

**POUR UN RÉSEAU
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
QUI TIENNE COMPTE DES FEMMES**

mémoire présenté à la
Commission d'étude sur les services de santé
et des services sociaux

Coalition féministe
pour une transformation des services de santé
et des services sociaux

septembre 2000

SOMMAIRE

Madame Marois,	p. 4
Qui sommes-nous ?	p. 4
Un peu d'histoire... histoire de se rappeler notre passé consultatif !	p. 4
Notre propos spécifique	p. 6
Quels impacts ?	p. 7
L'idéologie familialiste de retour en force	p.10
L'introduction du «privé» dans le «public»... une stratégie piégée qui mène directement au remplacement du «public» par le «privé»	p. 12
Quelques «vieilles» idées étonnamment «jeunes»	p.16
Nos orientations fondamentales	p. 19
Des suggestions pratiques	p. 23
Conclusion	p. 27
Bibliographie	p. 28

L'R des centres de femmes du Québec :
110, rue Ste-Thérèse, bureau 507, Montréal Québec, H2Y 1E6
Téléphone : 514-876-9965 - Télécopieur : 514-876-9176 - Courriel : rfemqc@total.net

**Ce mémoire est présenté par les groupes
membres de la
Coalition féministe pour une transformation
du système de santé :**

Nicole Bluteau, vice-présidente
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

Sylvie Boulanger, première vice-présidente
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIQ)

Josée Boutin, pour le conseil d'administration
Regroupement des ressources alternatives en santé mentales du Québec

Claudette Carbonneau, première vice-présidente
Conseil des syndicats nationaux (CSN)

Luce Cardinal, présidente
Fédération du Québec pour le planning des naissances

Louise Lamarche, présidente
Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal

Lise Lamontagne, coordonnatrice
Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Johanne Marcotte et Renée Ouimet, représentantes
**Table communautaire d'information sur le dépistage du cancer du sein de Relais-
Femmes**

Hugette Marcoux-Labrecque, présidente
Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS)

Silvia Martinez, présidente
L'R des centres de femmes du Québec

Suzanne Paré, présidente
Fédération des centres d'action bénévole du Québec

Doris Provencher, représentante
**Association des groupes de défense de droits en santé mentale du Québec
(AGIDD-SMQ)**

Monique Richard, présidente
Centrale des Syndicats du Québec (CSQ)

Joanne Tessier, présidente
Regroupement Naissance-Renaissance

Michèle Asselin, coordonnatrice
Coalition féministe pour une transformation du système de santé

Madame Marois,

En guise de " mémoire " - et puisqu'il s'agit plutôt de notre présent et de notre avenir- nous avons choisi de vous écrire une lettre, une lettre collective en réponse aux questions soulevées par votre consultation. Nous la déposons à la Commission Clair qui verra à vous la faire parvenir, nous en sommes certaines. Et chaque groupe participant à notre Coalition vous dira un mot plus personnel, vous apportera en fait des suggestions, *des pistes de solutions pour assurer la pérennité du système public de santé et de services sociaux* comme vous nous l'avez demandé. Ça tombe bien, nous voulons nous aussi à la fois conserver et développer ce système mais dans une perspective qui tienne compte des femmes, de leur expérience et de leur point de vue sur le réseau de la santé et des services sociaux.

Qui sommes-nous ?

La Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux existe depuis 1996. Sa mise sur pied provient d'une initiative de l'R des Centres de Femmes du Québec qui en assume toujours la coordination. Elle est composée de 14 organisations (voir liste ci-jointe) reflétant la diversité des situations vécues par les femmes en tant que travailleuses, usagères, bénévoles et proches-aidantes du réseau de la santé et des services sociaux. Elle s'est constituée, non pas en opposition à la transformation du réseau, mais pour apporter le point de vue des femmes sur cette transformation.

Malheureusement, Madame Marois, cette voix n'a pas été entendue et ce malgré de nombreux appels à votre gouvernement : à M. Bouchard lui-même en août 1996, pendant la période électorale de novembre 1998 et enfin lors de la tenue de sept forums interrégionaux d'avril à septembre 1999 quant à l'impact du virage ambulatoire sur les femmes. L'envoi de 10,000 cartes postales où chaque signataire réclamait *un système de santé qui réponde à ses attentes et affirmait que l'égalité des femmes en matière de santé est une condition essentielle à la santé du Québec* n'aura pas non plus réussi à attirer l'attention des décideurs politiques sur cet enjeu de la réforme. On ne peut pas dire que votre gouvernement accorde une attention particulière aux femmes, " l'autre " moitié de la société, celle pourtant qui constitue près de 75% de la main d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux, celle qui consulte et utilise les services bien davantage que les hommes, celle enfin qui forme le gros du contingent des bénévoles et proches-aidantes portant sur leurs épaules le poids de la prise en charge des personnes laissées pour compte par notre système.

Un peu d'histoire... histoire de se rappeler notre passé consultatif !

Entendons-nous bien, Mme Marois, nous reconnaissons pleinement la nécessité et l'urgence de transformations majeures du réseau. En fait, il y a déjà très longtemps que les féministes et l'ensemble des organismes communautaires réclament des " changements de cap " importants. Vous vous souvenez combien nous nous étions présentées nombreuses devant la Commission Rochon et combien notre diagnostic avait été sévère (Lamoureux, 1988) : surspécialisation qui amène à découper la personne en différentes parties à soigner sans égard pour son intégrité ; surmédicalisation des processus de vie et des problèmes psychosociaux ;

hyperinstitutionnalisation avec son cortège de dépendance et d'infantilisation des personnes ; bureaucratisation qui entraîne une déshumanisation et une hiérarchisation des rapports sociaux ; absence de perspectives globales et collective face aux problèmes cruciaux vécus individuellement ; impérialisme des corporations professionnelles face à toutes pratiques alternatives ; professionnalisation du savoir et monopolisation du pouvoir ; hégémonisme du monopole étatique qui tente d'engloutir le communautaire et de le ravalier à la sous-traitance.

Les groupes de femmes en particulier s'étaient insurgés contre le sexisme des approches et des structures et avaient beaucoup insisté sur les fameux 4 " D " : **D**émédicaliser, **D**ésexiser, **D**éprofessionnaliser, **D**évictimiser auxquels notre Coalition a ajouté un cinquième D...dans la conjoncture actuelle : **D**émocratiser.

Les organisations syndicales avaient, elles aussi, réclamé des modifications de fond à l'organisation du réseau. C'était... il y a quinze ans ! Comme ce diagnostic ressemble au vôtre sur certains aspects (par exemple : le rôle central et excessif des institutions hospitalières, la pratique médicale individualiste).

Vous conviendrez avec nous qu'on a beaucoup étudié notre système de santé et de services sociaux durant les deux dernières décennies : rapport Harnois sur la santé mentale, rapport Brunet sur les CLSC, rapport Harvey sur la Direction de la Protection de la Jeunesse, rapport Lamarche sur les Départements de santé communautaire, rapport Spietzer sur les urgences d'hôpitaux, rapport Charbonneau sur la négligence envers les enfants et bien sûr la Commission Rochon, gigantesque consultation de l'ensemble des acteurs et actrices impliqués et préoccupés du sort de notre système public. Il y a eu ensuite la tournée de Mme Lavoie-Roux alors ministre de la santé et des services sociaux et dont les travaux ont reconfirmé le diagnostic de la Commission Rochon. Puis la longue commission parlementaire de M. Marc-Yvan Côté sur *Une réforme axée sur le citoyen* (la *citoyenne*, on repassera...!), *Un financement équitable à la mesure de nos moyens* et sur l'Avant-projet de loi sur la santé et les services sociaux.¹ Enfin " le p'tit dernier " mais non le moindre, le comité Arpin sur la " complémentarité " entre les secteurs public et privé dans la santé (Rapport Arpin, 1999) et dont la démarche gouvernementale qui l'a commandé n'est pas sans nous rappeler le fameux " comité des sages " du premier ministre d'alors, Robert Bourassa, chargé de revoir les acquis de la Révolution tranquille sous prétexte que le Québec n'avait plus les moyens de ses politiques. Et maintenant votre propre consultation à partir presque du même constat que celui de vos prédécesseur-e-s quant à la situation *préoccupante* de notre système de santé et de services sociaux. Les documents de consultation font état entre autres des problèmes suivants :

- difficulté de se doter de services de base complets et efficaces à cause du retard dans l'implantation et le développement des CLSC et de l'hospitalocentrisme de notre système ;
- difficulté d'assurer la coordination et l'intégration des services à cause du morcellement des interventions ;
- dynamique d'accélération de la croissance des dépenses due au vieillissement et à l'évolution de la technologie et de la pratique.

¹ Toutes ces consultations ont fait l'objet de nombreux mémoires de tous les groupes participant à la Coalition féministe et qu'il serait trop long de mentionner ici.

D'une consultation à l'autre, d'un-une ministre à l'autre, on refait la même démarche mais avec chaque fois un oubli de taille : les femmes ! On oublie à la fois de reconnaître l'impact du mouvement des femmes sur le réseau de la santé et des services sociaux et on oublie de reconnaître l'impact sur les femmes des politiques gouvernementales concernant le réseau de la santé et des services sociaux. D'où notre propos... spécifique.

Notre propos... spécifique

L'impact des femmes sur les politiques du réseau

Car, vous n'êtes pas sans savoir, Madame la Ministre, que les grands questionnements féministes des années soixante-dix ont provoqué de profonds bouleversements au sein de la société et produit un impact durable sur le réseau de la santé et des services sociaux. Outre leur participation démocratique aux différents processus consultatifs indiqués ci-haut, mentionnons pour preuve les différentes luttes contre l'appauvrissement accéléré et constant des femmes pour préserver entre autre revenus et dignité dans les transformations touchant l'aide sociale ; pour l'égalité des droits (du droit de vote à l'équité salariale) ; pour la mise en place du réseau des garderies que les femmes ont porté seules sur leurs épaules pendant de nombreuses années ; pour l'émergence sur la place publique des problèmes de violence conjugale et d'agressions sexuelles envers femmes et enfants, problèmes longtemps restés cachés dans la sphère du " privé ", du " domestique " ; pour le libre choix en matière de reproduction et de sexualité, etc.

