



**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
dans le cadre des consultations particulières
et audiences publiques à l'égard du projet de loi 67
Loi sur l'Institut national d'excellence
en santé et en services sociaux.

Janvier 2010

Table des matières

Préambule.....	3
Notre démarche.....	5
Commentaires généraux.....	6
Les fonctions de l’Institut	6
Un nouvel Institut : trois secteurs d’importance.....	6
Article 5 : la mission de l’Institut	9
Article 6 : éviter de réinventer la roue.....	10
Articles 7 et 8 : où sont les services sociaux?	10
Article 9 : consultation	11
Article 10 : comités permanents	11
Article 12 : banque de données	12
Article 13 : recommandations au ministre	12
Article 15 : la gouvernance de l’Institut	12
Article 16 : les administrateurs indépendants.....	12
Article 38 : gouvernance et éthique	13
Articles 40 : table de concertation	13
Articles 41, 42, 43 : effectifs médicaux?.....	13
Conclusion.....	14

L’Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
tient à remercier Mme Francine Leduc, travailleuse sociale,
ainsi que MM. André Beaudoin, Claude Larivière et Germain Trottier, travailleurs sociaux,
pour leur précieuse collaboration à la préparation de ce mémoire.

Préambule

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) - qui regroupe plus de 7 700 membres - est fier de participer aux consultations particulières et auditions publiques à l'égard du projet de loi 67, Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Dans le cadre de son mandat de protection du public et en référence à la nature du travail social et de la thérapie conjugale et familiale, l'OTSTCFQ s'est donné pour mission de s'assurer de la qualité des activités professionnelles de ses membres et de favoriser le maintien ainsi que le développement de leurs compétences; de promouvoir la mise en place et le maintien de politiques et de services qui favorisent la promotion de la justice sociale; de défendre les droits des personnes, notamment des individus et des groupes les plus à risque. Ces objectifs sont caractéristiques d'un ordre professionnel qui doit à lui seul englober toutes les dimensions du travail social, de l'intervention clinique et thérapeutique individualisée, jusqu'aux interventions communautaires et aux politiques sociales.

Dans l'exercice quotidien de leurs activités professionnelles, nos membres s'inspirent de valeurs et de principes qui encadrent et définissent leurs professions. Ces valeurs sont les suivantes :

- *le respect de la dignité de tout être humain, des droits des personnes, des groupes et des collectivités, du principe d'autonomie de la personne, du droit de tout individu en danger de recevoir assistance et protection selon ses besoins, ainsi que les principes de justice sociale;*
- *la croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer;*
- *la reconnaissance de la nécessité de percevoir et de comprendre l'être humain en tant qu'élément de systèmes interdépendants et potentiellement porteurs de changements.*

En tant qu'ordre professionnel, l'atteinte de l'excellence est un objectif que nous poursuivons au quotidien, et auquel nous convions nos membres, tant sur le terrain qu'en recherche ou en enseignement.

C'est donc avec enthousiasme que nous appuyons la démarche gouvernementale devant mener à la mise sur pied de l'Institut national

d'excellence en santé et en services sociaux. Cependant, cet appui ne saurait dissiper les craintes et les appréhensions que nous entretenons à l'endroit de certains éléments de ce projet de loi, appréhensions qui portent à la fois sur le mandat de l'Institut, sur son fonctionnement, son financement et sur la place réelle qu'il réserve aux services sociaux.

Notre démarche

Nos appréhensions reposent sur un constat que plusieurs commissions québécoises d'étude et de recherche ont solidement établi au cours des deux dernières décennies : au Québec, le social est le parent pauvre du tandem santé/services sociaux. C'est comme si, à l'inverse de la sagesse populaire, l'État avait décidé qu'il valait mieux « guérir que prévenir », créant ce que notre ordre a souvent qualifié de « déséquilibre social ». Néanmoins, nous persistons à croire et à affirmer que ce lien entre la santé et les services sociaux doit être maintenu parce qu'il correspond à la définition que l'Organisation mondiale de la santé donne au concept de santé globale, définition qui reconnaît l'importance des facteurs sociaux comme déterminants majeurs de la santé.

