



La Coalition des Tables Régionales
d'Organismes Communautaires

Le projet de loi n° 15

Visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

**L'autonomie des organismes communautaires dans
l'angle mort du ministre Dubé**

Mémoire de la Coalition des Tables Régionales
d'Organismes Communautaires (CTROC)
soumis à la Commission de la santé et des services sociaux
Le 19 mai 2023

375, route du 2^{ième} Rang, Maria (Québec) G0C 1Y0
514-562-3349
info@ctroc.org

Table des matières

1. La CTROC, une interlocutrice nationale	3
2. Un projet de loi touffu... et confus	4
3. La décentralisation, une bonne nouvelle... décevante	7
4. La grande question: qui coordonnera le PSOC régionalisé et généraliste.....	9
5. La pire erreur à éviter: l'intégration des organismes communautaires autonomes aux services publics	11
Conclusion	13
Résumé des recommandations.....	14

1. La CTROC, une interlocutrice nationale

[La Coalition des Tables Régionales d'Organismes Communautaires \(CTROC\)](#) est l'une des deux interlocutrices privilégiées du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) quant aux dossiers liés à l'action communautaire autonome. Elle s'assure notamment à ce que les orientations ministérielles respectent les pratiques, spécificités et approches reconnues des organismes communautaires autonomes. De plus, ce qui lui donne une perspective unique en tant qu'interlocutrice nationale, c'est qu'elle est composée de [15 regroupements régionaux d'organismes communautaires autonomes \(TROC et ROC\)](#) qui sont eux-mêmes les interlocuteurs privilégiés des Centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux de leur région (CISSS et CIUSSS). Dans les grandes lignes, les TROC et ROC participent à l'application des mécanismes convenus entourant les interactions avec les organismes des territoires couverts par les établissements régionaux, entre autres en regard du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) régionalisé depuis 1994. De plus, ils concertent, mobilisent, représentent, informent, promeuvent, consultent, défendent, et solidarisent les organismes de leur région, tout comme la CTROC le fait pour ses membres à l'échelle nationale.

Ensemble, la CTROC et les regroupements régionaux membres représentent au-delà de 3 400 organismes communautaires enracinés dans toutes les régions du Québec. Les retombées de leurs actions bénéficient chaque année à des milliers de bénévoles, de personnes aux prises avec différentes problématiques et de citoyennes et citoyens.

L'action communautaire autonome a pour objectif ultime l'amélioration des conditions de vie des citoyennes et citoyens.

Depuis l'adoption de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) au début des années 1990, la CTROC est intervenue à maintes reprises face aux différents projets de loi qui ont suivi. Parce que son expertise s'est développée à partir de ses assises dans les régions, la CTROC est particulièrement bien positionnée pour évaluer les impacts possibles des modifications législatives sur les réalités régionales, notamment sur la gestion de proximité, la participation citoyenne aux instances régionales, la répartition budgétaire, les spécificités locales et régionales, et la reconnaissance des organismes communautaires.

Et pourtant, la CTROC n'a pas été invitée à participer aux audiences...

En dépit de son expertise, tant en regard des enjeux nationaux que régionaux, la CTROC s'est vue refuser sa demande de présentation orale de son mémoire aux audiences portant sur le projet de loi n° 15. Comment est-ce possible alors qu'il y a une décentralisation annoncée? Comment le ministre peut-il se priver de l'expertise de la CTROC, les 15 regroupements régionaux membres, et leurs milliers de membres?

Afin d'assurer une représentation de la diversité des perspectives et des points de vue, nous recommandons :

Recommandation 1

Que le rôle d'interlocuteur de la CTROC auprès du MSSS soit pleinement reconnu, notamment par des démonstrations concrètes et cohérentes avec les responsabilités que cela implique.

Recommandation 2

Que la CTROC soit entendue dans le cadre des consultations entourant le projet de loi n° 15 du MSSS.

2. Un projet de loi touffu...

D'entrée de jeu, les modifications colossales proposées dans le PL n° 15 commandent un réel débat public permettant aux différents intervenants et intervenantes de s'en approprier le contenu. En ce sens, la CTROC endosse les revendications de la [Coalition Riposte au Plan santé](#) demandant au gouvernement de prendre le temps nécessaire pour analyser collectivement les enjeux cruciaux entourant l'organisation de la santé et des services sociaux.

