



# **LE PRIX DE LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR LES FEMMES La situation au Québec**

Jocelyne Bernier et Marlène Dallaire  
Agentes de recherche

Avec la contribution de :

Bilkis Vissandjée, codirectrice universitaire, CESAF,  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Katherine Macnaughton-Osler, codirectrice communautaire, CESAF  
Geneviève Daudelin, agente de recherche, CESAF

et les membres du Comité conseil en matière politique  
Jane Jenson, Département de science politique, Université de Montréal  
Pierre Leduc, Regroupement des aidantes et aidants naturel(le)s de Montréal  
Carole Lejeune, Centrale de l'enseignement du Québec,  
Comité de la condition des femmes  
Diane Lessard, Institut universitaire de gérontologie sociale du Québec  
Christine Paradis, Association des sages-femmes du Québec

# LE PRIX DE LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR LES FEMMES La situation au Québec

Ce document est produit par le  
Centre d'excellence pour la santé des femmes ?  
Consortium Université de Montréal (CESAF)

Révision : Doris Tétreault, secrétaire de direction  
Mise en page : Lyne Robichaud, agente de développement

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2000  
Bibliothèque nationale du Québec  
ISBN : 2 - 9806409-1-3  
? CESAF 2000



## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> ... ..	<b>i</b>		
<b>INTRODUCTION</b> ... ..	<b>1</b>		
<b>BREF RAPPEL HISTORIQUE</b> ... ..	<b>3</b>		
<b>PARTIE 1</b>			
La réforme dans l'organisation et la prestation des services ... ..	<b>7</b>		
? changements dans le réseau public ... ..	<b>7</b>		
? les producteurs de services privés ... ..	<b>11</b>		
? les organismes communautaires ... ..	<b>12</b>		
La réforme dans la gestion du réseau socio-sanitaire ... ..	<b>15</b>		
L'évolution du financement public et privé du système de santé ... ..	<b>18</b>		
? le régime d'assurance- médicaments ... ..	<b>20</b>		
La réforme dans la gouverne du système de santé ... ..	<b>22</b>		
		<b>PARTIE 2</b>	
		<b>LE PRIX DE LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR LES FEMMES</b> ... ..	<b>25</b>
		Le prix de la réforme pour les femmes qui utilisent les services ... ..	<b>27</b>
		Le prix de la réforme pour les travailleuses de la santé et des services sociaux ... ..	<b>32</b>
		Le prix de la réforme pour les femmes aidantes ... ..	<b>35</b>
		Le prix de la réforme pour les femmes actives dans le milieu communautaire ... ..	<b>40</b>
		? l'expérience de participation aux instances décisionnelles du réseau ... ..	<b>41</b>
		<b>CONCLUSION</b> ... ..	<b>42</b>
		Notes ... ..	<b>45</b>
		Références bibliographiques ... ..	<b>52</b>



# RÉSUMÉ

*Depuis le début des années 1990, le système de santé et de services sociaux du Québec a connu d'importantes transformations. Comment comprendre les effets de cette réforme sur la situation des femmes en tenant compte des rôles sociaux différents entre les sexes? Quel en est le prix pour les femmes de divers milieux? Peu d'analyses et d'informations sont disponibles pour en tracer un portrait systématique.*

*Dans cette synthèse fondée sur une recherche documentaire, nous avons retenu une question qui est au centre du débat actuel sur l'avenir du système de santé : l'évolution des rapports entre le secteur public et le secteur privé. Cette question peut être abordée sous divers angles: l'organisation et la prestation des services; la gestion du réseau socio-sanitaire; le financement du système de santé; sa gouverne ou la régulation des activités afin qu'elles soient conformes à l'intérêt public et à des standards de qualité socialement acceptables.*

## **L'organisation et la prestation des services**

*Cette réforme, souvent désignée au Québec sous le terme de «virage ambulatoire», met l'accent sur des approches alternatives au traitement en institution avec un transfert des services vers le domicile ou le milieu de vie. Alors que le Québec accusait un retard sur ce plan, comparativement aux autres provinces canadiennes, ce «virage» a été négocié à haute vitesse et dans un contexte de contraintes financières, sans réinvestir suffisamment dans les services à domicile. Un effet notable fut de transférer davantage le fardeau de certains services aux familles, principalement aux femmes. Ce sont majoritairement les femmes qui ont à donner des soins de plus en plus lourds et complexes à des membres de leur famille, sans avoir de véritable choix, faute d'alternatives réelles à la prise en charge familiale. Dans les politiques de services à domicile, ces femmes aidantes sont généralement considérées comme des ressources à qui on demande de jouer de plus en plus un rôle de «soignante» sans soutien adéquat. Souvent, le cumul de leurs obligations familiales, sociales ou d'emploi occasionne un stress qui nuit à leur santé physique et mentale et qui est source d'épuisement à plus ou moins long terme. Les organismes communautaires doivent aussi prendre la relève dans divers champs d'intervention et certains ont l'impression d'être un déversoir du trop-plein que le réseau public ne peut absorber. Les femmes qui composent la majeure partie de leurs membres pointent aussi un manque de ressources que le bénévolat ne peut pas combler.*

*La restructuration du réseau socio-sanitaire est également marquée par de nombreuses fusions d'établissements de santé et de services sociaux. Les premières évaluations de ces fusions laissent entrevoir qu'elles n'ont pas répondu aux attentes, ni en termes d'économie de ressources, ni en termes de continuité des services. Devant les pressions financières*

*dans l'ensemble du réseau public, le recours au secteur privé est aussi envisagé comme une solution dans les établissements publics. Pour répondre aux demandes de services qui s'accroissent plus vite que les ressources transférées dans les soins et l'aide à domicile, divers CLSC font appel, à moindre coût, à des agences privées ou des entreprises d'économie sociale, offrant à une main-d'oeuvre composée majoritairement de femmes, des conditions de travail moins avantageuses que dans le réseau public. Un groupe de travail mandaté par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour dégager des pistes d'action sur «la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec» a publié son rapport récemment (Rapport Arpin). Ce comité recommande de «favoriser, lorsque c'est plus économique, l'achat de places en centre privé d'hébergement», afin de faire face à l'augmentation des besoins et combler le retard accumulé.*

## **La gestion du réseau socio-sanitaire**

*Suite aux compressions budgétaires, diverses stratégies ont été mises en oeuvre pour réduire les coûts de production des services dans les établissements publics. Souvent, la performance administrative devient un critère qui l'emporte sur la qualité des services. Les fermetures temporaires de lits pour des motifs budgétaires sont fréquentes. Avec ces fermetures de lits et les réductions de personnel, les listes d'attente pour obtenir des soins s'allongent, incitant à recourir au secteur privé pour obtenir certains services plus rapidement. Ce recours au privé s'accompagne souvent d'une tarification qui réduit l'accessibilité de ces services pour les personnes qui vivent avec des revenus limités, incluant une majorité de femmes. Des administrations hospitalières ont de plus tendance à utiliser la sous-traitance comme une pratique courante, notamment dans les services auxiliaires comme l'alimentation, la buanderie et l'entretien sanitaire, sans en évaluer sérieusement la rentabilité et l'impact sur la qualité des soins.*

*Considérant que près de 80% des dépenses sont consacrées à la rémunération, l'atteinte des cibles budgétaires a nécessité une réduction importante de la masse salariale par divers moyens: notamment la multiplication des emplois précaires et un vaste programme de mise à la retraite anticipée. La main-d'oeuvre féminine qui représentait 74,7% de tout le personnel du réseau de la santé et des services sociaux en 1991 est durement touchée par ces mesures. Les conditions de travail dans les établissements sont devenues plus difficiles avec la surcharge et l'intensification du rythme de travail. De l'avis du Collège des médecins, la pression que subissent les professionnel(le)s de la santé augmente les risques d'erreur et entraîne une dégradation de la qualité des soins qui s'observe avec beaucoup d'acuité dans les salles d'urgence des hôpitaux.*

*Les services aux personnes âgées hébergées, des femmes en grande majorité, sont aussi touchés. L'allocation des ressources ne suit pas l'alourdissement de la clientèle. Selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, le taux de réponse aux besoins a chuté de 74,4% en 1991-92 à 68,3% en 1997-98 et plus de la moitié des centres d'hébergement se situent sous cette moyenne provinciale. Les soins d'hygiène comme les bains sont réduits sans compter que les activités destinées à maintenir l'autonomie des résidentes et des résidents sont parfois confiées à des bénévoles. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, tout comme la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, rapportent qu'il n'y a pas systématiquement une infirmière en poste le soir ou la nuit dans certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Ce manque de ressources accroît la fréquence des chutes et des plaies de lit chez les personnes âgées hébergées. Certains établissements ont alors tendance à augmenter les contentions physiques et chimiques pour pallier le manque de personnel. À cela s'ajoute une multiplication des foyers d'hébergement privés dont la supervision reste déficiente.*

## **Les sources de financement**

*Dans la foulée d'importantes réductions des transferts de fonds fédéraux et avec la priorité accordée par le gouvernement du Québec à l'atteinte du «déficit zéro» en moins de quatre ans, la part du financement public dans les dépenses totales pour les services de santé a diminué de façon marquée. Depuis le milieu des années 1980, on note une augmentation constante de la part relative des dépenses privées sans pouvoir l'attribuer directement, dans tous les cas, à un effet de substitution, car la Loi canadienne sur la santé assure un financement public pour les services dispensés par les médecins et les hôpitaux. L'augmentation de la part relative des dépenses privées provient surtout de catégories de dépenses non couvertes par cette Loi, comme la fréquentation d'établissements autres que les hôpitaux, la consultation d'autres professionnel(le)s que les médecins, le coût des médicaments; on note aussi une hausse des déboursés individuels directs lors de la consommation de services et des dépenses liées à la participation à des régimes privés d'assurances. Cette évolution du financement fait craindre que la capacité de payer ne devienne un facteur limitant l'accès à certains services essentiels notamment pour les femmes qui consultent davantage que les hommes. En effet, le revenu personnel moyen des femmes représente 58% de celui des hommes et elles sont plus nombreuses à connaître la pauvreté, notamment les femmes responsables de famille monoparentale et les femmes vivant seules, surtout celles âgées de plus de 65 ans.*

*Certains transferts de coûts vers les dépenses privées sont attribuables à des mesures de «désassurance active» pour des services dentaires et optométriques qui ne sont plus couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Le «virage ambulatoire» a aussi entraîné une forme de «désassurance passive» avec l'augmentation des traitements à domicile, où une partie du coût du matériel médical ou des médicaments fournis gratuitement en centre hospitalier, revient à la charge des personnes traitées ou de leur famille. Dans le but d'atténuer ces transferts de coûts et de couvrir les dépenses de près de 1,2 million de personnes non-assurées par des régimes privés, le gouvernement québécois a instauré un régime d'assurance-médicaments en 1996-1997. Toutefois, ce régime public géré par la RAMQ n'est disponible que pour les personnes non bénéficiaires de régimes privés d'assurances. De plus, le régime public d'assurance-médicaments exige une participation financière au moment de la consommation, en introduisant des frais de co-assurance et de franchise; il a donc mis fin à la couverture complète des médicaments pour les personnes les plus démunies, touchant encore une fois une majorité de femmes. Malgré la place de plus en plus importante qu'ils occupent dans les traitements médicaux, les médicaments restent donc exclus du panier de services entièrement couverts par un financement public; ils ne font pas partie des services considérés comme «médicalement nécessaires», dans la Loi canadienne sur la santé, même lorsqu'ils sont prescrits par des médecins. En somme, les médicaments semblent encore considérés comme un bien de consommation qui est l'objet d'une commercialisation par les grandes compagnies pharmaceutiques.*

## **La gouverne du système de santé**

Le discours qui a présidé à la mise en oeuvre de cette réforme au Québec visait à p

*«le citoyen au coeur du système». Le gouvernement québécois a décidé de confier davantage de pouvoir et de responsabilités au palier régional. Les régies régionales ont reçu le mandat d'assurer la consultation de la population sur les plans d'organisation des services dans leur territoire et de développer la concertation entre les différents acteurs du réseau sociosanitaire. Mais la régionalisation se révèle davantage comme une forme de décentralisation administrative. Les régies régionales opèrent dans le cadre strict de paramètres établis au palier central et les assemblées régionales furent abolies en 1996. Les groupes de femmes qui se sont impliqués dans les processus de consultation et dans l'administration du réseau de santé et de services sociaux au niveau régional ont fait l'expérience d'un choc des cultures: la culture technocratique versus celle du milieu communautaire. Certaines se sont senties perdues dans une gestion par programmes-clientèles qui ne favorise pas une approche globale de la santé, ni une prise sur les conséquences de cette réforme du système de santé et de services sociaux pour les femmes.*

*La logique démocratique où la population participe à la formulation des besoins et des solutions ainsi qu'à l'administration du système de santé n'a pas pu vraiment s'affirmer face à une logique technocratique où la prise de décision est basée sur un processus rationnel de planification. Dans ce contexte, les dysfonctionnements actuels du réseau sociosanitaire favorisent la progression d'une logique économique qui s'appuie sur une déréglementation favorisant le « libre jeu de l'offre et la demande » et qui encourage les alliances du réseau public avec les industries de la santé, surtout dans les secteurs en développement, comme les services aux personnes âgées et les nouvelles technologies de la santé.*

*Pour comprendre les conséquences de la réforme du système de santé qui affectent spécifiquement les femmes, il est nécessaire de tenir compte des rôles sociaux qui modulent leur expérience 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, notamment leur participation dans le milieu communautaire et dans les instances décisionnelles du réseau sociosanitaire. Les femmes ont toujours joué un rôle fondamental dans les soins aux personnes au sein de la famille et dans les services de santé. Mais cette contribution n'est pas toujours reconnue et les effets spécifiques de la réforme sur les femmes sont peu documentés. Pour rendre compte de ces faits l'analyse comparative entre les sexes est une perspective essentielle qui doit être intégrée réellement et complètement aux études sur les conséquences de la réforme et à l'analyse des options à retenir dans la transformation du système de santé et de services sociaux. Cette analyse montre 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. Du point de vue des préoccupations des femmes, la voie de la commercialisation dans l'accès aux soins et de la privatisation du financement comporte un potentiel négatif important pour l'avenir des soins de santé et leur propre émancipation.*



## INTRODUCTION

**D**epuis le début des années 1990, le système de santé et de services sociaux du Québec a connu d'importantes transformations. Comment comprendre les conséquences de cette réforme sur la situation et la santé des femmes en tenant compte des rôles sociaux différents entre les sexes? Quels en sont les effets sur la situation et la santé des femmes de conditions diverses?

Les recherches et les analyses portant sur les conséquences de plusieurs politiques et mesures, apparemment neutres dans leur mise en œuvre, ne peuvent ignorer la réalité des différences entre les sexes.

Les recherches et les analyses portant sur les conséquences de plusieurs politiques et mesures, apparemment neutres dans leur mise en œuvre, ne peuvent ignorer la réalité des différences entre les sexes. Certains faits sont déjà connus: dans les enquêtes sur la santé des populations, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer un état de santé moyen ou mauvais et elles consultent davantage les services de santé que les hommes, même lorsqu'on exclut les soins entourant la grossesse et l'accouchement (Guyon, 1996). Les trois quarts du personnel du réseau socio-sanitaire sont des femmes et les femmes sont aussi largement majoritaires au sein des organismes communautaires qui interviennent en santé et services sociaux (Conseil du statut de la femme, 1996a). De plus, le déplacement de plusieurs services des établissements de santé vers le milieu de vie, qui est au cœur de la réforme, modifie de façon significative les rapports entre l'État, le réseau public, les producteurs de soins privés, les services communautaires et l'économie «domestique»<sup>1</sup>, notamment les soins informels assurés essentiellement par les femmes dans la famille (Standing, 1999). Au Québec, la Coalition féministe

pour une transformation du système de santé et le Conseil du statut de la femme ainsi que d'autres regroupements d'organismes communautaires et syndicaux ont lancé des cris d'alarme concernant les effets spécifiques de cette réforme sur les femmes.<sup>2</sup>

Ce document sur la réforme du système de santé au Québec et ses effets particuliers sur les femmes s'inscrit dans le cadre des travaux du réseau pan-canadien des Centres d'excellence pour la santé des femmes<sup>3</sup>, visant à tracer un portrait de la situation dans les différentes régions du pays. Considérant l'ampleur et la complexité de la réforme, la perspective de l'évolution des rapports entre le secteur public et le secteur privé a été retenue car il s'agit d'une question qui est au centre du débat actuel sur l'avenir du système de santé. Cette synthèse des tendances à la privatisation dans le système de santé au Québec s'appuie sur une revue des principaux documents du gouvernement québécois traitant de l'orientation, du financement et de l'organisation du système de santé et sur diverses analyses concernant l'évolution du système de santé québécois.

Le processus de privatisation a été abordé par divers analystes sous plusieurs aspects: l'organisation et la prestation des services; les modes de gestion du réseau socio-sanitaire; le financement du système de santé; sa gouvernance ou la régulation des activités afin qu'elles soient conformes à l'intérêt public et à des standards de qualité socialement acceptables.<sup>4</sup> Dans la première section, nous aborderons les

questions que soulève l'actuelle réforme du système socio-sanitaire sous ces quatre volets. Les changements dans l'organisation des services favorisent-ils le transfert de services vers le privé? Le secteur privé occupe-t-il une place marginale dans le réseau des services de santé et des services sociaux au Québec? Le développement de partenariats avec les industries de la santé peut-il favoriser l'accessibilité et la qualité des services de santé? L'administration du réseau public peut-elle bénéficier des modes de gestion développés dans l'entreprise privée? Quels sont les facteurs qui influent sur l'importance relative du financement public et privé des services de santé? Comment l'État peut-il maintenir les grands acquis de notre système de santé tout en contrôlant la croissance des coûts?

Les conséquences particulières de divers aspects de la réforme du système de santé et de services sociaux sur les femmes, identifiées jusqu'à présent, sont présentées en deuxième section. Toutefois, une mise en garde s'impose. Il est reconnu que le système de santé et de services sociaux s'inscrit dans un ensemble de déterminants de la santé et que ses effets doivent être analysés en tenant compte d'autres facteurs qui influencent les conditions de vie et la santé des femmes et des hommes à travers leurs cycles de vie.<sup>5</sup> Il apparaît quasi impossible d'isoler de l'ensemble une mesure particulière et son effet, ou de sortir du contexte social, politique et économique telle mesure étatique et telle conséquence. D'autant plus que la réforme de la santé qui est en cours au Québec se situe dans un cadre plus large de révision des politiques sociales et d'une remise en question du rôle de l'État que certains perçoivent même comme étant son démantèlement (Poirier et coll., 1998).

Pour avoir une vue d'ensemble des conséquences de la réforme, il est nécessaire d'explorer quatre grands «univers d'implication des femmes»<sup>6</sup> : l'expérience d'utilisation des services, l'emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux, le soutien aux proches

comme aidante du réseau familial et enfin la participation aux activités des organismes communautaires. Il faut également considérer la diversité des femmes notamment en regard de l'âge, de la situation sociale et économique, de l'appartenance ethnoculturelle, de l'état de santé physique ou mentale, et du lieu de résidence (en milieu rural ou urbain). Cette deuxième section reprend divers constats tirés de réflexions issues de l'expérience de femmes impliquées sur le terrain et de recherches portant sur les conséquences de ces transformations pour les femmes.<sup>7</sup> Elle fait ressortir la nécessité d'études et d'analyses plus approfondies dans une perspective qui tient compte des différences entre les femmes et les hommes.

**A**vant d'analyser les transformations du système de santé et de services sociaux sous l'angle de la privatisation, un bref rappel historique permet de situer l'orientation et les effets de la réforme qui a eu cours durant les années quatre-vingt-dix.

Avant les années soixante, l'État n'intervenait pratiquement pas, ni dans le financement, ni dans la livraison des services et les coûts des soins de santé représentaient l'une des principales causes d'endettement des familles.

La présence d'institutions privées dans la livraison des services de santé et des services sociaux au Québec n'est pas nouvelle. Avant les années soixante, l'État n'intervenait pratiquement pas, ni dans le financement, ni dans la livraison des services et les coûts des soins de santé représentaient l'une des principales causes d'endettement des familles. Les services hospitaliers et les services sociaux étaient offerts par des corporations privées, liées souvent aux institutions religieuses,<sup>8</sup> et les médecins travaillaient en pratique privée. C'est avec l'assurance-hospitalisation en 1961, puis l'assurance-maladie en 1970 que l'État commence à financer la majeure partie des services de santé à travers les budgets alloués aux établissements publics et le régime public d'assurance-maladie qui rémunère les actes médicaux. Par contre, même si le mandat d'offrir des services sociaux fut confié à deux catégories d'organismes publics: les CLSC pour les services en milieu naturel, et les Centres de services sociaux pour les services en milieu institutionnel, l'accessibilité à des services sociaux financés par l'État a toujours été moins importante comparativement aux services de santé. (Ouellet et Roy, 1994).

Au début des années soixante-dix, le

un réseau public de services avec l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Cette législation, inspirée du rapport de la Commission Castonguay-Nepveu (1966-1971), établit les principales structures administratives du réseau socio-sanitaire au Québec, avec la mise en place de conseils régionaux de la santé et des services sociaux qui ont un mandat consultatif; l'institution de centres hospitaliers (CH) dotés d'une gestion administrative séparée de la gestion médicale; et la création des centres locaux de services communautaires (CLSC) qui ont pour mission d'offrir des services de santé et des services sociaux de base au niveau local. L'organisation du réseau socio-sanitaire québécois se caractérise alors par une intégration des services de santé et des services sociaux de première ligne en CLSC et la création d'un ministère des Affaires sociales, doté d'importants pouvoirs en vue de rationaliser le fonctionnement du système socio-sanitaire et d'assurer une accessibilité universelle et gratuite aux services. De plus, la porte s'ouvre à la participation de la population dans l'administration des établissements et des organismes régionaux (Bergeron et Gagnon, 1994).

Au cours des années quatre-vingt, plusieurs pressions s'exercent sur le système de santé. Les développements technologiques introduisent de nouveaux traitements et outils diagnostiques de plus en plus coûteux<sup>9</sup>; les changements démographiques, avec l'allongement de

l'espérance de vie, font apparaître de nouveaux besoins, notamment l'augmentation des problèmes de santé chroniques comparativement aux épisodes de soins aigus; le développement de nouvelles valeurs transforme notre vision du bien-être et de la maladie, favorisant la désinstitutionnalisation et le maintien des personnes fragiles dans leur milieu de vie; la diversité ethnoculturelle découlant de l'immigration nécessite l'adaptation des services; la disponibilité accrue de l'information modifie la relation des professionnel(le)s avec certains patients et patientes qui exigent de prendre part aux décisions de traitement ou s'orientent vers des thérapies alternatives. Ces changements compliquent la gestion des coûts du système de santé. Dès le milieu de cette décennie, plusieurs questions sont soulevées sur la part des dépenses de santé dans les finances publiques, d'autant plus que l'évolution des coûts du système de soins n'est pas reliée nécessairement à l'amélioration de l'état de santé de la population<sup>10</sup> et que notre système de santé utilise une part plus importante de notre richesse collective que dans d'autres pays développés (Rheault, 1994; Contandriopoulos, 1991).

