



Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec

L'Humain avant tout

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX ET
DES THÉRAPEUTES CONJUGAUX ET FAMILIAUX DU QUÉBEC

Portant sur le projet de loi n° 15 - Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

Présenté devant la Commission de la santé et des services sociaux

Mardi 23 mai 2023



À propos de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (l'Ordre) regroupe plus de 15 500 membres. Son mandat est d'assurer la protection du public. Les travailleurs sociaux œuvrent majoritairement dans le réseau de la santé et des services sociaux, mais également en milieu communautaire, en pratique autonome ainsi que dans les milieux de l'enseignement et de la recherche. Les quelque 300 thérapeutes conjugaux et familiaux exercent en majorité dans le secteur privé, en pratique autonome.

Mission de l'Ordre

Pour la protection du public et dans l'intérêt de celui-ci, l'Ordre se donne pour mission de soutenir et d'encadrer l'exercice professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux ainsi que de se prononcer sur les enjeux touchant le travail social et la thérapie conjugale et familiale, l'accès aux services à la population, de même que les lois, règlements et programmes qui ont un impact sur la prévention des problèmes sociaux et le bien-être des personnes, des familles et de la société. Ces interventions se fondent sur les principes de justice sociale et de droits humains.

Équipe de rédaction

Sous la direction de :

Marie-Lyne Roc, T.S., M.Sc.,
Directrice des affaires professionnelles

Alain Hébert, T.S., M.Sc.,
Conseiller principal aux affaires
professionnelles

Sarah Boucher-Guèvremont, T.S., M.S.s.,
Courtier de connaissances et rédactrice
en chef de la revue Intervention

Stéphanie Napky Couture
Conseillère principale en affaires publiques

**Le mémoire a été rédigé à la suite
de séances de consultation réalisées
auprès de :**

Denis Bourque, Ph.D, Professeur,
Département de travail social,
Université du Québec en Outaouais,
campus Saint-Jérôme

Mélanie Bourque, Ph.D., Professeure,
Département de travail social,
Université du Québec en Outaouais,
Campus St-Jérôme

Josée Grenier, T.S., Ph.D., Professeure,
Département de travail social,
Université du Québec en Outaouais,
Campus St-Jérôme

Martin Robert, T.S., formateur
et administrateur de l'Ordre

Table des matières

Sommaire des prises de position et recommandations	4
Introduction	8
Projet de loi 15	9
Mise en contexte	9
Un accueil mitigé et une inquiétude pour l'avenir des services sociaux	10
Les services sociaux, socle du soutien social	10
Une approche spécifique aux services sociaux	11
1. Des services sociaux axés sur les déterminants de la santé	11
2. Des services sociaux de proximité	11
3. Des indicateurs de performance qui misent sur la valeur des services sociaux	12
Les services sociaux sur le même pied d'égalité que la santé	13
1. Une présence renforcée des services sociaux dans la gouvernance de Santé Québec	13
2. Pour une véritable gestion de proximité: des établissements locaux	14
Autres considérations	15
Une privatisation à freiner, plutôt qu'à encourager	15
Une transition à bien préparer et à mener respectueusement	15
Une finalité à mettre en évidence	16
Un cadre intégrateur, une politique nationale de la santé et du bien-être	16
Conclusion	17
Références bibliographiques	18

SOMMAIRE DES PRISES DE POSITION ET RECOMMANDATIONS

- 1 L'Ordre salue l'instauration d'un conseil multidisciplinaire des services sociaux distinct, avec une direction des services multidisciplinaires des services sociaux.

- 2 L'Ordre estime qu'il est grand temps de rétablir l'équilibre, notamment pour les services sociaux généraux, lesquels ont été réduits significativement au profit de programmes spécifiques, spécialisés et parcellaires calqués sur les services de santé pour lesquels l'accès nécessite un diagnostic ou des critères spécifiques.

- 3 L'Ordre constate que le PL-15 continue d'inscrire les services sociaux dans une logique médico-centriste.

- 4 L'Ordre salue l'article 29 particulièrement l'alinéa 4 voulant que l'action sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux soit un des objectifs guidant les pratiques des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux. L'Ordre souhaite toutefois que le PL-15 aille encore plus loin en l'inscrivant comme un mandat attendu des services sociaux et des directions de santé publique (DSP).

- 5 La proximité telle que l'Ordre l'entend, à l'instar de plusieurs experts, doit se traduire autant dans la gouvernance que dans l'opérationnalisation des services pour répondre adéquatement aux problématiques et aux besoins sociaux des populations.

