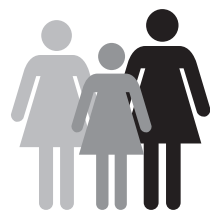





LA PRIVATISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ



**une atteinte au droit à la santé et
au droit à l'égalité des femmes.**

NOUS, LES FEMMES, SOMMES LE  ET LES BRAS DU
SYSTÈME DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ. AGISSONS
ENSEMBLE POUR QU'IL NOUS RESSEMBLE.

Le Réseau féministe pour le maintien, l'accessibilité et l'amélioration du système de santé s'est formé à l'initiative de la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), de L'R des centres de femmes du Québec, du Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) et du Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec (RTRG-FQ). Le Réseau vous propose ce document qui vise à mettre en évidence les impacts de la privatisation du système de santé sur les femmes.

INTRODUCTION

D'entrée de jeu, on peut affirmer que la mise en place du réseau public de la santé et des services sociaux a non seulement contribué au respect du droit à la santé des femmes, mais a aussi été une des bases importantes du droit à l'égalité des Québécoises.

1

Elles ont pu bénéficier d'une **meilleure accessibilité à des soins et services** de santé alors qu'elles en sont les principales usagères. Les femmes ont recours aux services de santé à toutes les étapes de leur vie reproductive, même quand elles ne sont pas malades.

2

La mise en place du régime public a mis **fin à l'endettement des familles** pour cause de maladie et d'accouchement et au casse-tête des femmes pour boucler le budget familial.

3

Une partie de la charge des **soins aux proches malades** ou en perte d'autonomie, qui reposaient principalement sur les femmes, est devenue, du moins en partie, une **responsabilité de l'État**.

4

Les **emplois de qualité et syndiqués créés** dans le réseau public ont majoritairement été occupés par des femmes.

Depuis le début des années 2000, une série de rapports commandés par le gouvernement du Québec prêchent en faveur de l'effritement et de la fragilisation du système public par le désengagement de l'État et un rôle accru du privé dans le domaine de la santé. **Ces rapports ont tous contribué à accentuer la tendance à faire de la santé et des services sociaux une marchandise comme une autre.**

De plus, ces rapports tiennent peu compte de la réalité particulière des femmes et de leurs besoins. Nous pensons que les femmes ont été historiquement les grandes gagnantes de la construction du réseau public de santé, elles seront les grandes perdantes de sa déconstruction.

SECTION

1

LA CONSTRUCTION ET LA DÉCONSTRUCTION DU SYSTÈME



LA CONSTRUCTION

■ BREF RAPPEL HISTORIQUE

- 1947** Création du premier régime public pour des soins de santé en Saskatchewan par Tommy Douglas.
- 1960** Création du régime québécois d'assurance-hospitalisation; autrement dit, plus personne ne doit payer pour être hospitalisé ou opéré.
- 1971** Création du régime d'assurance-maladie. Plus personne ne doit payer pour une visite chez le médecin. C'est le début de la carte d'assurance-maladie.
- 1984** Adoption par le gouvernement fédéral de la Loi canadienne sur la santé qui précise que dans toutes les provinces les services de santé doivent être publics, accessibles, universels. Le réseau doit offrir une gamme complète de services sans surfacturation et sans ticket modérateur.
- 1997** Création du régime d'assurance-médicaments. Prévus d'abord pour offrir une assurance médicaments aux personnes qui n'étaient inscrites à aucun régime privé, le régime devait ensuite s'étendre à l'ensemble de la population. Cette ouverture ne s'est jamais concrétisée.

LA DÉCONSTRUCTION

■ BREF RAPPEL HISTORIQUE



Dans le cadre de la mondialisation des marchés et du néolibéralisme, les stratégies de démantèlement des services publics se sont implantées au Québec en moins de 10 ans.

- 1998** Virage ambulatoire : on assiste à la fermeture d'hôpitaux, à de multiples fusions d'établissements, à la réduction et à la relocalisation du personnel, à la surcharge de travail pour le personnel restant. Cela aura pour conséquence une diminution tangible de la qualité et de l'accessibilité des services.
- 1999** Rapport Clair : on propose, entre autres, de faire une place accrue au secteur privé, de plafonner les dépenses publiques, de réviser le panier de services assurés, de décentraliser les négociations, de décloisonner et déréglementer les professions soumises à des ordres professionnels.

