

## Fiche 4 : L'évolution du système de SSS à travers ses principaux encadrements



Ce document a pour objectif de tracer, à travers les textes légaux et réglementaires, l'évolution du système de santé et des services sociaux depuis ses débuts jusqu'à aujourd'hui, sous l'angle de ce qui a un impact sur les services offerts aux personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TSA.

*Le tableau ci-dessous brosse un tableau général. Nous avons pris l'option de détailler certaines de ces mesures, comme essentielles à connaître, non pas dans ce tableau, mais dans les fiches accompagnatrices. Les numéros de ces fiches sont indiqués en référence dans le tableau.*

### Légende :

En noir, les dispositions concernant la SSS

En rouge, les dispositions concernant les OC

En bleu, les dispositions concernant les personnes handicapées en général

En gris : les mesures avec grand impact

En gras, les éléments importants

*Italique : ce qui est inscrit en italique est de l'ordre du commentaire ou des explications relatives au contexte*

## Période 1948-1990 :

### Édification d'un système de santé, l'État providence

Date	Texte concerné	Contenu des nouveautés et changements
1948	Déclaration universelle des droits de l'Homme ONU; art.25	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 leurs services sociaux nécessaires; sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans d'autres cas de pertes de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.
1958	Assurance hospitalisation Canada	Programme public, universel, à frais partagés entre le Fédéral et les provinces
1961	Assurance hospitalisation Québec	Le Québec adopte le programme provincial d'assurance hospitalisation
1966	Régime universel d'assurance maladie du Canada	<b>Régime universel d'assurance maladie</b> : Programme à frais partagés
1971	<b>Loi sur la santé et les services sociaux du Québec</b>	<b>Mise en place d'un système de santé public, à accès universel et gratuit, sans égards aux revenus</b> ou au statut social des citoyens et citoyennes. Il y aura mise en place progressive <b>des CLSC, des départements de santé communautaire, des CSS et de la carte d'assurance maladie.</b>

1978	Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées	<p>La loi vise à assurer l'exercice des droits des personnes handicapées et à <b>favoriser leur intégration à la société</b>, au même titre que tous les citoyens en prévoyant diverses mesures concernant les PH et leur famille, leur milieu de vie et le développement de ressources et services à leur égard.</p> <p>Elle crée l'<b>office des personnes handicapées du Québec</b>, en établit ses fonctions, ses devoirs, ses pouvoirs. L'OPHQ a pour rôle de veiller à la coordination des services dispensés aux personnes handicapées, de les informer et conseiller, de promouvoir leurs intérêts et de <b>favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale</b>.</p>
1984	<b>Loi canadienne de la santé (Fiche 29)</b>	Toutes les provinces doivent respecter les <b>principes pour être admissibles au financement fédéral : administration publique, intégralité, universalité, transférabilité, accessibilité</b>
1984	<b>Politique à part égale, l'intégration sociale des personnes handicapées : un défi pour tous</b>	<p>Affirme que toute PH doit pouvoir <b>participer à part entière</b> aux activités socioculturelles, éducatives, économiques et politiques de son milieu. Elle énonce 15 orientations relatives aux personnes handicapées, à leur milieu et au développement et à l'organisation des services.</p> <p>Le gouvernement du Québec adopte ensuite en 1985, les orientations de la politique d'ensemble comme objectifs fondamentaux de l'action gouvernementale envers les personnes handicapées.</p> <p><i>Cette politique a été à la base d'un grand développement relativement aux services et à l'intégration sociale et reste encore étonnamment d'actualité</i></p>
1988	<b>Politique en DI : intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle, pour un impératif humain et social</b>	<p>À partir de ce moment, le Québec mettra <b>fin à l'institutionnalisation pour motif DI</b>. Sortie progressive des usagers des hôpitaux psychiatriques.</p> <p>Sont mis de l'avant : la <b>valorisation des rôles sociaux, et l'intégration sociale</b>.</p>

## Période 1990-2003:

**Début des questions sur la croissance du RSSS, et des compressions budgétaires. Les gouvernements oscillent entre mesures restrictives sur le RSSS et développements dans des secteurs où les besoins sont patents.**