- 6 Les indicateurs de performance actuels ne permettent pas de prendre la pleine mesure de la qualité des interventions offertes par les travailleurs sociaux ni du nombre d'interventions réalisées, car la reddition de compte se limite par exemple au nombre de cibles à atteindre, au nombre de rencontres par usager ou encore à la quantité de services rendus. Les indicateurs actuels ne permettent pas non plus de mesurer les impacts et les retombées des services sociaux sur la population.

- 7 L'Ordre est d'avis qu'il faut changer de paradigme relativement aux indicateurs de performance et insiste sur le fait que les services sociaux se doivent d'être mesurés selon des approches qualitatives de l'évaluation des services afin d'en apprécier la qualité, mais également leurs impacts sur la population.

8

L'Ordre estime que le libellé « Santé Québec » doit être modifié pour devenir « Santé et Services Sociaux Québec » et ce, à tous les endroits où il apparaît. Dans un souci de cohérence, le libellé « établissement de Santé Québec - Région » devrait aussi être remplacé par « établissement de Santé et de Services sociaux Québec - Région » à chaque occurrence.

9

L'Ordre estime qu'il faut assurer une représentation paritaire des services sociaux avec la santé au sein du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique des établissements; modifier en ce sens l'article 154 en portant à 50 % le nombre de personnes provenant de la catégorie des services sociaux décrite à l'alinéa 4.

10

Il faut inclure d'office, en sus, le directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux comme membre du comité exécutif du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique des établissements.

11

L'Ordre estime qu'il faut insérer dans la Loi un article mentionnant la spécificité des services sociaux et de leurs approches ainsi que le devoir des différentes instances de gestion de respecter cette spécificité, par exemple à l'article 29 (pour l'application de l'alinéa 4) ou à l'article 65, et plus particulièrement dans le cadre des fonctions des conseils interdisciplinaires d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (article 153).

12

La composition du conseil d'administration de Santé Québec doit refléter une représentation significative à la fois de membres issus du domaine des services sociaux et de la population.

13

L'Ordre considère qu'il faut créer une direction propre aux services sociaux à l'intérieur de Santé Québec (avec des pouvoirs et des responsabilités équivalentes à celles prévues pour les services de santé).

14

L'Ordre recommande d'introduire dans le PL-15 la création d'établissements publics locaux de santé et de services sociaux de première ligne mandatés pour assurer sur leur territoire la mission des services communautaires locaux prévue à l'alinéa 1 de l'article 3.

15

Les établissements locaux de santé et de services sociaux de première ligne devraient en outre pouvoir compter sur un conseil multidisciplinaire des services sociaux distincts, comme cela est proposé dans le PL-15 pour les établissements publics.

16

L'Ordre s'inquiète des dispositions du PL-15 relativement au secteur privé. Le caractère public, gratuit et universel inhérent à la création du système de santé et de services sociaux s'érode de plus en plus, au détriment des plus vulnérables. Il recommande ainsi de retirer du PL-15 toutes les dispositions conduisant à plus de privé en santé.

17

La réforme à venir devrait être très bien préparée et implantée dans des délais raisonnables, de manière respectueuse et avec le concours des professionnels et des gestionnaires impliqués, des organismes partenaires et de toute la population qui devra s'y adapter dans une période particulièrement éprouvante pour qui veut avoir accès à des services sociaux ou de santé.

18

L'Ordre recommande que soit élaborée de manière concomitante à la mise en place de la réforme une politique ministérielle de santé et de bien-être dans le cadre du mandat qui lui est dévolu à l'article 25, et ce avec le concours d'un large comité national d'experts, chercheurs, citoyens à être associé à la démarche.

Introduction

Dans le cadre du mandat de protection du public qui lui est conféré par le *Code des professions*, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (ci-après « l'Ordre ») se donne comme mission principale de soutenir et d'encadrer l'exercice professionnel de ses membres ainsi que de se prononcer sur les enjeux sociaux et les politiques publiques ayant un impact sur la prévention des problèmes sociaux et le bien-être des personnes, des familles et des collectivités. Prenant appui sur les données de la recherche, les meilleures pratiques et l'expertise de ses membres, les interventions de l'Ordre se fondent sur les principes de justice sociale et de droits humains. Elles visent l'amélioration de la santé et le bien-être de la population en général, et des personnes vulnérables sur le plan social en particulier.

L'Ordre compte plus de 15 500 membres qui œuvrent majoritairement dans le réseau de la santé et des services sociaux, mais aussi dans les organismes communautaires, les milieux de l'enseignement et de la recherche ou encore en pratique autonome. Plus de 12 000 travailleurs sociaux¹ et quelques thérapeutes conjugaux et familiaux exercent actuellement dans le réseau public comme cliniciens, superviseurs, gestionnaires, chercheurs ou planificateurs. Ils sont ainsi impliqués au quotidien auprès des personnes, des familles, des groupes et des collectivités de la société québécoise aux prises avec diverses difficultés sociales et de santé. Ces professionnels connaissent également très bien le système dans lequel ils évoluent pour offrir leurs services à la population.