En 1985, le gouvernement du Québec mandate la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon), pour revoir en profondeur les orientations et l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux. La Commission conclut à l'échec de la démocratisation du système de santé et considère qu'il est l'otage de divers «intérêts corporatistes». Malgré cela, la commission propose de renforcer la participation de la population aux mécanismes décisionnels au palier régional. Suite aux travaux de cette Commission qui a remis son rapport en 1988, une restructuration du système s'amorce au début des années quatre-vingt-dix. Selon divers analystes, cette réforme se situe dans la continuité des orientations antérieures, tout en tentant de résoudre les tensions qui ont marqué le développement du système de santé

québécois depuis une vingtaine d'années (Bergeron et Gagnon, 1994; Turgeon et Ancill, 1994).

C'est le ministre libéral Marc-Yvan Côté qui met en oeuvre la première phase de la transformation du système de santé, avec un document d'orientation intitulé *Une réforme axée sur le citoyen* (1990), suivi de l'adoption, en 1991, du projet de loi 120 modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la publication, la même année, d'un autre document sur le financement des services: *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*. Paradoxalement, c'est en 1992 seulement que les objectifs d'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population seront connus, avec la publication de *La politique de la santé et du bien-être*.

Cette réforme du système de santé et de services sociaux se réalise dans un contexte de compressions budgétaires, qui sont à l'ordre du jour dans le réseau public depuis le milieu des années quatre-vingt, quel que soit le parti politique au pouvoir à Québec ou à Ottawa. L'intensité des compressions dans le réseau de la santé et des services sociaux va s'accroître à partir de l'année fiscale 1993-1994, alors que le gouvernement du Québec lance une opération de «réalignement des dépenses et de l'administration publique», afin d'atteindre l'équilibre budgétaire. Au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), cette opération s'amorce avec un document intitulé *Défi Qualité-Performance*, qui propose des mesures de rationalisation de l'ordre de 750 millions de dollars sur trois ans. L'élection du Parti québécois en 1994 n'a pas entraîné de changement d'orientation et le discours de la croissance nulle des dépenses gouvernementales a été maintenu. Dans un contexte où il n'est pas toujours facile de distinguer ce qui relève des compressions budgétaires et des transformations du système socio-sanitaire, le nouveau ministre, Jean Rochon (celui-là même qui a présidé la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux de 1985 à 1988) préconise

Ces deux axes, compressions et régionalisation, qui ont marqué le contexte de la réforme du système de santé et des services sociaux au Québec, au cours des années quatre-vingt-dix, ne sont pas uniques sur la scène canadienne.

plus fermement que ses prédécesseurs d'importantes réallocations de ressources financières, dans le but de substituer aux services institutionnels coûteux des services plus légers dans le milieu de vie.

Après la campagne référendaire d'octobre 1995 et l'arrivée de Lucien Bouchard à la tête du gouvernement du Québec, les problèmes des finances publiques reviennent sur le devant de la scène. À la suite d'un sommet socio-économique<sup>11</sup> tenu en 1996, le gouvernement québécois se dote d'une politique budgétaire qui vise à atteindre un «*déficit zéro*» en l'espace de quatre ans. Ce sont l'ensemble des dépenses gouvernementales et des politiques sociales qui sont affectées par des opérations successives de redressement des finances publiques, notamment la mission santé et services sociaux qui draine près du tiers des dépenses du gouvernement québécois.

Les régions régionales de la santé et des services sociaux, créées par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* de 1991, en remplacement des conseils régionaux, reçoivent le mandat de réaliser les cibles budgétaires fixées par le MSSS et de préparer des plans de transformation du réseau pour la période 1995-1998. Les grandes orientations financières continuent d'être définies au sommet de l'appareil politique, tandis que les décisions administratives sont transférées au palier régional. D'une part, la politique de régionalisation, que le gouvernement québécois met de l'avant dans plusieurs secteurs d'activités, permet de rapprocher la gestion du réseau sociosanitaire, des besoins de la population dans les différentes régions administratives de la province.<sup>12</sup> D'autre part, bien que le gouvernement conserve d'importants pouvoirs d'élaboration des politiques et de réglementation, la décentralisation contribue à focaliser l'attention ou l'opposition ailleurs que sur le gouvernement lui-même.

Ces deux axes, compressions et régionalisation, qui ont marqué le contexte de la réforme du système de santé et de services sociaux au Québec, au cours des années quatre-vingt-dix, ne sont pas uniques sur la scène canadienne. Les liens sont évidents, notamment en ce qui concerne le cadre financier. Le gouvernement fédéral qui assurait le financement d'une partie importante des dépenses de santé depuis les années soixante, avait déjà commencé à réduire de façon unilatérale ses paiements de transferts depuis 1982.<sup>13</sup> À l'occasion du discours du budget fédéral de 1995, le gouvernement du Parti libéral au pouvoir à Ottawa annonce une série de mesures pour restreindre les dépenses publiques et réduire le déficit du pays. Plusieurs mesures sociales sont affectées, notamment avec une diminution majeure des paiements de transferts fédéraux, qui a réduit de manière draconienne le financement de la santé, de l'éducation et de l'aide sociale dans toutes les provinces canadiennes.

Toutefois, malgré la réduction importante de sa contribution, le gouvernement fédéral réaffirme fermement sa volonté d'obliger les provinces canadiennes à se conformer aux normes définies dans la *Loi canadienne sur la santé* (1984). Il s'agit de la gestion publique des régimes d'assurance-santé, de l'universalité du programme, de la couverture des services «médicalement nécessaires» dans leur intégralité, de l'accessibilité aux soins sans tarification supplémentaire et de la transférabilité des bénéfices du régime d'une province à l'autre.<sup>14</sup> Toutefois, le cadre d'application de la loi, limité aux services médicaux et hospitaliers, devient de plus en plus étroit avec le développement de services dispensés en dehors des centres hospitaliers et de traitements qui font appel à d'autres professionnel(le)s de la santé et à de nouveaux médicaments de plus en plus coûteux.

Le système de santé et de services sociaux québécois est un système mixte où le secteur privé coexiste avec les établissements publics et avec un financement de l'État, dans une proportion plus ou moins importante selon les services offerts.

Encore aujourd'hui, la pratique médicale de première ligne se fait majoritairement en cabinet privé, même si elle est financée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).<sup>15</sup> Dans les services d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), plusieurs établissements privés opèrent avec un financement public et des règles de fonctionnement fixées par l'État, dans le cadre d'une convention de financement avec le MSSS. De plus en plus de professionnel(le)s des services sociaux et de santé (psychologues, travailleuses sociales, nutritionnistes, physiothérapeutes, etc.) exercent une pratique autonome en bureau privé et leur clientèle doit assumer des frais de consultation, soit par paiement direct au moment de la consultation, soit par des régimes privés d'assurances. Ainsi, le système de santé et de services sociaux québécois est un système mixte où le secteur privé coexiste avec les établissements publics et avec un financement de l'État, dans une proportion plus ou moins importante selon les services offerts.<sup>16</sup>

Divers services de santé, notamment ceux dispensés à l'extérieur des centres hospitaliers, peuvent être commercialisés, ce qui suscite l'intérêt de l'entreprise privée qui multiplie les propositions de partenariat avec le réseau socio-sanitaire, dans un contexte qui lui est favorable compte tenu des compressions majeures dans les établissements publics. De plus, avec les possibilités créées par les ententes de libre-échange, de grandes corporations américaines tentent de percer le marché canadien des services de santé, notamment dans les services à domicile et la technologie de pointe (Métivier, 1999; Fuller, 1998).

# PARTIE 1

## LA RÉFORME DANS L'ORGANISATION ET LA PRESTATION DES SERVICES

L'axe majeur qui sous-tend la révision des façons de dispenser les services est désigné sous le terme de «virage ambulatoire».

La réforme amorcée en 1990 bouleverse les façons de dispenser les soins de santé. Elle se donne pour but de favoriser l'intégration et la complémentarité des services et de promouvoir la concertation entre les établissements, avec en toile de fond l'objectif d'améliorer l'efficacité du réseau dans son ensemble. Elle contribue à modifier la répartition de l'offre de services entre le secteur public et le secteur privé.

### Changements dans le réseau public

L'axe majeur qui sous-tend la révision des façons de dispenser les services est désigné sous le terme de «virage ambulatoire», lequel s'est accentué depuis le milieu des années quatre-vingt-dix. Pour cerner la portée de ce changement, on peut référer au document du MSSS intitulé *Plan Défi Qualité-Performance*, qui le résume en ces termes: «on met davantage l'accent sur des approches alternatives à l'institutionnalisation des patients. Dans les hôpitaux, on privilégie des techniques chirurgicales moins «invasives», la chirurgie et la médecine d'un jour ainsi que l'accroissement des services ambulatoires. Par ailleurs, certains soins et services hospitaliers généraux, et même spécialisés, tendent de plus en plus vers la dispensation à domicile. Il s'ensuit un meilleur rétablissement des patients, ainsi qu'une réduction des temps de séjour et même des besoins en lits. Dans les autres types d'établissements, on met l'accent sur le service de maintien à domicile, sur l'appui des familles et de l'entourage

*immédiat, sur les foyers de groupe, sur les ressources de dépannage, sur le soutien des organismes communautaires, etc.» (MSSS, 1994: 6).*

Le virage ambulatoire a été négocié à haute vitesse pour répondre à l'objectif du «déficit zéro». Il touche particulièrement les pratiques de soins en centre hospitalier (CH). Alors que la durée moyenne des séjours hospitaliers passait de 8 jours à 6,8 jours en quatre ans (entre 1993-94 et 1997-98) et que la proportion de chirurgies d'un jour augmentait de près de 20%, plus de 5 000 lits ont été fermés dans les hôpitaux de la province et neuf hôpitaux de Montréal ont cessé leurs activités ou ont été reconvertis en d'autres types d'établissements.<sup>17</sup> De plus, l'accès aux services diagnostiques, aux appareils de traitement spécialisé et aux salles d'opération étant limité pour des motifs budgétaires, les listes d'attente se sont allongées à tel point que le gouvernement québécois a dû rajouter des ressources de l'ordre de 28 M\$ durant l'été 1998, pour permettre de réduire les délais d'attente pour certains types de chirurgie. Malgré cela, le nombre de personnes en attente de chirurgie dans la région de Montréal, toutes spécialités confondues, a augmenté de 12% entre septembre 1998 et septembre 1999 passant de 35 109 personnes à 39 318 (Bégin, 1999e). À l'automne 1999, le MSSS a décidé d'envoyer des patients et patientes aux États-Unis, pour y recevoir des traitements en oncologie dans des délais raisonnables, et ce, à des coûts supérieurs à ceux appliqués pour les mêmes traitements au Québec.

Le virage  
ambulatoire a  
évolué tellement  
vite et sous la  
pression de  
réductions  
tellement  
importantes dans  
les dépenses  
publiques de  
santé, qu'on a  
négligé ce par  
quoi il aurait fallu  
commencer :  
réinvestir  
suffisamment  
dans les services  
à domicile  
dispensés par les  
CLSC.

Cette situation reflète une détérioration de l'accessibilité des services qui risque d'introduire un «système de santé à deux vitesses». Dans le document de soutien à la consultation sur son plan triennal 1998-2001, la Régie régionale de Montréal-Centre admet elle-même que: «*Un des éléments favorables à l'apparition d'un système à deux vitesses est la présence de délais d'attente trop longs pour certains services, qui stimule l'idée de créer un deuxième système accessible à ceux qui en ont les moyens pour se soustraire à la file d'attente. Aller dans cette direction entrainerait pour la très grande majorité de la population, une détérioration encore plus grande des délais d'accès aux services de santé ou le paiement de frais importants.*» (Régie régionale de Montréal-Centre, 1997:12).

Les changements dans la prestation des services hospitaliers touchent par ricochet l'ensemble du réseau socio-sanitaire, notamment les CLSC qui ont pour mission «*d'offrir en première ligne à la population du territoire [qu'ils desservent], des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion*» (L.R.Q., c. S-4.2, art. 80). Le virage ambulatoire a évolué tellement vite et sous la pression de réductions tellement importantes dans les dépenses publiques de santé, qu'on a négligé ce par quoi il aurait fallu commencer: réinvestir suffisamment dans les services à domicile dispensés par les CLSC pour que les personnes qui sortent désormais plus rapidement des hôpitaux puissent obtenir à domicile les soins dont elles ont besoin. La part des dépenses publiques de santé consacrée aux soins à domicile est passée de 1,7% en 1990-91 à 2,4% en 1997-98 au Québec, mais la province accuse toujours un retard important par rapport à la moyenne canadienne qui a évoluée de 3,3% à 4% durant la même période.<sup>18</sup> Pour illustrer ce retard, J.-F. Bégin mentionne que : «*Cette année, la Régie régionale de Montréal-Centre alloue 66 \$ par habitant à ce type de services. C'est une amélioration par*

*rapport aux 47 \$ de 1995, mais ça demeure inférieur aux 70 \$ que l'Ontario dépensait déjà il y a trois ans.*» (Bégin, 1998c: A-6).

Même si le financement des CLSC s'est accru considérablement, passant de 686 millions de dollars en 1993-94 à 870 millions en 1997-98, cette somme ne représente que 8% des budgets du réseau public de la santé et des services sociaux. De plus, la majeure partie de cette augmentation n'est survenue que dans la dernière année des plans triennaux de 1995-1996 à 1997-1998. Une des conséquences du débordement causé par l'augmentation rapide des demandes de services post-hospitaliers à domicile, sans réallocation budgétaire suffisante, c'est que le travail de prévention relevant de la mission des CLSC a été délaissé, malgré les orientations de la *Politique de la santé et du bien-être*. Ainsi, quelques CLSC ont retiré des postes d'infirmières qui oeuvraient en prévention dans le milieu scolaire, pour les réaffecter dans les soins à domicile. Les visites à domicile destinées à prévenir une détérioration de l'état de santé des personnes âgées en perte d'autonomie se sont faites plus rares et des services à domicile de base aux personnes souffrant d'incapacités, comme des soins d'hygiène personnelle, ont été espacés. Certains organismes estiment que «*c'est le mandat originel des CLSC qui est encore remisé*» et considèrent même que les CLSC sont devenus des «*agents de circulation et de santé au détriment du social.*» (ROCQ 03, 1997:16).

L'accès rapide et facile aux services socio-sanitaires de première ligne est aussi un enjeu majeur de la réforme, qui vise à limiter l'utilisation des services plus coûteux, comme les visites aux salles d'urgence ou les consultations médicales. L'implantation des services Info-Santé CLSC, des services téléphoniques de conseils infirmiers, accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, a pour but de remplir ce mandat. Ils furent étendus à l'ensemble des CLSC en 1995.<sup>19</sup> Ce sont des femmes qui utilisent les services Info-Santé CLSC dans 89,4% des cas, ce qui concorde avec les données sur



l'utilisation plus fréquente des services de santé par les femmes, et sur l'implication des femmes dans les soins aux personnes dépendantes au sein de la famille. Les utilisatrices sont plutôt des femmes scolarisées et d'âge moyen et elles se montrent satisfaites des conseils reçus (Hagan et coll., 1998).<sup>20</sup>

Cependant, plusieurs CLSC, surtout dans les grands centres urbains, manquent de médecins pour offrir une gamme complète de services de santé de première ligne et pour augmenter les périodes de services, notamment en soirée et les fins de semaine.<sup>21</sup> Le MSSS favorise la création de départements régionaux de médecine générale (DRMG), sous l'égide des régions régionales, dans le but de développer la concertation entre les CLSC et les cabinets privés de médecins, où s'exerce plus de 80% de la pratique médicale de première ligne surtout en milieu urbain.<sup>22</sup> Plusieurs experts sont d'avis que ces projets progresseront très lentement tant que le gouvernement n'offrira pas des incitatifs financiers aux médecins omnipraticiens, car la pratique privée est plus avantageuse financièrement que la rémunération en CLSC.<sup>23</sup> Le mode de paiement à l'acte ne favorise pas non plus l'évolution de la pratique professionnelle de plusieurs médecins centrée sur une approche biomédicale individuelle, alors que les services en CLSC s'appuient sur une approche interdisciplinaire, associant divers(e)s professionnel(le)s de la santé et des services sociaux (infirmières, nutritionnistes, psychologues, travailleuses sociales, etc.) (Demers, 1994; Turgeon et Ancil, 1994).

Le virage ambulatoire en santé physique survient après des changements dans d'autres secteurs des services sociaux et de santé; il s'inscrit dans la poursuite d'un processus de «*désinstitutionnalisation*», initié dans les années soixante-dix; mais on ne semble avoir tiré les leçons de ces expériences. Le processus de désinstitutionnalisation a pour but de

retourner, dans le milieu familial ou la communauté, les personnes qui ont été hébergées en institution et de maintenir autant que possible dans leur milieu de vie, les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes souffrant d'incapacités physiques ou intellectuelles et plusieurs personnes traitées pour des troubles sévères de santé mentale. Toutefois, la réallocation des ressources n'accompagne pas toujours le déplacement des patients et patientes, de sorte que la mise en oeuvre de cette orientation connaît des ratés importants, notamment en santé mentale. Le *Plan de transformation des services en santé mentale* du MSSS (1997) reconnaît cette situation et prévoit inverser la répartition des ressources qui, au milieu des années quatre-vingt-dix, était encore de 60% dans les services institutionnels et de 40% dans les services au sein de la communauté.

Les efforts de coordination entre les établissements et les divers organismes impliqués dans la prestation des services dans le milieu de vie sont encadrés par les plans régionaux d'organisation des services (PROS), élaborés au début des années quatre-vingt-dix. Avec les PROS, chaque établissement ou organisme communautaire concerné ne doit plus concevoir son intervention comme une entité autonome, mais comme un maillon qui assume des responsabilités définies dans un «continuum de services». Une analyse de la désinstitutionnalisation et des PROS fait état de résultats inégaux, selon les champs d'intervention.<sup>24</sup> Avec les compressions budgétaires importantes qui se sont accentuées dans la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix, l'implantation des PROS a souvent été bousculée. La responsabilité du soutien des personnes souffrant de maladie mentale ou ayant des incapacités diverses retombe généralement sur le réseau familial et les ressources communautaires et alternatives, où les femmes sont fortement sollicitées, étant traditionnellement responsables des

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les

soins aux personnes fragiles et dépendantes. Dans les grands centres urbains principalement, plusieurs personnes qui ont des troubles de santé mentale sévères et chroniques sont venues grossir les rangs de la population itinérante, faute de soutien suffisant lorsque leur famille ne peut pas assumer le fardeau des soins et du soutien psycho-social.

problèmes de santé des bénéficiaires se sont alourdis suite au développement du maintien à domicile

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les problèmes de santé des bénéficiaires se sont alourdis suite au développement du maintien à domicile. En quelques années, la proportion de personnes hébergées ayant des déficits cognitifs a augmenté de 10%, selon les CHSLD, et l'âge moyen des pensionnaires atteint maintenant 85 ans. Il s'agit en majorité de résidentes car les femmes ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes et elles passent plus d'années de leur vie avec des incapacités.<sup>25</sup> Dans plusieurs CHSLD, ni le personnel, ni l'aménagement n'étaient prêts pour ce changement rapide et les ressources additionnelles pour hausser le niveau de services n'ont pas suivi. Au contraire, selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, le financement des 137 centres d'hébergement publics de la province a baissé de 1,5 à 1,2 milliard de dollars entre 1995 et 1998, de sorte que le taux de réponse aux besoins des résidentes et résidents a chuté de 74,4% à 68,3% entre 1991-92 et 1997-98; plus de la moitié des centres d'hébergement se situent sous cette moyenne provinciale.<sup>26</sup> *«Plusieurs établissements doivent composer avec des mesures aléatoires de soutien pour continuer d'offrir certains services à leurs bénéficiaires; ainsi, au lieu d'employés permanents, ce sont souvent des bénévoles qui transportent les pensionnaires d'un établissement vers un autre endroit, ou qui organisent des loisirs; parfois, aussi, ce sont des personnes employées dans le cadre de mesures d'intégration au travail qui n'ont aucune permanence.»* (Conseil du statut de la femme, 1999).

Enfin, il faut souligner que le réseau

d'établissements publics a connu une importante restructuration avec des regroupements d'établissements sous un conseil d'administration unifié, ainsi que de nombreuses fusions. Dans certaines régions périphériques, bon nombre d'établissements publics de mission différente (CH, CLSC, CHSLD) ont été regroupés dans des entités administratives intégrées. Dans les grands centres urbains, les fusions se sont réalisées surtout au sein d'une même catégorie d'établissements: soit entre des centres d'hébergement; soit entre des centres de services sociaux et des centres de réadaptation; soit entre des centres hospitaliers, notamment avec la création de centres hospitaliers universitaires offrant des services ultra-spécialisés et assumant des fonctions de recherche et d'enseignement médical. Toutefois, les premières évaluations de ces fusions et regroupements laissent entrevoir qu'elles n'ont pas répondu aux attentes, ni au plan des économies de ressources, ni au plan de la continuité des services pour la population.<sup>27</sup> De l'avis d'un administrateur reconnu dans le réseau de la santé, David Levine, *«l'erreur, c'est que les fusions ont été faites dans des moments de redressement, pour des impératifs financiers, et sans que des sommes soient mises de côté afin de permettre les investissements de transition nécessaires.»* (Bégin, 1999c).

Les nombreux bouleversements organisationnels ont compliqué la mise en oeuvre de protocoles de référence et de suivi entre les divers établissements, notamment lors des congés hospitaliers précoces dans le cadre du virage ambulatoire. La qualité et la continuité des services aux malades se sont détériorées (délais de communication entre les établissements, manque d'informations sur les traitements requis, délais de prise en charge par les services à domicile). Souvent, ce sont les proches, surtout des femmes, qui ont dû compenser ces carences du réseau public et parfois même prendre charge des démarches de coordination des services. Certaines pratiques récemment mises en place (Guichet unique en maintien à domicile) ou actuellement expérimentées (Projet de

Les transformations dans le réseau d'établissements publics offrent de nouvelles opportunités au développement ou à l'action d'organisations privées dans les services de santé.

services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie - SIPA) visent notamment à résoudre certains problèmes de prise en charge intégrée et de coordination de services. Toutefois, de nombreuses discontinuités subsistent, notamment dans les services médicaux et, de plus, la multiplication d'acteurs privés risquent de les accentuer.