1990	<p>Livre blanc sur la santé et les services sociaux ministre Côté : Une réforme axée sur le citoyen</p>	<p>Inquiétudes quant au développement du RSSS/capacité de payer. À la suite de la commission Rochon divers travaux conduisant à une modification de la LSSSS: Trois défis : "- assurer un développement qui corrige les lacunes et permet de répondre aux besoins futurs; rendre le RSSS plus efficient dans l'utilisation des ressources et plus efficace dans la solution des problèmes de santé et de bien-être; assurer un financement qui maintienne un juste équilibre entre les dépenses du réseau et la capacité de payer de la collectivité.</p>
1991	<p>Modification à la LSSS</p>	<p>Adoption de modifications à la LSSSS : de nombreuses propositions. <b>Régionalisation</b> et création des <b>régies régionales</b>. Mécanismes de représentation démocratiques; reconnaissance des OC dans la loi, mais désirés comme des dispensateurs de service et non comme agents de changement social. <b>Reconnaissance d'un statut légal aux ressources intermédiaires</b>. Article 301 définit l'encadrement légal.</p>
1992	<p>Politique de santé et bien-être du Québec</p>	<p>Les facteurs qui relèvent des conditions de vie, déterminants socioéconomiques de la santé et du bien-être n'ont pas reçu la même attention que le curatif. Les facteurs économiques, sociaux et culturels sont prépondérants.</p>
1992- 1993	<p>Modifications à la LSSS</p>	<p>Désassurance de certains soins pris en charge par l'assurance maladie (examens dentaires, optométriques, physio, etc..</p>

1995		<b>Virage ambulatoire</b> (un des principaux éléments de la transformation du système de santé au Québec : qui consiste à écourter et même à éviter les séjours en milieu hospitalier en donnant davantage de services plus près des milieux de vie, au CLSC ou à domicile), virage milieu, la désinstitutionnalisation s'accélère.
1996	Premier régime d'assurance médicaments du Québec	Pour les personnes âgées et assistées sociales; contribution instaurée pour l'obtention de médicaments
1996	Guide de planification et d'évaluation; l'organisation des services aux personnes autistes, à leur famille et à leurs proches	Préconise de mettre en place des premiers services aux personnes autistes.
1997	Assurance-médicaments du Québec	Extension de la couverture d'assurance-médicaments à toutes les personnes vivant au Québec
<b>1998</b>	Projet de loi 404 touchant la LSSS	Abolition des assemblées régionales de la Régie régionale. Les CA des régies régionales prennent leurs décisions sans consultation des assemblées régionales. <b>Le mandat des CLSC est modifié : ils ne sont plus responsables de la dispensation des services, mais de la coordination de ceux-ci.</b>

1999	Politique de l'adaptation scolaire; une école adaptée à tous ses élèves, prendre le virage du succès.	S'inscrit dans le contexte des changements proposés par le renouveau pédagogique. Elle vise à aider l'élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage à réussir sur le plan de l'instruction, de la socialisation et de la qualification. Elle comporte une orientation fondamentale et six voies d'action que devrait privilégier le milieu scolaire pour aider l'élève à réussir. Plan d'action en matière d'adaptation scolaire : destiné à soutenir le milieu scolaire dans l'application de la politique : 36 mesures.
2000	Loi sur l'équilibre budgétaire	Il est <b>interdit pour les établissements du réseau de faire des déficits</b> . <i>Ainsi, en lien avec les budgets annuels, toute compression ou augmentation qui ne couvre pas intégralement l'augmentation des coûts de la vie finit par se traduire par un réaménagement ou une réduction des services.</i>
2001	Cadre de référence sur les ressources intermédiaires  (Fiche 18)	Le Québec se donne ce premier cadre de référence sur les RI à la suite de l'adoption des modifications de la LSSS qui reconnaît un statut légal aux RI. Le développement des ressources intermédiaires date des années 1980, en lien avec la désinstitutionnalisation. Elles se présentent comme des alternatives à l'hébergement privé, en institution ou en RTF. Elles sont censées permettre le maintien des personnes dans la communauté tout en favorisant leur réinsertion sociale.  Au fil des ans les RI se sont développées selon des modèles diversifiés et des modalités financières différentes d'une région à l'autre. <b>Le cadre de référence se veut un outil pour assurer l'équité à l'accès, l'encadrement et le financement des RI.</b>