Depuis de nombreuses années, l'Ordre rappelle l'importance des services sociaux au Québec et plaide en faveur d'une offre de services sociaux publics, de qualité, accessibles, généraux et spécialisés, adaptés aux besoins de toutes les populations, incluant les peuples des Premières Nations et les Inuit. L'Ordre a ainsi décidé de concentrer le présent mémoire sur les impacts du projet de loi 15 (ci-après « PL-15 ») sur les services sociaux, les estimant comme une solution incontournable dans la réponse aux problèmes sociaux, de santé et de santé mentale rencontrés par la population.

Les prises de position et recommandations qui y figurent visent à ce que l'organisation et la gouvernance des services sociaux au Québec répondent efficacement, mais surtout adéquatement aux besoins de la population. Elles ont aussi pour objectifs de s'assurer que les travailleurs sociaux, ainsi que les thérapeutes conjugaux et familiaux, puissent y contribuer pleinement au regard de leurs compétences et champ d'exercice respectif.



¹ Le genre masculin est utilisé dans ce document sans discrimination à l'égard des personnes de genre féminin ou se considérant non-genrée, dans le seul but d'alléger le texte.

LE PROJET DE LOI 15

Mise en contexte

Le PL-15 propose une réforme majeure du système de la santé et des services sociaux en abrogeant la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, en intégrant partiellement la loi phare qu'est la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (LSSSS) et en modifiant une trentaine d'autres lois existantes.

Rappelons que selon l'esprit de la LSSS, adoptée en 1971 et réformée en 1991, le système de santé et de services sociaux se veut universel, accessible, égalitaire et équitable afin de favoriser le maintien, l'amélioration et la restauration de la santé et du bien-être de la population québécoise. D'ailleurs, le Québec s'est révélé un précurseur sur le plan international en intégrant administrativement les missions santé et services sociaux, pour ainsi considérer les besoins de santé et de bien-être de la population dans le large spectre de la perspective médicale, psychologique et sociale. Cette orientation confère au système de santé et de services sociaux québécois un caractère unique en misant sur le développement social. Elle vise ainsi à apporter des solutions globales et complémentaires aux besoins des personnes et des communautés sur la base d'une vision collective et populationnelle de la santé et du bien-être.

Malheureusement, force est de constater qu'à travers les 30 dernières années, il s'est creusé un déséquilibre alarmant entre les missions santé et sociale de l'État québécois, où la deuxième est trop souvent l'instrument de la première (Gaumer, 2009; Grenier et al., 2014). Les services sociaux sont ainsi devenus et demeurent le parent pauvre du tandem santé/services sociaux, tant au niveau du financement, que de l'importance ou de la visibilité qui leur sont accordés. À cet égard, les réformes de 2003-2004 et de 2015 y sont pour beaucoup. En effet, ces réformes centralisatrices, effectuées dans la mouvance d'une intégration toujours plus prégnante de la nouvelle gestion publique et axées sur la mission hospitalière, ont considérablement contribué à affaiblir les services sociaux, notamment ceux de première ligne. Selon plusieurs chercheurs et observateurs, la réforme de 2015, qui a créé les méga-établissements que l'on connaît, est particulièrement en cause (Bourque et Lachapelle, 2018; Bourque et Grenier, 2018).

Dans ce contexte, le PL-15, survenant après deux réformes importantes et une période de pandémie qui a révélé de manière patente les lacunes dans le réseau de la santé et des services sociaux (Commissaire à la santé et au bien-être, 2022; Le Protecteur du citoyen, 2020), est pour l'Ordre une occasion de rectifier le tir en palliant les conséquences délétères que les précédentes réformes ont eues sur les services sociaux.

Un accueil mitigé et une inquiétude pour l'avenir des services sociaux

L'Ordre reconnaît que plusieurs des changements proposés dans le PL-15 reflètent une volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux de répondre à des préoccupations largement exprimées ces dernières années, à savoir une participation citoyenne accrue, une gestion de proximité et une plus grande imputabilité des responsables de l'organisation des services sur le plan local. Ils témoignent également de la volonté de permettre au ministre et au ministère de la Santé et des Services sociaux de mieux se concentrer sur les politiques et les orientations plutôt que d'officier dans la microgestion. De plus, il fait écho à une requête de l'Ordre, à savoir l'instauration d'un conseil multidisciplinaire des services sociaux distincts, avec une direction des services multidisciplinaires des services sociaux. L'Ordre salue cette dernière initiative et reconnaît les bonnes intentions sous-jacentes aux mesures ci-haut mentionnées.