- 2005 [juin]** Jugement Chaoulli : la Cour suprême détermine que les Québécoises et les Québécois ont le droit de contracter une assurance privée, pour se faire soigner au privé, si les délais d'attente le justifient.
- 2006 [déc.]** Adoption de la Loi 33 qui permet d'avoir recours au privé, aux frais de l'État, pour des opérations de la cataracte, de la hanche et du genou (ajout de l'avortement par la suite) lorsque les délais d'attente le justifient.
- 2007 [oct.]** Le docteur Chaoulli ouvre la première firme de courtage de soins de santé où il propose de vous magasiner un médecin dans le privé ou dans le public, moyennant des frais. En février 2008, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) conclut que cette firme est légale.
- 2008 [fév.]** Première patiente opérée à la Clinique Rockland, dans le cadre d'une entente entre l'hôpital Sacré-Cœur et cette clinique, alors que les salles d'opération de l'hôpital ne sont pas utilisées.
- 2008 [fév.]** Rapport Castonguay qui propose diverses recommandations visant à accroître la place du privé en santé et à intensifier la mise sur pied de deux systèmes parallèles : l'un privé et l'autre public



LES IMPACTS NÉGATIFS SUR LES FEMMES

Les impacts négatifs sur les femmes sont d'autant plus importants que celles-ci constituent 80% de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et dans le milieu communautaire. Elles représentent 75% des proches aidantes et elles utilisent deux fois plus les services de santé que les hommes.

■ Les usagères

Les femmes sont les principales usagères du système public de santé. Rien d'étonnant quand on réalise que les grandes étapes de la vie des femmes, telles la contraception, la grossesse et la ménopause, ont été médicalisées. La principale cause d'hospitalisation des femmes en âge de procréer est l'accouchement, une étape normale de la vie d'une majorité de femmes. La santé reproductive des femmes nécessite également des rendez-vous pour la contraception ou pour des dépistages des cancers du sein et du col de l'utérus.

Nous savons aussi que les conditions de vie dans lesquelles les femmes évoluent sont déterminantes pour la santé. Elles sont en moyenne plus pauvres que les hommes. Elles sont plus nombreuses à occuper des emplois précaires et aujourd'hui encore elles assument principalement les tâches parentales. Cette pauvreté a un impact négatif sur leur façon de s'alimenter et de se loger, entre autres. De plus, les femmes sont particulièrement visées par la violence conjugale et la violence sexuelle. Pour toutes ces raisons, la santé des femmes est plus à risque que celle des hommes, ce qui les amène à consulter plus souvent.

■ Les aidantes

Au Québec, un million de personnes ont besoin de services à domicile pour demeurer chez elles en toute dignité. Certaines n'ont besoin que d'un coup de main pour le ménage et l'épicerie, alors que d'autres doivent recevoir des soins médicaux et infirmiers.

Au tout début de la mise en place des services à domicile, les sommes investies par le gouvernement étaient nettement insuffisantes. Même si à l'heure actuelle, on continue de consacrer de plus en plus d'argent à ces services, il demeure que les investissements ne répondent pas à tous les besoins. En effet, si les services publics à domicile semblent rétrécir comme peau de chagrin c'est que la demande ne cesse d'augmenter et que les sommes d'argent disponibles doivent être distribuées à un plus grand nombre. Il est à peu près impossible d'avoir accès à des services à domicile adéquats quand on n'a pas d'argent pour se les offrir.

Le manque de moyens ne fait pas disparaître pour autant les besoins des personnes en perte d'autonomie ou avec des limitations fonctionnelles. Ce sont donc les femmes qui très majoritairement sont mises à contribution pour offrir gratuitement les services qui ne sont plus ou pas offerts par les CLSC.

Des milliers de femmes de plus en plus âgées doivent prendre soin de leur conjointE en perte d'autonomie. On assiste également à l'émergence d'une génération de «femmes sandwiches», prises entre les besoins de leurs enfants et de leurs parents vieillissant, entre les besoins des petits-enfants ou d'un conjointE malade. Plusieurs d'entre elles doivent modifier leur horaire en passant d'un travail à temps plein à un travail à temps partiel, ou même quitter leur emploi, pour répondre aux besoins des uns et des autres.

Enfin, on demande de plus en plus aux aidantes d'assumer des tâches spécialisées (bains, lavements, injections) alors qu'elles ne sont pas des infirmières ou préposées mais bien des conjointes, des filles, des mères qui se préoccupent de leurs proches.

■ **Les travailleuses**

Les stratégies néolibérales de démantèlement du réseau public ont entraîné des coupures qui justifient le recours au privé, qui ont transformé l'organisation du travail et qui visent à faire des groupes communautaires des sous-traitants du système public.

