

**Commentaires sur le Projet de loi no. 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace**

## **Protéger et bien soutenir les services sociaux dans le cadre de la réforme en santé**

**18 mai 2023**

**Lesley Hill  
Jean-Marc Potvin  
Nathalie Garon  
Danièle Dulude  
Pierre-Paul Milette**

## **Personnes ayant signé ce mémoire**

Nous sommes un groupe de gestionnaires retraités des services sociaux. Nous sommes préoccupés par les impacts néfastes des réformes antérieures sur ces services que la population doit recevoir en temps opportun et selon des standards de qualité élevés. Les programmes sociaux sont méconnus et doivent être bien soutenus à l'intérieur de la réforme à venir afin de poursuivre leur travail indispensable, très souvent auprès de populations vivant des inégalités sociales et de santé.

## **Préambule**

Ce court mémoire vise à vous sensibiliser à l'importance de protéger et de bien soutenir les services sociaux dans le cadre de la réforme en santé. Le Québec est la seule province du Canada à avoir intégré la santé et les services sociaux au sein d'un même ministère. Ce choix comporte des avantages considérant que les aspects psychosociaux et de bien-être sont souvent intimement liés à la santé physique et mentale. En contrepartie, certains risques y sont inhérents, notamment en matière de gouvernance clinique des services sociaux.

## **Des services affaiblis au fil des réformes**

Nous estimons que les réformes successives qu'a connu le réseau ont affaibli graduellement cette gouvernance spécifique. La réforme de 2004 intégrant les CLSC dans les Centres de santé et de services sociaux a en a été le premier jalon. La réforme de 2015 intégrant cette fois-ci tous les établissements spécialisés à vocation sociale aux nouvelles structures CISSS et CIUSSS a complété le tout. Les centres jeunesse, les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et physique, et les centres de réadaptation en dépendance étaient alors intégrés aux nouvelles structures. L'omniprésence dans la sphère publique des enjeux critiques en santé physique, qui concerne toute la population, a depuis lors capté prioritairement l'attention des dirigeants du réseau, laissant ainsi pour compte le soutien et le développement des services sociaux. Le rapport de la Commission sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse (Commission Laurent) témoigne de cet effritement de la gouvernance spécifique des services sociaux en matière de services aux jeunes en difficulté.

L'actuel projet de loi, instaurant Santé Québec, comporte également de grands risques pour les services dédiés aux besoins sociaux des citoyens, notamment ceux de populations en contexte de vulnérabilité. Nous sommes d'avis que la réforme proposée doit plutôt être une opportunité de rectifier le tir.

Nous prenons acte du souci du ministre de décentraliser les opérations. Il va sans dire que la centralisation est contraire aux bonnes pratiques en matière de services psychosociaux, qui exigent une réponse adaptée aux personnes dans leurs différents milieux de vie. Le modèle d'intervention écosystémique, présent à l'intérieur des programmes sociaux, exige une grande souplesse et une complémentarité de différents acteurs autour des individus, familles, groupes

et communautés. Par exemple, les programmes sociaux doivent travailler de pair avec les municipalités, les écoles, le réseau de services éducatifs de garde, les organismes communautaires, les policiers, ainsi qu'avec toutes les instances de santé et de services sociaux et de la société civile. Ceci implique, bien évidemment, un travail de proximité.

Nous saluons le désir du ministre de restaurer des gestionnaires de proximité dans les établissements. Nous saluons également l'inclusion au projet de loi d'un directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux et d'un conseil professionnel social. Nous considérons cependant qu'il faut aller plus loin pour assurer toute l'attention et le soutien requis aux services sociaux au sein de la gouvernance.

Les services sociaux ont perdu leur gouvernance propre et leur autonomie, sans que le soutien nécessaire leur soit garanti à l'intérieur des nouvelles structures. Cela a affecté la trame de développement et d'amélioration des services sociaux, notamment la capacité de mettre en œuvre les meilleures pratiques ou d'avoir accès à des données de qualité pour informer la gouvernance et influencer l'organisation des services. Le modèle de gouvernance intégré retenu au fil du temps n'a pu répondre adéquatement à leurs spécificités en cette matière. Le vide laissé par la disparition des associations d'établissements du secteur social, qui jouaient un rôle majeur relatif au développement et à l'amélioration des pratiques, n'a pas été comblé. La relation entre les chercheurs universitaires et le « terrain » pour faire évoluer les pratiques sur la base des données de recherche récentes partout au Québec s'en est aussi trouvée affaiblie. La responsabilité confiée aux Réseaux universitaires intégrés de santé et services sociaux (RUISSS), dans leur forme actuellement proposée, ne permet pas de répondre aux besoins en cette matière.