Même si nous nous exprimons en faveur de la création de l'INESSS, nous nous inquiétons néanmoins de la place qui sera faite au volet social et aux déterminants sociaux de la santé dans une structure érigée sur les fondations de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS), d'une part, et du Conseil du médicament, d'autre part. Même si on peut constater l'influence bénéfique du comité d'implantation sur ce plan, le projet de loi est encore très chargé du vocabulaire propre à la santé et au médicament et fait référence aux services sociaux de manière trop exclusive à travers le seul prisme propre aux technologies, médicaments et interventions.

Incidemment, cette inquiétude a été nommée par MM. Claude Castonguay¹ et Jean-Pierre Duplantie², dans leurs échanges avec le représentant de notre ordre, M. Germain Trottier³, dans le cadre des consultations préliminaires qui se sont tenues en octobre 2009, à Montréal.

¹ M. Claude Castonguay, président du Comité d'implantation de l'INESSS : « Il y aura des efforts à faire pour que le langage et l'esprit de l'INESSS soient bien rendus », selon nos notes manuscrites lors de la rencontre de consultation entre l'OPTSQ et le Comité d'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS), à Montréal, le 29 octobre 2009.

² M. Jean-Pierre Duplantie, t.s. membre du Comité d'implantation, représentant du secteur des services sociaux : « La définition des services sociaux est un défi à surmonter », selon nos notes manuscrites lors de la rencontre de consultation entre l'OPTSQ et le Comité d'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS), à Montréal, le 29 octobre 2009.

³ Bien que mandaté par le président de l'Ordre, M. Claude Leblond, pour prendre part à cette rencontre, M. Germain Trottier, t.s., s'y est exprimé en son nom personnel.

Commentaires généraux

Les fonctions de l'Institut

D'entrée de jeu, la lecture des notes explicatives du projet de loi - notamment le deuxième paragraphe - donne l'impression que les termes « services sociaux personnels » ont été simplement ajoutés par souci de concordance avec le nom de l'Institut, alors que pour le législateur les fonctions de l'INESSS seront les suivantes :

« Celui-ci [l'INESSS] devra notamment évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels, élaborer des recommandations et des guides de pratique visant l'utilisation optimale des technologies, médicaments et interventions, les maintenir à jour et les diffuser, déterminer dans ses recommandations et guides les critères à utiliser pour évaluer la performance des services et faire des recommandations au ministre de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la mise à jour de certaines listes de médicaments. »

Un nouvel Institut : trois secteurs d'importance

Personne ne contestera l'existence d'un lien fort entre l'accès aux ressources nécessaires à l'exercice d'une activité et la notion d'excellence. Cela dit, étant donné le lourd héritage que nous trainons en ce qui concerne la faible reconnaissance de la place du social et le sous-financement chronique du social par rapport à la santé, l'Institut fait face à tout un défi : consacrer à chacun des trois secteurs (santé, services sociaux, médicaments) les ressources leur permettant de soutenir des connaissances contribuant à la poursuite de l'excellence. À ce titre, le législateur a été clair en annonçant qu'il s'agit de la « création » d'un nouvel institut, et non pas de l'ajout d'une nouvelle préoccupation - en occurrence les services sociaux - à une structure déjà existante. Sur la base de la volonté du législateur, nous comprenons que parmi les trois secteurs de la loi, la reconnaissance de la place importante des services sociaux doit être affirmée et que toutes les décisions de gouvernance et de financement, notamment, devront tenir compte de ce principe. Pour nous, il s'agit d'une condition *sine qua non*.

Il est essentiel, dès le départ, d'établir clairement la définition à donner au concept de « services sociaux personnels » puisqu'il s'agit de la pierre angulaire sur laquelle reposera toute l'action de l'INESSS dans ce domaine. Le

rapport du Comité d'implantation de l'Institut d'excellence en santé et en services sociaux, publié en décembre 2008, propose la définition qui suit :

« Il est proposé que le champ d'intervention de l'INESSS soit celui des services sociaux personnels couverts par l'État. Les services sociaux personnels couverts par l'État sont offerts par le Réseau de la santé et des services sociaux et par des organismes communautaires. Ces services sont circonscrits par la structure des programmes sociaux définie par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les services sociaux personnels constituent un univers distinct de services, qu'il est possible de singulariser par rapport à des services et programmes sociaux à portée universelle, ou par rapport à certaines interventions pratiquées dans le domaine de la santé⁴. »