2001	<p>Projet de loi 28, Loi modifiant la</p> <p><b>gouverne dans le réseau de la santé et des services sociaux</b></p>	<p>Nouveau cadre d'une <b>gestion axée sur les résultats</b>, selon une perspective de <b>renforcement de l'imputabilité des différents paliers de responsabilité</b>. Sur le plan de la gouverne régionale, non seulement la loi maintient l'ensemble des responsabilités déjà imparties aux régies régionales, mais elle y ajoute certains pouvoirs de surveillance et d'intervention auprès des établissements. Les régies régionales doivent produire, pour le ministre, <b>un plan stratégique triennal</b> d'organisation des services. La loi modifie la composition de tous les conseils d'administration, notamment <b>en accroissant la présence de membres issus de la communauté</b>, et elle impose le regroupement des conseils d'administration des établissements locaux.</p> <p>La loi ordonne la conclusion <b>d'ententes annuelles de gestion et d'imputabilité, entre le Ministère et les régies régionales, et entre les régies et les établissements</b>; ces ententes mutuelles devront être assorties d'indicateurs de reddition de comptes publiés dans un rapport annuel de gestion.</p> <p><b>En santé publique</b>, la loi prévoit la nomination d'un directeur national de santé publique qui devra assurer la coordination nationale et interrégionale des activités du programme de santé publique.</p> <p>La loi crée <b>le forum de la population</b> qui doit assurer, à l'échelle régionale, la mise en place de différents modes de consultation de la population sur la satisfaction au regard des services offerts, sur les besoins en matière d'organisation de ces services et sur les différents enjeux du domaine socio sanitaire, et ce, en fonction de la dynamique de chaque région.</p>
------	---	---

2001	<p><b>Politique de l'action communautaire autonome : le milieu communautaire, un acteur essentiel au développement du Québec</b></p> <p><b>(Fiche 102)</b></p> <p><b>2003 Plan d'action gouvernemental en action communautaire autonome</b></p>	<p>La politique se présente comme une reconnaissance de la contribution des organismes communautaires dans le fait qu'ils participent au développement social du Québec et à l'exercice de la citoyenneté. Le gouvernement s'engage à soutenir l'action communautaire tout en lui reconnaissant son autonomie dans la mission, les orientations, les approches d'intervention et les modes de gestion.</p> <p>La politique prévoit la contribution du gouvernement au financement de base des OC en complément de la contribution de la communauté. Un chapitre est consacré au soutien financier des services complémentaires aux services publics par ententes.</p> <p>En 2003, la politique a été assortie d'un <b>plan d'action gouvernemental</b> en action communautaire autonome. Celui-ci comprend quatre grandes parties : les moyens prévus pour reconnaître le milieu communautaire; les mesures qui seront prises pour soutenir les organismes communautaires; les actions projetées pour accroître la connaissance du milieu communautaire et, enfin, les mesures prévues pour soutenir l'action bénévole.</p> <p>Cet édifice sera complété en 2004 par le <b>cadre de référence en matière d'organisation communautaire</b>.</p>
2001	<p><b>Politique en DI : De l'intégration à la participation sociale, un engagement renouvelé du RSSS</b></p> <p><b>(Fiche 8)</b></p>	<p>En continuité avec la politique de 1988 sur la question de l'intégration sociale, cette nouvelle politique développe le concept de <b>participation sociale</b>. Elle liste <b>les besoins</b> des personnes et <b>des services à développer</b>. Elle invite <b>les autres réseaux</b> à s'engager dans la responsabilité commune de l'intégration sociale. Elle propose une <b>organisation de services dits intégrés</b>, avec un partage des responsabilités entre les CLSC, les CRDI et autres établissements du RSSS. <b>Il y a un appel à la contribution des OC dans une large gamme d'activités dépassant largement le cadre de la SSS.</b></p>
2001	<p>Plan d'action relié à la politique en DI</p>	<p>Expose les chantiers à développer en rapport avec la politique avec un énoncé des résultats attendus, sur une planification de 5 ans, assortie d'un petit budget, en grande partie non récurrent.</p>



## Période 2003-2015 :

### Modifications de structures, appel au privé, compressions budgétaires

2003	Loi 7	Les personnes à l'emploi des RI ou des RTF sont réputées ne pas être à l'emploi d'un établissement public, même si les personnes hébergées dans les ressources demeurent sous la responsabilité publique des établissements.
2003	Loi 25 réforme du RSSS	Remplacement des régies régionales par des <b>agences de développement des réseaux locaux de santé et services sociaux</b> , dont le mandat est de mettre en place une nouvelle organisation du RSSS. Il est proposé de <b>fusionner les établissements du réseau : CLSC, CHSLD et hôpitaux non universitaires, pour devenir des CSSS</b> (centres locaux de services communautaires).
2003	<b>Politique en Troubles envahissants du développement : un geste porteur d'avenir (fiche 9)</b>	<b>Première politique</b> en faveur des personnes ayant un TED. Orientations et définition d'une première gamme de services. <b>Les CRDI ont le mandat de donner des services de réadaptation aux personnes présentant un TED</b> ; définition de l'intervenant pivot et des services de stimulation précoce globale. <b>Premier Plan d'action</b> 2003-2008 assorti d'un budget spécifique; puis suivra un autre plan : 2008-2011. Parallèlement, il y aura trois bilans des plans d'action (2004-2005; 2005-2007 et 2008-2011).