Malgré tout, l'Ordre constate que le PL-15 continue d'inscrire les services sociaux dans une logique médico-centriste. Non seulement cette logique inféode les services sociaux à la mission santé en les axant sur le traitement curatif, sur la symptomatologie et sur la quantité de services rendus à la personne, mais elle en dénature aussi leurs sens et leur portée. L'Ordre estime qu'il est grand temps de rétablir l'équilibre notamment pour les services sociaux généraux, lesquels ont été réduits significativement au profit de programmes spécifiques, spécialisés et parcellaires calqués sur les services de santé pour lesquels l'accès nécessite un diagnostic ou des critères spécifiques.

L'Ordre propose de situer les services sociaux selon une approche globale accordant la priorité aux besoins exprimés par les personnes, à la prévention ainsi qu'aux réalités sociales et communautaires locales.

Le PL-15 est l'occasion de revoir l'organisation actuelle des services de la première ligne sociale et la logique de segmentation des problèmes sociaux dans laquelle ils s'inscrivent. Pour mener à bien ces ambitieuses orientations, le PL-15 doit aller beaucoup plus loin. L'Ordre présente ci-après, l'importance des services sociaux, leur approche spécifique ainsi que des pistes pour assurer une véritable gouvernance de proximité des services sociaux au Québec.

Les services sociaux, socle du soutien social

Les services sociaux peuvent se définir selon les termes classiques du *Rapport de la Commission Castonguay-Neveu* (1972), à savoir comme étant :

« [...] un ensemble de moyens de nature préventive ou corrective, par lesquels la société vient en aide à des personnes, à des familles, à des groupes et à des collectivités, afin de les maintenir, de les intégrer ou de les réintégrer dans ce qu'ils considèrent comme une vie normale et de favoriser leur développement ».

Les services sociaux regroupent ainsi une large gamme d'interventions sociales et communautaires de nature préventive, curative, de traitement et de réadaptation. Il s'agit tout autant de services courants d'aide aux personnes vivant divers problèmes sociaux et de santé que de services préventifs. Les services sociaux visent à favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes, particulièrement celles qui sont en situation de vulnérabilité. Ils contribuent également à réduire les inégalités sociales en assurant un filet de protection sociale face aux différents aléas de la vie rencontrés par les individus, les couples, les familles, les groupes et les communautés. Les services sociaux représentent donc une composante essentielle du soutien social au cœur du vivre-ensemble collectif.

Les travailleurs sociaux figurent parmi les principaux professionnels des services sociaux publics, faisant du soutien social un vecteur d'intervention central dans le cadre de leurs activités professionnelles. Le soutien social permet la création, l'amélioration ou le rétablissement de liens sociaux entre les personnes et leur environnement, que ce soient les liens affectifs, les liens fonctionnels et/ou les liens institutionnels (OTSTCFQ, 2022). Les travailleurs sociaux sont des tisseurs de liens! Ils font toutefois face depuis quelques années à de plus en plus d'obstacles pour exercer selon les standards de leur profession dans le contexte actuel d'organisation des services sociaux (OTSTCFQ, 2022).

Une approche spécifique aux services sociaux

1. Des services sociaux axés sur les déterminants de la santé

La performance du système de santé et de services sociaux eu égard aux objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être au niveau populationnel dépend de sa capacité à prioriser la lutte contre les inégalités sociales par des actions collectives sur les déterminants de la santé et par des interventions cliniques qui les prennent en compte (Namian, 2019), comme c'est le cas pour les travailleurs sociaux. L'Ordre salue l'article 29, particulièrement l'alinéa 4, voulant que l'action sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux soit un des objectifs guidant les pratiques des intervenants du domaine de la santé et des services sociaux. L'Ordre souhaite toutefois que le PL-15 aille encore plus loin en l'inscrivant comme un mandat formel attendu des services sociaux et des directions de santé publique.

2. Des services sociaux de proximité

Sur le plan de l'organisation et de la gestion des services, les grandes organisations internationales comme l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organization, s.d.) et l'OCDE (2020) appuient le principe selon lequel les services publics les plus efficaces sont ceux qui sont gérés de manière décentralisée et avec une participation citoyenne dans les lieux de pouvoir décisionnel. La proximité telle que l'Ordre l'entend, à l'instar des analyses de plusieurs experts (Clément, 2009; Crevier et al., 2010; Parent et al., 2022), doit se traduire autant dans la gouvernance que dans l'opérationnalisation des services pour répondre adéquatement aux problématiques et aux besoins sociaux des populations.