### **Les producteurs de services privés**

Les transformations dans le réseau d'établissements publics offrent de nouvelles opportunités au développement ou à l'action d'organisations privées dans les services de santé. Des corporations privées à but lucratif se développent en compétition avec des établissements publics, dans des domaines où le réseau public ne suffit plus à répondre à la demande, comme dans l'hébergement de longue durée; des centres de convalescence ou de réadaptation; des cliniques privées de physiothérapie, de radiologie; ou des polycliniques médicales offrant des services diagnostiques à la fine pointe de la technologie.

Des firmes privées spécialisées dans le secteur des soins et services à domicile (services infirmiers, appareils de diagnostic et de surveillance à distance, production d'aides techniques) croissent rapidement. Citons, par exemple, le Groupe Santé Médisys, qui compte 450 employé(e)s permanent(e)s et emploie près de 2 000 contractuel(le)s, surtout des infirmières; ou bien la multinationale américaine Olsten Corporation, dont le directeur exécutif des services de santé a été notamment invité par l'Association des hôpitaux du Québec à prononcer une conférence intitulée *Un nouveau modèle pour introduire des services de soins de santé à domicile au Canada* (Poirier et al., 1998).

De plus, le nombre de résidences privées sans permis pour les personnes âgées a

augmenté de 500% au Québec entre 1989 et 1996. Une étude du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke a révélé que 32% des responsables de ces établissements n'ont pas de formation spécialisée et que 59% ne possèdent pas d'expérience antérieure d'intervention auprès des personnes âgées. Quant à la qualité des soins, c'est dans les petites résidences (neuf places et moins), avec ou sans permis et dans celles de taille moyenne (10 à 39 lits) sans permis, que la proportion de pensionnaires recevant des soins inadéquats était la plus élevée, soit plus de 20 % (Bravo et coll., 1999). Ces résidences sont peu encadrées par les régies régionales<sup>28</sup> et les CLSC, limités dans leurs ressources, donnent priorité aux personnes qui vivent seules à domicile.

Par ailleurs, différentes firmes privées font des propositions pour tirer profit des développements de la technologie médicale<sup>29</sup> ou des équipements laissés vacants par les coupures du financement public. Citons l'exemple du Comité santé, mis sur pied par le ministère du Développement de la métropole et la Ville de Montréal, qui réunit, entre autres, les directeurs de certains hôpitaux montréalais et de la Régie régionale de Montréal-Centre, avec les dirigeants d'un bon nombre de firmes privées telles que Merck-Frosst, Hoechts-Marion-Roussel, le groupe santé Médisys, Bell Canada, etc. Le rapport de ce comité, remis en août 1997, contient un certain nombre de propositions pour mettre en oeuvre son orientation, notamment: «orchestrer le transfert technologique entre les centres de recherche universitaires, hospitaliers ou gouvernementaux et l'industrie»; «faciliter l'exportation de notre expertise médicale, notamment par le biais de la télémédecine»; «développer en fonction de la capacité excédentaire du réseau, le marché de la clientèle étrangère pour nos services médicaux» (cité par Poirier et coll., 1998: 83). Cette association avec

l'industrie de la santé est encouragée dans le dernier plan triennal de la Régie régionale de Montréal-Centre qui veut consolider le rôle du secteur de la santé comme un pôle économique. Le premier plan pour la région de Montréal (RRSSM-C, 1998: 105 ss.)

Plus récemment, le rapport du *Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec* (Rapport Arpin), commandé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, vient renforcer cette orientation. Ce groupe de travail propose notamment de permettre aux hôpitaux d'établir des ententes de partenariat avec des cliniques privées «affiliées» qui pourraient offrir certains services qui ne nécessitent pas d'hospitalisation et qui recevraient, pour ce faire, un montant de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), incluant les frais relatifs à l'utilisation des équipements spécialisés. Dans le contexte actuel où les hôpitaux doivent restreindre l'utilisation de leurs propres équipements faute de budget, on peut questionner une telle option. Comme le souligne un dirigeant de l'Association des hôpitaux du Québec, Daniel Adam: «*On a déjà les infrastructures dans le réseau public, pourquoi ne pas mieux les utiliser avant de demander l'aide du privé...rien ne démontre que les cliniques privées peuvent vraiment offrir à moindre coût et de manière plus efficace les services qu'on souhaiterait leur confier.*» (Bégin, J.F. 1999c).

Le discours dominant fait de plus en plus de place au secteur privé dans la livraison des services sociaux et de santé au Québec, ce qui risque d'entraîner un effritement du réseau des établissements publics qui conserveraient la responsabilité des services aux «clientèles les plus lourdes». Mais, selon plusieurs analystes, il n'est pas prouvé que l'instauration d'un système privé parallèle assurerait un meilleur contrôle des coûts et garantirait une meilleure accessibilité et plus d'équité pour les malades<sup>30</sup> (Forum national sur la santé, 1997; Armstrong, 1996; Arweiler et coll.,

1995; Rheault, 1994; Contandriopoulos, 1991, 1989; Soderstrom, 1987).

## Les organismes communautaires

La réorganisation du réseau public affecte également le mouvement communautaire actif dans le champ de la santé et des services sociaux. Dans plusieurs cas, les organismes communautaires se sont développés, dans les années soixante-dix, en réponse à des besoins en émergence ou avec des pratiques nouvelles, dans des champs d'action où le réseau public n'intervenait pas, comme dans les centres de santé des femmes, les centres d'hébergement et d'intervention en violence conjugale, les ressources alternatives en santé mentale, l'intervention en toxicomanie et auprès de la population itinérante. Parfois, certains organismes ont même inspiré le développement du réseau public, comme les cliniques populaires ou centres communautaires de santé qui ont servi de modèle aux CLSC.

Suite à de nombreuses pressions, les organismes communautaires actifs dans les services sociaux et de santé ont fait des gains au plan de la reconnaissance formelle dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* adoptée en 1991. Certains ont vu leur financement augmenter de façon importante et de nouveaux partenariats avec le réseau public ont vu le jour. Le budget alloué aux organismes communautaires est passé de 86 millions en 1989-90 à 171 millions en 1997-98.<sup>31</sup> Mais, selon des représentants et représentantes du mouvement communautaire, «*ce ne sont pas tous les organismes communautaires qui ont vu leur financement croître. En fait, les nouveaux fonds sont dirigés plus particulièrement vers les organismes qui sont utiles à l'État, aux secteurs qui permettent à l'État d'atteindre ses priorités. Dans ce sens, en santé et services sociaux, sont privilégiés les organismes communautaires qui «participent» au virage ambulatoire (aide à domicile, groupes de soutien aux personnes psychiatriquées) ou qui*

*acceptent des mandats publics (ressources intermédiaires d'hébergement).» (Greason, 1999).*

Par exemple, le nombre de personnes qui se sont adressées aux organismes communautaires montréalais a plus que doublé entre 1995 et 1997, selon la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.<sup>32</sup> Le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM) note que l'augmentation de l'achalandage dépasse souvent les sommes supplémentaires qui ont été allouées. De plus, les personnes qui s'adressent aux organismes communautaires vivent des problèmes de plus en plus complexes. Dans ces organismes composés majoritairement de femmes, les conditions de travail du personnel se détériorent et les bénévoles assument de plus en plus de responsabilités auprès d'une population de plus en plus démunie: *«On leur demande de faire du suivi, des tâches qui n'étaient pas faites par les bénévoles avant. Ça demande de la coordination, de la formation, de l'encadrement. Ça prend un an à mettre sur pied une équipe de bénévoles. C'est le seul moyen qu'on a trouvé car on n'arrive plus à tout faire»*, souligne une travailleuse dans un centre pour victimes d'agressions sexuelles (RIOCM, 1998 : 131). Certains organismes ont ainsi l'impression d'être un déversoir du trop-plein que le réseau public ne peut plus absorber.

Dans ce contexte, les relations entre le milieu communautaire et les institutions publiques sont la source de multiples tensions. Ces relations *«lorsqu'elles existent, s'effectuent sur un mode hiérarchique plus souvent qu'autrement même si le vocable «partenariat» ou «concertation» est promu.»* (RIOCM, 1998 : 83). Des intervenants et intervenantes du milieu communautaire perçoivent donc la reconnaissance des organismes communautaires comme une arme à deux tranchants. *«Aujourd'hui, on valorise davantage le communautaire,*

*mais en fait l'État veut surtout se décharger sur des services privés et gratuits des obligations qu'il avait contractées pendant la période précédente. Et on en vient à la sous-traitance... Dans le contexte actuel, malheureusement, ce n'est pas leur côté alternatif qui est reconnu, c'est plutôt leur côté complémentaire ou supplétif aux services publics»* (Doré, 1991: 4).

Alors qu'une partie du réseau communautaire subit les effets négatifs du déplacement de la demande refoulée par un réseau public débordé, des projets issus du milieu communautaire tentent de créer des emplois de réinsertion sur le marché du travail avec des entreprises d'économie sociale. Ces entreprises offrent des services dans des secteurs où émergent des besoins laissés sans réponse dans le cadre de la désinstitutionnalisation ou du virage ambulatoire et elles introduisent une tarification pour des services que les CLSC ne peuvent plus assurer.<sup>33</sup>

Lors de la marche des femmes contre la pauvreté, en 1995, le mouvement des femmes du Québec a réclamé des investissements publics pour la production de biens et services non étatiques mais socialement utiles. Ces «infrastructures sociales» se sont concrétisées notamment dans les entreprises d'économie sociale offrant de l'aide domestique. Mais, selon certaines représentantes, ces entreprises contribuent à la substitution d'emplois féminins bien rémunérés dans le secteur public, par des emplois précaires dans ces entreprises d'économie sociale. Dans le mouvement des femmes, les avis restent donc partagés sur cet enjeu.

Certains auteurs (Vaillancourt, 1997; Vaillancourt et coll., 1993) désignent le transfert de services vers le milieu communautaire sous le terme de *«communautarisation»*, pour le distinguer de la commercialisation des services par des entreprises privées à but lucratif. Ces analystes voient dans l'économie sociale, une stratégie à

Dans les  
organismes  
communautaires  
composés  
majoritairement  
de femmes, les  
conditions de  
travail du  
personnel se  
détériorent et les  
bénévoles  
assument de plus  
en plus de  
responsabilités  
auprès d'une  
population de plus  
en plus démunie.

L'encadrement par l'État se fait de plus en plus sentir avec la création d'un Secrétariat à l'action communautaire, et l'inscription d'entreprises d'économie sociale dans les plans de transformation de certaines régions régionales.

encourager pour ne pas laisser le secteur privé à but lucratif occuper tout le champ d'action laissé vacant par le désengagement de l'État, et pour inciter le secteur public à renouveler ses pratiques. Par contre, d'autres analystes considèrent qu'*«on assiste aujourd'hui à une institutionnalisation du communautaire.»* (Dumais, 1999:182). Car, l'encadrement par l'État se fait de plus en plus sentir avec la création d'un Secrétariat à l'action communautaire, la mise sur pied de comités régionaux d'économie sociale et l'inscription des entreprises d'économie sociale en aide domestique dans les plans de transformation de certaines régions régionales. Ces développements suscitent des débats dans le milieu communautaire, concernant son rôle dans un contexte de rationnement des services publics et de transfert de certaines responsabilités vers les organismes privés avec ou sans but lucratif.

Le transfert de la livraison des services sociaux et de santé vers des organisations privées ne découle pas uniquement des changements dans les modes de prestation des services, mais il résulte aussi de la progression d'une logique économique axée sur l'efficacité et le rendement dans la gestion du réseau sociosanitaire.

## LA RÉFORME DANS LA GESTION DU

Dans la gestion  
des  
établissements, la  
performance  
administrative  
devient souvent  
un critère qui  
l'emporte sur la  
qualité des  
services et les  
résultats en  
matière de santé.

**A**vec les compressions budgétaires, diverses stratégies ont été mises en oeuvre pour réduire les coûts des services dans les établissements publics. La recherche de l'efficacité est à l'ordre du jour dans la gestion du réseau sociosanitaire. Des administratrices et des administrateurs proposent de bonifier les modes de gestion des établissements publics en adoptant des pratiques développées dans le secteur privé. L'influence du système de santé américain, où dominent de grandes corporations privées centrées sur la concurrence et la recherche du profit, se fait sentir. Dans une analyse référant à la situation canadienne, Chin-Yee constate: «*Cette culture d'entreprise s'est infiltrée dans les organisations publiques de telle sorte qu'elles tentent elles aussi de se restructurer par la compression des dépenses et le rationnement* [notre traduction].»<sup>34</sup> (Chin-Yee, 1997:59). Cette culture d'entreprise se manifeste aussi par un recours accru à des firmes privées de consultants et elle mène à des associations de plus en plus étroites avec diverses entreprises privées.

Dans la gestion des établissements, la performance administrative devient souvent un critère qui l'emporte sur la qualité des services et les résultats en matière de santé. Les fermetures de lits pour des motifs budgétaires sont fréquentes. Avec les contraintes budgétaires et les réductions de personnel, les listes d'attente pour obtenir des soins s'allongent, incitant les malades à recourir au secteur privé pour obtenir certains services plus rapidement. Parfois, c'est le réseau

public lui-même qui oriente ses patients et patientes vers des services privés. Par exemple, certains CLSC ont incité les gens qui bénéficiaient d'une assurance privée à recourir aux services d'agences privées offrant des soins infirmiers, afin de résorber le débordement des services post-hospitaliers à domicile.<sup>35</sup> D'autres CLSC achètent des services, à moindre coût, à des agences privées ou des entreprises d'économie sociale offrant à une main-d'oeuvre majoritairement féminine, des conditions de travail moins avantageuses que dans le secteur public. Lors de la crise de l'engorgement des salles d'urgence en février 1999, les agences privées de soins infirmiers ont affirmé être débordées à tel point qu'elles ont eu de la difficulté à suffire à la demande des centres hospitaliers et aux requêtes des CLSC, débordés dans les services post-hospitaliers à domicile (Desjardins, 1999 : A-3).

Considérant que près de 80% des dépenses publiques de santé sont consacrées à la rémunération de l'ensemble du personnel,<sup>36</sup> les compressions budgétaires ont été réalisées au moyen d'une réduction importante de la masse salariale: notamment par l'augmentation du travail précaire; un vaste programme de mise à la retraite anticipée et des déplacements massifs de personnel occasionnés par la réorganisation du réseau.

La main-d'oeuvre féminine, qui représentait 74,7% de tout le personnel du réseau de la santé et des services sociaux en 1991, est durement touchée par ces mesures. Avec le virage ambulatoire, le nombre de

patients et patientes en phase de traitement aigu augmente créant une pression accrue sur le personnel moins nombreux et moins expérimenté. L'alourdissement considérable de la charge de travail et les difficultés d'ajustement liées à ces mesures sont une réalité qu'admettent certains dirigeants du réseau public.<sup>37</sup>

«L'analyse comparée des systèmes de soins indique que plus le secteur privé est développé, plus le contrôle des coûts et de la qualité est difficile.» (AHQ)

Dans l'effort de réduction des coûts, les services de soutien des hôpitaux sont visés. «*Les régies régionales et le ministère ont convenu de faire en sorte que la plus forte proportion possible des ressources financières investies soient canalisées vers les services directs à la clientèle et qu'en conséquence, les dépenses de soutien soient contenues et réduites en importance. Des gains sont réalisables de ce côté, particulièrement en matière de dépenses et de coûts de production.*» (MSSS, 1996: 24). Dans un document de soutien à la consultation de la Régie régionale de Montréal-Centre, les secteurs de l'alimentation, de l'entretien sanitaire, de la buanderie, de l'entretien des installations et de l'administration générale sont ciblés, afin de réaliser des économies potentielles de l'ordre de 10% des dépenses de ces secteurs. Cette régie régionale annonce son intention de confier à une firme de gestion privée l'analyse de la situation pour faire des recommandations d'amélioration de la rentabilité (Régie régionale de Montréal-Centre, 1997:145).

Les gestionnaires semblent accorder peu d'attention à l'encadrement et à la qualité des services nutritionnels ou sanitaires qui contribuent à la qualité de vie et au rétablissement des personnes hospitalisées. La sous-traitance avec le secteur privé est envisagée comme une solution pour réduire les coûts de production des services, comme s'il s'agissait d'un secteur indépendant des services de santé. Dans une région, par exemple, des établissements publics achètent des services de buanderie carcérales et privées via un service régional de buanderie qui agit comme courtier. Des études montrent cependant que le recours au secteur privé

n'est pas nécessairement garant de coûts inférieurs. La Chaire d'études socio-économiques de l'Université du Québec à Montréal a comparé cinq services alimentaires privatisés, à 23 autres de tailles comparables gérés par des établissements publics. Elle a démontré que le coût d'un repas servi dans un service alimentaire privatisé est supérieur de 10,5% à celui du même repas servi dans un service géré par l'État (Poirier et coll., 1998). L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), dans son rapport de janvier 1998, souligne aussi certains dangers de la privatisation en affirmant que «*l'analyse comparée des systèmes de soins indique que plus le secteur privé est développé, plus le contrôle des coûts et de la qualité est difficile*» (AHQ, 1998).

Des administratrices et des administrateurs du réseau public sont également à la recherche de formules d'association avec le secteur privé pour augmenter leurs revenus. Des projets d'offres de services à une clientèle américaine, en mesure de payer pour des traitements spécialisés, ont été proposés comme source de financement privé complémentaire, par des hôpitaux qui ne peuvent assurer une pleine utilisation de leurs équipements et de leur personnel, faute de budget d'opération suffisant.<sup>38</sup> Par ailleurs, l'augmentation des revenus provenant de la facturation de services dits complémentaires est notable (contribution des personnes hébergées, suppléments pour l'occupation de chambres privées en centres hospitaliers, transport ambulancier, augmentation des frais de stationnement, etc.). Selon le MSSS, «*les revenus tirés de services tarifés s'établissaient à un peu plus d'un milliard en 1994-1995, soit l'équivalent de 7,5% des dépenses publiques du secteur.*» (MSSS, 1996: 35). Le Rapport Arpin suggère d'«*accroître l'effet de levier des fonds publics disponibles en profitant des sources de financement privé*» par divers moyens : «*optimiser les revenus de tarification de certains services en s'assurant du respect des principes d'accessibilité et d'équité; valoriser et soutenir les activités de financement volontaire [fondations privées]; rentabiliser*



Certaines propositions suggèrent de développer une «compétition interne» entre les établissements publics, afin de contenir l'augmentation des coûts, alors que la nécessité d'accroître la complémentarité et la continuité des services se fait de plus en plus sentir.

*les capacités excédentaires des équipements en jetant les bases de nouvelles formes de partenariat.»<sup>39</sup> Soulignons toutefois que le Rapport Arpin recommande de «ne pas créer de conditions favorables à la vente de services médico-hospitaliers à des résidents étrangers.» Cependant, il propose de favoriser, lorsque c'est plus économique, l'achat de places en centre privé d'hébergement, en procédant par appel d'offres» (Groupe de travail sur la complémentarité, 1999: III-IV).*

Les modes d'allocation des ressources sont également questionnés; divers analystes ont mis en lumière les effets des modalités de financement et de paiement des ressources, sur l'égalité d'accès aux services, sur l'équité de traitement en matière de santé, sur l'efficacité et le contrôle des coûts publics et totaux dans le domaine des services de santé et des services sociaux (Contandriopoulos, 1987, 1989, 1991; Rheault, 1995).<sup>40</sup>

Certaines propositions suggèrent de développer une «compétition interne» entre les établissements publics, afin de contenir l'augmentation des coûts, alors que la nécessité d'accroître la complémentarité et la continuité des services se fait de plus en plus sentir. Constatant que les modalités de financement et de paiement n'incitent ni les établissements, ni les professionnels, à assumer des responsabilités envers des populations spécifiques, des propositions visent à faire un virage à 180 degrés en matière d'allocation des ressources: *«À l'heure actuelle, nos hôpitaux reçoivent des budgets globaux et les médecins sont rémunérés à l'acte. En échange, nous préconisons une formule de paiements par capitation selon laquelle les médecins reçoivent un budget établi d'après le nombre de patients qui s'inscrivent auprès d'eux, tandis que les hôpitaux se financent grâce aux services que les médecins leur achètent à forfait.»* (Jérôme-Forget et Forget, 1998 : 13). Cette proposition qui s'inspire d'expériences réalisées aux États-Unis

(HMO) et en Grande-Bretagne (GP Fundholders)<sup>41</sup> implique des enjeux complexes pour l'avenir du système public de santé et de services sociaux. De plus, il sera difficile d'accroître l'accessibilité des services, tant que la gestion du réseau socio-sanitaire reste centrée sur la production de services par catégorie d'établissement, plutôt que sur les trajectoires d'utilisation des services et la continuité entre les différents dispensateurs. Une évaluation approfondie des modes d'allocation des ressources par capitation ou selon le modèle des «GP Fundholders» s'impose pour connaître leurs effets sur la santé de la population car il y a un risque de sélection en faveur des clientèles qui jouissent d'un meilleur revenu et d'une meilleure santé, laissant pour compte les populations plus démunies et malades, dont une majorité de femmes.

Dans la révision des modes de gestion, des questions se posent: dans quelle mesure le réseau public doit-il compter sur le recours systématique au secteur privé? Les modes de gestion développés dans l'entreprise privée peuvent-ils bénéficier au réseau de la santé, un secteur où la relation avec les personnes utilisatrices diffère radicalement du modèle de consommation qui s'exprime dans les échanges marchands? L'impact des modes de gestion du secteur privé sur l'accessibilité et la qualité des services doit donc être évalué systématiquement avant de les transposer aveuglément à un domaine d'activité aussi sensible que les soins de santé. Une telle prudence ne signifie pas que les façons de faire du réseau sociosanitaire ne doivent pas changer. Des initiatives issues du milieu de la santé visent à renouveler la gestion des ressources humaines en favorisant la collaboration interprofessionnelle et la création de réseaux de services.<sup>42</sup> Ces initiatives sont plutôt centrées sur la responsabilité au plan de la continuité et de qualité des services qui sont au coeur de la mission du système public de santé et de services sociaux.

## L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT PUBLIC ET PRIVÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'évolution récente de la part relative du financement public et du financement privé est un signal des tendances à la privatisation du système de santé et de services sociaux.

**A**u Canada, le système public de santé est administré par les provinces; il assure les soins médicaux et hospitaliers «médicalement requis»<sup>43</sup> et il est financé principalement par le biais de la fiscalité (impôts, taxes, cotisations des employeurs et employé(e)s au régime d'assurance-maladie, paiements de transfert du gouvernement fédéral). Il n'existe pas formellement de contributions directes des usagers (frais modérateurs) pour les services médicaux et hospitaliers dont l'accès gratuit et universel est inscrit dans la loi. Par contre, certains frais peuvent être appliqués dans le secteur public (suppléments pour une chambre privée, hébergement dans les soins de longue durée). Des services «complémentaires», comme les services dentaires et optométriques ou d'autres services professionnels (radiologie, physiothérapie, tests de laboratoire), ne sont pas couverts par le financement public, s'ils sont offerts en dehors du milieu hospitalier. Ils peuvent cependant être assurés par le secteur privé.<sup>44</sup> Le financement de notre système de santé provient donc de sources publiques et de sources privées. L'évolution récente de la part relative du financement public et du financement privé est un signal des tendances à la privatisation du système de santé et de services sociaux.