2003	Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes. Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation	<p>Entente qui porte sur toutes les interventions touchant le développement des jeunes : promotion sociale et bien-être, éducation, prévention et services, <b>adaptation-réadaptation</b>. <b>Elle vient préciser les responsabilités communes des deux ministères dans la perspective d'une continuité et d'une coordination des interventions.</b></p> <p>L'entente définit les principes, les objets de concertation, les modalités et les responsabilités générales et spécifiques des partenaires de l'éducation et de la santé et des services sociaux à tous les échelons depuis le ministère jusqu'au terrain.</p> <p><i>Ce texte est le <b>principal outil de concertation</b> qui régit encore en 2022 la coordination entre les deux sphères d'intervention.</i></p>
2003	Politique de soutien à domicile : chez soi, un premier choix (Fiche 7)	<p>Première politique à naître après les désinstitutionnalisations, avec l'allongement de la vie et le développement des technologies, la politique veut répondre à l'idée de traiter à domicile plutôt que dans des établissements. Elle embrasse toutes sortes de clientèles, faisant une large part aux problématiques issues du vieillissement et des suivis de traitement hospitaliers. S'adressant aussi aux personnes handicapées, elle n'est que partiellement adaptée aux besoins des personnes ayant une DI ou un TSA, et encore moins aux besoins des proches.</p> <p><i>Ce n'est qu'au bout d'une dizaine d'années que les personnes ayant une DI y auront accès à Montréal, principalement lorsqu'elles présenteront des incapacités physiques, et plus tard en soutien aux proches, essentiellement en complément du programme de soutien aux familles, resté familial.</i></p>
2004	<b>Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services (fiche 10)</b>	Document du MSSS contribuant à sa réorganisation et aux modifications du financement des services.

2004	<b>L'architecture des services de santé et des services sociaux; les programmes-services et les programmes-soutien (fiches 10 1,10 2 et 10 3)</b>	<p>Document du MSSS permettant des modifications dans le financement des services. Il décrit la nouvelle configuration des programmes du RSSS. Les programmes-services remplacent désormais les programmes-clientèles et l'on crée des programmes-soutien qui sont de nature administrative et technique. Ce document traite de notions générales concernant les programmes : la définition, le rôle, la composition des programmes, les balises qui ont servi à leur découpage, la préparation du contour financier. Il décrit la configuration d'ensemble des programmes et donne une définition plus détaillée de chacun d'eux.</p> <p>Création de 11 programmes dont 9 de services à la population. Le programme DI-TSA est l'un des 9 programmes clientèle</p>
2004	Loi 56 assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale	<p>Révision de la loi de 1978.</p> <p>Va plus loin sur l'engagement des divers ministères, municipalités, organismes publics et privés à favoriser l'intégration sociale</p> <p>Le rôle de l'OPHQ est modifié. Il inclut un véritable rôle transversal de vigie, d'évaluation de l'intégration sociale, de conseil, de coordination et de concertation.</p>
2004	<b>Cadre de référence en matière d'organisation communautaire</b> Fiche 103	<p>Établi à la suite de la politique de l'action communautaire autonome, il vise l'harmonisation des pratiques administratives, la transparence de l'action gouvernementale et l'équité dans le soutien aux organismes communautaires.</p> <p>Il propose des <b>balises nationales</b> qui seront appliquées par les ministères et les organismes gouvernementaux soutenant les organismes communautaires.</p>

2005	<b>Loi 83, modification de la loi sur la SSS</b>	<p>Création de 95 CSSS, issus de la fusion des CLSC, des CHSLD et des hôpitaux, (regroupement de toute la première ligne).  Redéfinition de l'organisation des services, de la définition des établissements, des responsabilités, des mandats. Consacre la hiérarchisation des services et la responsabilité populationnelle;  Création des réseaux locaux de services et des projets cliniques, donc appel à la complémentarité de partenaires, d'autres établissements, <b>du communautaire</b> ou extérieurs au RSSS.  Les centres de réadaptation, donc les CRDI-TED restent spécialisés et en dehors des mandats des CSSS, ainsi que les hôpitaux universitaires et quelques hôpitaux <b>ultraspécialisés</b>. ; mais des services des CRDI sont considérés de 1<sup>re</sup> ligne et transférés des CRDI vers les CLSC; transferts de services dans la communauté.</p> <p><b>Les dispositions générales concernant les OC ne changent pas. (Autonomie et conclusions d'ententes)</b></p> <p><i>La mise en route des transformations se fait attendre en ce qui concerne la DI et les TSA, d'autant plus que la majorité des financements sont concentrés dans les CRDITED. Les CSSS tardent à mettre en place les dispositions prévues dans la loi faute de financement. Tout reste au point mort jusqu'en 2010 (du moins à Montréal) avec l'application du plan d'accès. Graduellement, les CRDITSA se délesteront de services et de personnes sans que les CSSS ne s'en occupent vraiment.</i></p>
------	--	--