Concrètement, cela veut dire que la gouvernance doit être locale, incarnée dans des établissements autonomes, et laisser un pouvoir décisionnel important aux professionnels et aux citoyens pour adapter les services sociaux aux dynamiques et aux contextes locaux. Cette façon d'envisager les services sociaux fait par ailleurs écho aux préoccupations des travailleurs sociaux des établissements qui souhaitent ne pas être seulement des exécutants de programmes élaborés sans leur contribution, mais bien participer à leur élaboration, leur planification et leur évaluation en fonction d'une analyse des besoins de la population de leur territoire faite en collaboration avec les acteurs du milieu. Elle permet aussi de favoriser le soutien social, la création de lien de solidarité et de créer des communautés fortes et engagées.

3. Des indicateurs de performance qui misent sur la valeur des services sociaux

Rappelons-le, les travailleurs sociaux fondent leur intervention à partir d'une analyse globale de la situation des personnes, des familles et des communautés. Ainsi, l'accompagnement social qui en découle touche différentes sphères comme le réseau social, l'environnement et les déterminants sociaux de la santé. Les travailleurs sociaux font également une large place au savoir expérientiel des personnes et à leur participation active à l'intervention. Ils sont par ailleurs menés à faire par exemple des démarches pour l'usager, des interventions à domicile, des interventions communautaires ou auprès des partenaires, des représentations de défense des droits sociaux ou encore des interventions nécessaires à la construction de relations significatives en termes de qualité relationnelle.

L'intervention sociale et du même coup les services sociaux offerts à la population reposent donc sur tous ces aspects (et bien d'autres). Afin de bien mesurer la qualité des services, les indicateurs de performance du domaine des services sociaux doivent pouvoir refléter la spécificité et la complexité de l'intervention sociale et pour ce faire s'appuyer notamment sur des indicateurs qualitatifs (Bourque et Grenier, 2022). Or, les indicateurs de performance actuels ne permettent pas de prendre la pleine mesure de la qualité des interventions offertes par les travailleurs sociaux et ni du nombre d'interventions réalisées, car la reddition de compte se limite par exemple au nombre de cibles à atteindre, au nombre de rencontres par usager ou encore à la quantité de services rendus (Bourque et Grenier, 2022; Lachapelle, 2023). Outre l'absence de l'aspect qualitatif dans l'évaluation de la performance, certains indicateurs utilisés actuellement vont même jusqu'à desservir le travail des travailleurs sociaux. L'ensemble des interventions et activités faites par ces derniers ne peut se refléter par des statistiques saisies dans des systèmes utilisés à des fins pour lesquels ils n'ont pas été conçu et qui n'ont pas évolué de façon à être le reflet de la

pratique clinique. Dans un autre ordre d'idées, les indicateurs actuels ne permettent pas non plus de mesurer les impacts et les retombées des services sociaux sur la population.

À cet effet, l'Ordre est d'avis qu'il faut changer de paradigme et insiste sur le fait que les services sociaux se doivent d'être mesurés selon des approches qualitatives de l'évaluation des services afin d'en apprécier la qualité, mais également leurs impacts sur la population (par exemple l'amélioration de la qualité de vie des personnes et des communautés). Ce changement de paradigme permettra par ailleurs de redonner de la valeur aux interventions et pratiques des travailleurs sociaux, dans la mesure où l'imputabilité reposera davantage sur l'expertise professionnelle plutôt qu'une expertise comptable (Bourque et Grenier, 2022).



Les services sociaux sur le même pied d'égalité que la santé

1. Une présence renforcée des services sociaux dans la gouvernance de Santé Québec

Comme expliqué précédemment, les services sociaux au fil des différentes réformes, se sont retrouvés inféodés à la mission santé. Exemple patent de cette affirmation, dans les dernières années, il est devenu usuel de laisser tomber la mention « services sociaux », ne conservant du binôme que la « santé » dans l'appellation courante. On dira par exemple le ministre ou le ministère de la Santé, laissant de côté « et des Services sociaux ». Selon l'Ordre, ce biais constant, observé depuis les dernières années, contribue à camper les décisions dans le paradigme biomédical et ainsi à concentrer davantage nos actions sur les services de santé, au détriment des services sociaux, qui pourtant, doivent être un partenaire égal et à part entière. L'Ordre considère que le PL-15 et la mise en place de Santé Québec formalisent ce biais en omettant la composante « services sociaux » du nom des instances de gouvernance (Santé Québec, Santé Québec – Région, etc.) C'est pourquoi, pour rétablir cet équilibre nécessaire, l'Ordre estime, dans un premier temps, que le libellé « Santé Québec » doit être modifié pour devenir « Santé et Services sociaux Québec » et ce, à tous les endroits où il apparaît. Dans un souci de cohérence, le libellé « établissement de Santé Québec – Région » devrait aussi être remplacé par « établissement de Santé et de Services sociaux Québec – Région » à chaque occurrence.