Tout en acceptant cette définition, il faut se rappeler qu'elle ne recouvre pas toute la réalité des services sociaux. De plus, le texte de loi tel que présenté prête à ambiguïté à cet égard puisqu'après avoir utilisé le terme générique, il le restreint dans le premier paragraphe de l'article 5 aux seuls services sociaux personnels. En conséquence, nous suggérons que le mot « personnels » soit enlevé de ce premier paragraphe et que deux autres paragraphes soient

⁴ Voici quelques éléments qui permettent d'opérationnaliser le champ d'intervention de l'INESSS au regard des services sociaux.

Les services sociaux personnels :

- poursuivent des objectifs d'amélioration du bien-être des individus (1988, perspective de la Commission Rochon) et de la population (2000, Commission Clair et réforme populationnelle actuelle) par la prestation de services sociaux;
- visent à favoriser l'adaptation, l'insertion et la participation sociale;
- mettent un accent en priorité sur les groupes et les personnes vulnérables;
- mettent l'accent sur la prévention;
- sont concernés par la nature intersectorielle des problématiques de santé et de bien-être dans des domaines tels que la santé mentale, la gériatrie, les toxicomanies et dépendances, la réadaptation;
- s'inscrivent dans la continuité des services, de la première ligne aux services spécialisés tout en favorisant le maintien des personnes dans leur milieu de vie;
- se concrétisent par la gamme de services sociaux de première ligne ou services généraux et les services spécialisés en deuxième et troisième lignes, en lien avec les besoins de la population desservie;
- s'inscrivent dans un contexte d'approche populationnelle de services à la population et partagent des cibles d'intervention avec la santé publique (notamment, en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé);
- interagissent avec d'autres ministères, organismes et acteurs sociaux en ce qui a trait à l'impact sur l'individu et son environnement des politiques sociales plus larges, relevant du développement social et de la mission sociale de l'État (éducation, sécurité du revenu, emploi, lutte à la pauvreté, logement social, soutien aux familles, etc.);
- adoptent la structure de programmes de services sociaux du MSSS et devraient évoluer avec l'émergence de nouveaux besoins et le développement de nouveaux services.

Rapport du Comité d'implantation de l'Institut d'excellence en santé et services sociaux, publié en décembre 2008, pages 224, 225.

ajoutés à l'article 5 pour reconnaître la place des services sociaux au même titre que celle accordée aux médicaments et pour éviter certaines appréhensions face au projet de loi actuel. Ces paragraphes pourraient se lire comme suit :

- élaborer des recommandations et des guides de pratique pour assurer l'excellence des interventions des services sociaux;
- faire des recommandations au ministre sur les programmes et activités des services sociaux à réaliser pour assurer la qualité des interventions et l'utilisation efficace des ressources.

En travail social - comme en santé publique - les services sociaux personnels, bien que dispensés à des personnes (usagers et utilisateurs de services) s'adressent également à des réseaux sociaux que les travailleurs sociaux cherchent à mobiliser (familles, milieux scolaires, proches aidants, citoyens, etc.), qu'ils œuvrent dans le réseau public ou dans des organismes communautaires. Le succès de nos interventions repose, comme pour l'approche populationnelle et le fonctionnement des réseaux locaux de services (RLS) sur le développement d'une logique partenariale et sur une mobilisation des ressources, que la cible première soit abordée cas par cas ou, inversement, par une approche collective regroupant les ressources affectées par un problème social.

Dans la pratique quotidienne des intervenants sociaux, l'INESSS devra toujours prendre en considération les dimensions subjectives propres à la recherche de la qualité (la volonté des usagers, les considérations éthiques, la charge de travail et le manque de ressources, la nécessité de soutien clinique, etc.). Nous n'administrons pas de médicaments; nous interagissons plutôt avec des personnes le plus souvent responsables de leurs choix et de leurs actes. Qui plus est, nous le faisons de plus en plus souvent dans un contexte interdisciplinaire. Ces aspects doivent impérativement être pris en compte pour cerner le concept d'excellence clinique dans le domaine des services sociaux.

