



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

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

MÉMOIRE

PROJET DE LOI 10

**LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES**

MÉMOIRE

PROJET DE LOI 10

LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES

Le Conseil d'administration de l'OTSTCFQ tient à remercier toutes les travailleuses sociales et tous les travailleurs sociaux ayant contribué à l'élaboration du présent mémoire ainsi que le personnel de la permanence pour son précieux concours.

Ce mémoire a été adopté par le Conseil d'administration de l'OTSTCFQ le 24 octobre 2014.

RÉDACTION, RÉVISION ET MISE EN PAGES

Direction des communications, OTSTCFQ

Ce document est disponible en ligne sur le site de l'OTSTCFQ : www.otstcfq.org

Table des matières

PRÉAMBULE	4
MISE EN CONTEXTE	6
LE PROJET DE LOI 10	8
Considérations générales	9
La gouvernance	10
<i>Des mégastructures qui ne favorisent pas les services de proximité</i>	11
<i>La nomination des administrateurs et des PDG</i>	12
<i>Des risques accrus d'attraction vers l'hospitalo-centrisme</i>	13
Accessibilité	14
Implication citoyenne	14
Les déterminants sociaux, facteurs incontournables	16
La promotion et la prévention	16
Les personnes et les groupes vulnérables	17
Les travailleurs sociaux et l'intervention sociale	18
Le milieu communautaire et la solidarité sociale	19
Autres considérations	20
<i>L'impact des transformations sur les dispensateurs de soins et de services</i>	20
<i>La création d'une direction des services sociaux (DSS)</i>	22
<i>Une perte d'expertise</i>	23
<i>Protection des dépenses consacrées aux services sociaux</i>	23
<i>La modification du champ d'application de la loi soustraite au processus législatif</i>	24
<i>À la recherche de revenus pour l'État</i>	24
CONCLUSION	26
RECOMMANDATIONS	28

Préambule

Le Code des professions du Québec confie à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) le mandat de protéger le public notamment en s'assurant de la qualité des activités professionnelles de ses membres et en favorisant le maintien et le développement de leurs compétences. Dans le cadre de ce mandat de protection du public, l'OTSTCFQ a toujours cru – et croit toujours – qu'il est de son devoir de prendre part aux débats qui portent sur les grands enjeux sociaux. C'est ce que nous appelons notre mission sociale, sur laquelle nous prenons appui pour promouvoir la mise en place et le maintien de politiques et de services qui favorisent la justice sociale et pour défendre les droits des personnes, des familles, des groupes et des collectivités.

Depuis sa création (1960), dans l'accomplissement de son mandat et de sa mission sociale, l'OTSTCFQ participe régulièrement aux débats entourant les politiques sociales et les enjeux sociaux d'importance. Les travailleurs sociaux ont vécu l'époque où les familles n'avaient pas accès à des services de santé gratuits et universels et demeurent vigilants face à tout recul potentiel des acquis sociaux dans le devenir du système de santé et de services sociaux. À cet effet, l'OTSTCFQ a constamment plaidé en faveur d'un système de santé et de services sociaux public, gratuit, universel et accessible¹.

L'OTSTCFQ compte plus de 12 000 membres travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux. Ces professionnels œuvrent majoritairement dans le réseau de la santé et des services sociaux, mais également au sein d'organismes communautaires, en pratique autonome ainsi que dans les milieux d'enseignement, de la recherche, de la planification de programmes, comme gestionnaires, et autres.

¹ Mémoire portant sur le projet de loi 83, Loi modifiant la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux et d'autres dispositions législatives, OTSTCFQ, janvier 2005.

Bien qu'encore peu présents dans le réseau, les thérapeutes conjugaux et familiaux sont toutefois concernés par le projet de loi 10. En évaluant la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles afin d'élaborer un plan de traitement et d'intervention, ils visent à restaurer et à améliorer les modes de communication afin de favoriser de meilleures relations conjugales et familiales. Ils jouent donc aussi, à leur façon, un rôle important au niveau des déterminants sociaux de la santé.

Mise en contexte

« Je donne à la santé un sens plus large, bien au-delà des quatre murs d'un bloc opératoire. Le système de santé lui-même ne compte que pour 30 % de ces déterminants. Le reste est constitué des éléments suivants : l'âge, le sexe, le patrimoine biologique des individus, le niveau socioéconomique, l'emploi et les conditions de travail, l'éducation, les habitudes de vie, l'environnement physique, la petite enfance, le tissu et le soutien social, ce qui inclut l'expression culturelle. Un État qui se préoccupe de la santé doit conserver un horizon qui inclut le système de soins, mais aussi le dépasse largement ».

Philippe Couillard, premier ministre du Québec, discours inaugural, 21 mai 2014.

« Le projet de loi n°10 vise un objectif prioritaire, c'est-à-dire simplifier le parcours de soins des patients québécois. Ce projet de loi vise à faire en sorte que, une fois pour toutes, les décisions soient prises en fonction du patient, du patient et toujours du patient ».

Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, 20 octobre 2014.

« On parle de l'abolition des agences [mais] dans les faits, on constate que ça concerne beaucoup plus l'abolition des CSSS, les instances les plus proches de la population ».

Diane Lamarre, députée de Taillon, 20 octobre 2014.

« Une réforme profonde [du système de santé et de services sociaux] doit mettre non pas le patient au cœur du système, mais la personne au cœur du système. Notre système de services sociaux et de santé ne traite pas que des personnes malades, il traite des jeunes en difficultés, il traite des aînés en situation de perte d'autonomie, des personnes handicapées ».

Françoise David, députée de Gouin, 20 octobre 2014.

En fusionnant les missions « santé » et « services sociaux » au sein d'un même ministère, au début des années 70, l'État lançait un message fort en reconnaissant que les deux missions étaient intimement liées et complémentaires. La société québécoise telle que nous la connaissons aujourd'hui, ouverte, solidaire, généreuse, en grande partie grâce à ses politiques sociales, est un héritage de cette approche. Les travailleurs sociaux ont joué un rôle de premier plan dans l'émergence de cette société et, plus spécifiquement, dans la constitution du réseau public de santé et de services sociaux.