L'Ordre recommande également les mesures de gouvernance suivantes :

- Assurer une représentation paritaire des services sociaux avec la santé au sein du conseil interdisciplinaire d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique des établissements; modifier en ce sens l'article 154 en portant à 50 % le nombre de personnes provenant de la catégorie des services sociaux décrite à l'alinéa 4;
- Inclure d'office, en sus, le directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux comme membre du comité exécutif de ce conseil;
- Insérer dans la Loi un article mentionnant la spécificité des services sociaux et de leurs approches ainsi que le devoir des différentes instances de gestion de respecter cette spécificité, par exemple à l'article 29 (pour l'application de l'alinéa 4) ou à l'article 65, et plus particulièrement dans le cadre des fonctions des conseils interdisciplinaires d'évaluation des trajectoires et de l'organisation clinique (article 153);
- S'assurer que la composition du conseil d'administration de Santé Québec reflète une représentation significative à la fois de membres issus du domaine des services sociaux et de la population;
- Créer une direction propre aux services sociaux à l'intérieur de Santé Québec (avec des pouvoirs et des responsabilités équivalentes à celles prévues pour les services de santé).



2. Pour une véritable gestion de proximité: des établissements locaux

À la lumière de l'expérience des dernières années, la constitution de réseaux locaux de services n'est pas suffisante pour garantir une prestation de services sociaux avec toute l'agilité, la fluidité et l'imputabilité nécessaires. Pour assurer des services sociaux de proximité, tant au niveau de la gouvernance que de l'opérationnalisation, il faut des organismes autonomes et vraiment enracinés dans leurs milieux de vie. C'est pourquoi l'Ordre recommande d'introduire dans le PL-15 la création d'établissements publics locaux de santé et de services sociaux de première ligne mandatés pour assurer sur leur territoire la mission des services communautaires locaux prévue à l'alinéa 1 de l'article 3. Cette recommandation se veut par ailleurs en phase avec l'analyse d'experts (Plourde, 2017; Thiam, 2021) ainsi que le modèle de co-productions des services publics (Lavoie-Moore, 2023).

Or, il appert que ce niveau local correspond généralement, au Québec, aux municipalités régionales de comté (MRC). Il fait d'autant plus sens que des établissements publics de santé et de services sociaux de première ligne soient présents sur le territoire québécois à l'échelle des MRC alors que les municipalités se voient de plus en plus comme des vecteurs de développement social. Basés sur les principes de démocratie participative, ces établissements devraient être dotés d'un conseil d'administration dont les membres seraient élus et dont le mandat consisterait essentiellement à assurer la planification, l'organisation et la dispensation des services sociaux et de santé de première ligne. Ce conseil devrait recevoir un budget de fonctionnement adéquat et suffisant pour couvrir ses besoins de fonctionnement et refléter une composition paritaire faisant une large place aux citoyens ainsi qu'à des représentants des milieux municipaux, scolaires, communautaires en plus d'inclure des professionnels de la santé et des services sociaux de l'établissement, notamment des travailleurs sociaux.

Les établissements locaux de santé et de services sociaux de première ligne devraient en outre pouvoir compter sur un conseil multidisciplinaire des services sociaux distincts, comme cela est proposé dans le PL-15 pour les établissements publics. L'organisation des services sociaux doit s'inscrire dans une logique sociale et communautaire beaucoup plus que médicale et hospitalière, autant dans la planification et la gouvernance que dans l'opérationnalisation. Elle doit reconnaître pleinement les pratiques d'intervention de proximité pour leur apport auprès des personnes et des communautés en situation de vulnérabilité, de marginalisation, de désaffiliation ou de faible développement économique (Maillets, 2021). Elle doit permettre une participation citoyenne significative et aux professionnels, incluant les travailleurs sociaux, de s'y consacrer selon une approche propre aux services sociaux et à l'exercice de leur profession. Elle doit enfin favoriser une collaboration avec les organismes communautaires qui reconnaît leur autonomie et les autres acteurs significatifs de la communauté.



AUTRES CONSIDÉRATIONS

Une privatisation à freiner, plutôt qu'à encourager

L'Ordre s'inquiète des dispositions du PL-15 relativement au secteur privé. Le caractère public, gratuit et universel inhérent à la création du système de santé et de services sociaux s'érode de plus en plus. Progressivement, au cours des dernières années, nous avons vu s'implanter un système de soins et de services parallèle qui, moyennant l'adhésion à une assurance privée ou le paiement de la facture par la personne, permet un accès privilégié aux soins et services. Cette tendance semble se maintenir, consacrant ainsi un système à deux vitesses qui désavantage surtout les personnes à faible revenu et qui contribue à accroître les inégalités socio-économiques et de santé.