Ainsi les travailleuses du réseau public doivent œuvrer dans des milieux où il manque constamment de personnel. Les surcharges de travail et l'obligation de faire du temps supplémentaire entraînent l'épuisement de ces travailleuses. Plusieurs d'entre elles travaillent à temps partiel, sur appel, ce qui ne leur garantit pas un revenu décent. Elles se font offrir par les agences privées de placement de meilleurs salaires et plus de flexibilité dans leur horaire au détriment de leur sécurité d'emploi et des avantages sociaux. Tout cela a aussi pour conséquence d'aggraver la pénurie de personnel dans le système public.

Les groupes communautaires et les groupes de femmes subissent une pression de plus en plus grande pour pallier aux lacunes du système public. L'État leur demande d'offrir de plus en plus des services sociaux parce qu'ils ne sont plus offerts dans le système public. Ce sont principalement les services que le secteur privé juge peu rentables et auxquels il ne s'intéresse pas.

Les travailleuses du communautaire sont surchargées de travail et tiraillées entre ces tâches qui leur sont imposées et leur mission première de changement social et de défense de droits. De plus, elles gagnent trop souvent un salaire peu enviable et ont rarement accès à des avantages sociaux.

SECTION

2

**LE MYTHE DU PUBLIC QUI COÛTE CHER ET
DU PRIVÉ QUI PERMET D'ÉCONOMISER**



EST IL VRAI QUE NOUS N'AVONS PLUS D'ARGENT ?

ON NOUS DIT SOUVENT... QU'ON N'A PAS LE CHOIX D'OUVRIR LA PORTE AU PRIVÉ PARCE QUE LE SYSTÈME QUÉBÉCOIS COÛTE TROP CHER ET QU'IL EST TROP GÉNÉREUX. ON NOUS DIT QUE NOUS N'AVONS PLUS LES MOYENS DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE EN MATIÈRE DE SANTÉ. MAIS SAVIEZ-VOUS QUE :

- En 2007, le gouvernement québécois a reçu du fédéral un milliard de dollars de plus. Au lieu de les réinvestir en santé et en éducation, il a préféré annoncer des baisses d'impôts.
- Les congés de taxes consentis aux entreprises québécoises représentent trois milliards de dollars par année. C'est encore de l'argent dont le gouvernement se prive pour les programmes sociaux.
- Il est de moins en moins question dans l'espace public de la redistribution de la richesse par la fiscalité alors que les riches s'enrichissent et les pauvres s'appauvrissent. Statistique Canada venait confirmer ce fait en dévoilant le 1er mai 2008 qu'en 25 ans, le pouvoir d'achat des travailleuses et des travailleurs n'avait augmenté que de 53 \$.
- Si on les compare au PIB (produit intérieur brut) les dépenses en santé n'ont pas augmenté: elles oscillent entre 6,4% et 7,4% du PIB depuis près de 25 ans.
- La raison souvent invoquée pour privatiser, c'est que les dépenses sont hors de contrôle. Mais cette affirmation ne passe pas le test de la réalité. Lorsqu'on examine les dépenses publiques de santé, on se rend compte que les budgets des établissements, tant des CLSC que des hôpitaux, sont tout à fait sous contrôle.

Pendant ce temps, le Québec arrive au dernier rang des provinces pour le financement des soins de santé et des services à domicile. Ce n'est pas une question de moyens mais une question de choix ! Ces choix, les femmes les paient chèrement.

Le système public a été, est et doit continuer d'être un des principaux outils de redistribution de la richesse collective.



EST IL VRAI QUE LE PRIVÉ NOUS PERMET D'ÉCONOMISER ?

ON NOUS DIT... QUE LE PRIVÉ EST PLUS PERFORMANT, PLUS EFFICACE ET PLUS RENTABLE ET POURTANT...

- Déjà, au Québec, les services de soins sont privatisés. 30% des dépenses de santé proviennent directement de la poche des utilisatrices et utilisateurs. L'accès, par exemple, aux dentistes, aux optométristes et aux psychologues est lié directement à la capacité de payer, ce qui accentue les disparités entre ceux qui peuvent se les payer et ceux qui n'en n'ont pas les moyens (Les directeurs de santé publique font le point, février 2008).
- L'hôpital Sacré-Cœur fournit les chirurgiens et les anesthésistes gratuitement et paie 9 000 \$ par jour pour la location de la clinique privée Rockland. Pendant ce temps, les blocs opératoires de l'hôpital sont fermés.
- La principale dérive des dernières années, c'est le développement du privé pour les services diagnostics. De plus en plus, on nous dirige vers des cliniques privées pour des mammographies, des échographies, des radiographies, des examens de résonance magnétique. Les personnes qui en ont les moyens ou qui ont des assurances ont des diagnostics plus rapides et donc des traitements plus rapides.
- Là où les dépenses de santé sont hors de contrôle, c'est dans les secteurs déjà privatisés. On constate la même chose dans les secteurs où on fait largement appel au privé : les médicaments, les technologies médicales et l'informatisation des dossiers médicaux.