Pourtant, depuis plus de deux décennies, nous constatons l'affaiblissement progressif de la mission sociale de l'État québécois et une tendance à accorder de plus en plus d'importance au curatif. Petit à petit, alors que le réseau devient de plus en plus influencé par une approche médicale et curative, il s'est établi un déséquilibre alarmant – que nous appelons le déséquilibre social – entre les deux missions du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cela se traduit par un glissement des rapports entre le

citoyen et l'État, par un recul tant au niveau de la défense des droits sociaux et économiques qu'au chapitre de la promotion de la justice sociale.

Paradoxalement, l'un des principaux effets de ce désengagement de l'État se traduit par une pression accrue sur le curatif. En effet, plus l'accès aux services sociaux généraux, par exemple, devient problématique, plus les gens risquent de se retrouver en situation de détresse et de requérir, à moyen terme, à des soins et des services de santé plus élaborés, plus coûteux. Selon nous, négliger les aspects sociaux dans une perspective de santé globale, c'est se contenter de faire seulement la moitié du travail. Les travailleurs sociaux sont aux premières loges pour constater, au quotidien, que les services sociaux font partie de la solution en matière de santé globale.

En tant qu'ordre professionnel du domaine de la santé et des services sociaux, nous n'avons ni le mandat ni l'expertise pour évaluer les choix organisationnels de l'État. Cependant, nous devons être vigilants quant aux impacts de ceux-ci sur l'offre de services sociaux généraux et spécialisés ainsi que sur la capacité de nos membres – travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux – à offrir adéquatement et efficacement ces services dans le respect des meilleures pratiques professionnelles et de leur code de déontologie.

Le projet de loi 10

Le projet de loi 10 propose une restructuration majeure du réseau public de la santé et des services sociaux, en rupture avec les grandes orientations initiées par la Commission Castonguay-Nepveu : réseau public fondé sur trois lignes d'interventions, services de proximité, implication citoyenne, choix des administrateurs par collègues électoraux. Il tire également un trait sur des aspects positifs et mobilisateurs de la réforme Couillard : regroupement des établissements au sein de CSSS assumant une responsabilité populationnelle à l'intérieur d'un réseau local de services, complété par des établissements spécialisés, mise en place de projets cliniques² et autres.

Ce projet de loi porte ombrage à l'époque où l'État reconnaissait au citoyen une part de responsabilité significative au niveau de l'identification de ses besoins spécifiques et de l'organisation locale des services à la population sur des territoires précis. Il va également à l'encontre de l'esprit et de la lettre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et des courants faisant valoir l'importance de la participation citoyenne en santé et en services sociaux.

Nous reconnaissons qu'un gouvernement responsable doit se soucier de l'état des finances publiques. En ce sens, nous serons toujours en faveur de changements qui vont dans le sens d'améliorer l'efficacité du système de santé et de services sociaux, d'augmenter la fluidité des soins et services, de réduire la bureaucratie, etc. Cela dit, nous sommes profondément préoccupés par les impacts d'une si vaste restructuration, développée en vase clos, sans consultation préalable avec les acteurs qui sont pourtant

² Projet clinique : Appellation qui intègre les dimensions sociales et de santé et qui tient compte de la diversité des interventions à offrir à une population définie. Le Projet clinique porte sur la démarche globale, formée de deux volets complémentaires, le volet organisationnel, le plus connu et déjà en cours, et le volet clinique, que les CSSS ont le mandat de mettre en route. Il s'agit d'un projet mobilisateur et novateur qui mise sur les nombreux acquis : à partir des expériences allant dans ce sens un peu partout au Québec, on veut bâtir un projet qui articule mieux qu'auparavant les besoins de la population de chaque territoire, et des communautés qui la composent, avec des stratégies efficaces pour y répondre, selon des normes de qualité reconnues et les services les plus appropriés. Le projet englobe la mesure des impacts de manière à faire évoluer le projet en fonction du contexte (MSSH, octobre 2004).

partie prenante du système de santé et de services sociaux. Dans sa forme actuelle, le projet de loi 10 fragilisera et mettra en péril, croyons-nous, l'accès et la dispensation des services sociaux pour la population en général et pour les groupes de personnes vulnérables en particulier.

Enfin, même si des experts avancent que des réformes sont nécessaires en matière d'organisation et de financement des systèmes publics de santé³, d'autres soutiennent que le fait d'investir dans la protection sociale stimule la croissance économique, augmente la productivité et améliore la cohésion sociale et le bien-être individuel⁴. Nous croyons que l'État a le devoir d'agir sur les deux fronts.

Considérations générales

Nous partageons les objectifs énoncés dans le préambule du projet de loi 10 : « favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population, contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau ». Nous convenons que dans son état actuel, le réseau de la santé et des services sociaux n'est pas parfait et pose certains problèmes. Toutefois, aucune étude d'ensemble et partagée ne permet une compréhension commune de ces problèmes et des pistes de solution pour y remédier.

Notre analyse du projet de loi nous amène à conclure que les moyens proposés ne permettront vraisemblablement pas d'atteindre les objectifs, provoquant plutôt des bouleversements importants, ayant pour conséquences de fragiliser les services sociaux et plusieurs acquis importants qu'il vaudrait mieux conserver.

³ Imbeau, L., Chenard, K., Dudas, A (2002). *Les conditions de viabilité d'un système public de santé au Canada*, Étude no 11, mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

⁴ Conseil International d'action sociale, *Newsletter de la coopération mondiale*, juin 2012, Édition spéciale sur la protection sociale. http://www.icsw.org/doc/2012-06-Cooperation_Mondiale-Fr.pdf.

À cet effet, nous citons ici certains éléments du mémoire présenté par l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal⁵, selon lequel « il n'existe pas de base crédible permettant de croire que cette réforme permettra des gains d'efficience » :

« Les modifications législatives proposées dans le projet de loi n°10 sont peu susceptibles de produire les effets visés. Le projet de loi n°10 est en contradiction avec la quasi-totalité des preuves disponibles. Dans un monde où de plus en plus d'organisations et de gouvernements tentent d'identifier des façons d'intégrer efficacement les données scientifiques dans les processus de décision, le projet de loi n°10 se positionne radicalement à contre-courant ».

Dans ce contexte, nous soumettons dans le cadre de cette commission l'essentiel de notre analyse et formulons plusieurs recommandations susceptibles de corriger plusieurs des éléments les plus problématiques du projet de loi 10.