C'est un bilan éloquent qui témoigne de l'impact marquant du mouvement des femmes et en particulier du mouvement pour la santé des femmes sur les mentalités comme sur les orientations gouvernementales ainsi que sur les pratiques thérapeutiques et sociales dans le secteur de la santé et des services sociaux ; un bilan qui appellerait une reconnaissance autrement plus grande que le silence des documents gouvernementaux....

L'impact des politiques du réseau sur les femmes

Mais ce dont nous voulons vous parler, Madame Marois, de manière très particulière dans le cadre de cette consultation, c'est de l'impact spécifique sur les femmes des politiques en matière de santé et de services sociaux, plus particulièrement du virage ambulatoire qui en a constitué la pierre angulaire. Et *pour sortir de l'impasse* comme vous nous y invitez, nous voulons intervenir sur la nécessité de tenir compte de la situation des femmes et du point de vue des femmes dans les propositions à mettre de l'avant.

La Coalition féministe travaille depuis trois ans à documenter l'impact sur les femmes de la transformation du système de santé et des services. C'est une contribution de taille à la société québécoise et qui rappelle, Madame Marois, l'engagement de votre gouvernement lors de la Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes à Beijing en 1995 à adopter une perspective de genre i.e. *à faire en sorte que toute politique, législation, réglementation, orientation et action d'un État prenne en compte les différences entre les sexes*. Nous n'avons aucune hésitation à affirmer qu'en ce qui concerne la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, vous avez ici manqué le train... il est temps de le rattraper !

Quels impacts ?

Plusieurs se demandent encore, avec un certain agacement, pourquoi adopter un point de vue féministe sur la question ? Parce que les faits sont les faits : *Les interactions entre les changements dans le système de santé et les autres déterminants de la santé font en sorte que la réforme affecte différemment les femmes que les hommes et selon leur âge, leurs incapacités physiques, leur réseau de soutien, leur condition socio-économique, leur origine ethnoculturelle, le fait de résider dans les régions urbaines ou rurales, etc.* (Centre d'excellence pour la santé des femmes, 2000)

Le point de vue de notre Coalition

Les témoignages s'accumulent : qui pour faire état d'un retour précipité à la maison seule et sans support adéquat ; qui pour exprimer l'angoisse devant des soins à donner à un conjoint dépassant largement la capacité de l'aidante naturelle ; qui pour décrire comment elle n'a pu se faire avorter, car là où c'est gratuit il n'y avait plus de place et là où il y a de la place en clinique privée, elle n'avait pas les moyens d'en payer les frais ; qui pour expliquer avoir dû quitter un travail intéressant pour prendre soin d'un vieux parent ; qui pour préciser le "détournement de mission" des bénévoles maintenant conscrites dans des tâches qu'elles n'ont pas choisies ; qui pour dénoncer l'augmentation de la charge de travail dans les unités de soins suite aux compressions et aux départs volontaires dans le réseau de la santé avec les conséquences que l'on sait sur la santé mentale des travailleuses (stress, burn out, dépression, etc.) ; qui pour se plaindre des coûts des médicaments et des fournitures médicales, maintenant que ce qui était couvert à l'hôpital ne l'est plus rendu à domicile ; qui pour dire que son emploi dans le réseau a été supprimé et que, cheffe de famille monoparentale, les enfants en subiront les conséquences...

Des exemples isolés, diront certains ! Que non, répondons-nous ! Les groupes communautaires et bénévoles, les associations de femmes, les organisations syndicales que nous représentons ont rigoureusement documenté la situation depuis trois ans et nous arrivons à des constatations unanimes : les transformations du réseau, le virage ambulatoire en particulier, ce sont les femmes qui en ont payé et continuent d'en payer le prix :

- **comme usagères** : diminution de l'accès aux services et détérioration de ces services en planning des naissances et en périnatalité par exemple, silence sur les besoins spécifiques des femmes en santé mentale, "dumping" dans les groupes communautaires et utilisation de ces groupes de façon instrumentale pour pallier aux ratés du virage ambulatoire ;
- **comme proches-aidantes et bénévoles** : recours systématique aux femmes et à leur esprit de gratuité et de don pour prendre soin de ceux et celles qui demeurent ou retournent à la maison ; transformation des aidantes et des bénévoles en soignantes ; conscription des bénévoles dans des tâches qui relèvent traditionnellement du secteur public et qui pervertissent le sens même du bénévolat ; épuisement et démobilisation des aidantes et des bénévoles ; risques d'abus envers les personnes dépendantes, les familles n'étant pas toujours le lieu mythique et idyllique dont on parle... !

- **comme travailleuses** : pertes d'emploi, réaffectation et supplantation souvent douloureuses du personnel, alourdissement des clientèles, non-remplacement, prolifération des heures brisées, surcharge, stress, absence d'information et de lieux pour participer aux décisions, manque de mesures pour concilier travail-famille-vie privée.

Le point de vue du Conseil du Statut de la Femme

Le Conseil du Statut de la femme a lui aussi abondamment documenté l'impact du virage ambulatoire sur les femmes. Nous en endossons le diagnostic (CSF, 1999 ; 2000).

- (...) les femmes **utilisatrices** des services de santé sont davantage touchées que les hommes par le virage. En périnatalité, elles sont les premières concernées par les séjours écourtés à l'hôpital lors d'un accouchement et par les lacunes dans le suivi à domicile. En santé physique générale, comme les femmes vivent plus longtemps, qu'elles habitent plus souvent seules, qu'elles utilisent plus le système de soins, qu'elles assument souvent une part plus grande des responsabilités parentales et qu'elles sont plus pauvres que les hommes, elles sont davantage affectées qu'eux. (...) Dans le cadre des séjours hospitaliers écourtés, elles ne sont pas toujours informées et préparées à recevoir des soins à domicile, leurs conditions de vie ne sont pas assez souvent prises en considération, l'arrimage des services entre l'hôpital et le CLSC qui doit prendre le relais est déficient, le suivi à domicile n'est pas toujours assez rapide ou intense, notamment en ce qui concerne les services sociaux, la réadaptation et les soins personnels, et de nouveaux coûts incombent désormais aux personnes déshospitalisées.

- (...) les femmes sont mises spécialement à contribution comme **aidantes** dans le cadre du virage ambulatoire. (...) force est de constater que les hommes participent peu à la dispensation de soins aux proches. Les ressources insuffisantes consenties au virage forcent les femmes à s'occuper de leurs proches déshospitalisés. (...) Les femmes étaient déjà les aidantes principales de leurs proches âgés en perte d'autonomie et des membres de la famille qui ont des problèmes de santé mentale; avec le virage, les voilà en plus appelées à donner des soins physiques aux personnes déshospitalisées. Source importante de stress, ce nouveau rôle d'aidante soignante peut avoir des conséquences sur la santé et le bien-être des femmes, sur leur vie sociale, sur leur vie au travail et sur leur revenu.

- (...) les femmes subissent les conséquences du virage à titre de **travailleuses**. (...) Les bouleversements dans la dispensation des services et la précarité d'emplois qui les accompagnent, la formation insuffisante pour accomplir les nouvelles tâches, les risques accrus de blessures et de violence dans les services à domicile, la surcharge de travail conséquente aux réductions de personnel et-ou à l'augmentation des responsabilités de certains établissements, le " dumping " ressenti par les organismes communautaires et leurs bénévoles qui se plaignent d'être le déversoir des services publics débordés, sont autant de facteurs associés au virage qui pèsent particulièrement lourd sur les femmes.

Le point de vue des chercheuses

Toutes ces conséquences étaient prévisibles, madame la Ministre. Des études avaient déjà documenté le sort des femmes quand les familles ou les proches ne font pas appel aux services publics peu importe les raisons (culturelles, géographiques, économiques, etc.). Toutes ces études avaient fait ressortir les limites du recours aux familles et aux femmes. Le gouvernement pouvait donc entrevoir très clairement les conséquences sur les femmes des compressions, des restrictions à l'accessibilité et du virage "milieu", par exemple : une étude sur les familles italienne et haïtienne était arrivée aux conclusions suivantes : (Guberman et Maheu, 1997 : 256)

Nous avons appris que ces familles, tout en possédant des traits distinctifs, sont confrontées aux mêmes conditions et aux mêmes problèmes que les familles canadiennes-françaises de souche, soit :

- *l'absence de reconnaissance sociale de l'ampleur et de la complexité du travail de prise en charge ;*
- *l'inadéquation des conditions familiales pour prendre soin d'un proche âgé, notamment dans le cas de sévère perte d'autonomie ;*
- *la survalorisation de la famille comme lieu idéal de soutien et de prise en charge de proches dépendants ;*
- *les limites de l'entourage familial comme ressource ;*
- *le mythe des solidarités familiales ;*
- *le partage inéquitable des responsabilités de la prise en charge entre les hommes et les femmes ainsi que les conséquences particulières sur les divers aspects de la vie des femmes, dont le travail salarié et leur dépendance financière ;*
- *l'inadéquation des services sociaux et de santé comme soutien aux familles et aux communautés.*

On pourrait ajouter bien sûr, les inégalités socio-économiques qui s'installent ainsi entre les familles, certaines étant mieux nanties que d'autres pour faire face à ces situations. On pourrait parler des ratés importants dans l'accessibilité vécus par les régions éloignées et que nos *Forums régionaux* ont abondamment décrits : l'impact sur les femmes y est encore plus fort.

Si les gouvernements successifs ne se sont pas préoccupés de l'impact sur les femmes du virage ambulatoire en particulier, c'est qu'ils ont pris pour acquis cette disponibilité "innée" des femmes à s'occuper des leurs. Et c'est ici Madame Marois que nous nous adressons à vous en tant que ministre mais aussi en tant que femme. Nous sommes préoccupées et en colère parce que nous avons le sentiment que cette transformation du réseau constitue pour nous, femmes, une sorte de "marche en avant vers le passé". Écoutez, Madame la Ministre !

