



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

L'HUMAIN. AVANT TOUT.

MÉMOIRE

CONSULTATION SUR LE PANIER DE SERVICES
COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC

Vers un panier de services sociaux générateur de santé?

FÉVRIER 2016

MÉMOIRE

CONSULTATION SUR LE PANIER DE SERVICES COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC

Vers un panier de services sociaux générateur de santé?

RECHERCHE ET CONSEIL STRATÉGIQUE :

Marie-Lyne Roc, T.S., chargée d'affaires professionnelles, OTSTCFQ

Alain Hébert, T.S., chargé d'affaires professionnelles, OTSTCFQ

Geneviève Cloutier, T.S., courtière de connaissances, OTSTCFQ

RÉDACTION, RÉVISION ET MISE EN PAGE

Direction des communications, OTSTCFQ

Table des matières

Notre mandat, notre mission, nos membres	4
Depuis quand vaut-il mieux guérir que prévenir?	5
L'OTSTCFQ propose un retour à la base	7
Il faut réhabiliter la notion de bien-être et cesser de médicaliser les problèmes sociaux	8
Qui se préoccupe de l'état des services sociaux, au Québec?	10
L'Ordre plaide en faveur d'un réinvestissement en services sociaux généraux	11
En conclusion	12
Références	14

Notre mandat, notre mission, nos membres

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, l'OTSTCFQ a toujours pris 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 défendre les droits des personnes, des familles, des groupes et des collectivités.

L'OTSTCFQ regroupe près de 13 000 travailleurs sociaux qui exercent dans le réseau de la santé et des services sociaux et dans les organismes communautaires. Nos membres, par le fait même, participent à l'offre de services qui fait l'objet de la présente consultation.

Les actions de l'Ordre s'inscrivent dans le sillage des courants internationaux en recherche qui s'affairent à démontrer l'impact des conditions sociales sur la santé, mais aussi l'importance de contrer les inégalités sociales, génératrices de problèmes sociaux et de santé (Bywaters, 2009, Fish et Karban, 2013). En corollaire avec la déclaration de Rio de 2011 sur les déterminants sociaux de la santé, l'Ordre rappelle qu'il est impératif de promouvoir et de renforcer l'accès aux services sociaux et aux différents socles de protection sociale par des politiques publiques, des programmes et des services sociaux.

En tant qu'ordre professionnel du domaine de la santé, des services sociaux et des relations humaines, nous souhaitons contribuer à l'exercice collectif que constitue cette consultation publique sur le panier de services en santé et en services sociaux en insistant sur le volet « services sociaux » dudit panier, ses particularités, sa raison d'être, son importance et sa nécessité pour favoriser le bien-être et la santé des Québécoises et des Québécois.

L'Ordre adhère à la définition des services sociaux proposée par la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social du Québec (Commission Castonguay-Nepveu) :

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

Les services sociaux regroupent en effet une gamme d'interventions sociales et communautaires de nature préventive, curative, de traitement et de réadaptation. Il s'agit de services courants d'aide aux personnes vivant divers problèmes sociaux d'ordre personnel, interpersonnel, conjugal et familiaux. On peut penser notamment aux personnes vivant des problèmes d'itinérance, de dépendance, liés à l'emploi, à la violence, à la pauvreté, à l'hébergement, à la perte d'autonomie, à l'intégration sociale, aux transitions de vie, etc. Ainsi les services sociaux se déploient à travers tous les épisodes de soins : de l'urgence au domicile en passant par des programmes spécifiques généraux et spécialisés, dans tous les domaines d'intervention : scolaire, communautaire, hospitalier, etc., auprès de personnes de tous âges : enfants, jeunes, adultes, personnes âgées et vivant différentes réalités : immigration, déficience, périnatalité, fin de vie, etc.

Depuis quand vaut-il mieux guérir que prévenir?