### **Des services sociaux généraux et spécialisés**

Dans les services sociaux, tout comme en santé physique, il y a une première ligne et des services spécialisés. La première ligne comporte des services psychosociaux généraux pour toute la population et des services plus spécifiques pour les jeunes en difficulté, les personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme et les personnes à risque d'abus de substances et ayant des problèmes de santé mentale. Les services spécialisés incluent la protection de la jeunesse, la réadaptation des jeunes en difficulté, des personnes souffrant de dépendance, exposées à l'itinérance ou vivant avec un handicap intellectuel ou physique.

Il est évident que les services psychosociaux généraux doivent exister le plus près possible des populations locales, basés sur une fine connaissance des besoins de celles-ci. Ces services doivent comporter des volets de promotion, de prévention et d'intervention pour promouvoir la santé globale des citoyens. Les CLSC étaient jadis un exemple éloquent de ce type d'organisation de services, mais ces établissements ont été grandement affectés par les réformes successives.

Dans le cas des services spécialisés, une attention particulière doit être portée à leur développement clinique et à leur application plus uniforme. D'ailleurs, la Protection de la

jeunesse représente une fonction d'État, encadrée par une Loi spécifique, tout comme la Santé publique. Ces services doivent être placés dans la structure d'une façon à pouvoir exercer leur spécificité avec toute la diligence requise, tant au plan national que local. Par ailleurs, les instances de vigie clinique, tel le comité de vigilance et de la qualité, doivent exercer un suivi des enjeux de qualité dans les services sociaux, notamment lors de recommandations formulées par des instances externes.

Le directeur de la protection de la jeunesse est une fonction importante et exclusive. D'ailleurs, nous nous questionnons sur l'article 39, qui exclut d'emblée les services de protection de la jeunesse d'un établissement autre que territorial. Par ailleurs, l'article 38 ne prévoit pas dans les établissements territoriaux la mission de protection de la jeunesse, ni de réadaptation, toute clientèle confondue. Le projet de loi est donc muet sur la localisation de ces services dans la structure. Nous estimons que ces missions doivent être organisées sur une base régionale et qu'une réflexion s'impose pour assurer le soutien requis à ces services à l'intérieur de la nouvelle structure nationale. La structure de Santé Québec doit permettre d'assurer un leadership fort dans les services sociaux en général et pour chacun des programmes associés. Enfin, à l'instar de la Direction de Santé publique, nous devrions voir inscrit à la loi la nomination d'un DPJ par région sociosanitaire.

### **L'importance d'une gouvernance qui appuie les services sociaux**

Au premier regard, les budgets des programmes sociaux ont augmenté au fil des dernières années. Nous saluons cela. Nous considérons que le ministre responsable des services sociaux, M. Lionel Carmant, travaille avec diligence pour améliorer les services. Il est épaulé par une sous-ministre dédiée et nous constatons que les équipes continuent d'innover autant qu'elles le peuvent avec les moyens dont elles disposent. Cependant, sur le terrain, la perception est à l'effet que ces services sont systématiquement négligés au profit d'enjeux « plus criants », dont le débordement des urgences, les listes d'attente en chirurgie et l'absence de médecins de famille pour répondre aux besoins des citoyens. Lorsque l'attention de la gouvernance est monopolisée sur ces enjeux, les programmes sociaux ont tendance à demeurer dans l'angle mort. Leur importance revient momentanément à l'avant-scène au fil des drames qui se succèdent, malheureusement de plus en plus souvent.

La société québécoise vit une période postpandémique critique avec des problèmes sociaux importants: crise du logement, crise écologique, inflation, drames familiaux en hausse, décès d'enfants, violence dans les rues, vieillissement de la population, isolement social et problèmes de santé mentale, pour n'en nommer que quelques-uns.

Les services sociaux doivent avoir le droit d'exister dans une perspective qui leur est propre plutôt que selon une logique hospitalière. L'interdisciplinarité existe aussi à l'intérieur des programmes sociaux bien entendu, mais sa finalité propre est différente, c'est-à-dire l'intégration et le fonctionnement social des personnes, leur bien-être, leur participation citoyenne et la protection des populations et groupes vulnérables.

Nous croyons que le modèle intégré en santé et services sociaux du Québec peut être viable, en autant que le caractère propre des services sociaux soit pris en compte dans l'ensemble de la gouvernance du réseau. Cette gouvernance doit impérativement soutenir le développement et l'amélioration des services sociaux et les usagers des services sociaux doivent être intégrés à la gouvernance et entendus pour soutenir l'amélioration des services.

### **L'importance d'une gouvernance clinique appropriée**

Tel que mentionné, nous saluons l'inclusion à la loi d'un directeur du personnel multidisciplinaire des services sociaux et l'inclusion de ce directeur et du Conseil multidisciplinaire social à la gouvernance clinique des établissements. Cependant, ce rôle doit être déployé avec toutes les ressources nécessaires à la bonne conduite des activités sous la responsabilité de ces directeurs.