*Les femmes sont **fatiguées** parce que la transformation du réseau s'est faite sans repositionnement des rôles sociaux. Elles sont **fatiguées** parce que les conditions sociales et économiques favorisent un état de dépendance qui les rend plus susceptibles d'utiliser les services de santé. Elles sont **fatiguées** parce qu'elles ont encore l'exclusivité de la prise en charge des personnes malades (...) La transformation dans la région est **ben fatiguée** ! Elle est **ben fatiguée** d'essayer d'entrer dans des robes trop petites pour elle, d'essayer de mettre des bottines d'hôpital quand t'es un CLSC. Elle est **ben fatiguée** d'essayer de respirer dans une gaine de 18 heures. Peu importe le côté vers lequel on se tourne, les femmes*

*travailleuses, les aidantes naturelles (je déteste cette appellation qui nous impose que c'est inné d'aider), les usagères, les intervenantes, les féministes impliquées de quelque manière que ce soit dans le domaine de la santé sont **fatiguées** (...) Je vais terminer mon intervention (peut-être un peu **fatigante**) en vous disant que quand les femmes semblent être derrière, ce n'est pas qu'elles suivent, c'est qu'elles poussent. (Coalition féministe, Forums régionaux, 1999)*

L'idéologie familialiste de retour en force

Une orientation sexiste

Après des décennies de luttes acharnées pour sortir de nos cuisines et conquérir notre autonomie en tant que femme citoyenne, nous avons pensé que cette idéologie sexiste était définitivement mise au rancart. Nous avons déchanté ! Nous avons vite compris que le système était de moins en moins "hospitalier" et que nous étions appelées - conscrites devrions-nous dire- à former les nouvelles "unités de soins" sur lesquelles la société doit désormais compter pour s'occuper des malades, des personnes vulnérables, des personnes en perte d'autonomie ou ayant des incapacités. Et avec, en prime, l'offensive idéologique selon laquelle les soins seraient mieux donnés dans une unité isolée et individualisée ! Cette orientation renforce les modèles culturels sexistes toujours présents au sein de notre société particulièrement en ce qui concerne la division sexuelle du travail. Car, vous n'êtes pas sans savoir, Madame la Ministre, que le retour à la communauté mythique, le retour à la famille idyllique pour prendre en charge les siens, est toujours un retour aux femmes "héroïques", à leur travail non rémunéré, à leur sens des valeurs de compassion, de don, à leur investissement "invisible" parce que considéré comme allant de soi ! Dans plus de 80% des situations, ce sont des femmes qui prennent soin des proches malades. Près de la moitié (49%) des personnes qui prennent soin de proches dépendants doivent le faire pendant plus de 5 ans (Guberman, 1993). On estime à 9% la proportion de soignantes qui quittent un emploi pour prendre soin d'un proche. (Coté et all, 1998)

La famille, toujours idyllique ?

Et sans oublier bien sûr que la famille est bien loin d'être toujours idyllique ! En effet, si les familles peuvent être des lieux d'entraide et d'obligations mutuelles, peut-on oublier qu'elles sont aussi des lieux de conflits interpersonnels et intergénérationnels, voire de violence, qu'elles subissent des mutations les rendant peu aptes à assurer les soins et services autrement assumés par l'État ? (Guberman, 1995)

On ne peut ignorer en effet le nombre de familles où les deux parents doivent travailler rendant la disponibilité des adultes très réduite ; le nombre de familles monoparentales dirigées à 89% par des femmes et dont souvent l'essentiel des énergies est consacré à la survie ; le nombre croissant de familles dont le revenu est en-dessous du seuil de pauvreté ; le nombre croissant de personnes vivant seules ; la réduction de l'unité résidentielle, etc. On ne peut ignorer non plus le taux de violence dans les familles, violence envers les personnes "gardées" par leurs proches, ni les problèmes d'exploitation-domination qui traversent les rapports de plusieurs familles. On ne peut ignorer que la famille peut aussi être un lieu de contrôle, d'imposition de normes, de valeurs, de contraintes qui peuvent aller à l'encontre de la liberté et des droits fondamentaux des personnes "aidées". Enfin, on ne peut ignorer que le recours à la

famille pousse à *s'engager dans l'engrenage de la dette-reconnaissance, dans la dynamique du pouvoir des uns-unes sur les autres* (Pitrou, 1992) et où tout le monde est piégé, tant les aidantes que les aidé-es. La prémisse voulant que la famille soit le lieu idéal d'aide fait fi de la réalité de solitude, d'ennui et de malheur des personnes isolées dans leurs familles. De toute évidence, les transformations du réseau de la santé et des services sociaux ignorent les limites des familles et plus particulièrement des femmes dans le rôle de support qu'elles peuvent et veulent assumer.

De toute évidence, les politiques sociales, notamment la politique familiale, manquent de cohérence, déplorant d'un côté les mutations vécues par les familles et qui les rendent moins aptes à accomplir le travail qui leur est dévolu et de l'autre, appelant ces mêmes familles à se responsabiliser pour qu'elles en fassent davantage ! (Guberman, 1995)

Le recours aux familles : source d'inégalités

Les familles ne peuvent donner plus que ce dont elles disposent. *Une dépendance accrue sur les familles amènera inévitablement une augmentation des inégalités sociales* (Guberman, 1995). Pourquoi la qualité et la quantité des soins, des services et des ressources auxquelles a droit une personne malade ou vivant avec un handicap, un enfant en difficulté, une personne ayant des problèmes de santé mentale, etc. dépendraient-elles des compétences, des disponibilités et des ressources des membres de sa famille ? S'engager dans cette direction c'est remettre en cause le principe fondamental d'universalité qui offre une certaine garantie d'équité dans la distribution de l'aide à tous les citoyens et citoyennes, peu importe leur situation familiale.

Et encore, *les recherches ont démontré que plus on dispose de ressources financières et personnelles, moins on est limité à l'entraide familiale et plus on profite des ressources collectives* (Pitrou, 1992 ; Guberman, 1995). Ce constat assez troublant nous amène à regarder la situation autrement et à poser des questions nouvelles : le fait que de plus en plus de personnes indiquent qu'elles ont recours d'abord et avant tout à la famille est-il indicateur de la grande valeur qu'elles accordent à cette institution ou n'est-il pas plutôt révélateur de la pauvreté des liens sociaux et des problèmes d'accessibilités des ressources collectives ? Le repliement sur la famille n'est-il pas un signe d'échec et de non-choix plutôt qu'un constat et une stratégie à glorifier ?

Quel héritage laisser aux femmes québécoises ?

Encore une fois, toutes les études réalisées durant la dernière décennie (Garand et Bolduc, 1990 ; Lesemann et Chaume, 1989) concernant la prise en charge par les familles d'adultes dépendants arrivent aux mêmes conclusions : (...) *dans la plupart des situations, il n'y a aucune solution de rechange sérieuse : personne dans l'entourage de la personne dépendante n'est capable de se substituer à la soignante - la femme- et il n'existe aucune ouverture à court terme du côté des institutions.* (Guberman, Maheu, Maillé, 1991 : 227)

Les femmes " assument " donc - la plupart du temps involontairement - mais cela ne se dit pas, car elles ont (...) *intériorisé l'impératif social de prendre soins des autres.* À cette intériorisation, les politiques macroéconomiques des dernières années viennent apporter une légitimation politique. *Les sociétés occidentales reprennent aujourd'hui un discours qui valorise la sphère privée, considérée comme un lieu de rapports non marchands où*

dominent les sentiments d'affection et de réciprocité et non la recherche de valeurs plus matérialistes basées sur l'échange monétaire. Or, cette survalorisation du don contribue à occulter l'exploitation du travail gratuit et souvent invisible des femmes. Ainsi les politiques sociales mises de l'avant récemment renforcent dans leur logique la division sexuelle du travail. Il faudrait donc évaluer en quoi les pratiques et les politiques de maintien en " milieu naturel " perpétuent la position subordonnée des femmes dans notre société et hypothèquent leurs chances d'insertion sur le marché du travail ainsi que leur pouvoir économique tout au long de leur vie. (Guberman, Maheu, Maillé, 1991 : 226)

Vous ne trouvez pas, Mme Marois, que ces constatations ont un air de " déjà vu et déjà connu " ? Vous connaissez vous-même, nous en sommes certaines, des femmes aujourd'hui dans la soixantaine et qui ont " sacrifié " leur vie pour prendre soin d'un proche dépendant . Allons-nous, têtes baissées, faire un virage vers le passé ? Est-ce là l'héritage que vous, en tant que féministe, voulez laisser aux femmes québécoises ? Entendons-nous bien ! Nous ne sommes pas du tout contre le fait que des femmes (et nous aimerions bien que les hommes en fassent autant...!) prennent soin des leurs : depuis des temps immémoriaux, la compassion que les femmes ont toujours manifestée envers leurs semblables surtout les plus vulnérables constitue une valeur fondamentale du " vivre ensemble ". Cette compassion rend notre monde plus " habitable ". Mais encore faut-il que les femmes puissent faire ce choix librement, encore faut-il que cette contribution soit socialement reconnue, encore faut-il que l'on puisse compter sur les services adéquats. Ce qui n'est pas le cas dans la transformation actuelle du réseau, ce qui n'est pas le cas dans l'organisation actuelle des services.

L'introduction du «privé» dans le «public»... une stratégie piégée qui mène directement au remplacement du «public» par le «privé»

La consultation porte sur les perspectives de financement à développer compte-tenu des enjeux identifiés par votre gouvernement comme étant des facteurs influant sur le coût du système public, en particulier le vieillissement de la population et le recours plus fréquent aux technologies coûteuses (surtout les médicaments).