D'autre part, selon les propos du ministre de la Santé et des Services sociaux, les mesures prévues dans le projet de loi 10 permettront de récupérer environ 220 millions de dollars annuellement. Sachant que le budget annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux est de 32 milliards de dollars, l'économie escomptée ne représente que 0,8 % du budget total du ministère et moins de 0,3 % du budget annuel de l'État. C'est bien peu, nous semble-t-il, en comparaison des bouleversements que risque de provoquer l'entrée en vigueur du projet de loi 10 sous sa forme actuelle.

La gouvernance

L'un des éléments fondamentaux du projet de loi 10 consiste en une transformation majeure de la structure organisationnelle du réseau de la santé et des services sociaux. La transformation proposée soulève de nombreuses préoccupations

⁵ « Étant donné que la vaste majorité des établissements créés par le biais des fusions proposées dans le projet de loi n°10 dépasserait la taille critique à laquelle on peut espérer des économies d'échelle et que les fusions proposées sont essentiellement horizontales, il n'existe pas de base crédible permettant de croire que cette réforme permettra des gains d'efficience. L'analyse rétrospective de centaines de fusions d'établissements depuis les années 1990 montre que la fusion administrative n'est pas l'approche la plus efficace pour améliorer l'intégration des soins et ne permet pas d'identifier un lien entre les fusions administratives et l'amélioration de la qualité. Une centralisation très poussée des pouvoirs décisionnels ne permet pas forcément une amélioration de la performance. La robustesse de la preuve sur tous ces aspects est impressionnante ». Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. Mémoire consulté en ligne : <http://www.cssante.com/sites/www.cssante.com/files/memoirecontandriopoulosetal.pdf>.

quant aux services de proximité, à la participation citoyenne, à la fragilisation des services sociaux et au profil des administrateurs qui seront choisis par le ministre, celui-ci s'accordant des pouvoirs sans précédent dans l'histoire récente du Québec.

Des mégastructures qui ne favorisent pas les services de proximité

Vue par de nombreux observateurs comme une politisation du système, l'omniprésence du ministre, à tous les niveaux de gestion, même sur les plans d'action, semble démesurée. De plus, elle évacue le citoyen comme participant aux décisions et aux orientations. Dans sa volonté de réduire la bureaucratie et les niveaux de gestion, le ministre remplace les agences par des établissements régionaux, les CISSS (plus gros, moins nombreux) faisant du coup disparaître le niveau le plus important, soit le CSSS, lieu décisionnel qui faisait place à la participation citoyenne, laquelle a pourtant fait ses preuves de plus d'une façon. Par ailleurs, ces méga-établissements seront constitués selon une logique qui rendra difficile, dans plusieurs régions, l'organisation et la dispensation de services de proximité modulés selon les caractéristiques et les besoins des communautés locales.

À titre d'exemple, nous nous interrogeons sur la logique selon laquelle le projet de loi propose la création d'une seule mégastructure, en Montérégie, région qui regroupe pourtant 19 MRC, alors que Laval constituera un CISSS à lui seul. Ainsi, contrairement à la majorité des politiques gouvernementales, qui s'appuient sur le découpage territorial des MRC, le projet de loi 10 en propose un tout autre. Nous voyons se profiler, sur le terrain, des problèmes de cohérence et d'arrimage entre les différentes missions de l'État.

Les travailleurs sociaux sont à même d'apprécier le rôle que jouent les citoyens impliqués dans les instances décisionnelles des CSSS avec la perspective d'adaptation des services au plan local que cela favorise. La connaissance qu'ont les citoyens des

besoins particuliers de leur milieu facilite l'arrimage entre la population et les dispensateurs de soins et de services.

La nomination des administrateurs et des présidents-directeurs-généraux

Au cours des dernières années, nous avons constaté, à l'instar de plusieurs observateurs, l'influence de plus en plus marquée des modèles de gestion issus de l'entreprise privée et s'inscrivant dans le courant de la nouvelle gestion publique dans l'administration du réseau et de la santé et des services sociaux. À cet effet, l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques du Québec (IRIS)⁶, se prononçait sur cette question en février dernier :

« Un système de santé est une organisation complexe, tant au niveau de sa structure que des théories et concepts sur lesquels elle repose. [Or], le concept de gouvernance ne saurait être confondu avec celui de la simple direction d'une organisation. Il est issu de l'entreprise privée et introduit dans la gestion étatique publique afin de reproduire les conditions du marché. En santé, il postule qu'en octroyant aux patients le statut de « clients » et aux établissements celui « d'entreprises concurrentes », le système sera plus productif et plus à même de s'insérer dans l'économie comme n'importe quelle autre composante de la société. »

En raison des problèmes entraînés par ce courant de gestion, lequel s'applique mal au domaine de la santé et des services sociaux où le « livrable » est la qualité de vie des citoyens, nous en appelons à la vigilance.

S'appuyant sur des principes de démocratie et de représentativité populationnelle, l'OTSTCFQ ne peut pas appuyer le processus de nomination proposé par le ministre. Pour remédier un tant soit peu à ce procédé arbitraire, le ministre voudra peut-être considérer l'idée de faire valider ses choix par le conseil des ministres.

Quoi qu'il en soit, nous demandons au ministre de porter une attention particulière à la sélection des personnes qui constitueront les comités d'experts chargés de lui fournir les listes de candidats potentiels tant pour les postes d'administrateurs

⁶ La gouvernance en santé au Québec. Institut de recherche et d'informations socio-économiques.
En ligne : <http://iris-recherche.qc.ca/publications/gouvernance-sante>

indépendants que pour les postes de présidents-directeurs-généraux et présidents-directeurs-généraux adjoints. Le profil permettant de sélectionner les candidats et de procéder aux nominations devra éviter de choisir des administrateurs dont la culture est uniquement calquée sur celle qui prévaut dans les entreprises privées, pour prendre davantage en compte les caractéristiques de l'administration publique axée sur le service public et le bien commun. La composition de ces comités d'experts doit aussi, à notre avis, faire une place égale aux spécialistes de la gestion des services sociaux, sinon le processus de sélection sera faussé. De plus, en toute transparence et pour démontrer clairement sa volonté d'accorder aux services sociaux toute la place qu'ils méritent :

Nous recommandons au ministre d'inscrire dans la loi le principe de parité afin qu'un membre du duo PDG-PDGA provienne du domaine social. Dans chaque CISSS, une de ces deux personnes devrait être un travailleur social ou un expert issu des services sociaux afin que les deux missions (santé et services sociaux) soient également représentées.