Recommandation 3

Que le gouvernement mette en place une démarche rigoureuse de consultation publique permettant de répondre favorablement aux demandes, et d'entendre une diversité de points de vue.

En deuxième lieu, il s'avère difficile de couvrir l'ensemble des enjeux contenus dans un projet de loi contenant plus de 1 000 articles. Pensons seulement aux conséquences possibles liées à la mise en place d'une société d'État pour prendre soin de la santé et des services sociaux. Ou à l'assujettissement des établissements régionaux actuels aux décisions d'un conseil d'administration central réunissant des compétences en gestion immobilière, ressources informationnelles, finances, etc. Et, évidemment, à l'intrusion massive d'articles qui abordent la privatisation des services de santé et des services sociaux. Selon l'IRIS, le terme « privé » apparaît 202 fois dans le PL n° 15 contrairement à 145 pour celui de « public ».¹

¹ Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). [Réforme Dubé ou comment aller plus loin dans la mauvaise direction](#). Anne Plourde et Myriam Lavoie-Moore, 20 avril 2023.

Depuis son existence, la CTROC revendique un réseau public de santé et de services sociaux universel, accessible et gratuit. Nous aurions donc souhaité aborder les brèches que nous entrevoyons dans le projet de loi, mais nous avons fait le choix de focaliser sur nos spécificités. Cependant, nous endossons l'analyse de plusieurs acteurs sociaux² qui estiment que le PL n° 15 ouvre grand ses bras à la privatisation des services de santé et des services sociaux en faisant fi des conséquences potentiellement préjudiciables sur la qualité des soins, l'augmentation des coûts, le délestage d'activités aux organismes communautaires autonomes qui semblent être vus comme des prestataires privés de services, le caractère public et universel du régime de la santé et des services sociaux, etc.

Nous le répétons, nous endossons les multiples et importantes mises en garde de nombreux acteurs contre l'intrusion du privé dans la gestion de la santé et des services sociaux dont le rôle et les responsabilités appartiennent à l'État.

... et confus

Par ailleurs, l'emploi indistinct de certains termes pour décrire des éléments du projet de loi cause de la confusion, et ouvre la porte à de multiples interprétations possibles.³

Ainsi, l'article 1 du PL n° 15 amalgame dès le départ les termes suivants : système; composantes; services; domaine. Il y est même spécifié que Santé Québec aura la responsabilité d'encadrer et de coordonner l'activité de certains prestataires de services du domaine de la santé et des services sociaux. Nous soupçonnons que ceci englobe les organismes communautaires autonomes. Or, « [...] au-delà des services de santé et des services sociaux du réseau public, les organismes communautaires apportent une contribution originale et essentielle qui justifie un soutien de la part de l'État. [...] Issus de la communauté, ils exercent un rôle important pour le développement de services accessibles à la population, ainsi que dans la prévention des problèmes de santé et sociaux et dans la réduction des inégalités sociales »⁴; à ce titre, leur contribution dans le domaine de la santé et des services sociaux est assujettie aux orientations déterminées par les personnes qui les fréquentent, et non pas aux besoins identifiés par le réseau public.

² Par exemple, la [Ligue des droits et libertés](#), [l'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux \(APTS\)](#), [l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques \(IRIS\)](#), la [Fédération médicale étudiante du Québec](#), [Médecins québécois pour le régime public](#)

³ À titre d'exemple, les termes employés pour évoquer :

- [La santé et les services sociaux](#) : système, services, domaine, réseau.
- [Les organismes communautaires](#) : personne, groupement, prestataire de services, prestataire privé de services.

⁴ Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés, Direction des services sociaux généraux et des activités communautaires. 2023. *Cadre normatif – Programme de soutien aux organismes communautaires*, p. 1 et 2

D'ailleurs, la LSSSS reconnaît formellement que les organismes communautaires financés par le MSSS définissent librement leurs orientations, leurs politiques et leurs approches. Les mêmes dispositions ont été reconduites dans le PL n° 15 aux articles 432 et 450. Comme nous venons de le mentionner, les organismes communautaires autonomes ne relèvent pas du réseau public, et leur action vise d'abord et avant tout à répondre aux besoins des communautés qui les ont mis en place. Ceci étant dit, la majorité des organismes communautaires collabore avec le réseau public, sur une base volontaire, dans le respect de leurs missions, approches et objectifs mutuels.