Nous sommes évidemment en accord avec la mission « évaluation » puisque nous pratiquons l'évaluation au niveau psychosocial. C'est d'ailleurs au cœur de notre champ de pratique qui consiste à évaluer les besoins de la clientèle et la qualité de nos interventions.

Dans un autre ordre d'idées, nous nous interrogeons sur le potentiel d'interférence, voire même de conflit, entre le mandat de l'Institut et celui du

Commissaire au bien-être et à la santé, dont l'existence remonte à 2006. Il y a, selon nous, un risque évident de duplication et de signaux contradictoires susceptibles de retarder ou de complexifier le processus décisionnel.

Article 5 : la mission de l'Institut

L'alinéa 1 de l'article 5 traite d'évaluation des avantages cliniques et des coûts des technologies et interventions. Cette notion englobe-t-elle les grilles d'analyse, échelles de mesure ou d'appréciation et autres outils développés par les travailleurs sociaux et qui constituent des outils auxquels ils recourent sur une base quotidienne? Ces outils seront-ils considérés comme outils technologiques et seront-ils évalués comme tels? en sera-t-il de même pour les tests psychométriques et criminométriques?

L'idée d'élaborer de guides de pratique, tel que proposé au deuxième alinéa de cet article, peut paraître intéressante en soi, mais mérite d'être précisée. À titre d'exemple, notre ordre professionnel produit déjà régulièrement des guides de pratique à l'intention de ses membres. De plus, au cours des prochains mois, l'ordre devra produire des guides concernant les activités réservées à nos membres dans la mouvance de la loi 21 adoptée en juin 2009 sur la modernisation des pratiques professionnelles en santé mentale et en relations humaines. D'autres ordres, ayant de pareilles responsabilités auprès de leurs membres, font de même. Des organismes, des regroupements, produisent également des guides, des protocoles d'intervention, etc. Il y a ici, à notre avis, un risque de dérapage, sinon un risque de conflit de responsabilité. Si l'Institut souhaite vraiment aller dans cette direction, nous lui suggérons de confier à une de ses tables de concertation prévues dans la loi le mandat de travailler, avec les ordres concernés, à la production de guides de pratique spécifiques ou interdisciplinaires.

L'OTSTFCQ s'interroge sur l'imprécision de la loi quant la détermination des paramètres à utiliser pour « l'évaluation de la performance des services » telle qu'énoncée au troisième alinéa. Il faut savoir qu'en ce qui a trait aux services sociaux, la diversité des organisations et des modes de distribution des services rend difficile l'application de formules univoques d'évaluation. Il n'est donc pas évident d'en mesurer la performance. Ainsi, cet article soulève plusieurs questions, notamment : sur quelle base reposera cette évaluation? en fonction de quels résultats escomptés? quelle grille sera utilisée pour effectuer cette mesure? Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une duplication de la mission d'évaluation contenue dans la loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être (L.R.Q., chapitre C-32.1.1)

Enfin, nous aurions souhaité que l'alinéa 8 oblige l'Institut à faire des recommandations au ministre de la Santé et des Services sociaux sur la quantité et la qualité des services sociaux offerts à la population en fonction des besoins observés, et non seulement en ce qui concerne la liste des médicaments.

Article 6 : éviter de réinventer la roue

Selon le projet de loi, l'Institut s'appuiera sur un certain nombre d'éléments pour élaborer ses recommandations au ministre. En ce qui concerne les services sociaux, nous souhaitons vivement que l'Institut s'inspire des travaux de recherche des chaires et instituts universitaires sociaux, notamment les Centres jeunesse de Montréal et de Québec, l'Institut de gériatrie de Sherbrooke, le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), le centre de recherche Dollard Cormier, en toxicomanie, le centre hospitalier Louis-Hippolyte Lafontaine, en santé mentale, le CLSC René-Cassin, en gérontologie sociale, le CLSC Ahuntsic, en transfert de connaissances, etc. Il s'agit d'établissements et d'organismes crédibles, reconnus, des *leaders* dans leurs créneaux. Leurs recherches, leurs expertises ont grandement contribué à faire évoluer nos connaissances sur les clientèles vulnérables et les problématiques sociales.