2005	Cadre de référence national pour la conclusion d'ententes de services entre les CSSS et les CRDITED	<p>Fixe les paramètres de la collaboration entre les CRDITED et les CSSS. Rappelle de façon précise aux CSSS et CRDITED le mandat qui leur est confié par la loi. Objectifs et engagements : faire en sorte que les personnes et leurs familles ne soient pas laissées sans services, gérer la continuité et la complémentarité des interventions dans un objectif de participation sociale.</p> <p>Ce cadre de référence est intéressant, car il contient les principes et les engagements relativement à la façon de dispenser les services.</p> <p><i>En raison de listes d'attente considérables dans les CRDITED et d'absence de financement de la 1<sup>re</sup> ligne, la collaboration entre CSSS et CRDITED restera tendue, du moins à Montréal, et ce cadre de collaboration avec une efficacité limitée. Plus tard, la nouvelle loi 10 viendra changer la donne en rassemblant sous un même toit les CSSS et les CRDITSA.</i></p>
2008	<p><b>Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience</b> (Fiche 11)</p>	<p>Objectif : <b>améliorer l'accès aux services des PH dans des délais raisonnables</b> en optimisant les processus de traitement de la demande. Concerne les CSSS, les CRDITED, les autres centres de réadaptation et <b>les OC</b>.</p> <p>Fixe des <b>standards d'accès</b> : trois niveaux : urgent, élevé, modéré avec des délais d'accès + un processus d'accès allant de l'accueil au début des services. Des <b>standards de continuité</b> : intervenants pivots et PSI.</p> <p>Fixe aussi des <b>mécanismes</b> pour faire fonctionner l'accès.</p> <p>Implantation du processus sur 3 ans.</p> <p><i>Dans la réalité, le plan d'accès ne résoudra pas les problèmes d'accès liés au sous-financement et créera nombre de faux-fuyants pour déguiser l'incapacité du RSSS de répondre aux besoins. Notamment limiter la réponse aux besoins au premier service seulement et diminuer la quantité de service des personnes déjà desservies pour la répartir entre plusieurs usagers. Si plus de personnes sont desservies, elles finissent toutes par être mal servies en quantité et en qualité.</i></p>

2008	<p>Pour l'égalité en emploi : stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées (Fiche 20)</p>	<p>Première stratégie destinée renforcer et maintenir l'emploi des personnes handicapées, pour corriger la situation historiquement défavorisée des PH en emploi. Elle propose une intervention gouvernementale axée sur la concertation avec des moyens substantiels. Elle appelle la contribution de tous les acteurs du marché du travail. Horizon : dix ans. Elle s'actualisera au travers de deux plans d'action : 2008-2013 et 2014-2018</p>
2009	<p>Politique gouvernementale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées : <b>À part entière pour un véritable exercice du droit à l'égalité.</b></p>	<p>Nouvelle politique qui fait suite à « À parts égales » : objectif : <b>accroître la participation sociale des personnes handicapées</b>. Sur un horizon de 10 ans.  Une conception renouvelée de la <b>participation sociale</b> reposant sur le <b>concept de processus de production du handicap</b>. Le handicap est le résultat des influences multiples entre les caractéristiques d'une personne et les éléments de son environnement physique et social.  La politique vise l'amélioration des conditions de vie des personnes handicapées, la réponse complète à leurs besoins essentiels et la parité avec les autres citoyens dans l'exercice de leurs rôles sociaux. 3 défis : faire du Québec une société plus inclusive, plus équitable, respectueuse des choix et des besoins des personnes et de leur famille.  Elle sera suivie en 2015 du <b>plan d'action 2015-2019 des engagements gouvernementaux</b> pour la mise en œuvre de la politique.</p>