Il nous apparaît que l'utilisation indifférenciée des termes mentionnés plus haut dans le PL n° 15, ainsi que dans le [Plan santé](#)⁵ du ministre Dubé, n'est pas qu'un enjeu de sémantique. Au contraire, cela soulève des enjeux d'intégration des organismes communautaires au réseau public, allant à l'encontre de l'autonomie et du statut particulier reconnu aux organismes communautaires intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Concrètement, en quoi la perte du statut particulier des organismes communautaires autonomes en santé et services sociaux serait-il si dramatique? Ne faudrait-il pas au contraire fournir ce renfort au réseau public dans l'intérêt des citoyennes et citoyens? En fait, ce n'est pas aussi simple qu'il n'y paraît car les services directs offerts à la population par les organismes communautaires représentent une partie de leur mission. Ici, il est question des activités liées à la vie associative qui permettent aux membres de leur communauté de s'impliquer, d'exercer leur influence et de développer un sentiment d'appartenance. Des actions liées à l'éducation populaire autonome où les gens qui fréquentent les organismes, tout comme l'ensemble de la collectivité, ont accès à une analyse des enjeux sociaux et de leurs impacts potentiels. Des mobilisations où toutes et tous sont invités à participer afin de faire entendre leur voix sur les sujets qui les touchent au premier plan. Bref, les organismes communautaires sont des lieux d'appartenance, des espaces démocratiques, des berceaux de transformation sociale et des sites de service. Leurs différents volets d'intervention forment un tout qui agit sur les déterminants de la santé, la prévention, et les changements sociaux. L'assujettissement des organismes communautaires aux orientations publiques en matière de services signifierait ni plus ni moins l'anéantissement de la nature même de l'action communautaire autonome.

Nous reviendrons plus loin sur l'enjeu crucial de l'intégration des organismes communautaires au réseau public, mais dès maintenant, nous recommandons une révision exhaustive des termes afin de clarifier les articles s'adressant aux organismes communautaires, en respect des encadrements légaux existants.⁶

⁵ Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications. 2022. [Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé](#), 82 p.

⁶ [LSSSS](#) (RLRQ, chapitre S-4.2)

Gouvernement du Québec, Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, [L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec](#), 2001, 59 p.

Gouvernement du Québec, [Cadre de référence en matière d'action communautaire](#), juillet 2004,

Recommandation 4

Que les termes s'appliquant aux organismes communautaires soient précisés en tenant compte du respect de leur autonomie reconnue aux articles 432 et 450.

3. La décentralisation, une bonne nouvelle... décevante

Dès l'annonce d'une refondation qui reposerait sur une décentralisation et sur une gestion de proximité des services de santé et des services sociaux, la CTROC s'est réjouie. Malmenée par les différentes réformes des quelque vingt dernières années, la gestion régionale des services reprendrait enfin du galon et viendrait répondre aux besoins spécifiques des populations de chacun des territoires, notamment en les rapprochant des prises de décision.

Force est de constater qu'en dépit de certains libellés mis de l'avant dans le PL n° 15, par exemple dans les sections portant sur les notes explicatives et sur les dispositions introductives⁷, la décentralisation telle que définie par le MSSS ne coïncide pas avec la nôtre. Ainsi, il nous semble aller de soi que décentralisation et démocratisation font la paire quand il est question de gestion de proximité. Par conséquent, le remplacement des conseils d'administration des établissements régionaux par des conseils d'établissements, non-décisionnels, et dont les membres sont nommés par le conseil d'administration de Santé Québec (art. 107), nous semble bien loin de l'objectif fixé. De plus, la composition prévue de ces conseils d'établissement n'est pas représentative du domaine de la santé et des services sociaux.