L'Ordre rappelle qu'il n'y a pas de consensus sur l'apport réel des établissements privés dont le financement est public. La progression du privé en santé n'a aucunement amélioré l'accès et la qualité des services pour la population (Hébert, 2022). En témoignent les listes d'attente dans plusieurs services, sans oublier la situation dramatique survenue dans plusieurs établissements privés lors de la pandémie. Or, le PL-15 prévoit la possibilité de créer des établissements privés, ou la transformation par le ministre d'établissements publics en établissements privés. Considérant que cette ouverture accrue au privé risque de créer un réseau parallèle pouvant accélérer la désertion des professionnels de la santé et des services sociaux et mettre en cause les services publics à la population, l'Ordre recommande de retirer du PL-15 toutes les dispositions conduisant à plus de privé en santé.

Une transition à bien préparer et à mener respectueusement

Si l'Ordre salue le fait d'envisager un projet de réforme du système de santé et de services sociaux pour parer aux impairs provoqués par la dernière réforme, il s'inquiète du contexte plus ou moins favorable dans lequel cette réforme pourrait se réaliser. Les résultats préliminaires d'une recherche à paraître sous peu (Bourque et al.) révèlent d'ailleurs une souffrance réelle consécutive à la mise en place de la réforme de 2015 et le peu d'appétit des travailleurs sociaux pour une autre réforme de structure. Aussi, la réforme à venir devrait être très bien préparée et implantée dans des délais raisonnables, de manière respectueuse et avec le concours des professionnels et des gestionnaires impliqués, des organismes partenaires et de toute la population qui devra s'y adapter dans une période particulièrement éprouvante pour qui veut avoir accès à des services sociaux ou de santé.



Une finalité à mettre en évidence

L'article premier du projet de loi énonce qu'il a pour objet la mise en place d'un système de santé et de services sociaux efficace. L'Ordre ne peut qu'être en accord avec le fait que le système de la santé et des services sociaux, qui est financé à même l'argent des contribuables, soit efficace. Or, l'Ordre est d'avis que l'efficacité du système de santé et des services sociaux représente un moyen pour atteindre une finalité ou des objectifs en termes d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Cette finalité et ces objectifs, avec les principes éthiques qui les fondent, se trouvent dans les articles 1 à 3 de l'actuelle Loi sur les services de santé et les services sociaux. L'Ordre estime que ces derniers gagneraient à être mis davantage en évidence et recommande, en ce sens, de les réintroduire au début du projet de loi 15 pour bien marquer la finalité recherchée en termes de résultats qualitatifs de santé et de bien-être pour la population. Cette recommandation s'aligne sur celle de l'OMS indiquant qu'il est nécessaire de bien identifier les valeurs et principes avant de définir une politique de santé et de bien-être.



Un cadre intégrateur, une politique nationale de la santé et du bien-être

La requête de l'Ordre pour une approche distincte des services sociaux ne vise pas à porter préjudice à la collaboration entre les missions santé et services sociaux. Au contraire, elle vise plutôt à une meilleure complémentarité sur la base de leurs façons de faire respectives. En ce sens, afin de favoriser l'intégration des services de santé et des services sociaux dans une perspective d'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'Ordre recommande que soit élaborée de manière concomitante à la mise en place de la réforme une politique ministérielle de santé et de bien-être dans le cadre du mandat qui lui est dévolu à l'article 25, et ce avec le concours d'un large comité national d'experts, chercheurs, citoyens à être associé à la démarche. Il est fait référence ici à une politique-cadre mobilisatrice, qui identifie les enjeux, détermine les finalités et formule les grands objectifs en matière de santé et de bien-être pour la population. L'Ordre estime que cette politique-cadre doit aller beaucoup plus loin que l'actuelle *Politique gouvernementale de prévention en santé*, notamment pour ce qui regarde le bien-être et les problèmes sociaux. La *Politique de la santé et de services sociaux* de 1992, qui fixait 19 objectifs sociosanitaires prioritaires, représente selon l'Ordre un modèle prometteur duquel s'inspirer dans cette perspective. Une telle politique, en fixant des objectifs dont l'atteinte suppose la coopération entre les missions santé et services sociaux, constituerait un vecteur mobilisateur d'une collaboration et complémentarité véritable tant pour les interventions curatives que préventives au bénéfice de la population.

CONCLUSION

Le PL-15 est un projet d'envergure qui veut renouveler la gouvernance et l'encadrement du système de santé et de services sociaux, notamment en favorisant une gestion de proximité et en améliorant l'accès aux services de santé et aux services sociaux. L'Ordre constate que le PL-15 propose un modèle de gouvernance qui malheureusement ne correspond pas au modèle de gestion du réseau décentralisé et démocratique donnant de la valeur aux services sociaux.