Des risques accrus d'attraction vers l'hospitalo-centrisme

Déjà, en 2003, la réforme est venue fragiliser la première ligne en CSSS alors qu'elle devait la renforcer. Le changement de gouverne proposé risque d'amplifier le phénomène. L'approche médico-centriste, nous le craignons, teintera les orientations et les choix et risque d'affaiblir fortement les volets de promotion et de prévention. C'est au niveau des urgences que les effets vont se faire sentir, à moyen terme. Parce que les urgences, faut-il le rappeler, ne sont que le symptôme d'un mal plus grand et systémique.

Nous partageons de plus les appréhensions exprimées largement quant à l'impact de mégastuctures au sein desquelles les préoccupations curatives dans le domaine de la santé porteront ombrage – si elles ne les éclipsent pas totalement – aux aspects psychosociaux. Pourtant, nous le savons tous, une première ligne affaiblie transmet une pression supplémentaire sur la deuxième ligne.

De plus, la réforme de 2003 n'a pas fait l'objet d'analyses suffisantes selon nous pour permettre d'identifier les lacunes et concevoir des pistes de solutions. Les quelques analyses qui ont été faites se sont concentrées sur l'aspect reddition de comptes ou sur des programmes spécifiques sans se préoccuper suffisamment de la dispensation des services sociaux en général, et des services de proximité en particulier. Pourtant, des améliorations importantes ont été mises en place par cette réforme : meilleure fluidité, établissement de corridors de services pour les jeunes en difficultés et les aînés en perte d'autonomie, collaboration interdisciplinaire au niveau de la santé mentale, etc. Là où cette réforme aura échoué, selon nous, c'est au niveau de l'offre de services sociaux généraux, alors que les budgets disponibles ont, la plupart du temps, été détournés vers le médical.

Accessibilité

L'article 5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux⁷ stipule que « toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur le plan scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée ». Cet article énonce les principes d'accessibilité et d'universalité des services de santé et des services sociaux. Dans son rapport final, qui a mené à l'élaboration et à l'adoption du projet de loi 21, le comité Trudeau⁸ dit s'être appuyé sur quelques principes, dont celui de « l'accessibilité compétente » qui « vise à assurer au patient le service approprié, fourni par la personne compétente, au moment opportun, à l'endroit souhaité et pour la durée requise ». L'OTSTCFQ croit fermement que ce principe d'accessibilité est au cœur du système de santé et de services sociaux et qu'il doit être préservé. À cet effet :

Nous recommandons au ministre d'inclure dans le projet de loi 10 un article garantissant le maintien de l'accessibilité tel que reconnu à l'article 5 de la LSSSS.

⁷ Loi sur la santé et les services sociaux, éditeur du Québec, octobre 2014.

⁸ Rapport présenté à l'Office des professions concernant la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines, Partageons nos compétences, décembre 2005.

Implication citoyenne

Les travailleurs sociaux sont à même d'apprécier le rôle que jouent les citoyens impliqués au sein des réseaux locaux de services et la perspective d'adaptation des services au plan local que cela favorise. Pour nous, il est clair que l'approche populationnelle a fait ses preuves. Nous croyons que le réseau de la santé et des services sociaux, tel qu'il sera après l'adoption du projet de loi 10, se privera d'un éclairage essentiel, surtout en région et dans les plus petites collectivités. Nous y voyons également une perte importante au niveau de l'expression de la démocratie et de la participation citoyenne qui devrait être au cœur de l'organisation des services sociaux et de santé.

Par ailleurs, dans son discours, le présent gouvernement dit encourager la participation citoyenne à tous les niveaux, tant dans le processus législatif qu'au sein de l'administration publique, l'objectif étant d'atteindre un certain niveau d'acceptabilité sociale. Nous ne pouvons que constater que le processus de nomination retenu par le ministre de la Santé et des Services sociaux va à contre-courant de ce principe de participation citoyenne. En ce sens :

Nous recommandons au ministre d'amender le projet de loi 10 pour faire en sorte que l'expertise citoyenne, particulièrement au niveau local, soit préservée, notamment en réservant au minimum un siège à un représentant de la communauté au sein du conseil d'administration du CISSS.

La centralisation régionale pose problème surtout pour les besoins particuliers des territoires périphériques qui auront du mal à se faire entendre. D'ailleurs, le projet de loi 10 reconnaît au ministre le droit d'agir en ce sens. Cela pourrait prendre la forme d'un représentant par MRC, en région, et d'un représentant par arrondissement, en milieu urbain.

Ainsi :

Nous recommandons au ministre de s'engager à faire en sorte que chaque réseau local de services (RLS) soit représenté au sein des conseils d'administration des futurs CISSS.

Les déterminants sociaux, facteurs incontournables

Depuis quelques années, nous assistons à l'émergence d'un courant international stimulé par l'Organisation mondiale de la santé⁹ qui reconnaît de plus en plus l'impact majeur des déterminants sociaux sur la santé des personnes et des communautés. En ce sens, la performance du système de santé et de services sociaux, y compris le contrôle des coûts à long terme dépend de sa capacité à prioriser la prévention et la lutte contre les inégalités sociales par des actions collectives sur les déterminants sociaux de la santé et des interventions cliniques qui les prennent en compte.

Dans son troisième rapport paru en 2007, le Directeur national de la santé publique¹⁰ affirme que les problèmes de santé sont évitables, dans une large mesure, et découlent des conditions de vie, de l'environnement social et physique, ainsi que des comportements et des habitudes de vie. Il existe en effet un lien direct entre le degré d'inégalités qui prévaut dans une société, la position socio-économique des individus et des groupes d'individus qui la composent et leur état de santé physique et mentale. À cet effet :

Nous recommandons au ministre d'amender le projet de loi 10 afin d'y intégrer spécifiquement l'importance de tenir compte des déterminants sociaux et de leurs impacts dans la mise en œuvre des programmes, le financement et l'organisation des soins et services.

La promotion et la prévention

Sur cette base, nous considérons que le ministre devrait accorder une attention particulière à la promotion et à la prévention. Alors que les dépenses liées aux soins de santé découlent largement du traitement de maladies en grande partie évitables, il a été démontré que chaque dollar investi en prévention et en promotion de la santé permet

⁹ Organisation mondiale de la santé (OMS) 2008. L'organisme publie un rapport dans lequel il formule trois recommandations fondamentales à l'égard des déterminants sociaux de la santé : Améliorer les conditions de vie quotidienne; lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources; mesurer et analyser le problème et évaluer l'efficacité de l'action menée.