Historiquement, le Québec s'est démarqué en réunissant les missions santé et services sociaux pour répondre aux besoins sociosanitaires de la population. Ce choix novateur s'inscrit dans le courant des grands principes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à l'effet de considérer les besoins de santé et le bien-être des personnes dans le large spectre de la perspective médicale, psychologique et sociale. Une telle orientation permet à ces perspectives de s'enrichir mutuellement et d'apporter des solutions globales et complémentaires aux besoins des personnes et des communautés. Cependant, cette union des missions santé et services sociaux n'a pas été à l'avantage des deux parties. Il s'agit d'un défi qui n'a pas encore été relevé, bien au contraire.

À ce jour, les services sociaux demeurent le parent pauvre du tandem santé/services sociaux. À travers les années, les services sociaux ont été orientés et déployés de plus en plus selon une logique médico-centriste, axée notamment sur le traitement curatif, sur la

symptomatologie et la quantité de services rendus à la personne. Particulièrement, au cours des dernières réformes, les services sociaux généraux ont été réduits significativement au profit de programmes spécifiques, spécialisés et parcellaires pour lesquels l'accès nécessite un diagnostic et des critères spécifiques (Bourque et Grenier, 2014). Ainsi, à l'inverse de la sagesse populaire, l'État a décidé qu'il valait mieux « guérir que prévenir ». C'est ce que nous avons qualifié de « déséquilibre social ».

Afin de corriger le tir, outre un financement adéquat, il nous apparaît fondamental de préserver l'autonomie des professionnels du domaine social dans la planification, la gestion et l'organisation des services sociaux en vue d'une véritable intégration du social et de la santé, plutôt que l'inféodation du premier au second. Nous recommandons à cette fin que le gouvernement du Québec, en concertation avec les acteurs concernés, se dote d'une Politique cadre, mobilisatrice, qui identifie les enjeux, détermine les finalités et formule les grands objectifs à atteindre en matière de santé et de bien-être pour la population. La Politique de santé et du bien-être de 1992, malgré ses limites, nous apparaît un modèle duquel s'inspirer dans cette perspective.

D'autre part, il s'avère important de laisser les organisations responsables de la distribution des services déterminer les programmes et les services sociaux à offrir en concertation avec leurs partenaires du milieu, sur la base des connaissances scientifiques issues de la recherche sociale, et avec le soutien d'instances régionales ou ministérielles spécialisées en transfert de connaissances et en administration sociale. Des études de suivi et d'évaluation des résultats compatibles avec des cadres théoriques en rapport avec le bien-être¹ seront ensuite nécessaires pour s'assurer de la progression dans l'atteinte des objectifs.

L'État a le devoir de garantir à la population en général – et aux personnes vulnérables en particulier – le droit à une qualité de vie décente. C'est d'ailleurs ce que stipule l'article 45 de la Charte québécoise des droits et libertés :

« Toute personne dans le besoin a droit, pour elle et sa famille, à des mesures d'assistance financière et à des mesures sociales, prévues par la loi, susceptibles de lui assurer un niveau de vie décent ».

¹ Voir par exemple : Morin, Paul et al. (2015). « La personnalisation des services de santé mentale : une voie d'avenir », dans *Santé mentale au Québec*, Vol. 40, no 1, p. 135 – 152.

L'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme s'inscrit dans le même courant :

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ».

L'OTSTCFQ propose un retour à la base

L'OTSTCFQ croit fermement que le moment est venu de revenir à la base, à la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

En 1972, dans son rapport final, la Commission Castonguay-Nepveu recommandait la mise en place d'un système de santé public gratuit, accessible et universel et des orientations majeures pour diriger l'action sur les déterminants de la santé. L'universalité et la gratuité des services seraient fondées sur des principes de justice et de solidarité sociale. L'État allait reconnaître la santé comme étant un droit universel légitime et incontestable et favoriser le maintien, l'amélioration et la restauration de la santé et du bien-être de la population².

De plus, l'article 5 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux du Québec (LSSSS) 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 personnalisée³ ».