Enjeux

- Déficits démocratiques avec la disparition des instances régionales décisionnelles, la fin des séances publiques des conseils d'administration des établissements régionaux, et l'amenuisement de la participation citoyenne
- Concentration du pouvoir décisionnel dans les mains de gestionnaires de Santé Québec dont l'ancrage au niveau du terrain, et dans les régions, risque d'être inexistant

⁷ Ainsi, dans les notes explicatives, il est mentionné que : « [Ce projet de loi] a pour objet de mettre en place un système efficace [...] en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services. »

En outre, les pouvoirs octroyés au conseil d'administration de Santé Québec, dont les membres seront choisis à partir de leurs compétences de gestionnaires appliquées dans divers domaines (art. 30 et 1071), ne nous démontre pas en quoi les citoyennes et citoyens se positionneront plus près des décisions liées à l'organisation et à la prestation des services. Ce sera d'ailleurs Santé Québec qui nommera les présidents-directeurs généraux des établissements régionaux (art. 129) afin que ceux-ci veillent à l'exécution de ses décisions.

En pratique, si ces orientations sont appliquées, elles auront pour conséquence d'éliminer les séances publiques d'information, les périodes de questions et l'obligation de tenir une séance publique annuelle d'information que les conseils d'administration des établissements régionaux devaient prévoir (art. 161 et 177 de la LSSSS). En outre, leur responsabilité de définir les orientations stratégiques en conformité avec les orientations nationales et régionales (art. 171, LSSSS), et de voir à leur adoption (art. 172, LSSSS), a également été rayée du PL n° 15. Est-ce à dire qu'il appartiendra au seul PDG de décider des orientations stratégiques de toute une région? Où est-ce que les citoyennes et citoyens pourront-ils faire valoir leurs préoccupations, et s'assurer que les solutions envisagées y répondent?

Afin de permettre une réelle participation citoyenne à la détermination des orientations de leur région en santé et services sociaux, il est essentiel que les modalités permettant à la population et à ses représentant.es de s'exprimer et d'être entendues demeurent en place, voire renforcées.

Recommandation 5

Que les modalités régionales permettant à la population et à ses représentant.es de participer à la détermination des orientations de leur région soient non seulement maintenues, mais renforcées (conseil d'administration de l'établissement régional, séances publiques d'information avec périodes de questions, mécanismes de consultation notamment sur les plans stratégiques régionaux, etc.).

Parmi tous les pouvoirs qui lui sont dévolus, Santé Québec octroiera également les subventions aux organismes communautaires (art. 92, 431, 435, 445, et 446), et recevra leurs rapports d'activités et financiers (art. 433) dont elle rendra compte par la suite au ministre (art. 19.5). Ces derniers aspects soulèvent d'ailleurs beaucoup d'interrogations, entre autres en ce qui concerne la gestion du financement dédié aux organismes communautaires, plus particulièrement le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC).

4. La grande question : qui coordonnera le PSOC régionalisé et généraliste?

Depuis la régionalisation du PSOC en 1994, les établissements régionaux administrent les enveloppes financières accordées aux organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux situés sur leur territoire. Ceci implique entre autres l'analyse des demandes de soutien financier et des documents liés à la reddition de comptes, ainsi que l'attribution du financement. Chaque établissement régional s'est doté de mécanismes visant à s'assurer d'un traitement équitable envers les organismes communautaires et du respect des balises convenues. La participation des regroupements régionaux (TROC et ROC) dans l'application de processus balisés à l'intérieur de cadres régionaux, issus de travaux conjoints, s'inscrit dans cette finalité.

Cadres régionaux

Ce sont des cadres de référence balisant les interactions et le financement des organismes communautaires entre les CISSS et CIUSSS et les organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. À titre d'interlocuteurs privilégiés, les TROC et ROC sont appelés à participer à l'application du cadre de référence de leur région.

La tentation pourrait être grande d'imaginer qu'une gestion centralisée du PSOC en faciliterait l'administration. Après tout, quoi de plus simple que d'appliquer les mêmes mesures à tous les organismes communautaires dans chacune des régions? Or, cette logique comptable où la gestion du financement ne serait qu'une question de chiffres ne tient pas la route. Au-delà de l'octroi des enveloppes financières, il y a tout le reste : quels sont les organismes qui répondent aux critères pour être admissibles au financement? En cas de refus, comment les accompagner pour qu'ils procèdent à des changements? Comment intervenir dans les cas où certains d'entre eux éprouvent des difficultés à répondre aux exigences de la reddition de comptes? Comment s'assurer qu'ils ont été traités équitablement? Comment les outiller afin qu'ils puissent prendre pleinement part aux démarches de réflexion et de consultation qui auront des impacts sur les personnes qui les fréquentent?