¹⁰ <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf>

d'économiser 5,60 \$¹¹ sur les dépenses de soins de santé. Pourtant, à peine 2 % du budget du ministère est consacré à la santé publique. Or, pour obtenir des retombées optimales, il faudrait élever ce seuil à au moins 5 %. À cet effet, l'une des plus importantes études réalisées aux États-Unis¹² et portant sur l'impact de la prévention précoce des déterminants sociaux chez les enfants, conclut que :

“The breadth of exposure to abuse or household dysfunction during childhood and multiple risk factors for several of the leading causes of death in adults”. Traduction libre: Il existe un lien entre l'ampleur de l'exposition à des situations d'abus et de problématiques familiales chez l'enfant et les facteurs de risque de décès chez ces personnes devenues adultes.

Il y a tout lieu de croire qu'en investissant davantage en promotion et en prévention, le réseau de la santé et des services sociaux pourrait générer des économies égales ou supérieures aux 220 millions de dollars visés par le projet de loi 10. D'autres endroits au monde ont fait le pari de la promotion et de la prévention, notamment la Scandinavie, et les résultats ont été à la hauteur des attentes. Idéalement, chaque programme devrait se doter d'un volet portant sur les aspects de la promotion et de la prévention. Cette obligation pourrait leur être imposée par la politique nationale de prévention que nous attendons depuis longtemps. À cet effet :

Nous recommandons au ministre de former un groupe de travail réunissant des intervenants et des professionnels des domaines de la santé et des services sociaux afin de l'alimenter pour l'élaboration et l'adoption d'une politique nationale de prévention, laquelle contiendra un chapitre portant sur les déterminants sociaux de la santé.

Les personnes et les groupes vulnérables

Certaines de nos plus grandes craintes portent sur les impacts que ce projet de loi aura sur les personnes et les groupes les plus vulnérables, pour qui une approche de proximité est essentielle afin d'éviter qu'ils ne se fragilisent davantage. Nous pensons ici aux familles, aux enfants et aux jeunes aux prises avec des difficultés de toutes sortes, les personnes en situation de pauvreté et de précarité, ceux qui vivent avec un

¹¹ <http://www.aspg.org/fr/salle-de-presse/communiqués-et-publications/74/reaction-au-projet-de-loi-du-dr-barrette>

¹² ACE: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, 2009.

problème de santé mentale ou ceux qui éprouvent des problèmes relationnels ou de dépendance. Il peut aussi s'agir de personnes vivant des problèmes liés au travail (chômage, emploi précaire), de personnes âgées isolées, maltraitées ou en besoin d'hébergement, de personnes issues de communautés culturelles stigmatisées et en besoin d'intégration, de personnes aux prises avec une maladie chronique, et bien d'autres. Or, nous l'avons exprimé plus tôt, le projet de loi 10 et le type de gouvernance qu'il introduit ne favorisent plus l'expression de ce rapport de proximité entre les citoyens et le système de santé et de services sociaux.

Dans une logique de restriction budgétaire, le recul de la relation de proximité est contre-indiqué et non probant. Lorsque le réseau ne répond pas aux besoins spécifiques des personnes les plus vulnérables, elles consultent à nouveau avec des problématiques plus pointues, lesquelles nécessitent des soins et des services plus spécialisés, plus coûteux. On peut penser ici aux « grands utilisateurs » des urgences. En ce sens :

Nous recommandons au ministre de constituer un comité consultatif ayant pour mandat d'effectuer un suivi des impacts de la restructuration qui découlera du projet de loi 10 sur l'accessibilité aux services sociaux et sur la prestation de soins et de services aux personnes et aux groupes les plus vulnérables. Le cas échéant, ce comité recommandera au ministre les correctifs nécessaires. Le comité sera composé d'intervenants et de professionnels, incluant des travailleurs sociaux.

Les travailleurs sociaux et l'intervention sociale

Présents dans le réseau de la santé et des services sociaux depuis ses origines, les travailleurs sociaux y occupent plusieurs fonctions : intervenants, cliniciens, gestionnaires de cas, organisateurs communautaires, directeurs de programmes, cadres et hors cadres pour ne nommer que celles-ci. Les praticiens interviennent auprès des individus, des couples, des familles, des groupes et des collectivités dans tous les programmes clientèle. Ils se préoccupent et s'investissent dans des actions de prévention-promotion, de traitement, de réadaptation ainsi que dans des actions de collaboration au développement des communautés dans leur milieu.

Dans leurs interventions, ils se fondent sur une approche systémique et y intègrent le réseau social, l'environnement et les déterminants sociaux de la santé, accordant une attention particulière aux personnes et aux groupes les plus vulnérables. Les travailleurs sociaux font une large place à l'expertise des personnes au sujet de leur propre vie et leur participation active à l'intervention. Cette posture réfère au concept de patient-partenaire, de plus en plus présent dans le domaine de la santé.

Ils contribuent, dans une perspective interdisciplinaire, à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes et des communautés. Plusieurs souhaitent que les processus d'évaluation et de reddition de compte soient davantage axés sur l'appréciation des changements dans la vie des personnes et leur environnement plutôt que sur le seul calcul du nombre d'interventions directes réalisées. Malheureusement, le projet de loi 10 ne semble pas faire d'espace pour des changements positifs à cet égard.

Le milieu communautaire et la solidarité sociale

Les travailleurs sociaux croient fermement au plein potentiel des communautés et en leur capacité à se prendre en main. Ils savent que les problèmes collectifs ne sont pas que la somme des problèmes individuels et nécessitent des stratégies d'action et d'intervention collectives appropriées. L'organisation communautaire et les organismes communautaires nous permettent de garder contact avec la réalité, avec les véritables enjeux socioéconomiques qui se jouent au sein de la société. Les organismes communautaires offrent à la population des services indispensables et de qualité. L'État serait incapable d'offrir de tels services à moins d'y engloutir des sommes colossales. Plusieurs organismes communautaires agissent directement sur les déterminants sociaux, sur les conditions et les milieux de vie des personnes.