Lors de la réforme de 2015, tel n'a pas été le cas. Les directeurs de services multidisciplinaires (DSM) ont été intégrés à la structure avec des responsabilités de gestion d'opérations hospitalières. De plus, ce rôle était souvent partagé avec une autre direction (DSI-DSM, DGA-DSM, DSP-DSM), sans les ressources nécessaires à leur fonction de soutien et de qualité clinique. De plus, aucune orientation claire n'a été édictée par le ministère de la Santé et des Services sociaux sur la responsabilité de ces directeurs sur la qualité des pratiques professionnelles. Quoique le projet de loi 15 édicte clairement, à l'article 274, les responsabilités de ce directeur, nous souhaitons insister sur le fait que celui-ci aura besoin des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires pour bien s'acquitter de ses responsabilités.

### **Des usagers qui requièrent de la stabilité relationnelle**

Nous souhaitons également attirer l'attention sur l'importance de la stabilité des intervenants dans la vie des personnes, notamment au sein des services spécialisés du domaine social. Tandis que les réformes successives ont favorisé la mobilité des ressources humaines, cette mobilité est néfaste dans tout domaine où une continuité relationnelle est requise. Pensons à l'enfant placé, victime de maltraitance, qui doit composer avec une série de visages, exacerbant son trouble de l'attachement. Pensons à une femme victime de violence conjugale ou d'agression sexuelle ou bien aux personnes avec une déficience intellectuelle ou qui ont une déficience physique congénitale ou traumatique pour qui on vise une intégration sociale. Dans toutes ces situations, c'est la relation que la personne arrive à forger avec un intervenant ou une équipe significative qui est déterminante à tout changement et à la réussite des soins et services entrepris. La stabilité relationnelle est cruciale. Les réformes des dernières années ont eu un impact assez négatif à cet égard et il serait important d'exercer une grande prudence afin de produire le moins d'instabilité possible dans des équipes déjà excessivement dégarnies.

Sans formuler de recommandation spécifique à cet égard, nous estimons qu'il s'agit d'un enjeu critique pour les services sociaux et que Santé Québec devra prendre les moyens nécessaires pour assurer davantage de stabilité dans ces secteurs.

## Quelques recommandations

Dans un esprit constructif, nous vous soumettons certaines propositions pour améliorer la prise en compte de ce caractère spécifique des services sociaux dans la gouvernance des établissements, et au sein de Santé Québec:

### Recommandation #1

Afin de permettre aux services sociaux d'exister selon leur perspective propre :

Désigner l'Agence comme « Santé et Services sociaux Québec ».

### Recommandation #2

Afin d'intégrer une représentation des services sociaux à la gouvernance de « Santé et Services Sociaux Québec » :

Ajouter un siège supplémentaire pour une personne ayant une expertise de la gestion des services sociaux, comme une des compétences spécifiques requises au sein de son Conseil d'administration.

Amendement à l'article 1071 :

Les dispositions de l'article 3.1 de la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État (chapitre G-1.02) relatives aux profils de compétence et d'expérience des membres du conseil d'administration autres que le président de celui-ci et le président-directeur général ne s'appliquent pas lors de la nomination des premiers membres du conseil d'administration de Santé Québec.

Toutefois, le gouvernement doit lors de cette nomination faire en sorte que, collectivement, les membres possèdent la compétence et l'expérience appropriées dans les domaines suivants :

- ~~1. Gestion de la santé et des services sociaux~~
- 2. Gestion de la santé;**
- 3. Gestion des services sociaux;**
4. Gestion immobilière;
5. Gestion des ressources informationnelles;
6. Gestion des finances et comptabilité;
7. Gestion des ressources humaines, relations de travail et développement organisationnel;
8. Gouvernance ou éthique;
9. Vérification, performance ou gestion de la qualité ou des risques.

### Recommandation #3

Afin d'intégrer une structure de soutien appropriée aux services sociaux à l'intérieur de « Santé et Services Sociaux Québec » :

Instaurer un vice-président des services sociaux à l'intérieur de « Santé et Services sociaux Québec ».

Instaurer des directeurs nationaux de chacun des programmes du domaine social: Jeunes en difficulté, Santé mentale, dépendance-itinérance, Déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, Déficience physique.

Nommer un directeur national des services psychosociaux généraux.

#### **Recommandation #4**

Afin d'assurer un encadrement des pratiques de qualité dans les services sociaux :

Assurer aux directeurs du personnel multidisciplinaire des services sociaux les ressources nécessaires pour mettre en œuvre le mandat qui leur est octroyé par la loi.