Articles 7 et 8 : où sont les services sociaux?

À la lecture de ces deux articles, qui portent essentiellement sur le médicament, nous avons réalisé qu'il serait probablement pertinent d'ajouter dans le projet de loi un article qui ne porterait que sur le volet services sociaux.

En conséquence, nous demandons l'addition au moins d'un article spécifique concernant les services sociaux, lequel pourrait se lire comme suit :

Dans l'exercice des fonctions prévues aux paragraphes concernant les services sociaux (article 5) et à partir de l'examen fait de la valeur démontrée ou non de programmes ou d'activités des services sociaux, l'Institut tient compte des aspects suivants pour produire ses recommandations au ministre :

- la contribution à l'amélioration du bien-être de la population visée;
- l'amélioration de l'adaptation, de l'insertion et de la participation sociales des groupes vulnérables;

- la diminution des problématiques dans les domaines de la santé mentale, de la gériatrie, des toxicomanies ou dépendances et de la réadaptation;
- le rapport entre le coût et l'efficacité de ces programmes et activités;
- la prévention de l'apparition de situations sociales indésirables;
- la portée des interventions réalisées quant à leur impact sur la réalisation des priorités relevant du développement social et de la mission sociale de l'État.

Article 9 : consultation

Le projet de loi autorise l'Institut à effectuer un certain nombre de consultations afin de lui permettre de produire des recommandations. Nous proposons que soient ajoutés, en tant qu'organismes pouvant être consultés en ce qui a trait aux services sociaux, les regroupements d'établissements, les ordres professionnels concernés, les groupes d'intérêts nationaux, les milieux de formation et de recherche, etc.

Article 10 : comités permanents

Étant donné que l'ajout des services sociaux constitue « un nouveau défi en matière d'évaluation de programmes et de modes de pratique⁵ », nous proposons à l'Institut de mettre sur pied un comité permanent destiné à soutenir la formation universitaire en matière de pratiques collaboratives interprofessionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux sur le modèle de l'expérience en démarrage à l'Université Laval, à Québec. Né d'un engagement des facultés de médecine, de pharmacie, des sciences infirmières, des sciences sociales de l'Université Laval et du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale, ce réseau de collaboration vise à assurer, par des cours obligatoires dans les unités concernées, le développement des compétences liées aux pratiques collaboratives non seulement chez les futurs professionnels de la santé et des services sociaux, mais également chez les intervenants qui, dans les milieux de pratique, accueillent les stagiaires et les étudiants diplômés de l'université. Des expériences semblables et tout aussi intéressantes sont en cours au sein des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) des universités de Sherbrooke, Montréal et McGill.

⁵ Rapport du Comité d'implantation de l'Institut d'excellence en santé et services sociaux, publié en décembre 2008, page 254.

Outre les scientifiques, cliniciens, gestionnaires et représentants de la population, l'Institut devrait s'assurer de pouvoir disposer directement (représentation) ou indirectement (sondages, entrevues de groupe, etc.) de l'éclairage des intervenants terrain, lesquels sont confrontés quotidiennement aux besoins et aux situations-problèmes. Notre ordre professionnel dispose de moyens pour soutenir L'INESSS en ce sens.

Article 12 : banque de données

Cet article permet à l'Institut d'obtenir des renseignements personnels aux fins d'études ou d'évaluation. Nous recommandons ici la plus grande prudence. Plusieurs expériences nous ont appris qu'il y a là un risque de dérapage pouvant compromettre le droit du public à la confidentialité. Il serait souhaitable, à cet effet, que les administrateurs de l'Institut soient saisis, chaque fois, d'un tel besoin et qu'ils puissent prendre les décisions qui s'imposent, à la pièce. La création d'un comité de vigilance en matière de gouvernance et d'éthique reçoit notre appui.

Article 13 : recommandations au ministre

Nous proposons que l'Institut soit tenu de consulter les ordres professionnels concernés avant de faire des recommandations au ministre ou au gouvernement pour la création de registres d'information.