C'est aux organismes communautaires ainsi qu'aux services d'organisation communautaire que nous devons principalement la création des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence, les services de garde à la petite enfance, les centres d'action bénévole, les maisons des jeunes, les coopératives d'habitation, les services alternatifs en santé mentale, les centres d'intervention de crise et de suicide, nombre d'entreprises d'économie sociale et de groupes d'entraide, et bien d'autres. L'approche des organismes communautaires a même inspiré et généré des changements de pratiques au sein du réseau. Pourtant, le projet de loi 10, sous sa forme actuelle, risque de reléguer les organismes communautaires au rang de sous-traitant des CISSS qui deviendront leurs bailleurs de fonds tout en étant leurs principaux partenaires dans le continuum de services. Les CISSS seront en position d'influencer les orientations des organismes communautaires puisqu'ils assureront leur financement.

En ce sens :

Nous recommandons au ministre de préserver le caractère unique et indépendant des organismes communautaires en leur garantissant un niveau de financement adéquat, de façon à ce qu'ils puissent poursuivre leur mission et d'étudier la faisabilité d'en confier le financement aux directions régionales de santé publique.

Autres considérations

L'impact des transformations sur les dispensateurs de soins et de services

Les expériences du passé en matière de réforme du système de santé et de services sociaux, nous enseignent l'importance de bien préparer les intervenants du terrain aux changements. En ce sens, l'échéance du 1^{er} avril 2015 laisse bien peu de temps pour préparer les gestionnaires et intervenants aux changements à venir. Pourtant, une bonne part du succès de toute réforme repose sur le degré d'adhésion de celles et ceux qui devront l'opérationnaliser. Dans un domaine aussi névralgique et sensible que la santé et les services sociaux, toute transformation génère de l'anxiété tant sur le personnel-cadre et les professionnels que sur les usagers, particulièrement chez les personnes les plus vulnérables.

En ce sens :

Nous recommandons au ministre de prévoir la mise en œuvre d'un plan d'action visant à faciliter l'intégration de la réforme auprès des intervenants, des gestionnaires et auprès de la population.

Des études effectuées par des chercheurs universitaires, à la suite de la réforme de 2003, ont fait ressortir l'importance, pour les travailleurs sociaux, d'être informés et impliqués dans le processus de changement¹³. La grande majorité des 12 000 travailleurs sociaux exercent leur profession dans le réseau public. Ils seront donc directement affectés par la restructuration mise de l'avant. Le rôle de l'Ordre ne consiste pas à évaluer les choix organisationnels de l'État, mais il se doit d'être attentif à l'impact de ceux-ci sur la capacité de ses membres à offrir leurs services adéquatement et dans le respect de leur code de déontologie.

Des recherches réalisées entre 2006 et 2010¹⁴ nous ont fourni un éclairage sur ses effets démobilisants de la réforme de 2003 auprès des dispensateurs de services et,

¹³ Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M., Maltais, D. (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires. Rapport de recherche*, Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire, Cahier no 1004, 175 pages.

¹⁴ L'impact de la restructuration du réseau sur la pratique professionnelle, Claude Larivière, Ph. D., travailleur social, sondage en ligne, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010. En ligne : <http://www.otstcfq.org/docs/default-document-library/rapport-lariviere-1-final.pdf?sfvrsn=0>

(EXTRAITS)

Quatre éléments du processus de restructuration qui ont provoqué des réactions significatives :

- Information insuffisante, pas assez précise = incertitude et inquiétude = démobilisation.
- Les gestionnaires ne parviennent pas à encadrer le fonctionnement quotidien étant mobilisés par les changements à introduire.
- Transformations organisationnelles de grande envergure = multitude de changements d'affectations chez les cadres = forte instabilité des gestionnaires et méconnaissance des services gérés par ceux qui sont nommés. Beaucoup d'épuisement professionnel.
- De nombreuses équipes de travail se retrouvent abandonnées à elles-mêmes (aucun encadrement).

Cinq impacts majeurs de ce type de transformation vécus par les travailleurs sociaux :

- Perte d'expertise de professionnels réaffectés à de nouvelles tâches (spécialiste des victimes des abus sexuels chez les adolescents qui se retrouve en soutien à domicile).
- Pour les travailleurs sociaux : aucune journée de formation par les pairs pour réaffectation (contrairement aux infirmières).
- Importante réduction des repères institutionnels qui demande des années à reconstruire.
- Mesure de la performance uniquement par des indicateurs statistiques rend difficile le travail en interdisciplinarité.
- Des CSSS ont reconnu l'importance du soutien clinique en créant des postes de conseillers cliniques, postes menacés en raison de la réduction du nombre de cadres. Moins d'encadrement des jeunes praticiens = hausse potentielle d'erreurs cliniques au détriment de la qualité des services offerts.

par ricochet, sur leur clientèle. Nous en soulignerons ici les grandes lignes : manque d'information créant incertitude et démobilité; manque d'encadrement; déplacement massif de cadres contribuant à la déstabilisation du système; réaffectation de personnel dans des domaines où ils ont moins d'expertise; etc.

De plus, les responsables de stages dans les universités observent depuis quelques années une raréfaction des offres de stage dans les établissements du réseau pour les finissants des programmes d'études universitaires en travail social, ce qui met en péril la qualité de la formation pratique de ces futurs professionnels. Nous demandons donc au ministre de porter une attention particulière, dans l'opérationnalisation du projet de loi 10, à la préservation, voire à l'accroissement de budgets dédiés à l'embauche de superviseurs, conseillers cliniques et conseillers-cadres en soutien à la pratique du travail social, afin de contribuer à la relève, au développement des compétences, à l'encadrement et à la formation des professionnels du travail social.

La création d'une direction des services sociaux (DSS)

Les directions de services jouent un rôle essentiel dans un système où la qualité des soins et des services rendus repose en grande partie non seulement sur les compétences des professionnels, mais également sur leur capacité à travailler en interdisciplinarité. Ces directions contribuent à l'amélioration continue de la qualité et de la performance clinique de l'ensemble des techniciens et professionnels et ce rôle doit être préservé.

Cela dit, la prise en compte des considérations sociales et la dispensation de services sociaux adéquats et en lien avec les besoins des populations concernées doit être au cœur des préoccupations d'une de ces directions. Les assises de notre système reposent sur trois professions à vocation plus générales : les médecins, les infirmières et

les travailleurs sociaux, autour desquelles gravitent d'autres professions, plus spécialisées, dont l'apport et l'expertise sont indispensables.

Aussi :

Nous recommandons au ministre la création d'une direction des services sociaux (DSS), au sein de chaque établissement, pour assurer la qualité et la quantité des services avec les mandats prévus actuellement à la loi, dont celui sur la distribution et l'intégration des soins et services, l'accessibilité et les approches novatrices.