#### **Recommandations #5 et #6**

Afin d'assurer une direction et une organisation des services solides pour la fonction d'État qu'est la Protection de la jeunesse :

Assurer l'exclusivité de la fonction de Directeur national de la Protection de la jeunesse.

Inscrire à la Loi la nomination d'un directeur de la protection de la jeunesse pour chaque région sociosanitaire, tout comme on l'a fait pour le directeur de santé publique.

#### **Recommandation #7**

Afin de permettre aux programmes sociaux d'être bien représentés et soutenus à l'intérieur des Réseaux universitaires intégrés en Santé et Services sociaux :

Ajouter à la gouvernance des RUISSS une représentation équitable des facultés de sciences sociales ou humaines.

Amendement à l'article 366 :

Les activités d'un réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux sont conduites par un comité de direction formé des membres suivants :

1. Le président et chef de direction de « Santé et Services sociaux Québec » ou la personne qu'il désigne;
2. Les plus hauts dirigeants des établissements membres du réseau;
3. Le doyen de la faculté de médecine de l'université membre du réseau;

#### 4. Le doyen de la faculté des sciences sociales ou humaines de l'université membre du réseau.

##### Recommandation #8

Afin de permettre le développement des services sociaux et l'intégration des bonnes pratiques :

Instaurer au sein des RUISSSS des Réseaux intégrés universitaires pour chacune des spécialités « jeunes en difficulté », « déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme », « déficience physique » et « dépendance et santé mentale », ayant une portée nationale et impliquant les instituts universitaires sociaux. Ces réseaux devraient viser l'implication des membres des établissements, d'usagers et de chercheurs. Cette recommandation vise spécifiquement à restaurer des lieux de concertation, d'innovation et d'intégration des connaissances de la recherche dans les pratiques cliniques du domaine social.

##### Recommandation #9

Afin d'assurer une représentation des usagers des programmes sociaux aux Conseils d'établissements :

Que deux des cinq sièges réservés aux usagers sur chaque Conseil d'établissement le soient pour des usagers utilisateurs de services sociaux ou leurs proches.

Amendement de l'article 107 :

Le conseil d'établissement est composé du président-directeur général et des personnes suivantes, nommées pour un mandat de quatre ans par le conseil d'administration de « Santé et Services sociaux Québec » :

1. Cinq usagers de l'établissement, **dont au moins deux ayant reçu des services dans le domaine des services sociaux;**
2. Une personne provenant de chacun des milieux suivants :
  - a. Le milieu communautaire;
  - b. Le milieu de l'enseignement et de la recherche;
  - c. Le milieu des affaires;
  - d. Le milieu municipal.

De plus, le conseil d'établissement comprend le président de la fondation de l'établissement ou, s'il existe plus d'une fondation, la personne désignée en vertu de l'article 109 ou, en l'absence d'une fondation, un usager additionnel.

### Recommandation #10

Afin d'assurer une représentation des usagers des programmes sociaux au plan national :

Modifier l'article 68 afin d'intégrer la notion de représentation d'usagers de différentes missions d'établissements.

Amendement de l'article 68 :

Le comité national des usagers est composé de membres issus de comités des usagers des établissements publics et privés, de représentants de groupements d'usagers ou de comités des usagers et d'une personne qui exerce des responsabilités de direction sous l'autorité immédiate du président et chef de la direction. **Ses membres sont représentatifs des différentes missions d'établissements.** Les membres issus de comités des usagers proviennent en alternance de différentes régions sociosanitaires.

### Recommandation #11

Afin de soutenir les Conseils d'établissement en lien avec leur mandat de donner leurs avis au président-directeur général sur la prestation des services au sein de l'établissement, notamment en ce qui concerne les besoins sociosanitaires et les particularités des communautés composant la population desservie par l'établissement, nous recommandons :

Que les Conseils d'établissement soient accompagnés et soutenus par la Direction régionale de santé publique pour s'approprier de portraits populationnels locaux.

### Recommandation #12

Afin que les besoins populationnels soient bien répertoriés et afin qu'il y ait une bonne planification des services de santé et des services sociaux pour combler besoins actuels et futurs des populations locales :

Insérer au mandat des PDG d'un établissement territorial la responsabilité d'élaborer, sur une base biennale, un plan de services de santé et de services sociaux pour répondre aux besoins populationnels. Ce plan devra être développé en collaboration avec le Conseil d'établissement.

### Recommandation #13

Afin d'assurer le respect et le suivi des recommandations de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse (CDPDJ), nous recommandons :

Que la fonction de prendre acte et d'implanter les recommandations de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse soit intégrée aux responsabilités du Comité de vigilance et de la qualité, et modifier l'article 121 conséquemment.