Le budget du gouvernement québécois en matière de santé et de services sociaux est passé de 13,17 milliards de dollars en 1994-95 à 12,61 milliards en 1997-98.<sup>45</sup> Ceci correspond, pour la même période, à une diminution des dépenses publiques par personne de 1 692 \$ à 1 608 \$ annuellement. Ce montant est le plus faible de toutes les provinces canadiennes et présente un écart significatif (-11,7%) par

rapport à la moyenne au Canada qui, pour 1997-98 est estimée à 1 821 \$ par habitant.<sup>46</sup> La part du financement public au Québec a chuté de 81,5% en 1980 à 69,1% en 1998. Le Québec a donc réalisé la triste performance de passer de la portion de financement public la plus forte parmi les provinces canadiennes en 1980, à l'une des plus faibles en 1998.<sup>47</sup> Il faut également souligner que la part du gouvernement fédéral dans le financement des dépenses totales de santé au Québec a baissé, passant de 42% en 1986 à 30,4% en 1997, un pourcentage équivalent aux sources de financement privé (30,9%).

Depuis le milieu des années quatre-vingt, on note une augmentation constante de la part relative des dépenses privées, même si cette croissance a quelque peu freiné avec le ralentissement économique du début des années quatre-vingt-dix.<sup>48</sup> La part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé a augmenté de façon significative, passant de 25% en 1989 à 30,9% en 1998.<sup>49</sup> La plus grande partie des sources de financement privé, soit près de 55%, provient des déboursés directs des particuliers, alors que plus de 35% originent des assurances privées (Métivier, 1999).

Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE) attribue l'augmentation des dépenses privées à quatre grands facteurs: la croissance des dépenses dans des domaines non couverts par l'État; la désassurance de services; de nouveaux services dans des secteurs d'intervention mal desservis par le réseau public; et l'augmentation des contributions des usagers exigées par l'État (CSBE, 1997). Le

Rapport Arpin soutient, pour sa part, qu'on ne peut attribuer entièrement la croissance des dépenses privées à un effet de substitution découlant de la réduction du financement public.<sup>50</sup>

En effet, l'augmentation des dépenses privées provient de catégories de dépenses non couvertes par la Loi canadienne sur la santé, comme la consultation d'autres professionnel(le)s que les médecins,<sup>51</sup> le coût des médicaments et la fréquentation d'établissements autres que les hôpitaux. Pour l'année 1994, la proportion du privé était très élevée dans les services fournis par les professionnel(le)s autres que les médecins (89,3%) et les médicaments (68,7%). On note aussi une hausse des déboursés individuels directs lors de la consommation de services et des dépenses liées à la participation à des régimes privés d'assurances. Cette évolution du financement fait craindre que la capacité de payer ne devienne un facteur limitant l'accès à certains services essentiels, notamment pour les femmes qui consultent davantage que les hommes et dont le revenu personnel moyen ne représente que 58% de celui des hommes.

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, certains transferts de coûts sont aussi attribuables à des mesures de «*désassurance active*», comme la limitation des services couverts ou l'exclusion de certaines catégories de clientèles pour des services dentaires ou optométriques assurés auparavant par la RAMQ. Avec la désassurance des services dentaires curatifs pour les enfants de plus de dix ans en 1992, le nombre d'enfants admissibles est passé de 1,5 million à 1 million en un an, éliminant d'un coup près d'un demi-million d'enfants qui ne sont plus bénéficiaires du régime. La diminution du nombre de services est encore plus marquée. Le nombre de services dentaires totaux aux enfants assurés par la RAMQ est passé de 9,6 millions à 1,6 millions entre 1981 et 1996, soit une réduction de l'ordre de 83%. La

situation est semblable dans les services optométriques qui n'ont plus été couverts pour les personnes de 18 à 40 ans à partir de 1992 et qui ont été retirés aussi aux personnes de 41 à 64 ans à partir de 1993. Le nombre de services assurés a connu une diminution de 57% entre 1991 et 1996 (Poirier et al., 1998).

Les compagnies d'assurances privées ont pris le relais de l'État en offrant à la population pouvant bénéficier d'un régime collectif d'assurances, des couvertures supplémentaires qui induisent une augmentation de coûts. Une de ces entreprises d'assurances privées, la SSQ-Vie, indique dans un feuillet d'information que, depuis 1992, les primes pour soins dentaires ont augmenté de 10%. Les assureurs privés offrent aussi de défrayer des coûts de services dispensés par des organismes privés qui comblent les carences et les délais d'attente du secteur public. La même entreprise signale notamment que les remboursements de visites en clinique privée de physiothérapie sont passés d'environ un million de dollars en 1990 à plus de quatre millions de dollars en 1996. Le secteur des assurances en santé est en pleine expansion. À titre d'exemple, les primes relatives à l'assurance-santé qui représentaient 13,6% de l'ensemble des primes de la compagnie d'assurances Sun Life en 1987, comptent pour 19,8% du total des primes en 1996, ce qui équivaut à une augmentation de 45,6% de ce qu'elles représentaient près de dix ans plus tôt (Poirier et al., 1998).

L'intervention de nouveaux agents payeurs comme les compagnies d'assurances privées entraîne des coûts administratifs accrus. Le Conseil de la santé et du bien-être estime qu'aux États-Unis, ces frais peuvent représenter jusqu'à 25% des coûts comparativement à 8-10% sous une administration publique (CSBE, 1997).<sup>52</sup>

On observe aussi une forme de «*désassurance passive*» des services sociaux et de

Les compagnies  
d'assurances  
privées ont pris le  
relais de l'État en  
offrant à la  
population  
pouvant  
bénéficier d'un  
régime collectif  
d'assurances, des  
couvertures  
supplémentaires  
qui induisent une  
augmentation de  
coûts.

santé. Dans son budget 1999-2000, le gouvernement du Québec instaure un nouveau crédit d'impôt remboursable pour les personnes âgées de 70 ans et plus, en perte d'autonomie et qui vivent à la maison. Ce crédit d'impôt permet de rembourser à la personne âgée une partie des services nécessaires à son maintien à domicile. Le remboursement est fixé à 23% des dépenses admissibles, plafonnées à 12 000 \$ par année, la différence devant être assumée entièrement par la personne âgée elle-même. Les services concernés sont des services domestiques comprenant la préparation des repas, le gardiennage, l'accompagnement et l'assistance dans les activités quotidiennes telles que se nourrir, se laver, s'habiller. Il s'agit de services qui étaient souvent dispensés gratuitement par les auxiliaires familiales et sociales des CLSC, mais qui, dans ce cas, peuvent être rendus par des agences privées, des entreprises d'économie sociale ou par des travailleuses autonomes rémunérées avec un «chèque emploi-service», agissant en quelque sorte comme sous-contractants des CLSC. Le Conseil du statut de la femme critique avec raison une telle mesure comme «une dérive vers la privatisation dans les services à domicile» (CSF, 1999 :104).

De plus, avec l'augmentation des traitements post-hospitaliers à domicile, une partie des coûts des médicaments ou des fournitures médicales, qui étaient fournis gratuitement en centre hospitalier, reviennent à la charge des personnes malades et de leur famille. À cela s'ajoutent des frais de transport et d'accompagnement pour les visites médicales fréquentes que peut occasionner un suivi en mode «ambulatoire». Les personnes qui bénéficient de régimes d'assurances privées se voient offrir de nouveaux produits, incluant une couverture pour compenser des frais encourus durant la convalescence. Dans ce contexte, l'accessibilité aux soins et services diffère entre les gens qui bénéficient de régimes privés d'assurances et les personnes qui ne dépendent que des services offerts gratuitement par le réseau public ou assurés par la RAMQ. Les fem-

mes qui occupent des emplois précaires et celles qui ont des niveaux de revenus inférieurs forment une part importante des personnes qui n'ont pas les moyens de se payer des assurances privées.

## **Le régime d'assurance-médicaments**

Le gouvernement québécois a instauré un régime public d'assurance-médicaments en 1997.<sup>53</sup> Il poursuivait plusieurs objectifs concurrents: indemniser plus de 1,2 million de personnes non assurées par des régimes privés; faire en sorte que le gouvernement n'ait rien à déboursier en prévoyant divers mécanismes de financement (primes, franchises, co-assurances); et préserver la prédominance du secteur privé dans l'assurance (Saint-Pierre, 1999:74). Nous pourrions ajouter la volonté de maintenir les avantages consentis aux compagnies pharmaceutiques qui bénéficient au Québec de la protection d'un brevet de dix ans pour leurs nouveaux produits; en effet, le gouvernement a cédé aux pressions des compagnies pharmaceutiques en n'obligeant pas le paiement des médicaments au coût des produits génériques.<sup>54</sup>

Ce régime public administré par la RAMQ n'est disponible que pour les personnes qui ne sont pas déjà bénéficiaires de régimes privés d'assurances collectives directement ou à travers l'assurance du conjoint ou de la conjointe.<sup>55</sup> La RAMQ se retrouve donc dans un rôle complémentaire aux assureurs privés, ce qui est très différent du régime d'assurance-maladie. Bien qu'il présente une amélioration pour les personnes nouvellement assurées, le régime général d'assurance-médicaments fait donc une large place aux compagnies d'assurances privées. Il exige aussi une participation financière au moment de la consommation, en introduisant des frais de co-assurance et de franchise. Il a mis fin à la couverture complète des médicaments pour les personnes les plus démunies, touchant encore une fois une majorité de femmes. «Alors que les prestataires de l'aide sociale ne payaient rien pour les médicaments, ils allaient maintenant

*devoir assumer une facture annuelle de 90 millions de dollars. Quant aux personnes âgées, la note allait grimper de 42 millions à 275 millions de dollars...Le gouvernement pour sa part réduisait son fardeau de 922 millions à 551 millions.» (Saint-Pierre, 1999:76).<sup>56</sup>*

«Par rapport au financement des autres grandes assurances publiques, l'assurance hospitalisation et l'assurance-maladie, celui du régime d'assurance-médicaments, en ne provenant pas de l'impôt sur le revenu des particuliers, est le moins redistributif» (Reinbarz et coll.)

Les dépenses du régime public d'assurance-médicaments ont connu une hausse de 156 millions entre 1997-1998 et 1998-1999, soit 15% du coût total du régime qui dépasse le milliard de dollars. Cette augmentation est attribuable, d'une part, au fait qu'un plus grand nombre de personnes que prévu se sont inscrites au régime et, d'autre part, à la croissance continue du prix des médicaments. Pour faire face au déficit de 210 millions constaté en 1999, les options envisagées par l'actuelle ministre de la santé, Pauline Marois, pourraient résulter en une augmentation des contributions au régime (hausse des cotisations) ou une hausse de la franchise ou de la co-assurance, ce qui réduirait davantage l'accès aux médicaments pour les personnes plus démunies.<sup>57</sup>

Comme le soulignent certains analystes, *«par rapport au financement des autres grandes assurances publiques, l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie, celui du régime d'assurance-médicaments, en ne provenant pas de l'impôt sur le revenu des particuliers, est le moins redistributif»* (Reinbarz et coll., 1999 : 163). Ainsi, malgré la place de plus en plus importante qu'ils occupent dans les traitements médicaux, les médicaments ne font pas partie des services considérés par la loi comme «médicalement nécessaires» et ils sont exclus du panier de services entièrement couverts par un financement public même lorsqu'ils sont prescrits par des médecins. En somme, les médicaments sont encore considérés comme un bien de consommation qui est l'objet d'une commercialisation par les grandes compagnies pharmaceutiques.

Récemment, la ministre de la Santé et des Services sociaux Pauline Marois a annoncé la tenue d'un débat public sur le financement de la santé: *«Quelle est l'étendue des services que l'État doit continuer de financer? Quel niveau de taxation sommes-nous prêts à accepter pour les financer? Faut-il financer ces services par une caisse de santé spécifique ou à même les fonds publics généraux?»* (Lévesque, 2000: A-10). Les pressions sont fortes pour faire plus de place au secteur privé.<sup>58</sup> En même temps, un sondage a révélé que les Québécoises et Québécois privilégient la recherche de solutions à l'intérieur du réseau public: *«84,9% sont d'avis que le gouvernement devrait s'appliquer à l'amélioration des services offerts par les CLSC;...89,3% estiment qu'il faudrait ouvrir plus de lits dans les centres hospitaliers.»* (O'Neil, 2000 : A-1). Les femmes, qui contribuent largement aux services sociaux et de santé et qui paient le prix de la réforme par des reculs au niveau de l'emploi et l'augmentation du travail gratuit dans la famille ou les organismes bénévoles, sont directement concernées par ce débat.

## LA RÉFORME DANS LA GOUVERNE DU SYSTÈME DE SANTÉ

La création des  
régies régionales  
se présente  
davantage comme  
une forme de  
décentralisation  
administrative,  
par laquelle les  
régies sont  
chargées  
d'assurer la mise  
en œuvre des  
décisions  
ministérielles.

La gouverne du système de santé et de services sociaux<sup>59</sup> représente un enjeu en regard de l'évolution des rapports entre le secteur public et le secteur privé. En effet, comment l'État peut-il maintenir les grands acquis de notre système de santé dans un contexte de privatisation et de déréglementation? Est-il possible de maintenir une régulation centrale de concert avec un désengagement sur le plan du financement? Cette question se pose notamment en ce qui concerne le rôle du gouvernement fédéral: «*Le fait d'obliger les provinces à se conformer à des normes définies par le gouvernement fédéral est en voie d'aller au-delà du pouvoir de dépenser et de créer un pouvoir de faire dépenser les provinces*» (Duperré, 1987, cité par Maioni, 1999 : 69). Maioni considère également que la décentralisation dans le réseau de la santé fait partie d'un débat plus large à propos du rôle de l'État dans la société et dans l'économie. D'autres analystes sont d'avis qu'«*une réforme qui associe une régulation administrative et centrale avec le désengagement financier de l'État risque de constituer un compromis transitoire puisque ce désengagement financier sape la légitimité même de la régulation centrale et administrative.*» (Bergeron et Gagnon, 1994 : 27).

La réforme du système de santé et de services sociaux, s'accompagne d'un processus de décentralisation. En effet, le gouvernement du Québec a décidé de confier davantage de pouvoir aux régies régionales; elles ont reçu le mandat d'assurer la consultation de la population sur l'organisation des services dans leur territoire et de développer la concertation

entre les différents acteurs du réseau sociosanitaire. C'est par les régies régionales que transitent chaque année, vers les établissements de santé et de services sociaux, près des trois quarts du budget de la santé. Plusieurs motifs sont évoqués pour s'engager dans ce processus de décentralisation: des motifs d'ordre politique, tels qu'assurer un meilleur contrôle par les citoyens; des arguments d'ordre économique, présentant la régionalisation comme un moyen d'apporter une réponse plus efficace et plus efficiente aux besoins de la population; et des raisons d'ordre administratif faisant référence à une meilleure intégration et coordination des services (Turgeon et Lemieux, 1999:181-182).

Toutefois, la création des régies régionales se présente davantage comme une forme de décentralisation administrative, par laquelle les régies sont chargées d'assurer la mise en œuvre des décisions ministérielles et de faire le relais avec les différents acteurs du réseau sociosanitaire. Cela ne constitue pas vraiment une décentralisation des pouvoirs du palier provincial vers les régions, puisque les régies opèrent dans le cadre strict de paramètres établis au palier central. Un indice du fait que le pouvoir reste entre les mains du ministère, c'est l'abolition, en 1996, des assemblées régionales qui regroupaient, une fois l'an, des représentantes et des représentants du réseau de la santé, des organismes communautaires et du milieu régional (municipalités, commissions scolaires, etc.) pour recevoir le rapport d'activités de la régie régionale. Cette mesure a pour effet de réduire l'importance d'une reddition des comptes par les régies régionales et

d'éloigner la gestion du réseau d'un lieu public de débat.

La réforme accentue cette tendance dans les différentes instances de participation au sein du réseau socio-sanitaire. Comme le souligne Mireille Tremblay: *«L'évolution des services au cours des dernières années, les compressions budgétaires, les fusions d'établissements, le virage ambulatoire ont exercé une pression importante sur la nature des délibérations et des débats qui ont été menés au sein des diverses instances de participation. Ces impératifs économiques en aucun temps ne pouvaient être remis en cause par les établissements et les régies régionales mandatées pour exécuter les ordres ministériels. Ceux et celles qui ont tenté de s'y opposer se sont vu vite rap-peler la nature de leurs obligations et les limites de l'arène dans laquelle ils peuvent négocier le contrat collectif.»* (Tremblay, 1999 : 123).

L'absence de marge de décision réelle peut expliquer, en bonne partie, les faibles taux de participation des citoyens et citoyennes aux élections dans le réseau de la santé et la désillusion de certains membres de conseils d'administration.

L'absence de marge de décision réelle peut expliquer, en bonne partie, les faibles taux de participation des citoyennes et citoyens aux élections dans le réseau de la santé et la désillusion de certains membres de conseils d'administration. À l'automne 1996, à peine 2,5% de la population en âge de voter a participé à ces élections. Les citoyennes et les citoyens n'ont pas l'impression d'exercer un pouvoir réel lorsqu'ils siègent à un conseil d'administration. À titre d'exemple, citons le président du conseil d'administration du CLSC-CHSLD Saint-Laurent à Montréal: *«Être élu, c'est une chose, mais il y a une question de pouvoir véritable: ce sont plutôt les régies régionales, le ministère et les fonctionnaires qui l'ont»*. Selon lui, les bénévoles siégeant aux conseils sont littéralement «baillonnés» par les lois, règlements et directives émanant des instances supérieures du réseau de la santé (cité dans Bégin, 1999b: A-6). Comme nous le verrons plus loin, cette déception est aussi exprimée par les représentantes des groupes de femmes qui se sont impliquées notam-

ment au sein des régies régionales et qui soulignent la difficulté d'inscrire les préoccupations des femmes dans l'administration du réseau sociosanitaire. (Voir l'R des centres de femmes, 1997). Cela soulève une question, à savoir: autour de quelle logique devrait s'organiser la gouverne du système de santé?<sup>60</sup>

Le discours qui a légitimé la réforme du système de santé et de services sociaux proposait de placer *«le citoyen au coeur du système»*, dans son rôle d'utilisateur, de payeur et de décideur.<sup>61</sup> Mais le mode de régulation démocratique où la population participe à la formulation des besoins et des solutions, ainsi qu'à l'administration du système de santé n'a pas vraiment pu s'affirmer face à une logique technocratique où la prise de décision est basée sur un processus rationnel de planification. *«Après avoir étudié la participation à l'administration publique ou à l'administration du système sociosanitaire, plusieurs chercheurs québécois ont conclu que cette forme de participation renforce l'appareil technocratique et s'exerce au détriment de la démocratie, de l'appareil politique et des pouvoirs des citoyens et des citoyennes.»* (Tremblay, 1999 : 79).<sup>62</sup>

Certains analystes considèrent alors que le désengagement financier de l'État, assorti d'une décentralisation administrative, ne peut que prendre la forme d'un transfert progressif des dépenses de santé du secteur public au secteur privé (Bélanger, 1994; Bergeron et Gagnon, 1994; Contandriopoulos, 1987). Selon Raisa Deber, *«les gouvernements se trouvent en plein conflit d'intérêt. En tant que gardiens de l'intérêt public, ils devraient voir à ce que les biens nécessaires soient financés avec la plus grande efficacité économique possible, ce qui supposerait bien souvent le financement public. Mais en tant que payeurs, tout les incite à éliminer ces dépenses de leurs budgets, même si cela faisait augmenter le coût global pour l'économie.»* (Deber, 1999 : 69). Dans un tel contexte

<p>Les règles actuelles qui président à la gouverne du système de santé et de services sociaux, à</p>	<p>marqué par le désengagement financier de l'État et les dysfonctionnements actuels du réseau, l'affaiblissement des mécanismes de participation de la population aux processus décisionnels et consultatifs favorise l'affirmation d'une logique économique centrée sur l'efficacité; celle-ci prône une déréglementation afin de faciliter le « libre jeu de l'offre et la demande » dans un cadre de « compétition interne », ce qui vient renforcer le processus de privatisation.</p>	<p>révision de la rémunération des médecins soit un moyen à considérer, les pistes d'action resteront partielles, si la planification ne tient pas compte de la féminisation de la profession médicale qui modifie les modèles de pratique. Quant à la logique économique étroite qui soutient la réforme du système de santé, elle occulte le prix de la réforme pour les femmes. En effet, elle camoufle le transfert de responsabilités vers le travail gratuit des femmes aidantes dans la famille, et les reculs subis par les femmes dans un secteur d'emploi où elles sont majoritaires et où elles bénéficient de conditions de travail adéquates.</p>
<p>l'utilisation des ressources, à l'organisation du réseau et à la qualité des services</p>	<p>Les règles actuelles qui président à la gouverne du système de santé et de services sociaux, à l'utilisation des ressources, à l'organisation du réseau et à la qualité des services accordent peu d'importance à l'analyse des différences entre les femmes et les hommes. Quelques exemples peuvent illustrer la pertinence de cette analyse.</p>	
<p>accordent peu d'importance à l'analyse des effets différents de la réforme sur les femmes et les hommes.</p>	<p>Au plan de la régulation professionnelle, la reconnaissance des sages-femmes a rencontré de nombreuses résistances du corps médical, soucieux de conserver la maîtrise des normes professionnelles qui régissent ce champ de pratique et ce, malgré le désir exprimé par bon nombre de femmes de « démedicaliser » l'accouchement et d'avoir accès aux services de sages-femmes dans un cadre sécuritaire. Après de nombreuses expérimentations et évaluations, cette reconnaissance reste limitée et encadrée par la profession médicale. Dans ce cas, la logique professionnelle qui devrait mettre l'accent sur la responsabilité à l'égard de la qualité des services a plutôt servi à la défense d'intérêts corporatistes, centrés sur la protection d'un champ de pratique exclusif.</p>	
	<p>Cette analyse des différences entre les hommes et les femmes semble aussi absente de la planification technocratique. Citons l'exemple des mesures visant à assurer une meilleure répartition des effectifs médicaux dans les régions périphériques et les lieux de pratique névralgiques comme les salles d'urgence ou encore les CLSC et les CHSLD.<sup>63</sup> Bien que la</p>	



## PARTIE 2

### LE PRIX DE LA RÉFORME DU SYSTÈME

pour soutenir les parents qui ont des

La réforme du système de santé et de services sociaux s'opère sans vraiment considérer les rapports entre les sexes dans la sphère de vie familiale.