Dans le même ordre d'idées :

Nous recommandons au ministre la création, pour les services sociaux, de structures semblables à celles qui existent pour le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le Conseil des infirmières et infirmiers.

Une perte d'expertise

Un important dommage collatéral de la présente réforme consiste en la disparition pressentie des associations d'établissements dont le financement provient des établissements et organismes membres et dont l'existence remonte aux années 30. Il s'agit d'une lourde perte d'expertise pour mesurer la qualité et la quantité de soins et de services offerts, au niveau du partage de l'expertise et de la circulation de l'information. Ces associations jouent également un rôle de vigie et nous nous attristons de leur disparition. Du même souffle, nous craignons qu'à moyen terme les établissements à vocation universitaire perdent également leur autonomie. Peut-on imaginer un seul instant que la recherche empirique dans les secteurs psychosociaux soit soumise à des orientations politiques inspirées des besoins médicaux? En ce sens :

Nous recommandons au ministre de préserver, par un article inséré dans le projet de loi 10, les missions universitaires liées à la recherche dans les domaines sociaux et d'en assurer le financement.

Protection des dépenses consacrées aux services sociaux

Le simple fait d'assigner des budgets spécifiques aux préoccupations sociales ne garantit pas que ces sommes soient dépensées à ces fins. L'influence énorme des centres hospitaliers et de leur approche curative accentuera ce risque. À cet effet :

Nous recommandons au ministre de donner des directives claires afin que les sommes consacrées aux services sociaux soient effectivement dépensées dans ce domaine pour maintenir et de développer la prestation des services sociaux généraux et spécialisés.

La modification du champ d'application de la loi soustraite du processus législatif

Des juristes liés à notre organisation nous ont fait part de leurs préoccupations en rapport avec l'article 161 du projet de loi 10. Selon cet article :

« Le gouvernement peut, par règlement, prendre toute mesure nécessaire ou utile à l'application de la présente loi ou à la réalisation efficace de son objet.

Un règlement pris en vertu du présent article n'est pas soumis à l'obligation de publication prévue à l'article 8 de la Loi sur les règlements; il peut, en outre, une fois publié et s'il en dispose ainsi, s'appliquer à compter de toute date non antérieure au 1^{er} avril 2015.»

Selon notre compréhension, cette disposition est habituellement utilisée pour permettre l'aménagement d'un régime transitoire entre une loi existante et une nouvelle loi. Dans le cas présent, cette disposition permet au ministre, par règlement, de modifier le champ d'application de la loi. Or, le champ d'application d'une loi devrait relever du législateur, non du gouvernement. Dans les faits, un règlement adopté en vertu de cet article serait dispensé de publication dans la *Gazette officielle du Québec* écartant par le fait même la possibilité pour les personnes et organismes intéressés de soumettre leurs commentaires, ce qui, de notre avis, pourrait être lourd de conséquences.

À la recherche de revenus pour l'État

Nous comprenons la préoccupation du gouvernement en lien avec le déficit d'opération de l'État. Cela est légitime et approprié. Cependant, la réforme présentée par le projet de loi 10, dans son état actuel, ne permettra au mieux que très peu

d'économies. Bien que nous ne soyons pas les experts en la matière, nous identifions d'autres avenues que l'État pourrait explorer.

En 2011, le gouvernement fédéral décidait unilatéralement de diminuer les transferts en santé vers les provinces. Pour le Québec, cela se traduit par une perte d'environ 10 milliards de dollars, sur dix ans, alors que le fédéral réalise à nouveau des surplus budgétaires. Au moment de l'entrée en vigueur de la loi canadienne sur la santé, le fédéral s'engageait pourtant à financer le système de santé à hauteur de 50 %. Cette contribution passera bientôt sous la barre des 20 % et rien ne nous laisse croire que le gouvernement du Québec fera des représentations pour corriger la situation.

Depuis sa création, en 1997, le régime public d'assurance médicaments du Québec a vu son budget exploser, passant de 1,1 milliard à 4 milliards, 15 ans plus tard. Même si les citoyens y contribuent à hauteur de 800 millions de dollars par année, la facture est énorme pour le trésor public. Selon une étude de l'Université de la Colombie-Britannique, publiée en avril 2014¹⁵, les Québécois paient 30 % plus cher que les autres Canadiens pour leurs médicaments, soit près de 850 \$ par personne, alors que la moyenne canadienne est de 650 \$. La récupération de ce différentiel de 200 \$ par personne permettrait au ministre de la Santé et des Services sociaux de récupérer des sommes beaucoup plus importantes, sans pour autant affecter la qualité des soins et des services offerts à la population.

Le gouvernement pourrait aussi accentuer ses efforts pour récupérer les milliards qui lui échappent au niveau de l'évasion fiscale et de la fiscalité des entreprises. Nous pourrions enfin ajouter à cette liste les coûts importants liés à la multiplication des examens et des diagnostics, pour ne nommer que ces éléments.

¹⁵ Les médicaments au Québec : Les Québécois paient 30 % trop cher. Yves Lamontagne, Journal de Montréal, 8 avril 2014.

Dans une lettre publiée dans le quotidien Le Devoir, le 24 octobre 2014, 25 économistes se sont prononcés sur les effets des inégalités sociales :

« Des inégalités élevées sont synonymes de problèmes économiques et sociaux; il est maintenant reconnu qu'elles sont nuisibles à la santé de notre démocratie et de la société dans son ensemble. Les niveaux actuels d'inégalités au sein des pays développés rendent malade et réduisent l'espérance de vie, ils augmentent les taux de criminalité, sans compter qu'ils handicapent les indicateurs de bien-être des enfants et des adultes. En freinant le plein épanouissement des individus et le développement de leur potentiel, des inégalités prononcées sont source de gaspillage de ressources humaines et de talent. À l'heure du redressement de l'économie et de nos finances publiques, c'est un luxe que nous ne pouvons nous permettre ».

Conclusion

Les travailleurs sociaux considèrent que le système de santé et de services sociaux existe d'abord et avant tout pour répondre aux besoins des personnes. Pour nous, c'est donc la personne qui doit être placée au cœur du système et des préoccupations de celles et ceux qui le gouvernent et en assurent le fonctionnement. En considérant la personne, plutôt que le patient, comme point de départ, on induit l'importance de tenir compte et d'agir sur les déterminants sociaux évitant ainsi, le plus souvent possible, qu'une « personne » devienne un « patient ».