Un « flirt » dangereux

Sous couvert d'un nouveau partenariat avec le privé, votre gouvernement, Madame Marois, " flirte " dangereusement avec la privatisation. Notre Coalition avait déjà constaté que le rapport Arpin -chargé explicitement d'étudier *la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec* - venait confirmer et dans certains cas accélérer le glissement des services de santé publics vers une place toujours plus grande des services de santé privés. Le bilan de la situation fait état d'avancées rapides de la privatisation dans le secteur de la santé : des " partenaires " privés pénètrent les cercles de décideurs, multiplient les projets d'affaire dans les secteurs des équipements, des médicaments, de la biotechnologie, de l'hébergement de longue durée, des services médicaux à domicile, des services auxiliaires, des services d'information. En fait, la population fait face à une propagande organisée et le rapport Arpin en est un nouvel exemple qui tend à miner la confiance dans le service public. La population a peur de ne plus avoir les soins dont elle aura

besoin dans le réseau public. À tel point qu'une partie de la population serait, semble-t-il, prête à payer plus pour s'assurer l'accessibilité et la qualité des soins.²

Cette tendance à la privatisation était déjà très présente dans notre système et ce dès la décennie 80. Bien plus, elle était pointée comme une des causes majeures de l'augmentation " incontrôlée " des coûts de la santé au Québec. *De 1987 à 1991 les dépenses totales québécoises de services de santé ont augmenté à un rythme supérieur à celui des dépenses canadiennes. Cette importante augmentation s'explique à la fois par une hausse des dépenses publiques, supérieure à l'enrichissement collectif mais plus encore par l'augmentation accélérée des dépenses privées : 8,1% pour le Québec comparativement à 6,1% pour l'Ontario et 6,9% pour le Canada. (CSBE, 1995 : 8)*

Votre propre document de consultation fait état d'une part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé inférieure à la moyenne canadienne et que vous situez à 29,6% en 1999, une part accessoire dites-vous ! Mais qui a tout de même augmenté (elle était de 24,5% en 1990) et qui demeure plus que substantielle. Il est des comparaisons boiteuses, vous ne trouvez-pas madame la Ministre ? Il n'y a en effet aucune gloire à retirer du fait que nous serions un peu moins privatisés-es que l'ensemble des canadien-ennes... Et ceci, sans parler des désassurances de services " dits complémentaires " comme les services optométriques, les soins dentaires aux enfants, des " compléments " qui avaient pourtant permis d'éviter des problèmes sanitaires et des coûts assumés maintenant par les personnes selon leur capacité de payer - et à ce niveau-là, vous le savez très bien, Madame Marois, il y en a qui sont *moins égaux que d'autres* et qui se promèneront à trente ans avec des prothèses dentaires alors que d'autres auront leurs propres dents (traitées aux petits soins et avec force assurances privées) jusqu'à leur mort !

Plus la privatisation gagne du terrain, plus de telles situations risquent de se répéter et dans tous les secteurs de la santé et des services sociaux, accentuant les inégalités déjà existantes entre citoyens-ennes (inégalités basées sur le revenu, le sexe, la géographie, l'âge, etc.).

Une offensive idéologique orchestrée par l'Organisation mondiale du commerce

Cette tendance s'incruste dans les mentalités d'abord par une offensive idéologique : nous n'aurions plus les moyens de payer donc il faut trouver de nouvelles sources de financement et le privé arrive en " sauveur ", ceci... *sans avoir l'air d'y toucher !* (George et Gould, 2000 : 3) Cette offensive vient de loin et de haut.

En effet, de grands courants d'air froids contemporains - qu'on dit post-modernes - mais qu'on pourrait qualifier d'antisolidaires, balaient notre petite planète. Et bien sûr le Québec n'y échappe pas. *À l'OMC, le travail de deuil consécutif au fiasco de Seattle aura été de courte durée: les négociations de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) ont repris, avec la discrétion de rigueur, en vue d'ouvrir aux transnationales les secteurs de l'éducation, de la santé, de l'environnement (...).* Il s'agit d'une entreprise de démantèlement des services publics plus exactement de la mainmise des frimes transnationales sur de nouveaux secteurs et de la marchandisation programmée des services publics (George et Gould, 2000 : 3). Il existe déjà en Europe un organisme créé par la Commission européenne pour les services et qui regroupe

² On trouvera en annexe le texte complet de la position de la Coalition sur le rapport Arpin.

plus de 80 entreprises transnationales de services, l'European Services Forum et à qui le commissaire européen a déjà demandé *d'indiquer les plus importants marchés de services et d'identifier les principales entraves au commerce dans les " secteurs de l'éducation, de l'environnement, de la santé et des services sociaux et de l'audiovisuel "*. Et pour ne pas être en reste, l'Europe par le biais d'un de ses négociateurs principal ajoute que (...) *notre liste d'emplètes est tout à fait similaire à celle de nos partenaires du Quadrilatère i.e. États-Unis, Canada et Japon*. L'Europe se base sur les USA-Canada qui à leur tour vont se référer à l'Europe pour montrer que même les pays européens plus " sociaux " se dirigent vers la marchandisation de la santé et de l'éducation. Ce négociateur avait d'ailleurs déjà déclaré que *la santé, l'éducation et l'environnement étaient mûrs pour la libéralisation*.

Avant même l'offensive de l'OMC, le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale (BM) avaient déjà entrepris, via les programmes d'ajustement structurel, le démantèlement des programmes sociaux et des systèmes publics de santé et d'éducation dans les pays en développement étranglés par le problème de la dette. Or, scandalisée par les conséquences dramatiques de ces politiques, voilà que la Chambre des Représentants aux Etats-Unis vient d'approuver en juillet 2000 une mesure incitant la Banque mondiale et le Fonds monétaire international à éliminer l'obligation imposée aux pays pauvres de charger des frais modérateurs pour l'accès aux soins primaires de santé et à l'éducation primaire. Selon l'organisation 50 years is enough³ l'imposition de frais a entraîné une augmentation des maladies, de la souffrance et même de la mort de personnes, une diminution de la scolarisation car les familles pauvres n'ont pas les moyens financiers d'envoyer leurs enfants à l'école ni d'aller dans des cliniques " payantes ". Les études qui documentent les effets pervers de l'imposition d'un ticket modérateur ne manquent pas :

- en Zambie, un observateur de l'UNICEF a vu un garçon de 14 ans mourir de malaria après avoir été refusé à la clinique de santé car incapable de payer les frais de... 33 sous !
- au Kéni, l'imposition de frais de \$0.33 pour les visites dans les centres de santé a conduit à une diminution des visites de l'ordre de 52%. Après le retrait de cette mesure, les visites ont augmenté de 41%.

Ces exemples peuvent paraître éloignés de notre réalité ? Mais toutes proportions gardées, est-ce que les ratés de l'assurance-médicaments - avec l'obligation imposée d'une contribution financière des assuré-es- ne révèlent pas le même type d'effets pervers auprès des populations les plus démunies de notre société ? ⁴

De plus, les programmes d'ajustement structurel ont eu un impact très spécifique sur les femmes : *la privatisation systématique de secteurs aussi sensibles que l'éducation et la santé fait reposer sur les femmes, sur leur travail invisible et non payé, les tâches jadis assumées par l'État pour la collectivité. Outre bien sûr la privation de droits aussi fondamentaux que l'accès à la santé et à l'éducation, reconnus dans les Conventions internationales, on assiste à une véritable substitution de rôles et de responsabilités de l'Etat vers le privé et donc vers les femmes. Cette substitution se traduit par ce qu'on pourrait appeler une crise de surcharge de travail pour les femmes. On a ainsi estimé qu'en Amérique latine depuis l'instauration des programmes d'ajustement structurel*

³ 50 Years is Enough, Site: www.50years.org

⁴ Voir à ce sujet le travail de la Coalition sur l'assurance-médicament et le Rapport Tamblyn sur l'impact de l'assurance-médicament sur les personnes âgées et les personnes assistées sociales.

dans les années 80, les femmes travaillent en moyenne une heure de plus par jour, soit l'équivalent d'une journée/semaine, ce qui est énorme, sans compter que ce travail n'est pas rémunéré ! (Madörin, 2000)

Cette analyse nous rejoint ici même au Québec et s'applique à la transformation de notre propre système de santé et de services sociaux. Le Centre d'excellence pour la santé des femmes insiste en effet sur cette constatation -majeure selon nous- que (...) *les effets de la réforme du système de santé sur les femmes sont liés aux tendances à la privatisation qui s'accroissent dans les transformations en cours. Le déplacement des soins et services vers la communauté reste une illusion, si des mesures de soutien ou des alternatives concrètes à la prise en charge familiale ne sont pas organisées ; en réalité, le virage ambulatoire entraîne un transfert des responsabilités des services publics vers le domicile privé où les femmes sont appelées à assumer davantage de soins aux personnes malades ou en perte d'autonomie. **Ces soins sont assimilés aux tâches domestiques invisibles et gratuites.** Du point de vue des préoccupations des femmes, les tendances à la privatisation comportent un potentiel négatif important quant à l'avenir des soins de santé et à leur propre émancipation.* (Centre d'excellence pour la santé des femmes, 2000).

Madame Marois, nous voulons que le Québec non seulement résiste à cet " appel de sirènes " mais devienne parmi les sociétés industrialisées une de celles qui trace la voie à une conception résolument solidaire du bien commun, une conception qui tienne compte des femmes en maintenant entre autre un système de santé et de services sociaux entièrement public, accessible, gratuit et universel. Vous dites être contre la privatisation de ce secteur : nous aimerions bien vous croire sur parole... mais les gestes de votre gouvernement et de celui qui a précédé vont dans le sens contraire. Votre propre document de consultation ouvre toute grande la porte à la privatisation quand vous affirmez -sans preuve d'ailleurs- *qu'on ne pourrait résoudre une impasse comme celle que doit affronter le système sans réexaminer les choix collectifs à l'origine de l'équilibre actuel entre le secteur public et le secteur privé dans le financement de la santé et des services sociaux.* Pourquoi ne pas résoudre l'impasse différemment ?

Le « privé » est porteur d'inefficacité, d'injustice et d'inégalité

Nous ne pensons pas en effet que le marché est porteur d'égalité, de solidarité et même d'efficacité tout au contraire. Mais le mythe selon lequel le secteur privé serait mieux géré et coûterait moins cher que le service public est tenace. Pourtant, des nombreuses études ont montré qu'il n'en est rien. La seule façon de concilier le contrôle des coûts d'administration et les bénéfices, c'est d'agir sur les salaires et sur les services, c'est-à-dire de donner des conditions de travail et des salaires minimaux et de multiplier les services les plus rentables. En suivant cette voie, le risque est grand de laisser les " cas lourds " au service public et d'ouvrir le marché des services les plus rentables (ex. : chirurgie d'un jour, tests et analyses, soins à domicile, hébergement des personnes âgées) aux cliniques privées, sous prétexte d'alléger la tâche et les dépenses du service public. En Nouvelle-Zélande, par exemple, la privatisation partielle de services médicaux a eu pour effet d'allonger les listes d'attente.