À moins de tourner le dos à ces définitions du concept de la santé, l'État doit rapidement réorienter son action afin de réduire les inégalités sociales, notamment en garantissant à l'ensemble de la population – et particulièrement aux personnes les plus vulnérables – l'accessibilité à des services sociaux généraux et spécialisés à la hauteur de leurs besoins. À ce titre, de nombreuses études démontrent que les services sociaux généraux contribuent directement à réduire les inégalités sociales, améliorant ainsi le bien-être des individus et de la société. Inversement, des coupes massives au niveau de la sécurité sociale et de l'accessibilité des services sociaux généraux, en lien avec les mesures d'austérité qui prévalent depuis quelques

² http://archives.radio-canada.ca/sante/sante_publique/clips/1083/ consulté le 12 février 2016.

³ http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html

années au Québec, ont eu pour effet d'exacerber les problématiques vécues par un grand nombre de personnes : jeunes et familles en difficulté, personnes âgées vulnérables et personnes aux prises avec des limitations, personnes en situation de pauvreté, personnes vivant divers problèmes sociaux (santé mentale, dépendances, itinérance, violence, etc.) pour qui les besoins sont criants et à qui les mesures d'austérité font de plus en plus mal, sans compter qu'elles ajoutent une pression supplémentaire sur le curatif et sur les services sociaux surspécialisés.

Récemment, la Protectrice du citoyen attirait l'attention sur la situation difficile et en voie de devenir dramatique des personnes âgées et handicapées du Québec. Elle signalait en effet que nous nous situons bien en-deçà de la moyenne canadienne au chapitre du financement des services à domicile et que les services requis et les places d'hébergement dans le réseau public sont en constante diminution depuis 15 ans. Ajoutons à cette équation le fait que le privé est de plus en plus présent dans le domaine et que les besoins augmentent sans cesse. Ce contexte alarmant génère des lacunes majeures dans la réponse aux besoins des personnes âgées et de leurs familles.

Il faut réhabiliter la notion de bien-être et cesser de médicaliser les problèmes sociaux

Alors que se déroule cette consultation menée par le Commissaire à la santé et au bien-être, plusieurs questions fondamentales restent sans réponse, principalement en ce qui concerne les finalités de l'exercice : s'agit-il d'améliorer la santé et le bien-être de la population? De diminuer l'impact des inégalités sociales? De réduire les dépenses publiques en santé et services sociaux? Les politiques d'austérité qui ont cours depuis plusieurs années et les transformations majeures qui déstabilisent le réseau de la santé et des services sociaux laissent croire que l'opération s'inscrit, une fois de plus, dans une visée de réduction des dépenses publiques dont la finalité serait d'accorder des baisses d'impôts au mieux nantis. À l'instar de nos collègues travailleurs sociaux de plusieurs pays d'Europe, nous nous opposons à une telle orientation en raison notamment des impacts qui en résultent en termes d'inégalités et de déficits de protection sociale⁴.

⁴ Déclaration de l'International Federation of Social Work sur l'austérité à l'occasion du colloque de solidarité sur le travail social face à l'austérité, 3 février 2016. <http://ifsw.org/news/declaration-de-lifsw-a-loccasion-du-colloque-de->

Du point de vue de l'OTSTCFQ, l'idée même d'un « panier » de soins et de services apparaît inquiétante. En effet, selon quelle logique l'État déciderait-il de dresser la liste de soins et de services à inclure dans un tel panier, dont la profondeur risque fort d'être déterminée par des impératifs budgétaires plutôt que par les besoins réels de la population? Comment croire que les services sociaux généraux bénéficieraient de toute la place qui leur revient après que les impératifs médicaux aient été établis? Pourtant, un seul objectif devrait s'imposer de lui-même : réduire les inégalités sociales et contribuer à l'amélioration du bien-être de la population.

