire la santé, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 120p.
- [10] Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Conférence internationale pour la promotion de la santé " Vers une nouvelle santé publique ", 17-21 novembre 1986, Ottawa (Ontario), Canada, 4 p.
- [11] Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec (2001). Politique gouvernementale : L'action communautaire, une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social au Québec, Direction des communications Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 59p.
- [12] Ministère de la famille (2022). Bilan final - Activités du fonds pour le développement des jeunes enfants et de la société de gestion Avenir d'enfants 2009-2020, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 377 p.