Laisser le champ libre au privé dans un secteur aussi névralgique que celui de la santé, c'est abdiquer comme État ses responsabilités envers tous les citoyens et citoyennes. C'est fissurer de manière irrémédiable *l'universalité qui a permis d'améliorer l'équité entre les groupes de la population de deux manières : par un transfert financier des*

riches vers les plus démunis, les riches payant proportionnellement plus d'impôt et par un transfert financier des personnes en bonne santé vers les personnes malades, le financement n'étant pas lié à la consommation des services. 5 Car l'État a aussi la responsabilité de faire en sorte que ses citoyens-ennes parmi les mieux nantis ne se rivent pas à leurs seuls intérêts individuels ou de clan privilégié. Et nous savons que cette tentation est grande parmi un certain secteur de la population à laquelle le gouvernement prête une oreille de plus en plus attentive... malheureusement.

Parmi les arguments pour développer un secteur privé parallèle au secteur public, il y a que cette initiative ferait diminuer la pression sur le secteur public, ceux et celles qui en auraient les moyens pouvant se faire soigner à leurs frais dans le secteur privé. Or l'expérience de l'Australie où un tel système a été mis en place, prouve le contraire. *Les bénéficiaires d'assurances privées vont réclamer très vite des contributions gouvernementales, car pourquoi en effet leurs impôts ne serviraient-ils qu'à défrayer les coûts du système public ?* (Latimer et Doderstrom, 2000). On sait également les inégalités du système américain privé et la flambée des coûts des assurances privées en Suisse. Pourquoi maintenir faussement cette fascination pour le privé ? Pourquoi induire la population en erreur sur les véritables conséquences de la privatisation accrue de notre système de santé et de services sociaux ?

Vous le savez très bien, Madame Marois, les positions et les " experts " s'affrontent sur les mérites relatifs d'accélérer et d'intensifier le recours au secteur privé dans la santé.⁶ . Pour certains (...) *Les arguments brandis pour justifier le maintien à tout prix d'un régime de santé public se fondent sur des leurre, voire des supercheries intellectuelles et encore Les gens ne font plus confiance au public et se refusent à voir l'État dilapider leur argent* (Paré, 12). Mais pour d'autres (...) *se raccrocher au privé est d'autant plus illusoire que rien n'indique qu'en fin de compte, ce sera moins coûteux. La tentation du privé c'est donner raison à ceux qui se refusent à changer un système de santé devenu inefficace et donner le feu vert à la répétition des mêmes erreurs (...)* (Paré, 13) *Si la pression pour la privatisation est si forte, ce n'est pas que ce soit si efficace. C'est qu'il y a des gens, dont les compagnies d'assurance, qui n'attendent que cela pour développer un immense marché au Canada.* (Paré, 10)

C'est collectivement et solidairement que nous devons assumer les risques liés à la maladie. Il aura fallu longtemps aux sociétés pour intégrer dans leurs politiques cette idée forte, puissante et porteuse d'une meilleure façon de vivre ensemble (Ewald, 1986) Toute autre voie serait un retour vers le Moyen-Age. *Le vrai problème du financement de la santé chez nous, est que cela nous oblige à faire des choix face à la redistribution des revenus entre les générations et les classes sociales.* (Paré, 13)

Tant qu'à " flirter " avec des idées, mieux vaut que ce soit avec celle-là !

5 CSBE p 1

6 Voir en particulier la série d'articles publiés dans Le Devoir à partir du 29-30 avril 2000

Quelques «vieilles» idées étonnamment «jeunes»

L'Avis du Conseil de la santé et du bien-être sur « Un juste prix pour les services de santé»

Pourquoi ne pas reprendre en compte - puisqu'il avait été scandaleusement ignoré- l'Avis du Conseil de la santé et du Bien-Être (CSBE) qui, en 1995, avait abondamment documenté et identifié les facteurs qui exercent les plus fortes pressions sur les dépenses du système et proposé nombre de solutions qui auraient dû être mises en application dès cette époque:

- *La Commission Rochon concluait que les problèmes du système québécois ne proviennent pas du mode de financement ni même du niveau de financement mais, comme partout ailleurs dans les pays occidentaux de l'orientation des services, des modes de production, de l'organisation même des systèmes et de la dynamique des relations qui s'est développée entre ses composantes, bref de la logique interne de fonctionnement des systèmes. (CSBE, 1995 :18)*
- *Trois facteurs semblent exercer des pressions à la hausse sur les dépenses totales des services de santé au Québec (CSBE, 1995:6-9) :*
 - *la croissance accélérée des services médicaux et des programmes de médicaments gratuits (dont l'effet combiné de l'arrivée sur le marché de nouvelles molécules et l'augmentation des prix des génériques et des produits d'origine expliquerait la moitié de la hausse totale enregistrée) ;*
 - *l'accent mis sur les services en établissement, en particulier les services hospitaliers ;*
 - *le recours de plus en plus important au financement privé. En effet, un " glissement " graduel vers le financement privé dans un système axé essentiellement sur la régulation des dépenses publiques entraîne invariablement une augmentation des dépenses totales de services santé. C'est que le tiers payant public n'est alors plus en mesure d'exercer les mêmes contrôles sur les dépenses puisqu'elles ne ressortent plus de son budget. Une analyse récente de la situation dans les pays de l'OCDE montre que plus le secteur privé prend de l'importance dans les services de santé, moins les dépenses totales sont maîtrisées. **Le transfert du public au privé ne peut donc représenter une solution pour contrôler les coûts.***
- *Nul part les études ne pointent les consommateurs comme étant les grands responsables de l'augmentation des coûts puisqu'ils n'ont en général que peu d'influence sur les décisions médicales. D'où la futilité de mesures comme le " ticket modérateur " dont les effets par ailleurs sur la consommation globale de services, le profil de consommation selon les groupes, l'état de santé, l'évolution des dépenses publiques et des dépenses totales de santé sont également très bien documentées. La tarification et la coassurance n'offrent aucun avantage pour diminuer ou même contenir les dépenses. C'est d'ailleurs la conclusion à laquelle en arrivait l'OCDE après avoir analysé l'expérience de certains pays européens qui ont accru leur recours à ces mesures durant les années 80 afin d'infléchir la demande.(CSBE, 1995:15)*

- *Les études et avis démontrent que c'est du côté de la production et non de la consommation qu'il faut agir d'abord et avant tout. (CSBE, 1995:18)*

Le CSBE proposait un ensemble de mesures concrètes qu'il serait trop long et inutile de résumer ici mais qui constituent encore aujourd'hui des réponses précises à vos questions Mme Marois. Ces propositions sont axées sur :

- **la gestion d'ensemble et les modes d'organisation des services** : fusionner les régimes d'assurance publics des services de santé; décentraliser la gestion des ressources et revoir l'organisation des services au niveau local ;
- **l'usager-ère des services** : l'informer, une condition reconnue d'efficience ;
- **les ressources humaines** : optimiser les services médicaux, revoir la réglementation professionnelle, renouveler les rapports de travail ;
- **un secteur à surveiller : les médicaments** : améliorer l'accessibilité aux médicaments appropriés à un coût acceptable pour la société. Le Conseil recommandait d'ailleurs *de faire toute la lumière sur la question des prix avant d'envisager l'instauration d'un régime universel d'assurance-médicaments. Cette réserve ne vise aucunement à remettre en cause la pertinence d'un tel régime. Au contraire, le Conseil est persuadé qu'il s'agirait là d'un pas important qui mettrait fin à l'éclatement actuel dans la gestion des médicaments et qui permettrait de renforcer le caractère public de l'assurance-maladie. Le Conseil tient simplement à signaler l'importance qu'il y a de bien encadrer un tel régime afin qu'on puisse en contrôler le développement. (CSBE, 1995:47)*

Pour n'avoir pas suivi cet avis -sage- le gouvernement a tout simplement transféré les coûts des médicaments aux consommateurs-trices **et a fait le choix de ne pas intervenir** sur les prix d'une industrie qui jouit de la plus grande impunité quant à son influence énorme sur les coûts du système de santé.

A noter que pour le CSBE, le **vieillissement** n'apparaissait pas du tout comme un facteur majeur d'influence sur les coûts. Ce facteur continue d'ailleurs d'être sévèrement contesté par nombre de chercheurs pour qui entre 1982 et 1992 *le vieillissement de la population n'a compté que pour 0,5% de l'augmentation des dépenses en services médicaux (...)* et qu'il ne constitue pas *la plus grosse menace qui pèse sur le secteur de la santé. En fait les avancées technologiques et le prix des médicaments sont les épées de Damoclès qui pendent au-dessus des caisses de l'État. (Paré, 2)*

La Révolution tranquille inachevée...

Vous êtes bien placée Madame la Ministre, membre d'une formation qui se prétend "social-démocrate" pour savoir à quel point la Révolution tranquille a changé notre vie, individuelle et collective. Ce fut la démarche de tout un peuple pour sortir non seulement de la "grande noirceur", mais aussi de la charité privée et de la rapacité des compagnies d'assurance d'antan (dont celles d'aujourd'hui ne sont que les clones) et pour se doter au début des années soixante d'un système de santé et d'éducation, public, accessible, gratuit, universel. Cela reste toujours vrai. Pourquoi revenir en arrière ? C'est parce que nous étions en "arrière" que la révolution tranquille a été rendue nécessaire. Comme le rappelle si justement Fernand Dumont, (...) *On s'en souvient : la*

Révolution tranquille n'était pas seulement inspirée par les principes de la rationalité technocratique : elle était animée par un incontestable désir de justice sociale. Mais elle n'est pas complétée Le sentiment d'impuissance actuellement dominant laisse percer un embarras préalable qui concerne le travail commencé avec la Révolution tranquille et qui n'est pas achevé. (...) On voulait en ces années-là donner un nouveau sens à la vie commune (...) basé sur (...) deux postulats essentiels: que la société ne se réduit pas aux échanges sur des marchés ni à la division du travail; qu'elle est un partage d'idéaux qui donnent au plus grand nombre le sentiment de participer à l'édification de la Cité. (Dumont, 1995) Le démantèlement progressif de nos biens publics ne va pas exactement dans ce sens !

Nos orientations fondamentales

Nous vous rappelons, madame la Ministre, que nombre de pratiques novatrices et d'expérimentations porteuses de solutions pour le mieux être de la population ont été faites dans les organismes communautaires et ont eu un impact significatif sur le réseau de la santé et des services sociaux . On pense en particulier aux pratiques d'humanisation des naissances, aux pratiques alternatives en santé mentale, aux initiatives des Centres de santé des femmes et tant d'autres.