Par ailleurs, le PSOC régionalisé est indissociable d'un autre attribut essentiel, soit son caractère généraliste. Si l'on retourne plusieurs décennies en arrière, un constat important se dégage en ce qui concerne le PSOC : son manque d'équité financière. En effet, en 1987, 29% des organismes les mieux financés recevaient 70% du total des subventions accordées. Ce déséquilibre s'expliquait entre autres par l'application d'une approche de financement par problématique, favorisant ainsi certains organismes au détriment d'autres⁸. Sept ans plus tard, le PSOC est régionalisé, et des travaux s'enclenchent alors entre le MSSS et le milieu communautaire pour baliser son transfert dans les régions, et pour mettre en place des modalités de répartition financière plus équitables. Ainsi, l'octroi

⁸ Jetté, Christian (2005). [*Le programme de soutien aux organismes communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux – Une forme institutionnelle structurante du modèle québécois de développement social \(1971-2001\)*](#). [Thèse présentée comme exigence partielle du doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal], p. 442

du financement par problématique ou par clientèle est remplacé par une répartition basée à l'heure actuelle sur sept grandes stratégies d'intervention qui regroupent des organismes communautaires autonomes provenant de différents secteurs d'activités mais dont les besoins de base en infrastructures sont sensiblement les mêmes⁹.

Malheureusement, en dépit de ces facteurs de protection visant à distribuer les enveloppes budgétaires en respect du financement à la mission, le PSOC est constamment confronté à des défis qui le ramènent en arrière. Au cours des dernières années, le financement par priorités ministérielles, la fin de l'octroi de crédits de développement régionaux en 2015, et les répartitions inéquitables entre les régions quant aux enveloppes financières destinées aux organismes communautaires ont mis à mal le PSOC régionalisé et généraliste. Et la tendance ne semble pas vouloir s'inverser avec la place de plus en plus grande laissée aux programmes-services dont les fonctions sont liées à la planification, la budgétisation, l'allocation des ressources et la reddition de comptes du réseau public (art. 89, PL n° 15). En transitant par les programmes-services, le financement du PSOC se retrouve découpé par problématique ou par clientèle, tout comme dans le passé, entraînant ainsi des disparités entre les organismes communautaires. Dans ce contexte, qui aura la responsabilité d'assurer la coordination d'un PSOC régionaliste et généraliste?

Disons-le sans détour, la reconduction des fonctions et responsabilités liées à la régionalisation du PSOC dans le PL n° 15 ne nous apparaît pas clairement. En effet, selon l'article 92, Santé Québec sera responsable du principal programme de financement destiné aux organismes communautaires. Elle verra également à la répartition interrégionale des ressources financières, et établira les mécanismes d'allocation des ressources aux établissements afin qu'ils puissent gérer les enveloppes budgétaires qui leur sont allouées (art. 93). Quelques sections traitent des règles budgétaires applicables aux subventions allouées aux organismes communautaires (ex. : art. 89, 435 et 446), mais le chapitre II précise celles entourant un programme de financement élaboré en vertu de l'article 92. Ainsi, Santé Québec versera les subventions, recevra les rapports d'activités et financiers rattachés, et les transmettra au ministre.

Cependant, en dépit de l'article 93 selon lequel les établissements gèreront les enveloppes qui leur seront allouées, le chapitre II ne laisse pas entrevoir de quelconque délégation à cet égard.

Cela soulève plusieurs interrogations :

- Qui administrera dorénavant le PSOC? Santé Québec ou ses unités administratives?
- Qui s'assurera de la coordination liée à un PSOC régionalisé et généraliste?

⁹ Par exemple, nous retrouvons généralement dans la stratégie d'intervention « milieu de vie et de soutien dans la communauté » des organismes communautaires autonomes comme des maisons de jeunes, des centres de femmes, des organismes en santé mentale, des organismes pour personnes handicapées, etc.

- L'existence des cadres régionaux se maintiendra-t-elle?
- Comment s'opérationnalisera la répartition du financement, l'analyse de la reddition de comptes, l'étude des demandes d'admissibilité, l'accompagnement aux organismes, etc.?