En fait, tout est mis en œuvre pour développer le marché de la santé alors que nous avons choisi d'assurer le droit aux services comme un droit de citoyenneté.



EST IL VRAI QU'UN SYSTÈME À DEUX VITESSES

EST À L'AVANTAGE DE LA POPULATION ?

CERTAINES PERSONNES CONSIDÈRENT...QUE LE PRIVÉ EST, POUR CEUX ET CELLES QUI PEUVENT SE LE PAYER, UNE SOLUTION POUR DÉSENGORGER LE RÉSEAU PUBLIC.

Nous avons déjà des exemples des problèmes que peuvent occasionner deux systèmes parallèles :

- L'assurance-médicaments au Québec est un bon exemple des dérives occasionnées par le chevauchement de deux systèmes. Ceux et celles à qui leur employeur donne accès à une assurance collective ont accès à un régime privé d'assurance-médicaments. Par contre, une partie importante de leur salaire sert à payer les primes et celles-ci augmentent plus rapidement que leur salaire. Les autres, les plus pauvres, les plus précaires et les plus malades ont droit au régime public dont les primes ont doublé en 10 ans.
- La pénurie de personnel dans le réseau public s'aggrave depuis qu'on a de plus en plus recours au privé. On voit tous les jours des médecins se désaffilier du système public. Des infirmières et d'autres professionnelles de la santé quittent leurs postes pour aller travailler dans le privé. Il est évident que le développement d'un système se fait au détriment de l'autre.
- Lorsque l'État fait appel au privé, il paie très cher ces services qu'il pourrait offrir à meilleur coût s'il investissait davantage dans le réseau public ou s'il disposait des ressources humaines dont il a besoin.

En fait, le développement de deux systèmes parallèles réduit l'accès aux services pour les plus pauvres, nuit au développement du système public et coûte plus cher à l'État.



LE RECOURS AU PRIVÉ SUPPOSE D'AVOIR DES ASSURANCES :

EST CE ACCESSIBLE AUX FEMMES ?

TOUTES CELLES QUI ONT DÉJÀ EU DES ASSURANCES SAVENT BIEN... QUE LES COMPAGNIES D'ASSURANCES FONT LEUR PROFIT EN INVESTISSANT LES SOMMES ÉNORMES QU'ON LEUR CONFIE ET EN REFUSANT DE PAYER AUSSI SOUVENT QUE POSSIBLE LES RÉCLAMATIONS. ET QUAND ON RÉCLAME, NOS PRIMES AUGMENTENT AUTOMATIQUÉMENT L'ANNÉE SUIVANTE.

Ce que nous devons savoir c'est que :

- Les primes d'assurances en santé seront très dispendieuses et de ce fait, inaccessibles à une majorité de femmes. Beaucoup de femmes ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté et les autres, gagnent toujours 70 % du salaire des hommes.
- Les compagnies d'assurances feront tout pour ne pas assurer les femmes atteintes de maladies chroniques et les plus âgées parce qu'elles les jugeront trop à risque donc peu rentables.
- Au Chili, les personnes qui paient le plus cher pour leurs assurances sont les femmes en âge de procréer.

En fait, les propositions des compagnies d'assurances-santé présentent un très gros défaut de fabrication puisqu'elles s'adressent uniquement aux personnes aisées et en bonne santé. Avec elles, on confirme la blague d'Yvon Deschamps, «mieux vaut être riche et en santé que pauvre et malade».

La véritable question est de savoir si nous voulons nous donner des assurances collectives publiques auxquelles nous contribuons toutes selon nos moyens à travers nos impôts ou bien des assurances privées que nous contracterons individuellement et où nous serons à la merci du bon vouloir des compagnies d'assurances et où nous n'aurons pas de pouvoir de négociation collective.