Nous vous rappelons également que le personnel, majoritairement des femmes, du réseau de la santé et des services sociaux possède une expérience, un savoir et un engagement susceptibles de constituer un levier essentiel dans l'amélioration des " performances " du système : encore faut-il lui accorder reconnaissance, conditions de travail optimales, participation démocratique aux décisions l'affectant et aux orientations du système.

Nos orientations reposent sur l'affirmation de trois principes fondamentaux, sans lesquels notre société ne pourrait fonctionner :

1. Le maintien et le développement d'un système de santé public, gratuit, accessible et universel avec une large place attribuée aux CLSC dans la dispensation des services de base.

Cette orientation suppose la création d'emplois durables dans les CLSC afin d'assurer des services à domicile complets, suffisants et de qualité. Nous ne voulons pas d'un système à deux vitesses ni d'un système axé sur les cliniques privées ou qui aurait à négocier " d'égal à égal " sa collaboration avec ces cliniques privées. La logique des cliniques privées -ces supermarchés de la consommation rapide et inflationniste des soins- est diamétralement opposée à celles des CLSC : la " collaboration " deviendra vite un champ de bataille qui fera plus de victimes que d'êtres bien portants.... ! ! ! ! Ce n'est pas d'une collaboration avec les cliniques privées dont il faut parler mais du renforcement des CLSC pour qu'ils reprennent -l'ont-ils déjà eu ?- le leadership dans la prestation de soins de première ligne. Donc des mesures, des décisions politiques très limpides qui donnent les moyens politiques, idéologiques et financiers aux CLSC et desquels devraient dépendre les cliniques privées (puisque malheureusement elles semblent être là pour rester) tenues de s'inscrire dans les politiques collectives de santé et de bien-être pour un quartier, une région, etc.

Seule une volonté politique et un mode de financement adéquat permettraient de faire des CLSC la clé de voûte des services de première ligne au Québec. Pour fin de comparaison, on pourrait rappeler qu'en France à une certaine époque, les psychiatres

refusaient de travailler dans la communauté arguant que seul l'asile était thérapeutique. Il a suffi de payer davantage les psychiatres communautaires pour renverser complètement la vapeur et trouver comme par magie des vertus tout aussi thérapeutiques et même davantage au travail " hors les murs " .

2. La reconnaissance des organismes communautaires autonomes et leur financement adéquat. Le refus de la substitution par l'économie sociale.

Les organismes communautaires

Nous tenons à vous rappeler, madame Marois, que les organismes communautaires n'appartiennent pas au secteur privé comme votre document de consultation l'affirme⁷. Les organismes communautaires constituent un mouvement social autonome d'intérêt public⁸ engagé :

- *dans les actions et les luttes quotidiennes contre la pauvreté et l'appauvrissement, la discrimination, l'oppression et pour la justice sociale et l'égalité ainsi que pour l'amélioration du tissu social et de la qualité de vie ;*
- *dans les actions et les luttes sociales et politiques visant la transformation sociale, le développement durable et la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes ;*
- *dans la création d'espaces démocratiques (démocratisation de nos lieux d'existence et des lieux de pouvoir) et la revitalisation constante de la société civile.*

Nous ne voulons ni "dumping" ni "cheap labor" ! Tout comme il ne saurait être question d'instrumentaliser le mouvement communautaire et d'en faire un outil au service des politiques et priorités gouvernementales. La société perdrait un élément essentiel de sa vitalité si l'État, l'entreprise privée ou tout autre bailleur de fonds orientaient, récupéraient ou utilisaient à leurs fins les organismes communautaires sous prétexte de rationalité et de complémentarité. Cette position suppose un financement adéquat de l'action communautaire autonome.

L'économie sociale

Nous ne voulons pas non plus de la substitution des emplois du secteur public par des emplois en économie sociale. Ce secteur peut jouer un rôle important dans la société québécoise dans la mesure justement où il élargit l'espace d'intérêt public mais dans les secteurs qui sont hors du champ couvert par le secteur public et les groupes communautaires autonomes.

7 (...) *Obtenir une meilleure complémentarité du secteur privé (les particuliers, le secteur communautaire et les entreprises) dans la production des services publics.* Document sur le financement p 10.

8 Il existe une abondante documentation sur la nature du mouvement communautaire autonome. Voir en particulier la position du Comité aviseur du SACA, celle de la Tables des Regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, celle de l'Avis du Groupe des 13 sur la proposition de politique de reconnaissance du communautaire *Le milieu communautaire: un acteur essentiel au développement du Québec* (Juillet 2000) et aussi pour l'histoire LAMOUREUX, J., LESEMAN, F. (1987) *Les filières d'action sociale: rapports entre les services sociaux publics et les pratiques communautaires.* Rapport de recherche pour la Commission Rochon

A cet égard, et avec le Conseil du Statut de la Femme, nous tenons à manifester nos plus vives inquiétudes dans certains secteurs, en particulier la périnatalité, où le glissement vers la tarification et la substitution semblent devenir pratique courante. Désormais le court séjour des femmes à l'hôpital doit s'accompagner d'un suivi rigoureux par le CLSC ou l'hôpital. Or, devant la difficulté de certains établissements du réseau à offrir le service postnatal, des projets d'économie sociale se mettent en place pour pallier les lacunes institutionnelles. (CSF, 1999 :1) La préoccupation concernant la tarification relève bien sûr de l'accessibilité à ces services. La tarification prévue dans les entreprises d'économie sociale peut constituer un frein à la dispensation de services accessibles et gratuits à toutes les femmes et les familles. La nécessaire rentabilité de ces entreprises peut aussi entraîner l'accès aux services à des familles ayant une capacité de payer au détriment des familles plus pauvres (Levesque, RNR). Le CSF recommandait d'ailleurs à la Régie régionale de Montréal-Centre de ne pas avoir recours aux entreprises d'économie sociale dans le secteur de la périnatalité en tant que substitut aux services gratuits, accessibles et complets qu'elle a la responsabilité d'assurer dans ce secteur.

De même pour le secteur des travaux domestiques où nous endossons la position du CSF.

On le sait, le virage ambulatoire a coïncidé avec la décision gouvernementale de mettre sur pied des entreprises d'économie sociale vouées notamment au travail domestique. Ce secteur d'activité représente aussi un bassin d'emplois pour de nombreuses personnes non qualifiées, y compris pour des femmes. Dès le départ, on a exprimé des inquiétudes quant au danger de substituer des emplois du secteur public au secteur privé qui fait payer les services rendus et où les conditions de travail sont inférieures à celle du secteur public. Or, certaines entreprises d'économie sociale, délaissant le principe de non-substitution, demandent à l'État d'étendre leur champ d'action aux services de gardiennage et même aux soins personnels qui relèvent normalement des CLSC. Pour remédier à la situation, le CSF propose de :

- *mieux soutenir financièrement les entreprises d'économie sociale pour qu'elles puissent offrir de meilleures conditions de travail à leur personnel, tout en restant accessibles aux personnes les plus démunies ;*
- *limiter leur champ d'action à l'aide domestique définie dans le programme d'exonération qui permet aux utilisatrices et aux utilisateurs de bénéficier d'une réduction et de ne pas étendre les services qu'elles offrent au gardiennage et aux soins personnels fournis gratuitement par les CLSC jusqu'à maintenant. (CSF, 2000 : 4)*

3. La reconnaissance de l'impact spécifique sur les femmes de la transformation du réseau, impact négatif à ce jour, et la nécessité de tenir compte d'une perspective de genre dans l'élaboration des solutions proposées.

Nous le disions plus haut, votre gouvernement lors de la Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes à Beijing en 1995 s'est engagé à adopter une perspective de genre i.e. *à faire en sorte que toute politique, législation, réglementation, orientation et action d'un État prenne en compte les différences entre les sexes.* Cela n'a pas été le cas avec l'actuelle transformation du réseau de la santé et des services sociaux. Certes, nous avons clairement exprimé notre appui aux possibilités ouvertes par cette transformation et par le virage ambulatoire en particulier. Mais nous avons aussi sévèrement mis en garde le gouvernement contre les risques de dégradation des

conditions de vie, de santé et de travail des femmes qu'allait inévitablement provoquer un virage ambulatoire triomphaliste, mené tambour battant au mépris du rythme des personnes et des organisations impliquées, géré sur le mode bureaucratique, sans souci de participation démocratique des principales intéressées **et surtout, vissé à la stratégie du " déficit zéro "**. Nous exigeons qu'à l'avenir il en soit différemment. Il n'y aura plus de décisions prises sans examen rigoureux de leurs impacts sur les femmes.

Car vous n'ignorez pas, madame la Ministre, que les politiques touchant les femmes dans le secteur de la santé s'inscrivent plus largement dans un contexte social où les rôles sociaux attribués aux hommes et aux femmes *sont encore marqués par la tradition* (CSF, 2000 :4), et où ces rôles continuent de *moduler l'expérience des femmes dans les grands univers d'implication que sont la famille, le marché du travail, le système de santé lui-même et l'exercice de la citoyenneté* (Centre d'excellence pour la santé des femmes, 2000), dans un contexte socio-économique fait de rudesse envers les femmes qui voient leur appauvrissement s'accroître. Les politiques gouvernementales ne peuvent ignorer cet état de fait au risque d'accroître encore, si c'était possible, les inégalités dont les femmes sont victimes.

D'où les questions essentielles posées dans cette lettre concernant la transformation du réseau. Et parmi celles-ci : *N'y a-t-il pas lieu de réviser nos attentes à l'égard des familles et des femmes et d'orienter les politiques et les pratiques d'intervention vers une approche centrée sur le maintien des personnes âgées dans leur milieu naturel, certes, mais vers le renforcement du soutien aux mesures communautaires plutôt que vers le renforcement du soutien aux familles ?* (Guberman et Maheu, 1997)

Des suggestions pratiques

La Coalition féministe met de l'avant plusieurs propositions susceptibles d'enrichir notre secteur public et d'assurer le développement du mouvement communautaire autonome. Ces recommandations ont été élaborées il y a un certain temps: nous sommes très conscientes qu'il y a eu évolution de la situation pour certaines d'entre elles. On pense en particulier aux groupes de travail à l'oeuvre sur la problématique de la conciliation travail-famille-vie privée. On pense à la démarche du Groupe d'appui en santé mentale. Il serait fantastique qu'il en soit ainsi pour toutes les revendications !