**L**a réforme du système de santé et de services sociaux s'opère sans vraiment considérer les rapports entre les sexes dans la sphère de vie familiale. Au cours des trente dernières années, les réalités familiales dans les pays occidentaux ont connu des changements significatifs, notamment avec la chute du taux de fécondité, la diversification des modèles familiaux (familles monoparentales, familles reconstituées, familles immigrantes avec des normes culturelles différentes, couples homosexuels), l'augmentation de l'espérance de vie et la modification des rapports intergénérationnels. Bien que les liens affectifs au sein de la famille restent un élément significatif de l'équilibre personnel des individus et que le soutien mutuel entre les membres de la famille soit une norme sociale toujours valorisée, les rapports réciproques entre les membres d'une famille sont de plus en plus l'objet de négociations et n'ont plus la même signification que dans les générations précédentes. Le réseau familial devient plus restreint et les femmes, qui sont en plus grand nombre sur le marché du travail, doivent composer avec de multiples tâches, en s'occupant parfois simultanément de leurs enfants et de leurs parents âgés.<sup>64</sup>

Ces changements ont des conséquences sur la capacité et la volonté des familles à prendre soin d'un proche malade ou en perte d'autonomie. D'ailleurs, on peut noter que le gouvernement québécois développe actuellement des politiques qui prennent des orientations inverses aux deux extrémités de la vie, au sens où il développe un système de garderie à 5 \$

enfants d'âge pré-scolaire, en même temps qu'il retourne une grande part de responsabilités aux familles dans le soutien aux personnes âgées.

De plus, la réforme entraîne des effets ricochets qui peuvent atteindre les femmes dans différents «univers d'implication». Par exemple, à cause des compressions budgétaires, les effectifs du réseau public de la santé et des services sociaux québécois ont été réduits. En juillet 1997, 17 678 syndiqué(e)s et 1 051 cadres ont pris leur retraite, afin de pouvoir bénéficier du programme de départs volontaires proposé par le gouvernement. Selon la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances du secteur public (CARRA), ces départs à la retraite représentent une baisse de 10% des effectifs totaux (Bégin, 1998b). Les compressions de personnel ont des conséquences sur l'organisation du travail dans les établissements, donc sur les travailleuses du réseau public : accroissement de la charge de travail, adaptation à de nouveaux modes de prestation des soins, augmentation du stress, etc. La qualité des soins s'en ressent, ce qui a un effet sur les femmes qui ont recours aux services de santé. Par ailleurs, les femmes sont appelées de plus en plus à combler les carences du réseau, soit comme aidantes dans la famille, soit comme membres d'organismes communautaires.

Ces effets sont liés au processus de privatisation que nous avons décrit précédemment. Ainsi, il y a un certain consensus dans la littérature consultée, pour dire que le virage ambulatoire n'aurait pas les mêmes

effets sur les femmes si les ressources étaient suffisantes dans le milieu de vie pour assurer les soins pré et post-hospitaliers, et si les médicaments et les équipements requis à domicile étaient fournis automatiquement et sans frais (AFÉAS et coll., 1998 ; Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux, 1998 ; RIOCM, 1998).

<p>Certains effets touchent à la fois les femmes et les hommes; d'autres sont spécifiques ou plus marqués pour les femmes. Par ailleurs, certaines conséquences diffèrent selon les conditions de vie et les caractéristiques personnelles des femmes.</p>	<p>Certains effets touchent à la fois les femmes et les hommes; d'autres sont spécifiques ou plus marqués pour les femmes. Par ailleurs, certaines conséquences diffèrent selon les conditions de vie et les caractéristiques personnelles des femmes. Par exemple, les enjeux concernant l'accessibilité aux services sociaux et de santé sont plus accentués ou même différents pour les femmes qui habitent les régions périphériques (pénurie de médecins, frais de transport, etc.). La détérioration des soins touche particulièrement les femmes âgées et les femmes handicapées qui vivent à domicile ou dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. La diversité ethnoculturelle doit aussi être considérée dans l'analyse des effets de la réforme, que ce soit au plan de l'accessibilité ou de l'adéquation des services aux valeurs ou aux dynamiques familiales dans le soutien aux proches.</p> <p>L'expérience des femmes qui utilisent les services, des femmes qui travaillent dans le réseau socio-sanitaire, des femmes aidantes et des femmes actives dans le milieu communautaire met en évidence la nécessité de réaliser des recherches et des études systématiques portant sur le prix de la réforme du système de santé et de services sociaux pour les femmes.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## LE PRIX DE LA RÉFORME POUR LES FEMMES QUI UTILISENT LES SERVICES DE SANTÉ

a aussi des effets sur l'état de santé des

«D'autres études  
démontrent que  
les patients  
soignés dans des  
unités qui  
manquent de  
personnel  
présentent  
davantage de  
complications que  
les patients  
comparables  
traités dans des  
unités  
«adéquatement»  
dotées en  
personnel.»  
(Shannon)

Les femmes sont les premières utilisatrices du système de santé. En effet, *«les statistiques québécoises sur l'hospitalisation et la consultation (RAMQ) font état d'une plus grande utilisation générale des soins de santé par les femmes, entre 15 et 64 ans.»* (Guyon, 1996 : 67). Il est donc raisonnable d'estimer qu'elles sont les plus touchées par les conséquences de la réforme, notamment une dégradation de la qualité des soins, des délais d'attente accrus, la désassurance de certains services et le transfert des coûts; de même que par une certaine confusion causée par les fusions d'établissements et les changements de missions.

La dégradation de la qualité des soins est observée avec beaucoup d'acuité dans les salles d'urgence des hôpitaux, de l'avis même du Collège des médecins : *«l'épuisement des troupes et les délais d'attente causés par les engorgements chroniques des salles d'urgence affectent la qualité des soins (...). De trop nombreux patients séjournent sur des civières, entassés dans des corridors et attendent que les médecins et infirmières surchargés aient le temps de les traiter, de les soigner ou tout simplement de s'en occuper.»* (Collège des médecins, 1999:1). Le Collège des médecins parle même de l'apparition d'un syndrome des urgences qui affecterait des malades ayant besoin de soins mais qui refuseraient de se rendre à l'hôpital à cause d'une mauvaise expérience passée à l'urgence.

La réduction des effectifs en soins infirmiers

personnes hospitalisées. Selon la directrice des soins infirmiers au Centre universitaire de santé McGill, Valérie Shannon: *«des études confirment que les résultats de l'intervention médicale sont tributaires des niveaux de dotation en personnel infirmier et de ses compétences. Ces deux importantes variables sont étroitement liées à la mortalité des patients... D'autres études démontrent que les patients soignés dans des unités qui manquent de personnel présentent davantage de complications (par ex.: plaie de lit, pneumonie et infection urinaire) que les patients comparables traités dans des unités «adéquatement» dotées en personnel.»* (Shannon, 1999).

Même si le modèle biomédical a toujours été dominant, la charge de travail des professionnelles et professionnels de la santé réduit le temps disponible et l'intérêt de recourir à des approches globales, qui tiennent compte de la réalité des femmes. Par exemple, dans les services en santé mentale et les services aux personnes âgées, la médicalisation des problèmes est souvent le seul mode de traitement offert dans le réseau public.<sup>65</sup> À l'issue d'un récent symposium sur l'inégalité dans les soins de santé, l'Association canadienne de gérontologie a constaté que: *«les femmes et les patients âgés ont beaucoup moins de chances que les hommes jeunes de recevoir des traitements éprouvés pour les maladies cardiovasculaires, car les médecins diagnostiquent peu et traitent peu ces maladies chez ces deux sous-groupes de population... Malheureuse-*

ment, 84% des hypertendus, soit 3,4 millions de personnes, ne font pas stabiliser leur tension artérielle et les femmes âgées (entre 65 et 74 ans) représentent 36% des femmes qui souffrent d'hypertension.» (La Presse, 30 mai 1999).

En milieu hospitalier, les pressions pour libérer des lits sont telles que les séjours sont écourtés. Il n'y aurait pas de normes professionnelles de «guérison» appliquées de façon stricte: «l'évaluation de la condition physique du malade est minimale et approximative lorsqu'il s'agit de décider de la sortie.» (AFÉAS)

La pénurie de ressources affecte également la qualité des soins dans les services aux personnes âgées hébergées, des femmes en grande majorité. Selon l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, le taux de réponse aux besoins des pensionnaires chute constamment.<sup>66</sup> La Fédération des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec rapportent que, dans certains CHSLD, il n'y a pas d'infirmière en poste le soir ou la nuit, ce qui a notamment comme conséquence d'accroître la fréquence des chutes et des plaies de lit chez les personnes hébergées. Certains établissements ont alors tendance à augmenter les contentions physiques et chimiques pour pallier le manque de personnel. Par ailleurs, «les infirmières ont été à même de constater la hausse des complications pouvant pourtant être évitées et entraînant un retour à l'urgence, voire la réadmission des patients» (FIIQ et OIIQ, 1998 : 2). Une vaste enquête menée auprès de plus de 2 000 infirmières et infirmiers travaillant dans divers établissements de la région de Québec, révèle que plusieurs croient que les soins physiques sont donnés au détriment des autres besoins (Bourbonnais et coll., 1998).

En milieu hospitalier, les pressions pour libérer des lits sont telles que les séjours sont écourtés.<sup>67</sup> Il n'y aurait pas de normes professionnelles de «guérison» appliquées de façon stricte : «l'évaluation de la condition physique du malade est minimale et approximative lorsqu'il s'agit de décider de la sortie. Elle semble parfois se réduire à la capacité du patient de se lever et de marcher, dans certains cas malgré des étourdissements et un état de faiblesse générale» (AFÉAS et coll., 1998 : 23). Un sondage réalisé pour la Régie régionale de Québec montre qu'«entre 20% et 40% des répondants en chirurgie avec hospi-

talisation et 24% en chirurgie d'un jour auraient préféré un séjour plus long.» (Régie régionale de Québec, 1997 : 29). La réduction des durées de séjour et les congés hâtifs en périnatalité<sup>68</sup> mènent parfois à des expériences difficiles pour la mère, surtout lorsqu'elle a peu de soutien à la maison. C'est une source d'anxiété accrue, notamment pour les jeunes mères et celles qui vivent avec des revenus modestes.

Avec les fermetures de lits et le manque de personnel, les listes d'attente pour obtenir des soins s'allongent et le temps d'attente pour des traitements requis augmentent (Jérôme-Forget et Forget, 1998). Pour le suivi externe en psychiatrie, il faut compter plusieurs mois d'attente (RIOCM, 1998). Les délais peuvent s'additionner les uns aux autres: attente d'abord pour avoir un rendez-vous chez un médecin généraliste; attente ensuite pour voir le spécialiste à qui on a été référé; nouveaux délais pour l'accès aux services diagnostiques et aux traitements (Ramsay et Walker, 1998). Dans le programme de prévention du cancer du sein, par exemple, les examens de dépistage sont gratuits dans les cliniques de radiologie privées. Toutefois, s'il faut pousser les investigations, le délai d'attente pour obtenir une échographie en centre hospitalier est de l'ordre de quatre mois, à moins de payer des frais pour obtenir le service dans le secteur privé. D'autres délais s'ajoutent pour l'accès au traitement, et un bon nombre de femmes sont alors référées aux États-Unis.

À l'échelle canadienne, il semble que ce soit le Québec qui reçoive la «palme de l'inflation des listes d'attente». «Province où l'on attendait le moins pour voir un spécialiste en 1993, soit 2,9 semaines, le Québec faisait patienter ses malades 5,4 semaines en 1997, soit deux semaines et demi de plus.» (Léger, 1998 : A 5).<sup>69</sup> Dans plusieurs cas, les délais d'attente subis nourrissent l'anxiété, l'angoisse et peuvent même affecter l'état de santé. «À cet égard, il n'y a pas d'évidence probante que les taux de mortalité au Canada augmentent de façon significative parce que des services

médicaux n'auraient pas été dispensés. Toutefois, si l'on considère que l'élimination de la douleur et de la souffrance est le résultat recherché dans les soins médicaux, alors les souffrances accrues des patients par suite de délais de traitement peuvent être considérées comme le résultat de services défectueux [notre traduction].»<sup>70</sup> (Ramsay et Walker, 1998: 5).

Le rapport de la commissaire aux plaintes du MSSS note une augmentation de 15% des plaintes pour 1997-1998 par rapport à l'année précédente et notamment une hausse des plaintes qui ont trait à l'accessibilité et à la continuité des soins.

Une autre conséquence de l'accroissement des délais d'attente est que de plus en plus de gens sont tentés de remplacer les services médicaux publics qui ne sont pas disponibles, par des services privés, d'accès plus rapides ici ou à l'extérieur du Canada (Ramsay et Walker, 1998). «*Les examens, les soins de santé et les services sociaux nécessitant désormais une longue attente ou qui sont inaccessibles dans le réseau public constituent des produits promus dans le lucratif marché de la santé en expansion*», signale le RIOCM (1998: 54). Mentionnons par exemple que l'accès à des services d'avortement dans des établissements publics est limité et qu'il est soumis à des délais d'attente, ce qui incite à recourir à des cliniques privées où la femme enceinte doit assumer des coûts importants. Qu'en est-il alors des principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité qui sont à la base du système public?

Une fois reçu le congé de l'hôpital, la continuité des soins n'est pas automatiquement assurée. Le rapport de la commissaire aux plaintes du MSSS note une augmentation de 15% des plaintes pour 1997-1998 par rapport à l'année précédente et notamment une hausse des plaintes qui ont trait à l'accessibilité et à la continuité des soins. La commissaire souligne, de plus, la présence de plaintes qui concernent le fonctionnement du système de santé, notamment : l'inefficacité et l'insuffisance des mécanismes de coordination inter-établissements; la variabilité des critères pour déterminer l'étendue des services qui seront offerts par le réseau public; le manque d'information sur

les modalités d'accès aux services; des pratiques contraires aux règles en matière de consentement aux soins; des problèmes d'accessibilité régionale aux services de réadaptation.<sup>71</sup>

On remarque également des reculs dans la mise en oeuvre des programmes préventifs, tels les cours prénatals et les suivis postnatals qui, dans certains CLSC, sont offerts uniquement aux femmes présentant un certain nombre de «facteurs de risques» (AFÉAS et coll., 1998). Il faut toutefois mentionner que certaines des priorités retenues par le MSSS et diverses régies régionales, en ce qui concerne les programmes de prévention, portent sur des questions qui préoccupent les femmes: par exemple, diminuer la violence faite aux femmes en milieu familial; réduire la mortalité due au cancer du sein; améliorer la santé et le bien-être des nouveaux-nés en intervenant auprès des femmes au moment de la grossesse. C'est là un acquis qui reste cependant fragile car les ressources consacrées à l'atteinte des objectifs visés ne sont pas toujours à la hauteur et les efforts de concertation intersectorielle, notamment avec le réseau communautaire, ont connu des résultats inégaux dans les différentes régions.

Sur un autre plan, le transfert de coûts, du réseau public de santé et de services sociaux vers les utilisatrices prend diverses formes. Avec le virage ambulatoire et les chirurgies d'un jour, les soins infirmiers préopératoires et post-hospitaliers doivent être dispensés dans le milieu de vie. Les CLSC sont désignés pour assurer ces soins, dans un contexte où leurs ressources sont nettement insuffisantes pour faire face à la demande de services. «*En 96-97, à peine 8% des personnes hospitalisées ont reçu l'aide d'un CLSC à leur sortie de l'hôpital. Chez les ainé(e)s, les services rejoignent seulement 53% de la clientèle présumée en besoin*» (Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux, 1998 : 30). Lorsqu'une

demande de services à domicile leur est adressée, certains CLSC vérifient d'abord si les personnes ont une assurance privée couvrant les services requis et, si tel est le cas, elles sont alors orientées vers les agences privées (Coalition féministe, 1998)<sup>72</sup>. Des personnes handicapées qui recevaient plusieurs services d'aide domestique gratuitement doivent maintenant défrayer le coût de ces services dispensés par des entreprises d'économie sociale ou des travailleuses autonomes.

La baisse de consommation de médicaments essentiels a entraîné des effets négatifs sur la santé des groupes les plus vulnérables et une hausse de la consommation des autres services de santé.

Plusieurs utilisatrices des services de santé, notamment parmi les femmes âgées et celles qui vivent avec des prestations d'aide sociale, assument désormais une plus grande part du coût des médicaments et des fournitures nécessaires aux soins. La réduction des durées de séjour à l'hôpital raccourcit aussi la période pendant laquelle l'hôpital fournit ce matériel sans frais. Comme nous l'avons souligné, le régime d'assurance-médicaments ne couvre pas tous les médicaments prescrits, ni tous les frais relatifs à l'achat des fournitures. Les frais de co-assurance représentent une ponction importante sur les revenus des personnes âgées et des personnes assistées sociales. Le Protecteur du citoyen est intervenu à trois reprises auprès du gouvernement pour exiger un régime plus équitable. Les organismes communautaires font le constat que l'assurance-médicaments déstabilise les plus pauvres. «*D'abord par un impact sur leur budget, mais également sur leur santé qui, pour certains, aura été d'éliminer l'achat d'un médicament qui, pour d'autres, aura été de couper sur l'alimentation et de retarder le paiement du loyer, de l'électricité ou du téléphone.*» (ROCC 03, 1997 : 20).

Une étude réalisée par des chercheurs de l'Université McGill a fait les constats suivants: l'introduction du régime a provoqué une baisse de la consommation de médicaments chez les personnes âgées (9% en moyenne) et chez les prestataires d'aide sociale (14% en moyenne); la baisse de consommation de médicaments essentiels a entraîné des effets négatifs sur la santé des groupes les plus vulnérables et

une hausse de la consommation des autres services de santé (visites médicales, visites à l'urgence, hospitalisations). Ces effets négatifs ont été plus importants chez les prestataires d'aide sociale que chez les personnes âgées, notamment chez les prestataires souffrant de troubles mentaux sévères et persistants; en contrepartie, la diminution de la consommation de médicaments moins essentiels a fait diminuer le nombre de visites médicales chez les personnes âgées qui prennent régulièrement ces médicaments (Tamblyn, 1999, cité dans MSSS, 1999b). Par ailleurs, «*les plus récentes modifications apportées au régime d'assurance-médicaments [destinées à rétablir l'accès aux médicaments gratuits pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale chroniques] n'ont pas été étendues aux personnes âgées. On invoque le fait que leurs revenus sont plus élevés que ceux des bénéficiaires de l'aide sociale. C'est vrai quand on ne fait pas de distinction entre les revenus des hommes et des femmes, mais si l'on regarde la situation de plus près, les revenus de plusieurs femmes âgées seules les placent dans les catégories de personnes vivant sous le seuil de pauvreté.*» (Conseil du statut de la femme, 1999b : 45)

La Coalition sur l'assurance-médicaments, qui réunit plusieurs groupes québécois de défense des droits, soulève d'autres types de problèmes liés au régime d'assurance-médicaments : «*inégalités entre citoyens qui, à revenu égal, ont des contributions financières différentes à payer; obligation faite à des milliers de travailleurs d'inscrire leur conjoint et enfants à leur régime privé avec pour conséquence une augmentation draconienne des primes; absence de parité entre les régimes publics et privés; absence de confidentialité, les demandes de remboursement devant dans certains cas transiter par les employeurs.*» (Guay, 1999 : A-7).

Les femmes qui utilisent les services de santé sont donc particulièrement touchées par les tendances à la privatisation non seulement parce qu'elles consultent

davantage, mais aussi parce qu'elles sont plus nombreuses à connaître la pauvreté. Pour ces femmes, il est souvent plus difficile de se procurer des services de moins en moins accessibles, de mobiliser des ressources pour obtenir du soutien lors de congés hospitaliers hâtifs, de faire valoir leurs besoins lorsqu'elles sont âgées et seules à domicile et d'assumer les coûts supplémentaires pour se procurer des médicaments indispensables.

## LE PRIX DE LA RÉFORME POUR LES TRAVAILLEUSES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Dans l'ensemble des établissements, les conditions de travail sont plus difficiles; il y a surcharge et intensification du rythme de travail, la nature des tâches se transforme, les risques d'erreurs augmentent.

Les travailleuses du réseau public de la santé et des services sociaux, qui représentent trois employées sur quatre dans ce secteur, ressentent durement les contre-coups de la réforme. Les éléments qui ont eu le plus d'impacts sur les conditions de travail des employées du réseau public sont les fermetures d'établissements, les fusions, les redéfinitions de tâches, les mouvements de personnel et les départs massifs.

Les nombreux transferts et déplacements de personnel ont exigé beaucoup de flexibilité et de capacité d'adaptation de la part de milliers de femmes qui assurent les services sociaux et de santé. Par exemple, une infirmière déplacée d'une unité spécialisée dans un centre hospitalier vers un CLSC où la pratique infirmière exige plus de polyvalence, peut vivre un sentiment de déqualification, surtout si ce transfert n'est pas accompagné d'une formation de mise à jour de ses connaissances professionnelles. De plus, les transferts ont démantelé des équipes de travail bien rodées dans un milieu, pour mettre en présence des cultures organisationnelles différentes dans un nouveau lieu de travail, ce qui peut être une source de stress importante. Sans compter l'insécurité du personnel non permanent qui voit arriver de l'extérieur de l'établissement des employées qui bénéficient de la sécurité d'emploi. Ces multiples sources de tensions, coïncidant avec une charge de travail accrue, présentent un risque d'épuisement.

Dans l'ensemble des établissements, les conditions de travail sont plus difficiles; il y

a surcharge et intensification du rythme de travail, la nature des tâches se transforme, les risques d'erreurs augmentent (AFÉAS et coll., 1998). Dans les hôpitaux, il y a moins de personnel pour s'occuper de personnes qui sont plus gravement malades et qui nécessitent plus de soins. Comme le signale la directrice des soins infirmiers au CSUM : « *Au Centre universitaire de santé McGill, deux systèmes indépendants et réputés d'évaluation de la charge de travail de même que l'analyse des tendances des quatre dernières années ont démontré que dans les établissements pour adultes, les soins assurés aux patients en médecine ont augmenté de 15% et ceux qui sont prodigués aux patients en chirurgie, de 17%. Notre capacité de réaction, qui prend la forme d'un accroissement du nombre d'heures de travail du personnel infirmier, n'a pas été augmentée d'autant.* » (Shannon, 1999).

Dans une enquête réalisée auprès des infirmières de la région de Québec, la charge de travail paraît s'être accrue pour 85% du personnel infirmier (Bourbonnais et coll., 1998). Les répondantes et les répondants disent également, dans une proportion de 74%, ne pas avoir assez de temps pour faire leur travail. Dans la même enquête, le personnel infirmier déclare des niveaux de détresse psychologique beaucoup plus élevés qu'en 1994 (41% contre 29%), c'est-à-dire qu'avant le virage ambulatoire et la vague de compressions budgétaires qui s'est amorcée en 1995. Cette forte déclaration de détresse psychologique, qui s'annonce encore plus forte (56%) chez celles qui n'ont pas de sécurité d'emploi, fait donc de ces infirmières et



infirmiers un groupe à risque de développer des problèmes de santé.<sup>73</sup>

Dans les salles d'urgence, les conditions de travail se sont détériorées à tel point qu'à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, par exemple, le personnel infirmier a refusé à plus d'une reprise de se présenter au travail, jugeant dangereuses les conditions d'exercice de la profession. La Commission de la santé et de la sécurité du travail leur a donné raison. Les médecins perçoivent aussi un alourdissement de leur charge de travail, dans tous les lieux de pratique (Leclerc, 1998).