De plus, à l'instar de l'inquiétude et des dangers que soulèvent les chercheurs de la Chaire de recherche Politiques Connaissances Santé, nous craignons que l'approche « panier de soins et de services » pave davantage la voie vers un transfert marqué des prestations que du financement des services vers le privé, plus coûteux, moins accessible et peu préoccupé par les besoins des clientèles les plus vulnérables, moins efficace du point de vue de l'amélioration de la santé de la population et, en somme, vecteur d'inégalités sociales en terme d'accès aux soins et services.

Le caractère public, gratuit et universel inhérent à la création du système de santé et de services sociaux s'érode de plus en plus. Progressivement, au cours des dernières années, nous avons vu s'implanter un système de soins et de services parallèle qui, moyennant l'adhésion à une assurance privée ou le paiement de la facture par le patient, permet un accès privilégié aux soins et services. Et la tendance se maintient. Encore récemment, le ministre de la Santé et des Services sociaux consacrait la pratique de frais accessoires en prétextant vouloir les encadrer. Or, ce « système à deux vitesses » désavantage les personnes à faible revenu et contribue à accroître les inégalités. Et pour l'avenir, qu'advient-il des super-cliniques dont on a annoncé la création prochaine? Comment seront-elles financées? Par qui les soins et les services seront-ils dispensés? Qui sera responsable de leur organisation, de leur encadrement et de leur liaison avec les autres composantes du système de santé et de services sociaux dans les communautés?

Sur le principe de la « pertinence » d'insérer ou non un soin ou un service au panier, il importe également – et peut-être en tout premier lieu – de s'interroger sur ce qui est juste au

plan social : assurer le bien-être de la population en dispensant les services sociaux généraux requis? Maintenir le cap vers une lecture essentiellement médicale du principe global de la santé?

Qui se préoccupe de l'état des services sociaux, au Québec?

L'OTSTCFQ croit que le moment est venu de poser cette question. Obnubilé par une approche profondément médico-centriste, le ministère de la Santé et des Services sociaux se déresponsabilise de plus en plus de cette partie importante de sa mission. Ainsi, aujourd'hui, au Québec, qui se préoccupe véritablement de l'état des services sociaux? Qui mesure leur rétrécissement au fil des ans? Qui défend la pertinence d'investir dans les services sociaux généraux afin de garantir le bien-être de la population?

Après avoir fait preuve d'un certain optimisme au moment de la création de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, l'OTSTCFQ observe malheureusement que l'INESSS, pour une foule de raisons, n'a jamais accordé à la recherche dans le domaine des services sociaux toute l'importance qu'elle mérite, notamment en fonction de méthodologies adaptées aux services sociaux, plutôt que calquées sur les modèles bio-médicaux.

Ce manque de soutien pour les services sociaux généraux est d'autant plus préoccupant que le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait récemment son intention de se tourner vers le financement à l'activité. Or, cette approche est tout à fait incompatible avec les bonnes pratiques en travail social, lesquelles vont bien au-delà des services offerts directement à une personne.

L'OTSTCFQ plaide en faveur d'un réinvestissement en services sociaux généraux

À la rentrée parlementaire, à Québec, le premier ministre Philippe Couillard a annoncé que l'État se dirige vers des surplus budgétaires. L'OTSTCFQ plaide donc en faveur d'un réinvestissement majeur et immédiat dans les services sociaux généraux afin de reconstituer le filet de protection sociale et de recentrer l'offre de services en fonction des besoins réels de la population, assurant ainsi son bien-être, particulièrement pour les personnes les plus vulnérables qui, depuis des années, ont fait les frais des mesures d'austérité.

L'État doit également s'interroger sur les choix qu'il fait et leur impact. Nous référons ici, par exemple, à la hausse de la rémunération des médecins et des primes qui leur sont encore versées, au coût démesuré et de hors-contrôle des médicaments, pendant que plusieurs ministres s'acharnent à réaliser des économies, souvent dérisoires, dans des dossiers qui ont des impacts majeurs sur les clientèles visées. L'OTSTCFQ croit que des principes d'équité, dans l'allocation des ressources, doivent guider l'action gouvernementale en matière de santé et de services sociaux.