Article 15 : la gouvernance de l'Institut

Puisque ce sont les administrateurs qui verront à ce que l'Institut respecte son mandat notamment en accordant à chacun des trois secteurs l'espace et les ressources qui lui sont requises, en toute équité, nous proposons que les administrateurs représentent le plus équitablement possible les trois secteurs de l'Institut, soit le médical, le social et le médicament. Parmi les administrateurs « sociaux », nous demandons qu'au moins l'un d'entre eux porte le titre de travailleur social ou de thérapeute conjugal et familial. Nous souhaitons également que le législateur porte une attention particulière à la parité femmes/hommes au niveau du choix des administrateurs.

Article 16 : les administrateurs indépendants

Le projet de loi est trop vague sur les paramètres qui seront utilisés pour établir les qualifications recherchées auprès des futurs administrateurs indépendants. Nous croyons que cette définition gagnerait à être renforcée de façon générale et spécialement en matière de services sociaux.

Article 38 : gouvernance et éthique

Nous demandons que des administrateurs représentant^s le secteur social soient nommés au sein des comités de gouvernance et d'éthique en raison de leur sensibilité particulière à la notion de respect des droits ainsi que pour renforcer le lien de cohérence et de concordance entre la volonté exprimée du législateur de créer l'Institut à partir des volets énoncés (santé, services sociaux et médicaments) et d'ajuster les règles de gouvernance et d'éthique en conséquence.

Articles 40 : table de concertation

Nous souhaitons vivement que des représentants du secteur social soient désignés pour siéger à la Table de concertation pour les secteurs de la santé et des services sociaux, étant donné que cette table a pour mandat, notamment, de conseiller l'Institut dans la détermination des sujets prioritaires à examiner.

Articles 41, 42, 43 : effectifs médicaux?

Nous avons été stupéfaits de constater, à la lecture de ces articles, que l'Institut et le ministère ne se préoccupent que du plan d'effectifs médicaux nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Sans balise, la présence et la participation de représentants du secteur social sont ainsi laissées à la discrétion des administrateurs ou du ministre, situation qui nous apparaît inadmissible.

La mise en application d'une loi comme celle qui nous préoccupe est faite de dispositions transitoires. Vu l'absence de représentation du secteur des services sociaux dans les deux lois qu'elle abroge, et l'insertion du secteur des services sociaux dans la nouvelle loi, il serait essentiel d'assurer la présence suffisante et adéquate de représentants du social dans les dispositions transitoires pour la mise en application de la loi.

Conclusion

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec accepte donc de relever le défi que propose l'État avec la création de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Nous nous engageons cependant à être vigilants et critiques, étant donné les leçons que nous avons retenues du passé comme du présent et qui nous font parfois douter de la volonté sinon de la capacité de l'État à accorder aux services sociaux toute l'attention et les ressources qu'ils méritent.

Pour conclure, nous citerons un extrait de la conclusion de M. Jean-Pierre Duplantie, dans le rapport du comité d'implantation de l'INESSS :

« L'intégration du volet social au mandat de l'INESSS marque une étape importante dans la reconnaissance des services sociaux au Québec et la volonté de maintenir et développer la vision globale de la santé ou du bien-être des personnes. Tout en reconnaissant le bien-fondé d'associer santé et services sociaux sous un même ministère et de favoriser l'intégration des deux secteurs pour une approche globale aux problèmes de santé et aux problématiques sociales de la personne, les intervenants du secteur social n'ont pas toujours l'impression que les investissements de l'État dans le secteur social reflètent bien ses engagements. »

Encore aujourd'hui, nous avons le très net sentiment d'être les parents pauvres de cette alliance.

« Le défi pour l'INESSS sera d'accorder une véritable place aux services sociaux au sein de l'organisation, un budget adéquat pour permettre des études significatives et le développement de guides de pratique en fonction des attentes des intervenants du secteur et de donner à son secteur des services sociaux la visibilité qui lui permettra d'être un organisme crédible aux yeux des établissements et intervenants sociaux. »

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux sera effectivement jugé sur ses actes et sa crédibilité dépendra de sa capacité à bien refléter la triple nature de son mandat et à retirer de cette cohabitation une synergie profitable pour la population.

En ce sens, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec offre au législateur et au ministre et à l'Institut sa collaboration habituelle.