En planning des naissances et périnatalité

Mise en place d'une gamme de services de base en planning des naissances et sexualité définie et reconnue, incluant les éléments suivants :

- éducation sexuelle ;
- consultation psychosociale et médicale, avec information critique sur les méthodes contraceptives existantes ;

- services de contraception et d'avortement incluant notamment :
 - des méthodes d'urgence (pilule du lendemain) ;
 - des services gratuits d'avortement pour les grossesses de 14 semaines et moins, avec possibilité de consultation pré et post-avortement ;
 - des services gratuits d'avortement pour les grossesses de plus de 14 semaines en centres hospitaliers, incluant les consultations pré et post-avortement ;
 - des services de prévention de l'infertilité et des maladies transmissibles sexuellement (MTS).

Planification et mise en oeuvre des services de planning des naissances et sexualité dans chaque région, selon des balises nationales placées sous la responsabilité des Régies régionales, afin que les rôles de chaque établissement ou organisme partenaire soient clairs.

Intégration de ces services à l'ensemble des services de santé, selon les mêmes principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité, quel que soit l'âge de la personne.

Parmi les conditions de réussite en ce qui a trait aux revendications des femmes en périnatalité :

- que le ministère formule des directives nationales afin que les Régies régionales s'engagent à mettre en œuvre la Politique de périnatalité ;
- que le principe fondamental de la Politique de périnatalité, à savoir que " la grossesse, l'accouchement, la naissance et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels " soit retenu comme principe moteur de l'évolution des pratiques médicales, afin de favoriser la prise en charge, par la femme et la famille, de la naissance de l'enfant ;
- que les Régies régionales amorcent et assurent avec les acteurs concernés une démarche concertée de planification des services de périnatalité sur leur territoire, mobilisant les ressources nécessaires à l'établissement de services uniformes et accessibles de première ligne en CLSC, pour toute la population ;
- que les Régies régionales s'engagent également à intégrer les sages-femmes parmi les professionnelles du réseau de la santé.

En santé mentale

Accroissement massif du rôle des CLSC en santé mentale dans une perspective de renouvellement des pratiques psychiatriques (accès accru et diversifié aux professionnel-le-s de la santé mentale, élargissement des traitements réduisant l'importance de la pharmacothérapie et développant l'accompagnement ainsi que le suivi dans la communauté de même que l'implication des omnipraticiens, etc.). Ce renouvellement suppose un débat public sur la psychiatrie, ses fondements, ses orientations et ses pratiques, intégrant la reconnaissance du sexe et des relations hommes/femmes comme déterminants majeurs de santé mentale.

Concernant les approches alternatives et complémentaires en santé

Malgré l'importance accrue pour la population des approches nouvelles et alternatives, le gouvernement est resté sourd à ces attentes. La Coalition féministe pense que ces approches sont porteuses de renouvellement important pour le système. D'où notre proposition de création d'un groupe de travail chargé de la mise en place de mécanismes adéquats de reconnaissance des pratiques alternatives ainsi que des moyens de favoriser l'intégration des pratiques reconnues dans la gamme des services publics assurés.

En services à domicile

Le niveau de financement public doit garantir :

- la consolidation du réseau public afin d'assurer des services à domicile complets, gratuits, adéquats, suffisants et de qualité. Ce développement doit permettre un réel soutien aux personnes ayant des incapacités ainsi qu'à leurs proches ;
- le principe du libre choix de la personne de "prendre en charge" ou non un proche ayant des incapacités ou en perte d'autonomie. A cet effet, il doit y avoir consentement formel de la part de l'aidante, et ce, après qu'elle ait été informée des difficultés de la prise en charge et des alternatives possibles. S'il y a consentement, ce serait l'occasion pour l'aidante d'imposer ses limites. De plus, elle doit avoir la possibilité de rompre son engagement si elle le désire ;
- une organisation des services permettant de reconnaître les proches aidantes à la fois comme partenaires dans l'aide aux personnes ayant des incapacités et comme clientes ayant besoin de services à cause de leur situation d'aidantes ;
- le développement de ressources en matière de logement, d'habitation et d'hébergement répondant réellement aux besoins des personnes ;
- le développement de mesures de soutien accru aux personnes et à leurs proches: médecine à domicile, répit-gardiennage, centres de jour ;
- les ressources permettant la compensation réelle des coûts reliés aux incapacités et à la prise en charge par les proches aidantes.

À l'égard des actes professionnels :

- que cesse toute délégation aux aidantes des actes réservés aux professionnelles ;
- que l'Office des professions étudie la situation et fasse des recommandations afin d'assurer la protection de la population ;
- que soient balisés les actes non réservés que les familles acceptent d'assumer.

Respect par le MSSS et le réseau de l'autonomie et des missions des groupes communautaires et bénévoles, en cessant de limiter leur rôle à celui de dispensateur de services auprès des clientèles qu'il y réfère abusivement (dumping). Que le MSSS et le réseau respectent spécifiquement l'autonomie des organismes de bénévoles en matière de formation et leur accordent les moyens financiers pour développer les outils de formation de base des bénévoles de leurs communautés.

Concernant les travailleuses de la santé et des services sociaux

Démocratisation de la gestion des établissements de santé et stimulation de la participation, la formation, le travail d'équipe et les communications afin d'améliorer les conditions de travail de même que l'efficacité et la qualité des soins et services.

Assurance que l'État, le MSSS et les organisations syndicales se donnent et rendent fonctionnel le principe de soutien aux rôles parentaux et sociaux des travailleuses et travailleurs du réseau de la santé, afin de faciliter la conciliation travail-famille-vie privée.

Soutien à la participation du personnel du réseau aux réorganisations du travail, en permettant à chaque catégorie de travailleuses et travailleurs, par la voie de leurs instances syndicales, de s'inscrire dans ces démarches.

Réorganisations de services basées sur les principes d'utilisation et de développement optimal du personnel, favorisant la reconnaissance, la contribution et le perfectionnement des compétences de chaque catégorie de main-d'œuvre.

Concernant la conciliation travail-famille-vie privée

Les lois du travail devraient encadrer les nouvelles réalités du marché du travail afin de tenir compte des nouvelles responsabilités parentales et sociales soulevées par la transformation du réseau.

- Notamment, la loi des normes du travail pourrait prévoir :
 - des congés payés pour les personnes qui doivent s'absenter de leur travail afin de prendre soin des proches (nombre de jours) ;
 - des accès sans pénalité, en tout temps, à des congés sans solde à temps partiel.
- Priorité accordée à la réduction des horaires de travail atypiques compte tenu des preuves démontrant que les horaires de travail instables constituent la situation la plus difficile pour concilier emploi-famille-vie privée. Réduction entre autre :
 - des horaires selon des heures brisées ;
 - du travail sur appel ;
 - de la rotation entre divers quarts de travail.
- Adaptation par les réseaux publics de garde, d'éducation, de santé et de services sociaux de leurs horaires et leurs gammes de services pour faciliter la conciliation travail-famille-vie privée pour toutes les travailleuses et travailleurs dont :
 - harmonisation des horaires de services ;
 - harmonisation des congés scolaires et des vacances pour la prévention accrue des problèmes de la conciliation travail-famille (épuisement, violence, séparation, divorce, etc.).
- Transformation des congés parentaux, prévus dans le futur régime québécois, en congés familiaux.

Démocratisation du réseau

Considérant la variable sexe comme un important facteur influant sur l'état de santé :

- que le MSSS s'engage à soutenir des études différenciées selon le sexe, de manière à recueillir et à diffuser l'information utile pour intervenir davantage - et avec les femmes - sur les situations spécifiques des femmes en matière de prévention et de traitement des problèmes de santé, à tous les âges de la vie;
- que le réseau effectue des recherches sur les problèmes liés au sexisme, à la surmédicalisation ainsi qu'au manque de recherche et d'approches alternatives spécifiques dans les services et traitements offerts aux femmes, en vue de s'attaquer à ces problèmes ;
- que le MSSS et les régions soutiennent les échanges entre les femmes afin qu'elles s'approprient l'information qui les concerne et puissent développer et mettre en œuvre des stratégies adaptées à leurs besoins, à l'échelle nationale, régionale ou sectorielle.

En priorité, la Coalition féministe revendique un financement stable et suffisant pour poursuivre ses travaux de consultation, de coordination et de représentation des besoins et intérêts spécifiques des femmes dans la transformation du réseau.

Qu'afin de mieux soutenir les personnes qui vivent diverses discriminations (personnes immigrantes ne parlant ni le français ni l'anglais, lesbiennes et gais, personnes ayant des incapacités ou ayant des problèmes de santé mentale, de toxicomanie, d'adaptation ou d'intégration sociale), la transformation du réseau veille :

- à leur assurer une meilleure représentation aux instances de décisions ;
- à stimuler l'expérimentation d'approches et de modèles d'interventions qui encouragent et outillent les personnes et les groupes de personnes ou communautés (régions) à prendre du pouvoir sur leur vie et à améliorer leurs conditions de santé.

Conclusion

Madame la Ministre, pour répondre de façon concise aux questions de vos commissaires, nous disons :

- non à toute désassurance touchant la gamme de services actuels et nous demandons que soient réintégrés dans le “ panier ” des services assurés, les soins dentaires et d’optométrie ;
- non à toute contribution des usagers-ères autre que par une fiscalité juste et équitable selon les revenus. Nous pensons que la population québécoise est d’accord pour payer un juste prix pour des services de santé et des services sociaux via ses impôts dans la mesure où l’État agit pour en réduire les coûts injustifiés en particulier concernant les médicaments ;
- non à la “ production ” des services de santé (quels qu’ils soient : services spécialisés, chirurgie d’un jour, hébergement, aide à domicile, etc.) par l’entreprise privée ;
- oui à la régionalisation des enveloppes budgétaires confiées à une seule autorité (les Régies régionales) ;
- oui à la révision des modes de rémunération des médecins avec un “ préjugé favorable ” pour le salariat ;
- attention à l’informatisation du dossier clinique. De nombreux organismes réclament depuis déjà très longtemps un véritable débat public sur les enjeux éthiques, politiques, économiques, professionnels, sociaux de l’informatisation dans le secteur de la santé et des services sociaux⁹.