En ce qui concerne plus précisément le régime public d'assurance médicament du Québec, créé en 1997, rappelons que celui-ci a vu son budget exploser, passant de 1,1 milliard à 4 milliards \$ en 15 ans. En récupérant le trop-payé d'environ 200 \$ par personne, par rapport à la moyenne canadienne, le ministre de la Santé et des Services sociaux serait en mesure de réinvestir massivement au niveau des services sociaux généraux.

En conclusion

Nous demandons au Commissaire à la santé et au bien-être de concentrer ses efforts sur l'analyse de la réponse que l'État propose aux besoins de services sociaux généraux, plutôt que de participer à une démarche visant à établir un « panier de soins et services » qui ne tient pas compte de ces besoins et qui risque fort, à terme, de limiter davantage les investissements dans ce domaine pourtant crucial pour le bien-être de la population.

Le Commissaire devrait également soulever la nécessité de rapprocher les services des citoyens, plutôt que le contraire, comme tend à le faire l'approche médico-centriste au cœur de l'actuelle restructuration du réseau de la santé et des services sociaux.

De plus, le Commissaire devrait recommander à l'État de garantir aux travailleurs sociaux et à l'ensemble des intervenants la marge de manœuvre nécessaire afin de pouvoir travailler efficacement. Il nous paraît évident qu'un recentrage en ce sens passe en grande partie par le rétablissement d'une certaine indépendance politique des décideurs du réseau, sur le terrain, afin qu'ils soient en mesure d'accorder les ressources humaines et financières nécessaires à la dispensation des services sociaux requis, d'analyser les besoins de la population qu'ils desservent, d'élaborer des programmes ajustés à ces besoins et de voir au développement de pratiques professionnelles concordantes et fondées sur les données de la recherche sociale.

Nous réitérons ici notre recommandation énoncée à de nombreuses reprises à l'effet que soit mise sur pied, au sein des établissements, une direction des services sociaux pour assurer la qualité, la quantité, la distribution et l'intégration de ces services et veiller au développement d'approches novatrices. Il faut se rappeler que les assises de notre système de santé et de services sociaux reposent sur trois professions à vocation générale : les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux, autour desquelles gravitent d'autres professions, plus spécialisées, dont l'apport et l'expertise sont toutefois indispensables.

L'adoption du 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) a conduit à la disparition d'associations dont le financement provenait des établissements et des organismes membres et dont l'existence remontait 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 jouaient 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 ne 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?

Nous souhaitons, en terminant, offrir au Commissaire à la santé et au bien-être tout notre appui et notre collaboration dans une démarche qui viserait à améliorer le bien-être de la population en général et des personnes les plus vulnérables en particulier.

RÉFÉRENCES

Beddoe, L. et J. Maidment (2014). *Social Work Practice for Promoting Health and wellbeing*. Critical Issues, London and NewYork : Routledge.

Bywaters, P. (2009). Tackling Inequalities in Health : A Global Challenge for Social Work, *British Journal of Social Work*, 39, 353-367.

Filion, D. (2015). Les inégalités sociales en santé, dans Vinet, J. et al., *Pauvreté et problèmes sociaux*, Fides Éducation, p. 78 – 80.

Fish, J et K. Karban (2013). Health Inequalities at the Heart of the Social Work Curriculum, *Social Work Education : the International Journal*.

Grenier, J. et M. Bourque (2014). L'évolution des services sociaux du réseau de la santé et des services sociaux. La NGP ou le démantèlement progressif des services sociaux, St-Jérôme : Université du Québec en Outaouais.

Le Protecteur du citoyen (2012). Chez soi : toujours le premier choix ? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante, *Rapport d'enquête du Protecteur du citoyen*, Québec.