Dans la perspective où nous ne voyons pas comment la gestion du financement aux organismes communautaires autonomes pourrait se faire autrement que par le biais des établissements régionaux, nous recommandons :

Recommandation 6

Que le rôle et les responsabilités des établissements régionaux dans la gestion des enveloppes financières destinées aux organismes communautaires soient définis dans le respect des règles liées à un programme de financement régionalisé et généraliste.

Recommandation 7

Que la CTROC, en tant qu'interlocutrice nationale, soit consultée par Santé Québec et le MSSS pour toute répartition interrégionale de ressources financières octroyées aux organismes communautaires.

5. La pire erreur à éviter : l'intégration des organismes communautaires autonomes aux services publics

Ne nous le cachons pas, la lecture du projet de loi, et du Plan santé qui l'a précédé, est loin de nous rassurer en matière de respect de l'autonomie des organismes communautaires intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Comme mentionné précédemment, les articles 432 et 450 du PL n° 15 garantissent la liberté d'orientations, de politiques et d'approches des organismes, mais ceux-ci paraissent pourtant être assujettis à des dispositions contraires dans d'autres sections. Dès le départ, l'article 1 confère la responsabilité à Santé Québec d'encadrer et de coordonner l'activité de certains prestataires de services¹⁰ du domaine de la santé et des services sociaux, ce qui pourrait s'appliquer aux organismes communautaires. Il en est également fait mention à l'article 23. En outre, selon l'article 346, les présidents-directeurs généraux des établissements régionaux doivent voir à

¹⁰ Nous réitérons notre demande à l'effet de bien circonscrire les différents termes s'appliquant aux organismes communautaires, en respectant les articles 432 et 450, ainsi que présentée dans notre recommandation 2.

mettre en réseau les acteurs, dont les organismes communautaires, pour assurer une large gamme de services et pour répondre aux besoins socio-sanitaires des populations.

Le Plan santé est explicite à cet égard : « Le système de santé et des services sociaux québécois est un réseau immense et complexe constitué de plus de 1 600 installations de tailles et de missions très diversifiées, de près de 4 000 organismes communautaires et de centaines de cliniques et de cabinets de professionnels sur l'ensemble du territoire québécois ».¹¹ Dans la même page, l'on retrouve un organigramme intitulé *Portrait du réseau de la santé et des services sociaux* où sont spécifiquement nommés les organismes communautaires. Ceux-ci sont également listés dans un tableau faisant état du volume de soins et services rendus (p. 8). Et, pour couronner le tout, la section portant sur la « première ligne du futur » visant à offrir une porte d'entrée unique d'accès aux services identifie les organismes communautaires comme en faisant partie, au même titre que les CLSC, les groupes de médecine de famille et les urgences.¹²

Nous l'avons dit et redit au cours des dernières années, les organismes communautaires autonomes n'ont pas la responsabilité de répondre aux orientations du réseau public de la santé et des services sociaux visant à assurer une offre de services à l'ensemble de la population. Comme mentionné à l'article 345 du PL n° 15, « l'établissement territorial institué dans une région socio-sanitaire est responsable des territoires de réseaux locaux des services de santé et de services sociaux de cette région », impliquant de fait que la responsabilité populationnelle appartient à un établissement public. Dans cette perspective, les organismes communautaires ne peuvent être embrigadés dans les réseaux locaux de services (art. 346) à moins d'aller à l'encontre de leur autonomie, de leur statut particulier dans le domaine de la santé et des services sociaux, et de leurs spécificités.

En faisant le parallèle avec les articles 62, 63, 346 et 347 du projet de loi concernant la mise en place de mécanismes d'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux, tant au niveau national que régional, autant admettre que si ces orientations sont appliquées aux organismes communautaires, elles signeront l'arrêt de mort de leur autonomie. Nous le répétons, elles viennent en complète contradiction avec les articles 432 et 450, ainsi qu'avec les engagements contenus dans la politique gouvernementale sur l'action communautaire.