Madame Marois, vous tenez en mains l’ensemble des “ solutions ” pour le maintien et le développement d’un secteur public de santé et de services sociaux. Ce n’est pas vers le “ moins ” de services publics qu’il faut s’orienter mais vers le “ plus ” et le “ différemment ”. En ceci vous vous inscrivez dans des courants de pensée progressistes au niveau international dont celui qui repose la question des services d’intérêt général au coeur du débat sur la construction de l’Europe (...) *Instruire, soigner, administrer, fournir le travail, l’eau et l’énergie, etc. ne doit pas être directement soumis au désordre de l’économie marchande (...) Il faut mettre en place une nouvelle génération de services publics encore plus structurés, plus forts et plus efficaces en terme de champ de couverture, de qualité et d’accès que les services publics actuels, et cela, de plus en plus à l’échelle mondiale.* (Kern et Petrella, 1996)

Le Québec doit choisir : ou il s’inscrit à la traîne des fossoyeurs mondialisés du rôle de l’État et des services publics sous le “ leadership ” de l’OMC, ou il s’inscrit résolument dans le petit noyau de ceux qui affirment la solidarité des citoyennes et citoyens entre elles et eux face aux risques de la maladie et des problèmes sociaux, petit noyau porteur d’espoir pour l’humanité. Vous aurez deviné notre préférence ; car la longue bataille des femmes pour l’égalité passe par le maintien et le développement d’un secteur de santé et de services sociaux public, accessible, gratuit et universel.

⁹ Voir en particulier les positions de la Coalition Informatique-Santé-Liberté, de la TRPOCB (1993) *Pour un projet de société alternatif, communautaire et féministe*; de Carole Wallace (1994) *De la protection des renseignements personnels à l’évaluation politique des systèmes d’information: sine qua non de la démocratie à l’ère de l’informatique.*

BIBLIOGRAPHIE

CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES, 2000, *Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes : la situation au Québec*. Jocelyne Bernier et Marlène Dallaire.

COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX :

- *Pour un virage ambulatoire bon pour la santé des femmes*. Message au Premier ministre du Québec, M. Lucien Bouchard, Août, 1996.
- *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*, Cahier de revendications, Novembre 1998. Recherche et rédaction: Andrée Lapierre
- *Après les ratés du virage ambulatoire: les femmes exigent du futur gouvernement des services sociaux et de santé adaptés à leurs besoins et à leurs attentes*. Déclaration publique lors de la campagne électorale. Novembre 1998.
- *Attention ! Virage dangereux pour la santé des femmes*. Rapport des forums interrégionaux sur le virage ambulatoire et la transformation du réseau. Coordonné par l'R des Centres de femmes du Québec. Décembre 1999

COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ :

- *Notre diagnostic: un système malade de ses compressions*, Le système québécois de santé et de services sociaux. Document d'information en vue des consultations Marois, Mai 2000
- *La facturation des services publics d'aide à domicile : NON MERCI !* Communiqué de presse, 11 juin 2000.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME :

- *Commentaires sur le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002. Le défi de l'accès de la région régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*. Mars 1999
- *Virage ambulatoire, le prix caché pour les femmes*, Marie Moisan, 1999
- *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*, Marie Moisan, Mai 2000
- *Virage ambulatoire: il faut redresser la trajectoire*, Diane Guilbault, Synthèse des deux documents précédents, 2000

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (CSBE) (1995) *Un juste prix pour les services de santé. Avis au ministre de la Santé et des Services sociaux*. Sous la direction de Paul-A. Lamarche.

COTÉ, D., GAGNON, E., GILBERT, C., GUBERMAN, N., SAILLANT, F., THIVIERGE, N., TREMBLAY, M. (1998) *Qui donnera les soins ? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*. Étude commandée par l'AFEAS.

- DUMONT, F. (1995) *Raisons communes*, Boréal, Collection Papiers collés, Montréal.
- EWALD, F. (1986) *L'État-providence*, Grasset, Paris.
- GARAND, L., BOLDUC, M. (1990) *L'aide par les proches : mythes et réalités*, Direction de l'Évaluation, MSSS, Les Publications du Québec. Québec.
- GEORGE, S., GOULD, E. "Pour livrer la santé et l'éducation aux transnationales : libéraliser, sans avoir l'air d'y toucher ", *Le Monde Diplomatique*, Juillet 2000..
- GUBERMAN, N., MAHEU, P., MAILLÉ, C. (1991) *Et si l'amour ne suffisait pas... : femmes, familles et adultes dépendants*, Éditions du Remue-Ménage, Montréal
- GUBERMAN, N., MAHEU, P., MAILLÉ, C (1993) *Travail et soins*. Éditions du Remue-Ménage, Montréal.
- GUBERMAN, N (1995) *Réflexions sur le retour à l'interdépendance familiale*. Communication présentée dans le cadre du colloque " Faire des politiques sociales un tremplin ", CSF, Montréal, 5 mai 1995.
- GUBERMAN, N., MAHEU, P. (1997) *Les soins aux personnes âgées dans les familles d'origine italienne et haïtienne*. Éditions du Remue-Ménage, Montréal.
- KERN, A-B., PETRELLA, R. " Services d'intérêt général pour une société européenne ". *Revue Transversales Science/Culture*, no 37, Janvier-Février 1996.
- LAMOUREUX, J., LESEMANN, F. (1987) *Les filières d'action sociale : rapports entre les services sociaux publics et les pratiques communautaires*. Rapport de recherche pour la Commission Rochon
- LAMOUREUX, J. (1988) " La Commission Rochon: le communautaire encore et toujours à la marge ". *Revue internationale d'action communautaire*. 20/60. Automne 1988.
- LESEMANN, F., CHAUME, C (1989) *Familles-providence: la part de l'État*. St-Martin, Montréal.
- LEVESQUE, L. *Le regroupement Naissance-Renaissance, les Centres Péri-ressources et l'économie sociale*
- MADORIN, M. *À propos du travail non rémunéré des femmes, Atelier Femmes et mondialisation*. Marche mondiale des femmes, Genève, Juin 2000.
- PITROU, A. (1992) *Les solidarités familiales : vivre sans familles ?* Privat, Toulouse
- QUEBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Juin 2000, Financement et organisation des services de santé et des services sociaux:
- *Santé au Québec : quelques indicateurs*
 - *Financement: état de situation et perspectives.*
 - *Organisation des services : état de situation et perspectives.*

RAPPORT ARPIN Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. La présence du privé dans la santé au Québec. État détaillé de la situation.* Québec, MSSS, 1999.

REVUE DE PRESSE

- 1- Eric Latimer et Lee Siderstrome, *Économistes de santé à l'Université McGill, Privatisation en santé: au-delà des préjugés*, Opinion parue dans La Presse
- 2- Isabelle Paré, *Le vieillissement: une menace montée en épingle ?* Le Devoir, 29-30 avril 2000
- 3- Isabelle Paré, *Crise financière dans la santé* Le Devoir, 29-30 avril 2000
- 4- Christian Rioux, *Au pays du médecin de famille*, Le Devoir, 29-30 avril 2000
- 5- Isabelle Paré, *L'innovation technologique fait craquer les budgets*, Le Devoir, 29-30 avril 2000
- 6- Robert Dutrissac, *La CSN affronte les coopératives*, Le Devoir, 29-30 avril 2000
- 7- Isabelle Paré, *De la gestion à la mitaine ?* Le Devoir, 29-30 avril 2000
- 8- Mario Cloutier, *Marois prend du retard*, Le Devoir, 29-30 avril 2000
- 9- Christian Rioux, *Entre le public et le privé*, Le Devoir, 29-30 avril 2000
- 10- Isabelle Paré, *La tentation du privé*, Le Devoir 1er mai 2000
- 11- M-A Chouinard, *La hausse des admissions mettrait en péril la formation des médecins*, Le Devoir 1er mai 2000
- 12- Isabelle Paré, *Le débat sur la privatisation se nourrit de mythes*, Le Devoir 1er mai 2000
- 13- Isabelle Paré, *Le privé: un prétexte à l'absence de changement*, Le Devoir 1er mai 2000
- 14- Christian Rioux, *À l'hôpital des riches*, Le Devoir, 2 mai 2000
- 15- Christian Rioux, *La Grande-Bretagne, royaume des files d'attente*, Le Devoir, 2 mai 2000
- 16- Robert Dutrissac, *Services de maintien à domicile : Marois remet en question la gratuité*, Le Devoir, 2 mai 2000
- 17- Christian Rioux, *Des listes d'attente ! Où ça ?* Le Devoir 3 mai 2000
- 18- J-R Sansfaçon, *1. Une crise financière à l'échelle de l'Occident*, Le Devoir, 3 mai 2000
- 19- Christian Rioux, *La santé reste le ciment de la Belgique*, Le Devoir, 3 mai 2000
- 20- Hélène Buzzetti, *La santé appelée créativité*, Le Devoir 4 mai 2000
- 21- J-R Sansfaçon, *2. La privatisation n'est pas la solution*, Le Devoir, 4 mai 2000
- 22- Hélène Buzzetti, *La controverse du privé*, Le Devoir, 4 mai 2000
- 23- Manon Cornellier, *À bout de souffle*, Le Devoir, 4 mai 2000
- 24- Gérard Bérubé, *Se faire ravir le RAVIES*, Le Devoir, 4 mai 2000
- 25- Alexandra Szacka, *Quand la santé est cotée en bourse*, Le Devoir, 5 mai 2000
- 26- Alexandra Szacka, *La justice se mêle de santé*, Le Devoir, 5 mai 2000
- 27- Isabelle Paré, *Un rapport propose de créer des hôpitaux privés*, Le Devoir, 6 mai 2000
- 28- Isabelle Paré, *1-800-infirmière*, Le Devoir, 6 et 7 mai 2000
- 29- Isabelle Paré, *Une petite histoire de village*, Le Devoir, 6 et 7 mai 2000
- 30- Guy Taillefer, *Mexique: la médecine à deux vitesses*, Le Devoir, 6 et 7 mai 2000