Les agences  
privées et les  
entreprises  
d'économie  
sociale se sont  
multipliées dans  
les services à  
domicile,  
encouragées en  
cela par l'achat de  
services  
contractés par les  
CLSC débordés.

L'alourdissement des tâches est aussi très fréquent dans les soins à domicile dispensés par les CLSC. Le nombre de visites à domicile qu'une infirmière doit faire quotidiennement a augmenté d'environ 50%. Les auxiliaires familiales et sociales doivent aussi travailler à un rythme accru et les risques d'accidents de travail augmentent, surtout lorsqu'elles doivent déplacer seules à domicile, des personnes qui ont une mobilité réduite. «*Les données de 1993-1996 montrent que les auxiliaires sont victimes de 48% des lésions professionnelles, même si elles ne constituent que 13% de la main-d'oeuvre.*» (Conseil du statut de la femme, 1999 : 71). La clientèle des services à domicile devenant de plus en plus nombreuse et diversifiée, les risques de harcèlement ou d'agression verbale ou parfois physique s'accroissent, à l'égard des femmes qui dispensent des services à domicile.

Les changements dans les pratiques professionnelles, les lieux de services et la réduction des effectifs soulèvent également la question des rôles professionnels et de l'utilisation des compétences des différents groupes d'employé(e)s (Dussault, 1994). D'un côté, les conditions de pratique se détériorent et la précarité d'emploi accrue, avec l'augmentation du travail occasionnel ou à temps partiel, risque d'entraîner une diminution des compé-

tences techniques. «*Comme il n'y a que des emplois occasionnels, seulement 8% des diplômées de 1998 et 17% des diplômées de 1994 [en sciences infirmières] occupent un poste à temps plein au Québec. Le manque de débouchés s'est traduit par une déqualification.*» (Shannon, 1999). D'un autre côté, les compressions de personnel et les redéfinitions de tâches font naître des conflits de rôles, par exemple entre les infirmières diplômées et les infirmières auxiliaires. La division du travail entre ces deux groupes est bouleversée par les compressions et les réorganisations de services en milieu hospitalier. À terme, la disparition de certains corps d'emploi semble s'annoncer, avec tout ce que cela risque d'entraîner sur l'organisation du travail dans le réseau de la santé. Tous les groupes professionnels craignent leur remplacement par du personnel «moins coûteux».

Comme nous l'avons déjà mentionné, les agences privées et les entreprises d'économie sociale se sont multipliées dans les services à domicile, encouragées en cela par l'achat de services contractés par les CLSC débordés. Dans la région de Montréal-Centre, les CLSC ont acheté, en 1994-1995, pour plus de 8 millions de dollars de services à des agences privées au taux horaire moyen de 9,94\$, alors que le coût d'un salaire moyen d'une auxiliaire familiale en CLSC se situe entre 16 \$ et 18 \$ l'heure (Corbin, 1996). Dans un premier bilan des entreprises d'économie sociale, réalisé pour le compte du MSSS, les données fournies indiquent que près de neuf employés sur dix sont des femmes et 40% de ces personnes proviennent de la sécurité du revenu. Bien qu'il y ait des variations notables entre les différentes entreprises, le taux horaire du personnel dans les services directs varie entre 6,80 \$ et 8,30 \$ et près de la moitié des employé(e)s travaillent à temps partiel (Bélanger, 1998, cité par le Conseil du statut de la femme, 1999 : 78). La comparaison avec les conditions de travail dans le réseau public suggère que

L'État réduit les coûts des services de santé en créant des «emplois de seconde zone» pour les femmes qui composent la grande majorité du personnel. Même s'il se trouvera des analystes pour prétendre qu'il ne s'agit pas de substitution directe d'emplois bénéficiant de conditions de travail adéquates par des emplois précaires et moins rémunérés, force est de constater que, dans l'ensemble, les gains réalisés par les femmes dans ce secteur d'emploi où elles sont majoritaires, sont fragilisés par la réforme du système de santé.

Avec le virage ambulatoire, on observe un changement de paradigme. Le domicile est devenu un lieu de soins reconnu formellement et l'aidante devient de plus en plus une «soignante».

**L**a réforme en cours se réclame d'un nouveau partage de responsabilités entre les familles et l'État. Or dans le domaine du soutien à domicile des personnes âgées, les familles sont la principale sinon l'unique source d'aide. Une recension des recherches canadiennes, québécoises et américaines sur le soutien aux personnes âgées, réalisée au début des années quatre-vingt-dix, indique que 70% à 80% des soins personnels et des services viennent de la famille tandis que les organismes communautaires et l'État ne contribuent que pour 10% du soutien (Garant et Bolduc, 1990). Une recherche récente vient confirmer que la famille dispense encore 70% des soins infirmiers et d'assistance aux personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile et recevant des services du réseau public de santé et de services sociaux. Cette proportion augmente à 80% lorsque les personnes âgées ne reçoivent aucune aide du réseau public (Hébert et coll., 1997).

Avec le virage ambulatoire, on observe cependant un changement de paradigme. La prestation de soins à domicile inclut maintenant des personnes de tout âge, y compris un bon nombre de personnes âgées qui reçoivent un congé précoce après une chirurgie ou un traitement médical à l'hôpital. Leur état ne nécessite pas toujours des soins à long terme, mais exige une disponibilité des proches, souvent avec un délai d'avis très court. Le domicile est devenu un lieu de soins reconnu formellement et l'aidante devient de plus en plus une «soignante». Ces changements accroissent la pression

La complexité des soins augmente sans préparation adéquate des personnes aidantes qui voient leurs responsabilités accrues. Il s'agit d'une source de stress supplémentaire, notamment pour les femmes plus âgées : « Dans une situation dite «simple» où les soins à domicile consistaient en l'administration de médication, l'assistance légère dans les activités quotidiennes et une surveillance occasionnelle du site opératoire, ces femmes ont généralement une perception positive du virage ambulatoire... Les femmes ayant vécu l'expérience d'une situation complexe devaient prodiguer à leur conjoint des soins de l'ordre des soins infirmiers (pansements, irrigation de plaie, administration et surveillance de médication, hygiène, diète, etc.), et 75% d'entre elles recevaient des services des professionnels de la santé une fois par semaine pour elles-mêmes. Voici les principales difficultés rencontrées : l'absence de choix possible au niveau de la situation vécue; l'état de santé précaire lié au fardeau que représente le rôle de soignante; la complexité des soins exigés qui fait naître un sentiment d'insécurité; l'absence de planification du congé et des soins à domicile offerts suite au congé; le transfert des coûts du système de santé vers les usagers des services » (Ducharme, F. et coll., 1998). Les rapports de la personne aidante avec la personne aidée dans le contexte du virage ambulatoire se situent dans un cadre fort différent d'une intervention professionnelle balisée par des évaluations et des normes professionnelles. La dimension affective indissociable de la relation d'aide au sein de la famille impli-

Une enquête de Santé Québec montre que, parmi les aidants qui cohabitent avec la personne aidée, 80% des femmes aidantes sont aidantes principales, contre 46% des hommes dans la même situation.

que une charge émotive et rend plus difficile toute tentative de faire reconnaître ses propres limites personnelles. La responsabilité d'assurer le soutien et les soins aux membres de leur famille est assumée principalement par les femmes. Une enquête menée dans le cadre de la commission Rochon auprès d'un échantillon représentatif révélait que 67% des aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie sont des femmes (Jutras et Veilleux, 1989). Dans un récent rapport sur les nouvelles tendances dans l'aide informelle, préparé pour Santé Canada,<sup>74</sup> Nancy Guberman souligne que plusieurs recherches «ont documenté le fait que, dans la plupart des familles, ce n'est pas l'unité familiale, qu'elle soit une famille nucléaire ou étendue, mais bien un membre de la famille qui assume la responsabilité première des soins et que ce membre est habituellement une femme (Biegel & Blum, 1990; Finch & Groves, 1983; Guberman et coll., 1991; Guberman et Maheu, 1997). [notre traduction]» (Guberman, 1999 : 24). Une enquête de Santé Québec montre aussi que, parmi les aidants qui cohabitent avec la personne aidée, 80% des femmes aidantes sont aidantes principales, contre 46% des hommes dans la même situation (Lavoie, Lévesque et Jutras, 1995).

La réforme du système de santé a donc des effets fort différents pour les femmes et les hommes, marquant la pression exercée par les rôles sociaux attendus des femmes. Diverses études confirment que, si la personne aidante est un homme, le recours au soutien formel et informel diffère, considérant la contribution différente des hommes et des femmes dans les soins aux membres de la famille : «*Les aidants principaux de sexe masculin reçoivent plus d'aide de la part des autres membres de la famille que les aidants principaux de sexe féminin (Walker, 1991). Lorsqu'un homme s'occupe de sa conjointe en perte d'autonomie, il reçoit de l'aide de ses filles; ce qui est moins le cas lorsqu'une femme s'occupe de son conjoint (Roy et coll. 1992). Dans les quelques cas où le fils s'occupe de son parent âgé, sa femme, c'est-à-dire la belle-fille, a très souvent une*

*responsabilité importante dans la prise en charge. Selon Matthews et Rosner (1998), une fille qui ne peut pas ou ne veut pas s'occuper d'un parent âgé, se sent coupable et doit fournir des excuses valables. Dans le cas d'un fils, la non contribution à la prise en charge semble plus normale*» (Vézina et Pelletier, 1998 : 8). Les dynamiques familiales contribuent souvent à développer un sentiment de culpabilité chez les femmes aidantes, même lorsque le proche est hébergé, ce qui joue un certain rôle dans la réticence des familles, surtout des femmes, à recourir aux services formels: «*Il appert que les hommes sont moins réticents que les femmes à solliciter du soutien (...) Les hommes sont en général «plus vulnérables» dans une situation de prise en charge parce qu'ils sont démunis dans des tâches qui traditionnellement ne leur ont pas été confiées.*» (Paquet, 1997 : 117).

La nature des tâches et responsabilités assumées par les personnes aidantes varient également selon le sexe. Les femmes aidantes assurent davantage des soins personnels et domestiques que les hommes, et elles y consacrent plus d'heures par semaine que ces derniers. Les aidants masculins s'occupent davantage du transport et de l'administration des biens de la personne aidée. Les aidants connaissent également moins de tensions entre les tâches qu'ils assument et les exigences de leur emploi. (Guberman, 1999)

Malgré l'entrée massive des femmes sur le marché du travail au cours des dernières décennies, la division des tâches domestiques ne s'est pas modifiée de façon significative, bien que l'on constate une lente évolution. Les exigences liées aux responsabilités de l'aidante viennent donc accentuer les difficultés de conciliation entre les tâches domestiques et celles du travail salarié. Plus d'un tiers des aidantes au Canada sont en emploi et le tiers d'entre elles rapportent que leurs responsabilités d'aidantes interfèrent avec leur travail (Canadian Study in Health and Aging, 1994; Gottlieb et coll., 1994; Guberman et Maheu, 1993). «*Les femmes qui sont sur le*

La prise en charge d'une personne en perte d'autonomie touche plusieurs aspects de la vie des aidantes qui éprouvent souvent des difficultés à concilier la responsabilité d'aidante avec leur vie personnelle.

*marché du travail ne s'impliquent pas moins dans la prise en charge; elles ont plutôt tendance à cumuler travail salarié, travail domestique et travail de prise en charge en éliminant leur temps libre. Elles décident parfois de travailler à temps partiel ou de quitter leur emploi. Ce constat ne nie pas la contribution des autres membres de la famille, mais il met en évidence la place encore prédominante des femmes dans la sphère du soutien familial, le caractère encore fortement sexué du rôle d'aidant dit «naturel» dans les familles et le peu de changement dans le partage des tâches entre les hommes et les femmes.» (Guberman et Maheu, 1997: 19). Ainsi, une enquête révèle que 9% des personnes aidantes, en majorité des femmes, ont réduit leurs heures de travail, 5% ont refusé des responsabilités professionnelles et 6% ont cessé de travailler (Jutras et Veilleux, 1989). Ceci représente un prix important mais difficilement quantifiable pour les femmes qui prennent soin de membres de la famille dont la santé est fragilisée par des problèmes ponctuels ou chroniques.*

La prise en charge d'une personne en perte d'autonomie touche plusieurs aspects de la vie des aidantes qui éprouvent souvent des difficultés à concilier la responsabilité d'aidante avec leur vie personnelle: *«Pour la majorité des personnes-soutien, prendre soin de leur aîné rend difficile la possibilité de prendre des vacances, de travailler régulièrement et affecte la santé physique et mentale. De plus, pour plusieurs, la routine quotidienne est bouleversée et la planification d'activités sociales ou de passe-temps à l'extérieur de la maison de même que l'intimité sont problématiques. Dans certains cas, la prise en charge d'un être cher constitue une charge financière et limite la disponibilité pour les membres de la famille.» (Paquet, 1990 : 107).*

Un certain nombre d'écrits font état de l'impact de ce rôle sur les conditions et la qualité de vie des femmes ainsi que sur

leur santé (stress, anxiété, épuisement physique et moral)<sup>75</sup>; sur leur vie personnelle, familiale ou de couple (les conflits de rôle étant source de multiples tensions); sur les obstacles à l'exercice d'autres activités sociales dans leur emploi, leurs loisirs ou les activités bénévoles. Quand les services que doivent assumer les personnes aidantes sont de longue durée, les effets sur leurs conditions de vie et leur santé sont notables (Gottlieb, 1998). Il faut alors considérer les contraintes vécues par les femmes aidantes, qui sont liées notamment aux types d'incapacités de la personne soignée et à la durée des soins à lui procurer; aux ressources de la famille, tant financières que dans ses habiletés à chercher de l'aide; à la structure et au climat familial qui favorisent plus ou moins le soutien de l'entourage, notamment pour les femmes en situation plus vulnérable (monoparentalité, violence conjugale et familiale); à l'origine ethnoculturelle qui marque les rôles sociaux et les dynamiques familiales; à la situation personnelle des femmes aidantes, que ce soit au plan de leurs responsabilités familiales, de leur emploi ou du lieu de résidence, les conditions de vie en milieu rural et en milieu urbain étant fort différentes (Lauzon et coll., 1998).

Des études indiquent que les femmes ne refusent pas d'aider leurs proches et certaines trouvent cette expérience positive, surtout dans les situations moins complexes (Ducharme et coll., 1998; Brault, 1998). Pour se sentir à l'aise dans le rôle d'aidante, il est important d'avoir le choix d'aider de son plein gré sans avoir la pression des services publics et de disposer réellement d'alternatives à la prise en charge familiale. Il est aussi important de valider le consentement de l'aidante en fonction de l'évolution de la situation de la personne aidée et des rapports entre personnes aidante et aidée. La lourdeur de la charge physique et émotive à assumer est souvent difficile à évaluer au premier abord. Cependant, les aidantes ne sont pas

Les services publics considèrent souvent l'implication de la famille, notamment des femmes, comme une responsabilité première et interviennent dans un rôle de suppléance.

nécessairement consultées dans l'organisation des soins, même si elles sont identifiées comme des partenaires dans certaines politiques de services à domicile. Les services publics considèrent souvent l'implication de la famille, notamment des femmes, comme une responsabilité première et interviennent dans un rôle de suppléance. Les femmes aidantes ne sont pas encore reconnues comme des utilisatrices potentielles des services de santé et des services sociaux, ces derniers étant orientés essentiellement vers la personne malade ou en perte d'autonomie. La promotion de la santé et du bien-être des aidantes, ainsi que leur droit au soutien en réponse à leurs propres besoins de la part des services publics, sont peu mentionnés dans les orientations politiques qui ont présidé à la mise en oeuvre de la réforme du système de santé et de services sociaux (Lavoie et al. 1998).

Malgré ces faits maintenant bien connus, une analyse des politiques et programmes de services à domicile au Québec révèle un désintérêt à l'égard de la santé des femmes aidantes. *«Toutes les instances du Réseau de la Santé et des Services sociaux ont comme objectif de favoriser le maintien des personnes dépendantes dans leur milieu de vie naturel et d'éviter, tant que faire se peut, de recourir aux solutions institutionnelles. Parallèlement, ce réseau, donc l'État québécois, a tendance à redéfinir son rôle comme un soutien ou un suppléant aux ressources familiales et communautaires. Ce faisant, l'État considère généralement les aidantes comme des ressources, certes importantes, mais essentiellement des ressources nécessaires à son objectif de maintien des personnes dépendantes dans la communauté.»* (Lavoie et coll., 1998:81). Tant le MSSS, que les régies régionales ou les CLSC (avec quelques exceptions dans les deux derniers cas) accordent très peu d'importance à la situation des aidantes dans leurs documents d'orientation. Ce manque de préoccupation se manifeste dans les outils d'évaluation utilisés, par la vision largement instrumentale de l'aide; la majorité des politiques et des programmes soulignent

surtout l'importance de soutenir les aidantes dans le but d'éviter l'épuisement. L'évaluation des différents programmes de soutien aux aidantes, afin d'en cerner les impacts et les composantes les plus pertinentes, n'est pas toujours concluante (Gottlieb, 1998)<sup>76</sup>; différentes stratégies de soutien, qu'elles soient le fait d'initiatives communautaires (groupes d'entraide, services de soutien et de répit pour les aidantes), gouvernementales (déductions fiscales pour prendre soin d'une personne en perte d'autonomie à domicile) ou privées (horaires flexibles ou congés familiaux) devraient être expérimentées conjointement (Guberman, 1999).

La contribution des aidantes aux soins dispensés aux personnes souffrant de maladie ou d'incapacités représente des coûts humains, sociaux et économiques importants. Une étude du MSSS *«confirme la valeur importante de l'intervention de l'entourage auprès des personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent à domicile. Cette contribution représente plus de la moitié des coûts et s'établit en moyenne, entre 37 \$ et 60 \$ par jour selon la valeur (coût du secteur privé ou public) qui lui est attribuée... Ce fardeau affecte l'état de santé des aidants et perturbe leur fonctionnement de sorte qu'il génère, en plus, des coûts sociaux indirects importants.»* (Hébert et coll., 1997 : 260). À cela s'ajoute le transfert de coûts, auparavant assurés dans les établissements, vers les dépenses privées des ménages, notamment le coût des médicaments et du matériel de soins autrefois fournis gratuitement en milieu hospitalier; les frais de transport accrus pour les rendez-vous médicaux; ou encore le coût des assurances privées pour l'ajout de la couverture de risques relativement aux soins post-hospitaliers donnés à domicile. De telle sorte que certains organismes parlent d'une «privatisation en douce» des services de santé.<sup>77</sup>

Certaines analyses économiques de la réorganisation des services sociaux et de santé se limitent à évaluer l'amélioration de l'efficacité des établissements du

réseau public à court terme, sans considérer des perspectives coût-efficacité quant à l'état de santé à plus long terme des personnes soignées à domicile et des personnes aidantes (MSSS, 1991, 1994, 1996; Angus et coll., 1995). Pourtant, des effets pervers de la réorganisation des services apparaissent et ils pourraient générer des coûts additionnels à plus long terme, notamment pour prodiguer des soins aux aidantes elles-mêmes et aux personnes malades ou handicapées à domicile, dont la réinstitutionnalisation pourrait être nécessaire à cause de l'épuisement de leur réseau de soutien. Ajoutons aussi que les analyses d'efficacité au plan des dépenses publiques de santé doivent être mises en contexte avec les coûts globaux des services de santé, qui incluent les dépenses privées des familles, induites par la réorganisation des services.

doivent donner lieu à des mesures significatives de soutien aux aidantes.

Les conséquences de la réforme du système de santé sur les femmes aidantes sont de plus en plus analysées et ces données probantes appellent un changement de politiques, même si diverses études constatent une faible utilisation des services formels et des services communautaires par les personnes qui ont le soutien de leur réseau familial (Renaud et coll., 1987; Leseman et Chaume, 1989; Roy, Vézina et Paradis, 1992; Paquet, 1994; Roy, Vézina et Cliche, 1998). Des pistes de solution se dégagent des recherches réalisées. Dans une perspective où le système de santé est considéré comme un déterminant de la santé d'une population, les effets des transformations de ce système de soins et services sur la santé des femmes aidantes

## LE PRIX DE LA RÉFORME POUR LES FEMMES ACTIVES DANS LE MILIEU COMMUNAUTAIRE

travail semble généralisée comme le

Les gens prennent l'habitude de s'adresser aux groupes communautaires pour obtenir des services sans voir la nécessité de leur propre implication.

**T**ravailleuses, militantes, bénévoles : les femmes sont très actives et composent la grande part des membres des organismes communautaires du secteur de la santé et des services sociaux. Les établissements du réseau public orientent de plus en plus les personnes qui ont besoin de soutien ou de services vers le réseau des groupes communautaires (AFÉAS et coll. 1998; RIOCM, 1998; ROCQ 03, 1997; Parent, 1997). Soumis à cette pression, les organismes communautaires tendent à perdre de vue leur mission et changent leurs pratiques. «*Devant l'ampleur des besoins, créés ou amplifiés par le «virage milieu», les organismes communautaires sont entraînés rapidement dans le cercle vicieux de la gestion permanente du provisoire où le service ne serait plus un moyen d'agir pour et avec la communauté, mais deviendrait une fin en soi*» (ROCQ 03, 1997 : 14). La logique de services s'introduit dans les organismes communautaires au détriment du travail d'éducation populaire, de conscientisation, de mobilisation. Les gens prennent l'habitude de s'adresser aux groupes communautaires pour obtenir des services sans voir la nécessité de leur propre implication. Une représentante d'un groupe de défense des droits fait ce commentaire: «*Au départ,...c'était des militants qui étaient dans les groupes. Puis on est passé à des membres. Maintenant ce sont des utilisateurs de services.*» (RIOCM, 1998:120).