Pour continuer à contribuer de façon aussi significative à l'amélioration des conditions de vie de leur communauté, les organismes communautaires autonomes doivent avoir les coudées franches pour mettre en place les actions et les services identifiés par leur communauté. Ils doivent pouvoir continuer à participer sur une base volontaire à différents lieux de collaboration, ce qui implique de faire les choix qu'ils estiment les plus bénéfiques selon leurs priorités et leurs ressources.

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, [Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé](#), p. 7

¹² *Ibid.*, p. 54-55

Par conséquent, nous recommandons :

Recommandation 8

Que les organismes communautaires autonomes intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux soient exclus des articles 1, 23, 62, 63, 346, et 347.

Conclusion

Déjà, le projet de loi no 10 fusionnant l'ensemble des établissements locaux en créant un seul siège social pour couvrir l'ensemble d'une région socio-sanitaire avait soulevé beaucoup d'inquiétudes au sein des membres de la CTROC. La régionalisation, qui visait à rapprocher les décisions des citoyennes et citoyens, en respect des spécificités de chaque milieu, nous apparaissait s'éloigner grandement des orientations contenues dans ce projet de loi. Force est de constater que la décentralisation annoncée dans le PL n° 15 s'écarte encore davantage des principes liés à une réelle régionalisation, particulièrement avec la concentration du pouvoir décisionnel dans les mains d'une société d'État dont le conseil d'administration sera composé de membres possédant surtout des compétences de gestionnaires. Dans cette perspective, nous souhaitons fortement le retour, voire la bonification, d'espaces démocratiques réels permettant aux citoyennes et citoyens, aux organismes communautaires autonomes et à leurs représentants, de faire entendre leur voix dans chacune des régions.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement les organismes communautaires autonomes intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux, le contenu du PL n° 15 nous préoccupe fortement. La multitude de termes appliqués à leur endroit sans égard à leur statut particulier, les incohérences entre la garantie du respect de leur autonomie et leur désignation dans des articles allant à l'encontre de cette reconnaissance, la tendance qui semble se dégager à l'effet de récupérer leur contribution unique aux fins des besoins du réseau public, la confusion entourant le maintien d'un PSOC régionalisé et généraliste garant d'un financement à la mission équitable, et l'incertitude quant aux rôles d'interlocuteur de la CTROC et des TROC et ROC commandent de revoir à fond tous les articles qui entourent ces éléments.

À cet effet, pour éviter que les enjeux soulevés dans notre mémoire, notamment celui de l'autonomie des organismes communautaires, demeurent dans l'angle mort du ministre Dubé, nous lui demandons de prendre le temps nécessaire afin d'en analyser les impacts. Nous lui offrons notre entière collaboration afin que la population, les régions, le réseau public et les organismes communautaires autonomes sortent gagnants de cette réforme colossale.

Liste des recommandations

Recommandation 1

Que le rôle d'interlocuteur de la CTROC auprès du MSSS soit pleinement reconnu, notamment par des démonstrations concrètes et cohérentes avec les responsabilités que cela implique.

Recommandation 2

Que la CTROC soit entendue dans le cadre des consultations entourant le projet de loi n° 15 du MSSS.

Recommandation 3

Que le gouvernement mette en place une démarche rigoureuse de consultation publique permettant de répondre favorablement aux demandes, et d'entendre une diversité de points de vue.

Recommandation 4

Que les termes s'appliquant aux organismes communautaires soient précisés en tenant compte du respect de leur autonomie reconnue aux articles 432 et 450.

Recommandation 5

Que les modalités régionales permettant à la population et à ses représentant.es de participer à la détermination des orientations de leur région soient non seulement maintenues, mais renforcées (conseil d'administration de l'établissement régional, séances publiques d'information avec périodes de questions, mécanismes de consultation notamment sur les plans stratégiques régionaux, etc.).

Recommandation 6

Que le rôle et les responsabilités des établissements régionaux dans la gestion des enveloppes financières destinées aux organismes communautaires soient définis dans le respect des règles liées à un programme de financement régionalisé et généraliste.

Recommandation 7

Que la CTROC, en tant qu'interlocutrice nationale, soit consultée par Santé Québec et le MSSS pour toute répartition interrégionale de ressources financières octroyées aux organismes communautaires.

Recommandation 8

Que les organismes communautaires autonomes intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux soient exclus des articles 1, 23, 62, 63, 346, et 347.