Pour planifier et réaliser une réforme d'une telle envergure, l'Ordre aurait souhaité qu'elle s'inscrive dans le sillage d'une réflexion collective plus en profondeur. Celle-ci aurait pu, par exemple, prendre la forme d'une vaste commission de la santé et des services sociaux à l'instar de la Commission Castonguay-Nepveu qui a mené à la création du système au tournant des années 1970, du moins en ce qui regarde les services sociaux. C'est donc un peu par dépit que l'Ordre réagit au projet de loi soumis. Les recommandations et propositions sont ainsi des moyens pour éviter de creuser encore plus l'écart entre les missions santé et services sociaux et de rétablir un peu plus l'équilibre entre elles.

Références bibliographiques

- Bourque, M., Barbe, M., Leroux, M.O et Grenier, J. (soumis). Fusion, défusion, confusion. La Réforme Barrette, 5 ans après. *Intervention*, Hors série 3.
- Bourque, M., Grenier, J. et St-Amour, N. (2022). Du « régime du bureau professionnel » au « régime de gestion du care ». Le passage de l'imputabilité professionnelle à l'imputabilité comptable. Dans A. Gonin, M. Guissard, A. André et F. Plante (dir.), *Éthique et travail social : nouvelles voies pour la pensée et pour l'action*. Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D. et Lachapelle, R. (2018). Les ravages de la réforme Barrette. *Relations*, 798, 20–21.
- Clément, M., Gélinau, L. et A.-M. McKay (2009). Proximités. *Liens, accompagnement et soins*. PUQ.
- Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (1972). *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social. Les services sociaux*. Vol. 6, tome 1. Gouvernement du Québec.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2022). *Le devoir de faire autrement. Résumé exécutif*.
- Crevier, M., Couturier, Y. et Morin, P. (2010). L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile : ouvertures et tensions dans la relation clinique. *Nouvelles pratiques sociales*, 23(1), 177–191.
- Gaumer, B. (2006). L'intégration des services sociaux et des services de santé au Québec : du modèle à la réalité. *Lien social et Politiques*, 55, 25–32. <https://doi.org/10.7202/013221ar>
- Grenier et M. Bourque (dir.) (2018). *Les services sociaux à l'ère managériale*. PUL.
- Grenier, J., Bourque, M. et St-Amour, N. (2014). L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. *La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux*.
- Hébert, G. (2022). *La progression du secteur privé en santé au Québec*. Série Le privé en santé, fiche 1.
- Lachapelle, R. (2023). La mesure et le sens : le défi de la reddition de comptes en intervention sociale. *Intervention*, (156), 119–128. <https://doi.org/10.7202/1097411ar>
- Lavoie-Moore, M. (2023, avril). La coproduction des services de santé : pour qu'efficacité rime avec qualité. Fiche socioéconomique, IRIS. https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2023/04/Coproduction_services_publics-20230420-WEB.pdf
- Le Protecteur du citoyen (2020). *Rapport annuel d'activités, 2019-2020*. Gouvernement du Québec. <https://publications.virtualpaper.com/protecteur-du-citoyen/fr/rapport-annuel-2017/#1/>

Loi sur les services de santé et les services sociaux. (1991), Éditeur officiel du Québec.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (1991). Éditeur officiel du Québec.

Maillet, L. (2021). La reddition de compte cruciale en intervention de proximité en santé publique. *A+, le carrefour des acteurs publics*, 8(1).

Namian, D. (2019). Pauvreté, inégalités de revenu et santé : quels liens? Entrevue avec Dennis Raphael. *Reflets*, 25(1), 20-28.

<https://doi.org/10.7202/1064665ar>

OCDE (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*. OECD Health Policy Studies. Éditions OCDE. <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>

OTSTCFQ (2022). *Déclaration sur la nécessité de répondre aux besoins sociaux vécus par la population*. OTSTCFQ. <https://www.otstcfq.org/wp-content/uploads/2022/06/Declaration-de-principes-2022.pdf>

Parent, A.-A., Grimard, C., Hamisultane, S. et Ou Jin Lee, E. (2022). Proximité et intervention sociale : quel espace pour une perspective critique ? Présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 33(1), 18-27. <https://doi.org/10.7202/1095934ar>

Plourde, A. (2017, mai). CLSC ou GMF. Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources. Note socioéconomique, IRIS. https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Note_CLSC_02.pdf

Thiam, Y., Allaire, JF., Morin, P., Hyppolite SR, Doré, C., Zomahoun, H.T.V., Garon, S. A. (2021). Conceptual Framework for Integrated Community Care. *Int J Integr Care*, 21(1). doi: 10.5334/ijic.5555

World Health Organization (s.d.). WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>



Ordre des travailleurs sociaux
et des thérapeutes conjugaux
et familiaux du Québec
L'Humain avant tout