Beaucoup d'énergie et de ressources ont été déployées depuis la Révolution tranquille pour établir, au Québec, une société qui tend vers la justice sociale, l'égalité des chances et l'accompagnement des personnes les plus vulnérables et celles défavorisées au plan socio-économique. Les travailleurs sociaux sont fiers d'avoir contribué à la construction de cette société. C'est pour cette raison qu'ils sont si préoccupés par les impacts que le projet de loi 10 risque d'avoir sur ce fragile équilibre.

Nous croyons que le changement de structures, à lui seul, ne permettra pas au ministre d'atteindre l'objectif qu'il s'est fixé soit de « favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité du réseau ». D'autres organisations sont venues dire la même chose devant cette commission.

Le projet de loi accorde au ministre de la Santé et des Services sociaux des pouvoirs sans précédent. Cela est d'autant plus préoccupant que très peu d'informations sont données par l'État sur les orientations privilégiées en santé et en services sociaux dans des phases ultérieures évoquées vaguement par le ministre au moment du dépôt du projet de loi 10. À ce sujet, seulement deux éléments ont été évoqués, à savoir le financement à l'activité et des modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Au niveau des services sociaux, une telle

orientation nous semble inappropriée. Nous nous inquiétons aussi des modifications à venir à la LSSSS. Les missions « santé » et « services sociaux » seront-elles touchées? Dans quelle mesure? Quels impacts auront-elles sur l'accessibilité et la prestation des services sociaux?

Le gouvernement s'est lancé dans une vaste opération de compressions budgétaires qui déjà a une forte incidence sur la prestation de services sociaux et de santé. Le gouvernement a aussi annoncé la création de 50 super-cliniques médicales sans pourtant préciser, jusqu'à présent, le caractère public ou privé de celles-ci ni la place qu'elles feront aux services sociaux.

Pour toutes ces raisons, nous souhaitons transmettre au ministre notre très haut niveau d'inquiétude et d'appréhension quant à l'orientation que semble vouloir donner le ministre et le projet de loi 10 à notre système de santé et de services sociaux. Nous sommes en droit de nous interroger : cette réforme constitue-t-elle un pas vers une privatisation accrue des services sociaux et de santé? S'appuyant sur son mandat de protection du public, l'OTSTCFQ ne saurait souscrire à une telle orientation si elle devait s'avérer.

En tant qu'experts des services sociaux, nous demandons au ministre de porter une attention particulière aux recommandations que nous lui soumettons afin de corriger certains des éléments du projet de loi 10 qui nous semblent les plus préoccupants pour la dispensation des services sociaux et les conditions de vie des citoyens. Nous sommes d'ailleurs disposés à collaborer avec lui en ce sens. S'il devait y avoir un gagnant ou un perdant, au terme de cette démarche, ce sera le citoyen. Voilà pourquoi nous choisissons la voie de la collaboration plutôt que celle de la confrontation.

Recommandations¹⁶

1. Nous recommandons au ministre d'inscrire dans la loi le principe de parité afin qu'un membre du duo PDG-PDGA provienne du domaine social. Dans chaque CISSS, une de ces deux personnes devrait être un travailleur social ou un expert issu des services sociaux afin que les deux missions (santé et services sociaux) soient également représentées (page 13).
2. Nous recommandons au ministre d'inclure dans le projet de loi 10 un article garantissant le maintien de l'accessibilité tel que reconnu à l'article 5 de la LSSSS (page 14).
3. Nous recommandons au ministre d'amender le projet de loi 10 pour faire en sorte que l'expertise citoyenne, particulièrement au niveau local, soit préservée, notamment en réservant au minimum un siège à un représentant de la communauté au sein du conseil d'administration du CISSS (page 15).
4. Nous recommandons au ministre de s'engager à faire en sorte que chaque réseau local de services (RLS) soit représenté au sein des conseils d'administration des futurs CISSS (page 15).
5. Nous recommandons au ministre d'amender le projet de loi 10 afin d'y intégrer spécifiquement l'importance de tenir compte des déterminants sociaux et de leurs impacts dans la mise en œuvre des programmes, le financement et l'organisation des soins et services (page 16).
6. Nous recommandons au ministre de former un groupe de travail réunissant des intervenants et des professionnels des domaines de la santé et des services sociaux afin de l'alimenter pour l'élaboration et l'adoption d'une politique nationale de prévention, laquelle contiendra un chapitre portant sur les déterminants sociaux de la santé. (page 17).
7. Nous recommandons au ministre de constituer un comité consultatif ayant pour mandat d'effectuer un suivi des impacts de la restructuration qui découlera du projet de loi 10 sur l'accessibilité aux services sociaux et sur la prestation de soins et de services aux personnes et aux groupes les plus vulnérables. Le cas échéant, ce comité recommandera au ministre les correctifs nécessaires. Le comité sera composé d'intervenants et de professionnels, incluant des travailleurs sociaux (page 18).

¹⁶ Selon l'ordre dans lequel elles apparaissent dans le mémoire.

8. Nous recommandons au ministre de préserver le caractère unique et indépendant des organismes communautaires en leur garantissant un niveau de financement adéquat, de façon à ce qu'ils puissent poursuivre leur mission et d'étudier la faisabilité d'en confier le financement aux directions régionales de santé publique (page 20).
9. Nous recommandons au ministre de prévoir la mise en œuvre d'un plan d'action visant à faciliter l'intégration de la réforme auprès des intervenants, des gestionnaires et auprès de la population (page 21).
10. Nous recommandons au ministre la création d'une direction des services sociaux (DSS), au sein de chaque établissement, pour assurer la qualité et la quantité des services avec les mandats prévus actuellement à la loi, dont celui sur la distribution et l'intégration des soins et services, l'accessibilité et les approches novatrices (page 23).
11. Nous recommandons au ministre la création, pour les services sociaux, de structures semblables à celles qui existent pour le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et le Conseil des infirmières et infirmiers (page 23).
12. Nous recommandons au ministre de préserver, par un article inséré dans le projet de loi 10, les missions universitaires liées à la recherche dans les domaines sociaux et d'en assurer le financement (page 23).
13. Nous recommandons au ministre de donner des directives claires afin que les sommes consacrées aux services sociaux soient effectivement dépensées dans ce domaine pour maintenir et de développer la prestation des services sociaux généraux et spécialisés (page 23).