Selon une enquête du RIOCM auprès de ses groupes membres, plusieurs organismes ont augmenté leurs services sans pour autant ouvrir de postes supplémentaires. L'augmentation des tâches des équipes de

souligne une déléguée d'un organisme qui s'adresse aux familles : «*Il y a un alourdissement de la tâche et à cause de cela, une augmentation de la pression sur l'équipe de travail. On n'arrive plus à gérer toutes les priorités, tout devient prioritaire. Nos horaires de travail s'élargissent de façon quasi-illimitée. Il faut être polyvalent, il faut être capable de faire un peu tout en plus d'assumer notre propre précarité financière.*» (RIOCM, 1998:126)

Des responsables craignent aussi que le débordement entraîne une détérioration du climat entre les travailleuses et de la qualité des services, comme l'exprime un commentaire d'une travailleuse d'un centre pour victimes d'agressions sexuelles: «*On a travaillé dans le passé pour prévenir le «burn out» dans notre milieu de travail et se donner une qualité de vie. Mais sans s'en rendre compte, on a grugé sur le temps qu'on allouait pour les rencontres de supervision, les échanges et la formation.*» (RIOCM, 1998: 128)

Les bénévoles, actives dans les organismes communautaires, voient aussi leurs tâches s'alourdir. De surcroît, «*on constate une démobilisation croissante face à des exigences qui viennent pervertir les conditions du bénévolat, fondé sur la gratuité du don et le libre choix des personnes. Les demandes faites aux bénévoles augmentent et sont parfois jugées abusives, comme par exemple l'accompagnement de personnes ayant subi une grave opération ou des horaires de répit-gardiennage englobant les nuits et les fins de semaine.*» (Coalition féministe, 1998 : 30).



À notre connaissance, il existe peu d'études systématiques traitant des conséquences de la réforme du système de santé sur les organismes communautaires. Le réseau sociosanitaire y réfère souvent comme s'il s'agissait d'un prolongement des services publics, sans toutefois connaître les effets de la réforme sur les travailleuses et les bénévoles qui y sont actives.

### **L'expérience de participation aux instances décisionnelles du réseau**

Au Québec, ce sont le Conseil du statut de la femme et les groupes de femmes des différentes régions qui poussent la réflexion quant à la participation des femmes aux structures décisionnelles ou de consultation créées à la faveur de la réforme du système de santé. Les représentantes des groupes de femmes se veulent partenaires de la régionalisation, mais elles font l'expérience du choc des cultures : la culture technocratique contre celle du communautaire (l'R des centres de femmes du Québec, 1997). Le discours technocratique prédomine; les questions relatives à la santé des femmes et aux conséquences de la réforme sur leurs conditions de vie et de santé semblent susciter peu d'intérêt et font rarement l'objet de discussions.

Une étude du Conseil du statut de la femme montre que la prise en charge du dossier de condition de vie des femmes a été délaissée par les instances régionales entre 1980 et 1995 (Conseil du statut de la femme, 1995). Pour chacune des 16 régions régionales du Québec, le document retrace l'historique du dossier de condition de vie des femmes en comparant la situation actuelle à celle ayant précédé leur création. Les indicateurs retenus pour mesurer cette évolution sont: la présence d'une personne chargée de ce dossier à la région régionale; son statut d'emploi, le poste qu'elle occupe et son rattachement administratif; et le temps de travail consacré au dossier de condition de vie

des femmes. Au moment de l'étude, une seule région régionale avait à son emploi une personne travaillant à temps plein au dossier de condition de vie des femmes !

Des préoccupations portées par le mouvement des femmes ont été inscrites dans certaines politiques ou programmes mis en oeuvre récemment, notamment avec le plan d'action du MSSS en matière de condition féminine<sup>78</sup>, ou la reconnaissance de la pratique des sages-femmes. Mais plusieurs des femmes ayant participé aux instances décisionnelles du réseau sociosanitaire se sont senties perdues dans une approche par «programmes-clientèles» et une gestion par «continuum de services». <sup>79</sup> *«En participant activement à l'administration des services, les militantes se sont trouvées elles-mêmes en train de disséquer les personnes selon les problèmes et les besoins, d'en faire des objets de procédures et de mesures administratives selon les secteurs et les programmes.»* (Couillard et coll., 1997 : 177). John Ralston Saul met cette difficulté en évidence: *«Une approche centrée sur le patient exige une ouverture et une collaboration désintéressées entre les experts, les citoyens et les gouvernements. Elle exige la transparence, la participation publique, le débat. La technocratie corporatiste privilégie une approche centrée sur la maladie, car celle-ci se prête plus facilement au contrôle.»* (Saul, 1999 : 14)

La privatisation du financement et de la prestation des services n'augure rien de bon pour favoriser la participation des femmes aux décisions concernant le système de santé et de services sociaux. De même, l'exercice de la citoyenneté, que devait faciliter la réforme par la démocratisation des instances régionales et des processus décisionnels, est contrecarré par certains des effets de la réforme: les femmes dans les groupes sont sollicitées, mobilisées par les soins et les services à donner tant dans la sphère professionnelle que privée, touchées par

Les  
représentantes  
des groupes de  
femmes se  
veulent  
partenaires de la  
régionalisation,  
mais elles font  
l'expérience du  
choc des cultures:  
la culture  
technocratique  
contre celle du  
communautaire.

les coupures dans les politiques sociales et  
l'appauvrissement.

41

41

Le discours sur la responsabilité des familles se heurte à la réalité: l'implication des familles auprès des personnes malades ou fragiles dépasse largement la contribution des services publics et les femmes continuent d'assumer un rôle important dans les soins à leurs proches.

**P**our comprendre les conséquences de la réforme du système de santé qui affectent spécifiquement les femmes, il est nécessaire de tenir compte des rôles sociaux qui modulent leur expérience 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, notamment leur participation dans le milieu communautaire et dans les instances décisionnelles du réseau socio-sanitaire. Les femmes ont toujours joué un rôle fondamental dans les soins aux personnes au sein de la famille et dans les services de santé, mais cette contribution des femmes n'est pas toujours reconnue. Le discours sur la responsabilisation des familles, qui sert d'assise au désengagement de l'État, se heurte à la réalité: l'implication des familles auprès des personnes malades ou fragiles dépasse largement la contribution des services publics et les femmes continuent toujours d'assumer un rôle important dans les soins à leurs proches, malgré la complexité accrue des traitements à domicile. Le développement du système sociosanitaire public et la professionnalisation de ce secteur d'activité peuvent occulter cet apport particulier des femmes au bien-être de la société. D'ailleurs, le mouvement des femmes réclame depuis plusieurs années la «dé-médicalisation» des cycles de vie et le contrôle des femmes sur leur corps, contribuant ainsi à l'évolution des valeurs à l'égard de la santé et du recours aux services. Pour rendre compte de ces faits, l'analyse comparative entre les sexes est une perspective essentielle qui doit être

aux études sur les conséquences de la réforme et à l'analyse des options à retenir dans la transformation du système de santé et de services sociaux.

Comme nous l'avons souligné précédemment dans le texte, plusieurs analyses ont montré que la croissance des investissements dans le système socio-sanitaire ne mène pas nécessairement à l'amélioration de l'état de santé de la population, du moins dans les pays industrialisés. Peut-on en conclure que les transformations actuelles du système et les compressions budgétaires n'ont pas d'effet sur la santé de la population, notamment sur la santé des femmes? Une telle affirmation ferait perdre de vue que le système de santé interagit avec les autres déterminants de la santé. Dans certains cas, l'effet de la réforme sur la santé est direct: ainsi, les compressions budgétaires dans les centres d'hébergement de longue durée, dans un contexte où les besoins des bénéficiaires augmentent; le déplacement des services vers le domicile sans réallocation suffisante de ressources; et l'accessibilité réduite aux services réflétée dans l'allongement des listes d'attente peuvent accentuer le niveau de stress et affecter l'état de santé des personnes qui ont besoin de soins. Dans d'autres cas, les effets de la réforme se conjuguent avec les autres déterminants de la santé: le fardeau des soins de plus en plus complexes transféré principalement aux femmes dans les familles, sans

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.

soutien suffisant, est source de multiples tensions dans leur environnement social immédiat; cette responsabilité accroît aussi les difficultés de conciliation entre les tâches domestiques et les obligations des femmes qui sont sur le marché du travail. Par ailleurs, dans le réseau sociosanitaire, l'alourdissement de la charge de travail et les nombreux bouleversements dans l'environnement de travail vécus par le personnel, composé majoritairement de femmes, ont des conséquences notables sur leur état de santé; les coupures de postes et la multiplication des emplois précaires dans le réseau socio-sanitaire public et privé entraînent des reculs significatifs dans ce secteur d'emploi majoritairement féminin, entraînant des effets systémiques pour les femmes sur le marché du travail dans son ensemble.

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 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. Les femmes âgées sont particulièrement touchées comme utilisatrices des services et comme aidantes. Dans les régions rurales qui connaissent un exode des jeunes, les femmes sont davantage sollicitées pour apporter un soutien à plusieurs personnes vulnérables dans leur entourage, de sorte que certaines analystes considèrent que ces femmes ont pratiquement une «carrière d'aidante». <sup>80</sup> Les femmes qui vivent avec des revenus modestes, surtout des femmes âgées seules et des femmes responsables d'une famille monoparentale, doivent absorber des transferts de coûts qui les affectent davantage que celles qui bénéficient d'un meilleur revenu ou qui ont accès à des régimes privés d'assurances. Les valeurs et les dynamiques familiales différentes que connaissent les femmes dans les communautés ethnoculturelles vont teinter le recours aux services et la capacité d'adaptation aux changements rapides dans l'organisation

du réseau. Ces exemples de la diversité des situations que vivent les femmes illustrent la pertinence de poursuivre des recherches plus systématiques, afin de préciser les multiples conséquences de la réforme du système de santé sur les conditions de vie et la santé des femmes de divers milieux, et de proposer des correctifs fondés sur des données probantes.

Cette analyse basée sur une recherche documentaire montre également 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. Y a-t-il d'autres options que la privatisation pour l'avenir du système socio-sanitaire?

Les changements dans la prestation des services visant à substituer aux services institutionnels coûteux pour l'État, des services à rabais dans le milieu de vie, doivent-ils nécessairement mener à une substitution des services publics par le travail gratuit des femmes dans la famille, ou par des services privés utilisant une main-d'oeuvre féminine à bon marché? Ne serait-il pas préférable d'apporter un soutien significatif aux familles, notamment aux femmes qui acceptent de prendre soin de leurs proches, et de développer des alternatives réelles pour offrir des soins dans le milieu de vie?

L'évolution nécessaire des modes de gestion du réseau socio-sanitaire mènera-t-elle à des résultats plus efficaces et efficients en se fondant sur l'accroissement de la «compétition interne», la sous-traitance et l'alourdissement des charges de travail d'un personnel majoritairement féminin? Ou devrait-on plutôt promouvoir le développement de réseaux de services intégrés inter-établissements et le renforcement d'équipes multidisciplinaires qui misent sur les compétences diverses des professionnelles et des employées pour améliorer les services?

L'égalité d'accès aux services et l'équité en matière de santé seront-elles mieux assurées par le maintien d'un financement

basé principalement sur la fiscalité plutôt que par l'augmentation des dépenses privées? D'autant plus que cette hausse de la part du financement privé ne contribue pas à réduire les coûts totaux de la santé et qu'elle affecte davantage les femmes qui, dans leur ensemble, vivent encore avec des revenus nettement inférieurs à ceux des hommes.

les options envisagées pour renouveler les pratiques et revoir l'organisation des services sociaux et de santé. La recherche de solutions aux défis du système socio-sanitaire doit reconnaître et réduire le prix considérable imposé aux femmes par les transformations récentes dans les services sociaux et de santé.

Du point de vue des préoccupations des femmes, la voie de la commercialisation dans l'accès aux soins et de la privatisation du financement comporte un potentiel négatif important pour l'avenir des soins de santé et leur propre émancipation.

Ce sont là quelques-uns des enjeux qui touchent l'équité entre les hommes et les femmes dans le cadre de la réforme du système de santé et de services sociaux. Du point de vue des préoccupations des femmes, la voie de la commercialisation dans l'accès aux soins et de la privatisation du financement comporte un potentiel négatif important pour l'avenir des soins de santé et leur propre émancipation. Plusieurs analystes et éthiciens ont déjà fait ressortir les constats suivants: la santé n'est pas un bien comme un autre; le recours aux services de santé ne s'inscrit pas dans un rapport où les «consommateurs et consommatrices» disposent d'alternatives qui permettent de diversifier leurs choix; les dépenses de santé sont largement induites par les fournisseurs de soins plutôt que par le choix individuel des personnes qui consultent; l'évolution des technologies de la santé, notamment le prix des médicaments, contribue pour une bonne part à l'augmentation des coûts des services de santé.

L'analyse de la réforme du système de santé ne peut se limiter à une vision étroite centrée sur l'efficacité et la réduction des dépenses publiques, ignorant les effets pervers qui pourraient générer à plus ou moins long terme des coûts additionnels en matière de santé et de services sociaux.

L'apport particulier d'une analyse fondée sur les différences entre les femmes et les hommes peut enrichir l'analyse des processus impliqués dans l'organisation et le financement des services; cette perspective donne un éclairage essentiel sur

---

## NOTES

1. Nous utilisons ce terme pour désigner les soins donnés au sein de la famille ou l'aide dite «naturelle», qui se distingue de l'économie marchande (marché privé), de l'économie publique (services publics), de l'économie sociale (organismes sans but lucratif) et de l'économie informelle qui réfère habituellement au «travail au noir». Précisons que le gouvernement québécois a établi des règles pour encadrer le «travail au noir» en obligeant les bénéficiaires qui gèrent eux-mêmes leurs services à domicile à s'enregistrer comme employeur.
2. Voir notamment le cahier de revendications de la Coalition féministe pour une transformation du système de santé et de services sociaux, *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*, Montréal, novembre 1998; Conseil du statut de la femme, *Le virage ambulatoire: le prix caché pour les femmes*, Québec, 1999.
3. Le Programme des Centres d'excellence pour la santé des femmes regroupe cinq centres financés par Santé Canada.
4. Voir notamment: Conseil du statut de la femme, 1999; Métivier, 1999; Contandriopoulos et coll., 1999; Poirier et coll., 1998; Conseil de la santé et du bien-être du Québec, 1997; Armstrong et Armstrong, 1996; Forum national sur la santé, 1995, 1997; Gouvernement du Québec, MSSS, 1991; Janssen et Van der Made, 1990; Soderstrom, 1987; Vaillancourt et coll. 1987, 1997; Stoddart et Labelle, 1983.
5. Une analyse du Département de sciences économiques de l'Université du Québec à Montréal établit, sur la base de données pan-canadiennes, une relation entre les coupures dans les dépenses pour les soins de santé et des indicateurs comme la mortalité infantile et l'espérance de vie (Crémieux, Ouellette et Pilon, 1997).
6. Cette expression est empruntée à la Coalition féministe pour une transformation du système de santé et de services sociaux. Il faut souligner cependant qu'il ne s'agit pas de catégories exclusives.
7. Quelques recherches ont été publiées en 1998, notamment : AFÉAS et coll., *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Ottawa: Condition féminine Canada; Bourbonnais et coll., *La transformation du réseau de la santé: mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, Québec: DSP. Le plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de condition féminine *Plan d'action 1997-2000: santé, bien-être et conditions de vie des femmes*, publié en 1998, prévoit la réalisation de certaines études portant sur l'impact de la transformation du réseau, notamment sur les travailleuses et les aidantes.
8. D'ailleurs, un bon nombre de corporations privées propriétaires des immeubles ont toujours un siège réservé au conseil d'administration de centres hospitaliers publics.
9. L'acquisition de nouveaux équipements technologiques échappait auparavant au contrôle public, le financement provenant souvent de fondations privées.
10. Voir notamment, Mustard, J.F. et Frank, J. (1991) *The Determinants of Health*, Toronto: Institut canadien de recherches avancées, publication no. 5; sous la direction de Evans, R.G., Barer, M.L. et Marmor. T.R. (1994) *Why Are Some People Healthy and Others not?* New York: Aldine De Gruyter; Wilkinson, R.G. (1996) *Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality*. Londres:Routledge; Forum national sur la santé (1996) *Faire avancer le dialogue sur la santé et les soins de santé:document de consultation*, Ottawa; et plus particulièrement sur la situation et la santé des femmes: Townson, M. (1999) *Malades d'inégalité: comment les facteurs socio-économiques influencent notre bien-être*. Ottawa: Centre canadien de la santé et du bien-être.

	politiques alternatives.		système de santé, Santé Canada.
11.	Ce <i>Sommet</i> a réuni des représentants et représentantes du gouvernement, du milieu des affaires, du milieu syndical et du milieu communautaire pour discuter des priorités gouvernementales, notamment les moyens de relancer l'économie et l'emploi et d'équilibrer les finances publiques.	19.	En 1994, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié aux régies régionales l'implantation d'un tel service qui assure une réponse ponctuelle et d'ordre général aux besoins d'information en santé physique et il a alloué des budgets à cette fin.
12.	Il existe en fait 16 régies régionales et un Conseil de la santé et des services sociaux est maintenu dans le territoire des Premières Nations du Nord du Québec et de la Baie-James.	20.	Une étude sur l' <i>Adéquation des services Info-Santé CLSC aux besoins des femmes immigrantes</i> est en cours au CESAF. Il serait également pertinent d'étudier l'adaptation des services de conseils téléphoniques aux modes d'apprentissage des populations moins scolarisées.
13.	Ces réductions touchent le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), en vigueur depuis 1966, pour partager les coûts des programmes d'aide sociale et certains programmes de services sociaux financés par les provinces, et le Financement des programmes établis (FPE), un programme en vigueur depuis 1977 pour partager les coûts des programmes provinciaux de santé et d'éducation post-secondaire. Ces deux programmes ont été abolis lors du budget fédéral de 1995, pour être remplacés par le Transfert social canadien.	21.	Collège des médecins cité dans « <i>Contre la médecine "de 9 à 5". Le Collège des médecins demande que l'argent suive le patient</i> », Le Devoir, 2 février 2000, p. A-1.
14.	Par exemple, le gouvernement fédéral a déjà menacé la province de l'Alberta de réduire ses transferts en proportion des sommes provenant de la tarification supplémentaire appliquée dans des cliniques médicales privées.	22.	Un tel projet devrait inclure un partage des «heures de garde» entre des médecins de cliniques privées et de CLSC. Certains observateurs ont noté que la fermeture des cliniques médicales privées et des CLSC durant la période des Fêtes de fin d'année a contribué en partie au débordement des salles d'urgence.
15.	Source: RAMQ.	23.	« <i>La Fédération des CLSC [maintenant l'Association des CLSC et des CHSLD]...réclame des incitatifs financiers pour attirer plus de 250 nouveaux omnipraticiens, dont les services sont essentiels pour que les CLSC puissent jouer adéquatement leur rôle</i> » (Gagnon, 1999, p. A-21).
16.	« <i>Le système de santé québécois a une quantité de privé exactement égale à celle de la France - 30%- et il est plus privé déjà que la majeure partie des pays d'Europe.</i> » A.-P. Contandriopoulos, cité par Bégin, 1999a: B-5.	24.	Vaillancourt (1997) fait une évaluation différente de la désinstitutionnalisation en santé mentale et dans les services en déficience intellectuelle, bien que, dans ce dernier cas, les familles assument aussi une charge importante auprès de personnes souvent vulnérables et démunies.
17.	Sources: Service d'analyse statistique (SAS) et Med-Echo.		
18.	Source: Division des politiques et du	25.	La tendance va probablement s'accroître dans les prochaines

- années, même si l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes tend à diminuer. *«Les québécoises nées en 1992-1993 peuvent envisager passer 12,3 années avec une forme quelconque d'incapacité, soit 15% de leur vie, alors que leurs compagnons, qui mourront plus jeunes, passeront 11% de leur vie dans la même situation.»* (Guyon, 1996 : 34).
26. Source: Communiqué de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 23 novembre 1999, cité par Bégin, 1999d: A-8.
27. Source: Turgeon et Sabourin (1996). *«Une revue de la littérature démontre que l'efficacité et l'efficience de ces options (fusions) ne sont pas clairement démontrées dans le secteur des soins de santé et qu'il vaudrait mieux envisager des formes moins contraignantes (partenariats, ententes de services, etc.) permettant de s'approprier avant de songer au mariage.»* Plusieurs processus de fusions se sont heurtés à des difficultés majeures, notamment dans les centres hospitaliers universitaires (le CHUM à Montréal ou le CHUQ à Québec), dans les centres hospitaliers de soins généraux (le CH de la Vallée des Outaouais ou le CH Angrignon qui a vu sa fusion annulée par la Régie régionale de Montréal-Centre).
28. Source: Bravo, G. et coll. (1999).
29. Il s'agit de l'industrie pharmaceutique, de l'industrie de la biotechnologie, de l'industrie du matériel médical et de l'industrie des télécommunications avec la «télémédecine». Plus d'informations sont disponibles sur ces industries de la santé dans le document de C. Métivier *La production de biens et services destinés au marché québécois de la santé face à la privatisation*, Groupe de recherche sur la reconversion industrielle, Université du Québec à Montréal, 1999.
30. À ce titre, le système de santé américain, qui est en grande partie privé, est le plus coûteux de tous les pays développés et laisse plus de 40 millions de personnes sans protection pour payer des services de santé. De plus, il se produit un rationnement parfois brutal des services lorsque les bailleurs de fonds que sont les assurances privées contestent des recommandations médicales pour limiter leurs frais.
31. Source: MSSS, SAS, 1998.
32. Chiffre dévoilé par la RRSSM-C le 20 octobre 1997, cité dans RIOCM, 1998: 43.
33. Dans les entreprises d'économie sociale, les personnes qui reçoivent des services d'aide domestique doivent payer des frais modulés en fonction de leur capacité de payer.
34. *«This corporate culture has infiltrated the publicly funded organizations so that they too are trying to restructure by cost containment and rationning.»* (Chin-Yee, 1997: 59)
35. Le nombre d'infirmières en pratique privée inscrites à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a aussi augmenté de 11% de 1996 à 1997. Ce nombre reste toutefois très limité puisqu'il ne compte que pour 1% des infirmières inscrites à l'OIIQ, mais la tendance va probablement s'accroître avec le virage ambulatoire.
36. Cette donnée inclut la rémunération des médecins, dentistes et optométristes via la Régie de l'assurance-maladie du Québec.
37. Marcel Villeneuve, directeur général de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, cité par Bégin (1998b: A-25).
38. Certains centres hospitaliers comme l'Hôpital général Juif et l'Institut de cardiologie de Montréal ont été des promoteurs actifs de tels projets.
39. À titre d'exemple de ce genre de solution, citons l'Hôpital Anna-Laberge à Châteauguay, qui a prêté une salle d'opération à une compagnie américaine, afin qu'elle teste un appareil gynécologique pour traiter les ménorragies (règles anormalement abondantes et prolongées) sur