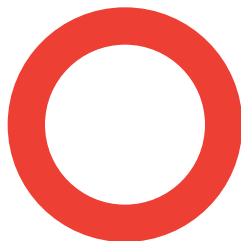
SECTION

3

LA CONTRIBUTION DES FEMMES



UNE VISION GLOBALE DE LA SANTÉ BASÉE SUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE VIE : UNE APPROCHE BEAUCOUP PLUS PROMETTEUSE



Nous sommes critiques face à l'approche basée sur l'individualisme et la culpabilisation de la personne, qui propose de s'attaquer aux mauvaises habitudes de vie (mauvaise alimentation, tabagisme, manque d'exercice) et aux problèmes d'obésité. Nous ne nions pas le fait que nous avons une responsabilité individuelle en regard de notre santé mais, comme individuEs, nous devons être soutenuEs socialement pour faire des choix qui amélioreront nos conditions de vie.

Nous partageons la vision sociale de la santé mise de l'avant par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

« LES CONDITIONS PRÉALABLES À L'INSTAURATION DE LA SANTÉ SONT NOTAMMENT LA PAIX, LE LOGEMENT, L'ÉDUCATION, LA SÉCURITÉ SOCIALE, LES RELATIONS SOCIALES, L'ALIMENTATION, LE REVENU, L'ÉMANCIPATION DES FEMMES, UN ÉCOSYSTÈME STABLE, LA JUSTICE SOCIALE, LE RESPECT DES DROITS DE LA PERSONNE ET L'ÉQUITÉ. POUR L'OMS, LA PLUS GRANDE MENACE À LA SANTÉ EST LA PAUVRETÉ. »

Les revenus insuffisants mettent souvent les femmes en situation de louer des logements insalubres. Une travailleuse monoparentale au salaire minimum ne pourra jamais payer cinq portions de fruits par jour à ses enfants. Les politiques sociales et les décisions gouvernementales influencent les conditions de vie, et donc de santé. On gagnerait plus pour l'amélioration de la santé à augmenter le salaire minimum, à rehausser le revenu des prestataires de l'aide sociale et à construire du logement social.

LE SYSTÈME PUBLIC : POUR LE DROIT À LA SANTÉ ET LE DROIT À L'ÉGALITÉ

Dans un Québec qui n'arrête pas de clamer à quel point l'égalité des femmes et des hommes est une valeur fondamentale, il est inacceptable qu'un gouvernement aille de l'avant avec la privatisation accrue du système de santé et des services sociaux car il s'agit clairement d'une attaque au droit à l'égalité.

Accepter le privé en santé, ce serait :

- cautionner des reculs importants dans les conditions de vie des usagères, des aidantes, des travailleuses;
- s'éloigner du partage de la richesse en fonction du bien commun;
- accepter la marchandisation de la santé.

Les femmes ne peuvent aller en ce sens. Elles veulent le respect de la Loi canadienne sur la santé qui a établi un régime public de soins de santé qui est intégral, universel et accessible. Cette loi prévoit que tous les services médicalement nécessaires sont fournis gratuitement et sont accessibles pour tous et toutes indépendamment de leur état de santé ou de leur capacité de payer.

Ce que nous voulons :

- Un accès à des services sociaux et de santé sans égard à la capacité de payer.
- Une approche globale de la santé qui inclut une approche sociale plutôt qu'une approche médicale de la maladie et des actions gouvernementales concrètes pour améliorer les conditions de vie.

Nous avons tout avantage à ce qu'il existe un système public fort. C'était vrai en 1960 et c'est toujours vrai. Nous souhaitons un changement vers le respect du droit à la santé et à l'égalité. Nous voulons avoir accès à un système de santé public qui réponde à notre réalité et à nos besoins !

Le droit à la santé ÉTAIT, EST et DOIT continuer d'être un droit de citoyenneté.



■ **RECHERCHE ET RÉDACTION**

Marie Pelchat

■ **COLLABORATION À LA RÉDACTION ET À LA RÉVISION**

Nesrine Bessaïh

L'R des centres de femmes du Québec

France Bourgault

L'R des centres de femmes du Québec

Monika Dunn

Fédération du Québec pour le planning des naissances

Lorraine Fontaine

Regroupement Naissance-Renaissance

Blanche Paradis

*Réseau des Tables régionales de groupes de femmes
du Québec*

■ **CORRECTIONS**

Josette Catellier

■ **CONCEPTION GRAPHIQUE**

Denise-Madeleine Cotte

Le Réseau féministe pour le maintien, l'accessibilité et l'amélioration du système de santé a lancé en décembre 2007 l'opération « Je me souviens » et prévoit continuer sa démarche de mobilisation avec les opérations « Savais-tu que ? » et « Imagine ».