2014	<p>Les activités socioprofessionnelles et communautaires : état de situation et actions convenues pour l'amélioration des services. (Fiche 12)</p>	<p>Document issu d'un comité de travail mandaté pour faire le point sur les activités socioprofessionnelles, en raison du délestage de ces services par les CRDITSA dans certaines régions, en application de la loi 83.</p> <p>Le document dresse un <b>état de situation, un état des services dispensés par le RSSS</b>, notamment par les CRDITSA, par <b>les OC déjà fortement engagés à la suite de la défection du RSSS</b>. Note l'engagement limité des autres réseaux (éducation et emploi).</p> <p>Le document pointe des enjeux d'accessibilité et de continuité; <b>3 objectifs de travail</b> sont retenus : travailler à une vision commune des divers réseaux en regard des orientations à prendre, établir un continuum de services entre le RSSS et les autres réseaux, autres actions facilitant l'accès. S'ensuivent des <b>actions à travailler</b> par les différents partenaires.</p> <p><i>Ce document est important parce qu'il établit des <b>pistes clairement identifiées permettant le désengagement du RSSS</b> : recherche de collaboration et de transfert de responsabilité de l'intégration au travail vers les autres réseaux, <b>contribution des OC aux services sociopro</b>, notamment les centres d'activités de jour. En outre, les réflexions déclenchées par le comité trouveront leur aboutissement juste après l'adoption de la loi 10, ce qui permettra le désengagement des CRDITSA des services sociopro pour en confier certains aspects à la 1<sup>re</sup> ligne. Finalement des concepts déjà existants émergent: maintien des acquis, activités contributives, activités de jour plutôt que centre d'activités de jour, ententes de collaboration entre réseaux. Sans énoncer quoi faire, ce document laisse dans l'ombre l'apprentissage aux habiletés de travail.</i></p>
------	--	--

## Période 2015-2020 :

### Nouvelles modifications de structures, ère des mégastructures, compressions budgétaires, d'importantes modifications en DI-TSA

2015	<b>Loi 10 : nouvelle modification de la LSSSS</b> (Fiche 6)	<p>La loi établit la <b>fusion de la quasi-totalité des établissements de la SSS, en 22 CISSS</b> ou CIUSSS, <b>mégastructures</b> qui gèrent conjointement tous les services des CSSS, des CR et autres hôpitaux non encore incorporés antérieurement aux CSSS. Au total, 34 établissements. Chaque région est organisée autour d'un seul CISSS, sauf Montréal (5 CIUSSS), la Montérégie (3) et Gaspésie, les Iles de la Madeleine (2).</p> <p><b>Suppression des Agences de la santé et des services sociaux, et concentration du pouvoir au niveau du ministre.</b></p> <p><b>Fin de l'engagement citoyen</b> au sein des conseils d'administration des établissements, des mécanismes de consultation.</p> <p>Pour la DI et les TSA, cela signifie <b>incorporation des CRDITSA au système</b>, dilution des seules ressources ayant assuré la majorité des services aux Personnes avec DI ou TSA.</p> <p><i>Cette transformation, couplée à de fortes compressions budgétaires crée des ravages pour tous les services auprès des personnes vulnérables. Pour les personnes ayant une DI ou un TSA, cela signifie la disparition de CRDI-TSA en tant qu'entité spécialisée, la fusion de tous leurs services sous la responsabilité des CISSS, une nouvelle répartition des rôles de la première et la deuxième ligne, et pour beaucoup la disparition de la continuité de leurs services.</i></p>
------	--	---



2015	<p>Offre de service pour les personnes ayant une DI ou un TSA : afin de faire mieux ensemble, <i>document de travail</i> (Fiches 13, 13-1,13-2,13-3)</p>	<p>Ce document qui restera à l'état de <b>document de travail</b> est intéressant parce qu'il est le <b>document d'orientation attendu depuis la réforme de 2005</b>, qu'il <b>campe le fonctionnement du réseau intégré de services</b> donnés par un ensemble d'acteurs interreliés et complémentaires en <b>incorporant les changements reliés à la loi 10</b>. De fait, il reprend toutes les dispositions des 15 dernières années dans un document propre aux PH. Le document est constitué également de fiches qui expliquent clairement le fonctionnement des divers services. Les fiches concernant l'intégration en emploi, les services pour soutenir l'intégration communautaire et les services résidentiels sont éclairantes pour la suite. On y voit l'usage des <b>concepts de maintien des acquis, intégration communautaire, activités de jour, travail communautaire</b>, autant de mots flous qui dénotent le retrait de l'intégration en emploi et le <b>délestage des activités aux mains des OC pour ce qui concerne les personnes ne pouvant pas intégrer un emploi</b>. <i>Ce texte sera repris dans le cadre de référence de 2017, mais celui-ci est plus clair sur les intentions.</i></p>
2016	<p>Bilan des orientations ministérielles en DI et actions structurantes pour le programme-services en DI-TSA (Fiche 14)</p>	<p>Révision de la politique en DI de 2001 et prise en compte des bilans des plans d'action en TSA. Le document fait le bilan des orientations ministérielles et du plan d'action en DI et identifie des <b>actions structurantes</b> pour le programme-services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DI-TSA). <i>Cette révision prolonge les deux politiques en DI et en TSA, plutôt que d'adopter une nouvelle politique; il est choisi de prioriser des actions déjà prévues auparavant, déclarées structurantes pour les années à venir. Ce sera suivi d'un plan d'action en TSA, mais aucun en DI</i></p>
2016	<p>Cadre de référence sur les ressources intermédiaires. (Fiche 19)</p>	<p>Ce cadre remplace celui de 2001 suite à l'adoption de 2 lois : la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant. Et la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Le cadre est un <b>instrument de gestion</b>, il est la base contractuelle entre les établissements du RSSS et les RI-RTF et s'adresse principalement aux <b>établissements de SSS et aux ressources RI-RTF</b>.</p>

		C'est le même cadre de référence qui dispose de toutes les RI, qu'elles concernent les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et celles ayant des problèmes de santé mentale.
2017	<p><b>Cadre de référence pour l'organisation des services en DP-DI-TSA :</b> vers une meilleure intégration des soins et des services pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (Fiche 15)</p>	<p>Le document prévoit un <b>même cadre d'organisation de services pour toutes les déficiences</b>, gardant tout de même 2 programmes services. Il reprend tous les changements introduits par les deux lois ayant modifié le RSSS. La notion clé est le <b>réseau intégré de services</b> avec ses trajectoires et ses corridors, devant répondre à tous les besoins des personnes, selon trois lignes de services où la première est censée répondre à la majorité des besoins. Ce faisant le document <b>sépare la réadaptation du maintien des acquis</b>, reléguant la plupart des services en 1re ligne, et en limitant la réadaptation à des <b>épisodes</b>. Le <b>maintien des acquis</b> bien que défini reste une notion floue.</p> <p>Le document comprend des annexes, dont une sur la typologie des services. Au titre des <b>activités socioprofessionnelles, et communautaires</b>, le soutien à l'intégration à l'emploi disparaît; le RSSS dispense un soutien aux activités contributives dans la communauté, en milieu de travail communautaire ou dans des activités de jour valorisantes. Pour les services résidentiels, on mise sur des moyens permettant aux personnes de rester à domicile, l'accompagnement pour trouver des milieux de vie alternatifs, le pairage et le suivi avec des ressources. La réadaptation sort également du domaine résidentiel.</p> <p><b>Ce document est le prélude au transfert de la quasi-totalité des services en 1re ligne à l'exclusion de quelques services de réadaptation donnés par épisodes de services et du partage des responsabilités du RSSS avec les OC ou les RI avec la conclusion d'ententes.</b></p> <p><i>A Montréal plus particulièrement, il apporte les précisions concrètes et permettra d'accélérer une transformation des services qui avait peine à se faire.</i></p>
2017	Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale, 2017-2023	Déploiement de 43 mesures qui contribueront à amener progressivement le Québec au nombre des nations industrialisées comptant moins de personnes en situation de pauvreté.

2018	<p>Lignes directrices ministérielles pour l'organisation des activités de jour pour les adultes ayant une DI, un TSA ou une DP. Document de travail mai 2018 (Fiche 16)</p>	<p>Document produit pour donner suite au rapport de 2014 sur les activités professionnelles et communautaires, et s'inscrivant dans l'application du cadre de référence de 2017.  <b>Objectif : préciser les rôles et responsabilités des divers réseaux/activités de jour.</b>  Les activités de jour ne sont plus un service, mais une notion peu définie se rapportant à diverses activités se situant dans la communauté pour des personnes pour lesquelles on n'a pas d'objectif d'intégration en emploi. Si les CISSS ont la responsabilité de développer une offre de services intégrée, c'est une <b>responsabilité collective du CISSS et de ses partenaires</b>, de rendre accessibles un ensemble d'interventions.  La majeure partie des <b>activités de jour relève des services spécifiques</b> par des services à moyen et long terme soit par les CISSS, soit <b>par les OC avec entente de services. Pour les situations complexes, un épisode de service spécialisé est prévu en appui au partenaire qui donne le service dans la communauté. Idem pour les personnes présentant un trouble grave de comportement qui seront desservies par le CIUSSS en service spécialisé ou en partenariat avec un OC.</b></p> <p><i>Contrairement à l'habitude, les scénarios de services sont clairs. Ils <b>mettent clairement à contribution les OC, même dans des cas relevant de services spécialisés</b>, ce qui tranche avec les affirmations antérieures où les services des OC ne touchaient théoriquement pas aux services de 2e ligne.</i></p>
2019	<p>Stratégie nationale pour l'intégration et le maintien en emploi des personnes handicapées 2019-2024, pour un Québec riche de tous ses talents. (Fiche 21)</p>	<p>Nouvelle stratégie axée sur <b>4 orientations</b> : accroître l'autonomie professionnelle des personnes handicapées, favoriser l'embauche des personnes handicapées par les employeurs, assurer un meilleur continuum de services aux personnes handicapées en fonction de leur projet socioprofessionnel et documenter les problématiques liées à l'intégration et au maintien en emploi des personnes handicapées</p>

2020	<p>Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes (Fiche 23)</p>	<p><b>Première loi sur la proche aidance</b> visant à <b>reconnaître et supporter</b> la proche aidance. La loi <b>définit le proche aidant</b> et prévoit : l'adoption d'une <b>politique nationale pour les personnes proches aidantes</b>; l'adoption d'un <b>plan d'action gouvernemental</b>; l'obligation pour les ministres et les organismes gouvernementaux de prendre en compte les principes directeurs et les orientations prévus dans la politique nationale dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de tout programme ou de tout autre service ou mesure les concernant; l'obligation pour chaque ministre de faire état des impacts prévus pour les personnes proches aidantes dans tous les projets de loi ou projets de règlement présentés au gouvernement, le cas échéant; la mise en place d'un <b>comité de suivi de l'action gouvernementale pour le soutien aux personnes proches aidantes</b>; l'institution d'un comité de partenaires concernés par le soutien aux personnes proches aidantes qui sera composé principalement de personnes proches aidantes ou de leurs représentants; l'institution d'un <b>observatoire québécois de la proche aidance</b>, qui sera un lieu d'observation, de vigie, d'analyse et de partage des savoirs visant à fournir des informations fiables et objectives en matière de proche aidance; la proclamation de la <b>Semaine nationale des personnes proches aidantes</b></p>
------	---	--

2021	Politique nationale pour les personnes proches aidantes (PNPPA) - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement + Plan d'action (Fiche 24)	<p>La politique fait suite à la loi : elle énonce une vision, une définition, des principes directeurs et des orientations qui s'appliqueront à toutes les personnes proches aidantes (PPA), pour assurer une réponse mieux coordonnée, concertée et adaptée à leurs besoins spécifiques tout au long de leur parcours. Elle <del>pose</del> <del>met</del> les bases d'une action gouvernementale concertée visant à améliorer la qualité de vie, la santé et le bien-être des PPA, et ce, sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature de l'incapacité des personnes qu'elles soutiennent, et en considérant tous les aspects de leur vie.</p> <p><b>Un plan d'action</b> est publié en octobre 2021 autour de <b>4 axes</b> : reconnaissance et auto reconnaissance des PPA, mobilisation des acteurs concernés <del>et</del> <del>partage de l'information</del>; formation, développement de connaissances et de compétences; développement de services de santé et de services sociaux adaptés aux PPA, selon une approche de partenariat avec ces dernières; développement d'environnements conciliants qui soutiennent et favorisent l'amélioration des conditions de vie des PPA, notamment en vue d'éviter la précarisation financière. Des ententes financières ont été signées avec <del>la</del> Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer (FQSA) et l'Appui pour les proches aidants.</p>
------	---	---

2021	<p>Pour une intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience : <b>gamme de services pour les personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme</b> (Fiche 17)</p>	<p>Orientations qui font suite au cadre de référence de 2017, pour <b>outiller les établissements du RSSS et leurs partenaires afin qu'ils puissent bonifier leurs collaborations</b> pour favoriser la mise en place d'une gamme de services complète en réponse aux besoins des usagers, à leur famille ou à leurs proches, et ce, afin de soutenir leur pleine participation sociale.</p> <p><b>Objectif : l'intégration des soins et des services</b></p> <p>Considérant que la réponse aux besoins passe par <b>l'activation d'un partenariat</b>, incluant tous les partenaires de la société <b>dont les OC</b>, le document décrit à la fois le <b>rôle de tous ces partenaires</b>, ainsi que la <b>gamme plus spécifique à la DI, la DP ou les TSA</b>. La gamme complète de services est composée de services de soutien et d'accompagnement, de développement et de reprise des habitudes de vie; de soutien aux partenaires et à la collectivité.</p> <p>La clarification des rôles et responsabilités de chacun des acteurs tout au long du continuum de services est une des conditions gagnantes.</p> <p><i>Cette gamme de services est en cours d'implantation, en dépit des perturbations importantes de services reliées à la COVID et se traduit par des transferts de services ou des coupures pour de nombreux usagers.</i></p>
------	---	---