- quelques patientes. Même si les équipements de l'hôpital ne sont pas utilisés durant la fin de semaine faute de ressources et si des médecins de l'hôpital participent à la recherche, de telles options soulèvent des enjeux éthiques quand on connaît l'allongement des listes d'attente en chirurgie.
40. Contandriopoulos constate que plus un système de santé est financé par des allocations déterminées a priori en fonction de populations à desservir, comme dans le paiement par capita-tion, plus il tend vers l'équité; alors qu'au contraire, plus les ressources sont payées a posteriori en fonction des services dispensés, comme dans le paiement à l'acte ou dans le finance-ment des hôpitaux par DRG (groupes de diagnostics traités), plus le système est porteur potentiellement d'inéquités. Il considère ainsi qu'un système de soins a des chances d'être plus équita-ble s'il est doté de mécanismes per-mettant de recueillir, d'analyser et de diffuser des informations sur les résultats sanitaires et l'efficacité des services (1991).
41. Les Health Management Organizations (HMO) aux États-Unis ont été mis en place par des corporations privées et des compagnies d'assurances. Les clients s'inscrivent et moyennant une prime, sont assurés de recevoir les services jugés pertinents par l'organi-sation sur recommandation des profes-sionnels de la santé. Les critiques, sur ce modèle d'organisation sont nombreuses, notamment un biais de sélection qui tend à éliminer les person-nes qui souffrent de problèmes de santé chronique et une tendance au rationnement des services pour des motifs financiers. Dans les GP Fundhol-ders établis en Grande-Bretagne, les médecins généralistes (*General practitioners*) se voient allouer des fonds publics en fonction du nombre de patients qu'ils ont, et ont la possibi-lité de négocier des contrats de services pour des soins plus spécialisés, soit avec des hôpitaux ou d'autres établissements de santé.
42. À titre d'exemple, il faudra suivre attentivement des initiatives comme le projet de services intégrés pour person-nes âgées (SIPA), ou celui de capita-tion régionale dans la MRC du Haut St-Laurent, qui sont en cours d'expérimen-tation et feront l'objet d'évaluations.
43. Ceci inclut, au minimum, tous les services assurables donnés par les médecins et les hôpitaux. Au Québec, la plupart des services diagnostiques et ceux reliés aux cliniques externes ou internes des hôpitaux sont couverts, de même que les services des médecins à l'intérieur ou à l'extérieur des hôpitaux. Le ministère et la RAMQ ont toutefois identifié plusieurs pratiques «non médicalement nécessaires», qui ne sont pas couvertes par l'assurance-maladie (chirurgie esthétique, fécon-dation *in vitro*). Certains autres services offerts par d'autres professionnels de la santé ne sont pas couverts.
44. Voir Chapain et Vaillancout, «Le finan-cement des services de santé au Québec», dans *Le système de santé québécois: un modèle en transfor-mation*, 1999.
45. Source: MSSS, SAS. Ces sommes incluent notamment les budgets des établissements et ceux de la Régie de l'assurance-maladie du Québec qui assure la rémunération des médecins et d'autres services complémentaires.
46. Source: MSSS, ICIS. Données citées par le Groupe de travail sur la complémen-tarité du secteur privé dans la pour-suite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec (Rapport Arpin), volume sur l'état détaillé de la situation, p.46.
47. Source: Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et MSSS, SAS. Seule l'Ontario où le financement public représente 66,9% des dépenses totales de santé a un niveau inférieur au Québec.
48. La croissance des dépenses privées a ralenti, passant de 9,5% par année

- 
- entre 1989 et 1991 à 5% par année de 1991 à 1998, tandis que la croissance des dépenses publiques a chuté radicalement de 9,4% à 0,7% pour la même période.
49. Ce pourcentage tiré du Rapport Arpin diffère de celui de 32,2% établi par l'ICIS pour 1997. Selon le Rapport Arpin, la proportion de 30,9% pour les dépenses privées repose sur des données plus récentes de l'ICIS et sur des ajustements apportés par le MSSS. On peut aussi considérer dans les sources de financement privé l'apport des fondations privées qui contribuent notamment à l'achat de matériel de haute technologie dans les hôpitaux.
50. Cependant, le Rapport Arpin explique ainsi l'augmentation de 5,9 points de pourcentage des dépenses privées; par une augmentation brute de 12,5 points de pourcentage, due exclusivement à l'effet de ralentissement des dépenses publiques de santé à compter de 1991, augmentation dont il faut soustraire 5 points de pourcentage liés à l'évolution des prix des services (due en partie à la baisse de rémunération des employé(e)s) et quelques autres points de pourcentage attribuables à un léger ralentissement dans l'utilisation réelle des dépenses privées et l'interaction des différents facteurs (Rapport du groupe de travail, p.17). Ce genre d'argument ressemble à du camouflage!
51. Déjà en 1987, Contandriopoulos attirait l'attention sur le fait que *«la croissance du secteur privé, ainsi que l'importance que prend le secteur des médecines parallèles dans le système sociosanitaire est un autre indice de la tension qui existe entre le plafonnement du financement public (sic) du système et sa dynamique de croissance»* (Contandriopoulos, 1997: 163).
52. Ajoutons que, dans les discussions entourant la mise en place du régime public d'assurance-médicaments, les assureurs privés ont reconnu que leurs frais d'administration étaient nettement supérieurs à ceux de la RAMQ.
53. Ce régime fut appliqué aux personnes âgées et aux personnes assistées socia-
- 
- les dès l'été 1996.
54. Récemment, le Dr Jean Cusson, président du Conseil consultatif de pharmacologie du Québec, a dénoncé l'ampleur des pressions sociales et politiques exercées par les compagnies pharmaceutiques pour faire inscrire leurs produits sur la liste des médicaments remboursés par le gouvernement. Selon lui, *«plus les dossiers sont scientifiquement faibles, plus la pression est élevée.»* Voir Hachey, 2000, p. A-6.
55. Plusieurs plaintes sont venues du fait de l'obligation pour le/la conjoint(e) et les personnes à charge d'adhérer à l'ensemble des protections offertes par un régime privé ce qui entraîne des primes coûteuses.
56. Précisons qu'avant l'instauration de ce régime, les bénéficiaires de l'aide sociale avaient accès à des médicaments gratuits, tandis que les personnes âgées ne payaient qu'un montant de 2 \$ par prescription, ce qui est beaucoup moins que les frais de co-assurance et de franchise. Concernant l'impact du régime d'assurance-médicaments, voir la recherche de Tamblin et coll., 1999. Nous y revenons plus loin.
57. Une consultation publique sur le régime d'assurance-médicaments est prévue au début de l'an 2000 et sera suivie de modifications législatives.
58. Signalons notamment les positions publiques de Claude Castonguay, ancien ministre des Affaires sociales, qui propose notamment la création d'une caisse d'aide à la santé et des crédits d'impôt pour le développement par le privé de ressources d'hébergement de longue durée ou pour favoriser le développement de cliniques médicales bien organisées et efficaces (La Presse, 22 octobre 1999).
59. La gouverne du système de santé désigne les modes de décision politique et les règles de fonctionnement du système tant au plan du financement que de la livraison des services. Elle se distingue de la gestion qui concerne les décisions relatives à la

- mise en oeuvre et à l'organisation des services.
60. La question est soulevée par André-Pierre Contandriopoulos dans «Transformer le système de santé», *Ruptures*, vol.3, no. 1, 1996, pp.10-17.
61. «*Le citoyen [utilisateur] devait avoir accès à des services de qualité qui correspondent à ses besoins, [le citoyen décideur] devait participer et contrôler les décisions qui le concernent tant individuellement que collectivement, [le citoyen payeur] devait participer et contrôler les coûts des services pour lesquels il paye des taxes.*» (Tremblay, 1999:113).
62. Voir sur le même sujet, Godbout, 1991; Lemieux, 1989; Léonard, 1985.
63. Le Collège des médecins critique la planification déficiente des effectifs médicaux et la pratique médicale lucrative de 9 heures à 17 heures en clinique privée, alors que les besoins prioritaires ne sont pas comblés. Cité dans *Le Devoir*, 2 février 2000, p. A-1.
64. Une recherche publiée par le Conference Board du Canada, *Caring About Caregiving: The Eldercare Responsibilities of Canadian Workers and the Impact on Employers*, 1999, parle même d'une «génération sandwich». Cette génération représenterait maintenant 15% de la main-d'oeuvre comparativement à 9,5%, il y a quelques années. Voir E. Church, «Number of workers who care for elderly and children rising», *Globe and Mail*, 11 novembre 1999, p. B-12.
65. Voir *Médicalisation et contrôle social* sous la direction de Louise Bouchard et David Cohen, Les cahiers scientifiques de l'ACFAS, no 84, 1995; notamment les articles de Maria De Koninck, «La gestion biomédicale du corps des femmes: un progrès?»; Hélène David, «L'insoutenable lourdeur de l'autonomie pour les personnes âgées» et Paul Morin, «Ordres et normes: la psychiatrie obligatoire».
66. Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Communiqué de presse, 23 novembre 1999.
67. «*Qu'il s'agisse de la réduction du nombre ou de la durée des hospitalisations, on est frappé par les objectifs très quantitatifs qui animent le virage ambulatoire*», souligne le Conseil du statut de la femme (1999: 34). La pression sur les établissements pour atteindre les meilleures performances sur ce plan («bench-marking») est très forte. La Régie régionale du Bas-Saint-Laurent qui n'a pas fait cet exercice de quantification s'est vue reprocher ce fait par le ministre (lettre du ministre incluse dans le Plan triennal 1995-1998 de cette régie régionale). Cité par le Conseil du statut de la femme, 1999 : 35.
68. Avec le «virage ambulatoire», la durée de séjour à l'hôpital à l'occasion d'un accouchement est passée en moyenne de 3,5 jours en 1992-1993 à 2,5 jours en 1996-1997 pour un accouchement sans complication, et de 6 jours à 4,8 jours pour une césarienne. Source: MSSS, *Bilan ponctuel sur les programmes de congé précoce en périnatalité au Québec*, cité dans Conseil du statut de la femme, 1999 : 88.
69. Un rapport commandé par Santé Canada à trois équipes de recherche et intitulé *Waiting lists and waiting times for health care in Canada : more management! more money?* (Macdonald et coll., 1998), conclut cependant qu'il n'existe pas de données fiables actuellement concernant les listes d'attente et les délais d'attente nécessaires pour obtenir des soins de santé au Canada. D'après le même rapport, les effets préjudiciables de ces délais sur la santé ou sur le recours à des services privés ne sont pas non plus démontrés.
70. «*In this regard there is no persuasive evidence that mortality rates in Canada are increasing significantly owing to a failure to provide medical services. If however, one regards the elimination of pain and suffering as the objective of medical care, then any additional pain*

- suffered by patients because of delays in medical treatment denied.*» Macdonald et coll., 1998.
71. Source: Commissaire aux plaintes en santé et services sociaux. *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes 1997-1998*, Montréal, MSSS, 1999, cité dans CSF, 1999, p. 30.
72. Nous verrons plus loin que la famille et surtout les aidantes principales sont considérées comme des ressources dans les politiques et programmes de services à domicile.
73. Source: Conseil du statut de la femme, 1999:70.
74. Nancy Guberman (1999). *Caregivers and Caregiving: New trends and Their Implications for Policy*. Final Report prepared for Health Canada. Document photocopié.
75. Les données de la dernière enquête de Santé Québec mettent en relief que 35% des femmes «aidantes naturelles» présentent un niveau de détresse psychologique élevé.
76. Selon Gottlieb (1998), p. 472 : «*il est encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives à savoir quelles formules d'intervention fonctionnent le mieux pour les aidants, parce que les travaux de recherche et les programmes pilotes n'ont pas été évalués assez longtemps pour que l'on puisse déterminer si les résultats sont reproductibles ou généralisables*».
77. Au Québec, la Coalition Solidarité Santé qui regroupe 24 organisations syndicales (CSN, FTQ, CEO, FIIQ, etc.) et communautaires (Coalition des aînés, Fédération des femmes du Québec, Fédérations des centres d'action bénévoles du Québec, divers réseaux et regroupements d'organismes communautaires, etc.) a développé une vision commune à ce sujet. Cette position est reprise par le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (1998), pp. 138 et ss.
78. MSSS, *Plan d'action 1997-2000: santé, bien-être et conditions de vie des femmes*, 1998. Ce plan propose d'utiliser l'analyse différenciée selon les sexes dans la planification des politiques du MSSS et d'évaluer les effets de la réforme du système de santé sur les aidantes et les travailleuses du réseau de la santé «qui sont surtout des femmes».
79. Les plans de transformation des régions régionales sont généralement basés sur des «continuum de services» : en santé physique, santé mentale, services aux personnes âgées, services en déficience physique, services en déficience intellectuelle et en adaptation sociale.
80. Voir Guberman, Nancy (1999).

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Angus, Douglas E. (1997). «Le système de santé public de demain: l'équité sacrifiée au profit de l'efficacité?» dans *Ruptures*, vol. 4, no 2 pp.206-218. Montréal: Groupe interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Armstrong, Pat et Armstrong, Hugh (1996). *Wasting away. The undermining of Canadian Health Care*. Toronto: Oxford University Press.

Association féminine d'éducation et d'action sociale et coll. (1998). *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*. Ottawa : Condition féminine Canada.

Bégin, Jean-François (1999a). «La santé entre le public et le privé: débat de fond pour pays souverain.» *La Presse*, 18 septembre 1999, p. B-5.

Bégin, Jean-François (1999b). «Doit-on abolir les élections dans le réseau de la santé?» *La Presse*, 18 octobre 1999, p. A-6.

Bégin, Jean-François (1999c). «Fusions d'hôpitaux: il manque des conditions gagnantes.» *La Presse*, 4 novembre 1999, p. A-

---

15.

Bégin, Jean-François (1999d). «Les centres d'hébergement de longue durée réclament 357 millions à Québec.» *La Presse*, 24 novembre 1999, p. A-8.

Bégin, Jean-François (1999e). «Les listes d'attente en chirurgie continuent de grimper à Montréal.» *La Presse*, 26 novembre 1999, p. A-15.

Bégin, Jean-François (1998a). «L'assurance-médicaments. Moins de consommation; plus d'hospitalisations.» *La Presse*, 12 novembre 1999, pp. A 1-2.

Bégin, Jean-François (1998b). «Un réseau vidé de son savoir.» *La Presse*, 14 novembre 1998, p. A 25.

Bégin, Jean-François (1998c). «Des CLSC mis à contribution.» *La Presse*, 15 novembre 1998, p. A-6.

Bégin, Monique (1999). «Redéfinir le droit aux soins de santé.» dans *Ça urge! Le système de santé canadien a-t-il un avenir?* Textes du Colloque Directions for Canadian Health Care, tenu à Toronto (1-2 octobre 1998). Montréal: Fides.

Bélanger, Gérard (1994). «Le financement centralisé et la décentralisation des décisions: une incompatibilité.» dans *Le système de santé au Québec: Organisations, acteurs et enjeux*, sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Bélanger, Lucie (1998). *Les entreprises d'économie sociale en aide domestique: un premier bilan*. Québec: MSSS (direction de la recherche et de l'évaluation).

Bergeron, Pierre et Gagnon, France (1994). «La prise en charge étatique de la santé au Québec.» dans *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*, sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Bourbonnais, Renée; Comeau, Monique et Centre de santé publique de Québec (1998). *La transformation du réseau de la santé : mesure*

---

*des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*. Beauport : Direction de la santé publique de Québec.

Braut M.M. (1998) *Mères et filles au bout de la vie*. Québec : Institut québécois de recherche sur la culture

Bravo, Gina et coll. (1999). «Quality of Care in Unlicensed Homes for the Aged in the Eastern Township of Quebec.» dans *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol.160, no 19.

Caouette, Marie (1998). «Sans les familles, point de salut.» *Le Soleil*, 12 septembre 1998.

Castonguay, Claude (1999). «Une caisse d'aide pour dynamiser la santé.» *La Presse*, 22 octobre 1999.

Centrale de l'enseignement du Québec (1996). *Puzzle sur le virage ambulatoire et la reconfiguration du réseau de services de santé et de services sociaux*. Montréal : CEQ.  
Chapain, Caroline et Vaillancourt, François (1999). «Le financement des services de santé au Québec.» dans *Le système de santé québécois: un modèle en transformation*, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest, Vincent Lemieux. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Chin-Yee, Fiona (1997). *Shifting the Goal Posts and Changing the Rules. The privatization of the Canadian Health Care System*. Mémoire de maîtrise, Acadia University.

Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux (1998). *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes. Cahier de revendications*. Montréal : la Coalition.

Collège des médecins du Québec (1999). *Le Collège des médecins s'inquiète de la qualité des soins dans les salles d'urgence*, communiqué de presse, 25 février 1999.

Commissaire aux plaintes en santé et services sociaux (1999). *Rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes 1997-1998*. Montréal: MSSS.

---

Conseil de la santé et du bien-être (1997). *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux. Rapport remis au ministre de la Santé et des Services sociaux*. Québec: CSBE.

Conseil de la santé et du bien-être (1995). *Un juste prix pour les services de santé*. Québec: CSBE.

Conseil du statut de la femme (1999a). *Virage ambulatoire: le prix caché pour les femmes*. (Recherche et rédaction Marie Moisan). Québec :CSF.

Conseil du statut de la femme (1999b). *Des nouvelles d'elles. Les femmes âgées du Québec*. (Rédaction Diane Guilbault). Québec: CSF.

Conseil du statut de la femme (1998). *8 mars 1998 - Visible ou invisible - Lumière sur le travail des femmes. Guide d'animation*. Québec : CSF.

Conseil du statut de la femme (1996a). *Virage ambulatoire : notes exploratoires*. (Recherche et rédaction Mariangela Di Domenico). Québec : CSF.

Conseil du statut de la femme (1996b). *L'économie sociale et les femmes : garder l'oeil ouvert*. (Recherche et rédaction Chantal Martel). Québec : CSF.

Conseil du statut de la femme (1996c). *On se prépare... à devenir membre des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux et des régies régionales*. (Recherche et rédaction Michèle Grenier). Québec : CSF.

Conseil du statut de la femme (1995). *État de situation sur le mandat de condition de vie des femmes au sein des régies régionales de la santé et des services sociaux*. (Recherche et rédaction:Hélène Latérière). Québec : CSF.

Contandriopoulos, André-Pierre (1999). «Pourra-t-on encore, demain, compter sur un système de santé universel, accessible à tous et de qualité?» dans *Patrimoine*. Montréal, Université de Montréal.

Contandriopoulos, André-Pierre et coll. (1999). «Les mesures incitatives et le paiement des ressources.» dans *Le système de santé québécois: un modèle en transformation*, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest, Vincent Lemieux. Québec:

Les Presses de l'Université Laval.

Contandriopoulos, André-Pierre (1998). *La régulation d'un système de soins sans murs*. Montréal: Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.

Contandriopoulos, André-Pierre (1991). *Coûts et équité des systèmes de santé*. Montréal: Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.

Contandriopoulos, André-Pierre et coll. (1989). *Modalités de financement et contrôle des coûts du système de soins: l'exemple du Québec*. Montréal: Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.

Corbin, Lise (1996). *L'aide domestique dans le cadre des services d'aide à domicile. Rapport d'étape*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Couillard, Marie-Andrée et Côté, Ginette (1997). *Les groupes de femmes de la région de Québec et l'implantation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux*. Québec : Centre de recherche sur les services communautaires, Faculté des sciences sociales, Université Laval.

Crémieux, Pierre-Yves; Ouellette, Pierre et Pilon, Caroline (1997). *Public and private Health Care Spendings as a Determinant of Health Outcomes*. Montréal: Département d'économie, Université du Québec à Montréal.

Crues, Richard et Crues, Sylvia (1999). «L'incidence de la politique sur les décisions cliniques, l'accessibilité des soins et la relation médecin-patient.» dans *Le système de santé canadien a-t-il un avenir?* Textes du Colloque Directions for Canadian Health Care, tenu à Toronto (1-2 octobre 1998). Montréal: Fides.

D'Amours, Martine (1997). «Virage ambulatoire : négocier le partage entre la sphère publique et la sphère privée.» *La Gazette des femmes*, 18(6), mars-avril 1997, pp. 16-18.

Deber, Raisa (1999). «Les bons et les mauvais usages de l'économie» dans *Le système de santé canadien a-t-il un avenir?* Textes du Colloque Directions for Canadian Health Care, tenu à Toronto (1-2 octobre 1998). Montréal: Fides.

---

Demers, Louis; Dumas, Albert et Bégin, Clermont (1999). «La gestion des établissements de santé au Québec.» dans *Le système de santé québécois: un modèle en transformation*, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest, Vincent Lemieux. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Desjardins, Christiane (1999). «Après les urgences, les agences débordent.» *La Presse*, 15 février 1999, p. A-3.

Doré, Gérald (1991). «Les relations réseau - communautaire: vers la coopération conflictuelle.» dans *Circuit socio-communautaire*, vol.3, no 1.

Ducharme, Francine et coll. (1998). «Femmes âgées et virage ambulatoire : quelques résultats.» *Sans préjudice...pour la santé des femmes*, automne 1998, no 16, pp.8-10.

Dumais, Monique (1999). «La dynamique du communautaire dans les services de santé et les services sociaux au Québec.» dans *La réforme de la santé au Québec*, sous la direction de Pierre Fortin. Montréal: Fides.

Dussault, Gilles (1994). «Les producteurs de services sociosanitaires.» dans *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*, sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

FIIQ (1998). *Avis sur l'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'île de Montréal 1998-2001 - Déposé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*. Montréal : la FIIQ.

FIIQ et OIIQ (1997). «*La FIIQ et l'OIIQ, ensemble contre la dégradation des soins.*» Communiqué de presse, 12 février 1997.

Forum national sur la santé (1997). *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier. Rapport synthèse du groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre*. Ottawa: ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.

Forum national sur la santé (1995). *Le financement public et privé du système de santé du Canada*. Ottawa: ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.

Fournier, Jacques (1996). «Splendeurs et misères du virage ambulatoire.» *Possibles*, 20(3), été 96, pp. 66-83.

Fuller, Colleen (1998). *Caring for Profit: How Corporations Are Taking Over Canada's Health Care System*. Vancouver: New Star Books et Canadian Centre for Policy Alternatives.

Gagnon, Katia (1999). «Médecins: les CLSC refusent d'abandonner.» *La Presse*, 6 mars 1999, p. A-21.

Garant, Louise et Bolduc, Mario (1990). *L'aide par les proches: mythes et réalités*. Québec: MSSS (direction de la planification et de l'évaluation).

Gottlieb, B. H. (1998). «Promouvoir et protéger le bien-être des aidants naturels.» *Les déterminants de la santé: le cadre et les enjeux. Volume 3*. Sainte-Foy : éd. MultiMondes, Études commandées par le Forum national sur la santé.

Gouvernement du Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, L.R.Q., c. S-4.2, 8e édition annotée, 1993-1994. Montréal: Wilson et Lafleur ltée.

Greason, Vincent (1999). «Le communautaire est-il à vendre?» *La Presse*, 6 octobre 1999.

Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec (1999). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec: rapport du groupe de travail*. Québec: MSSS.

Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec (1999). *La présence du privé dans la santé au Québec: état détaillé de la situation*. Québec: MSSS.

Groupe de travail sur la complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec (1999). *Constats et recommandations sur les pistes à explorer*. Québec: MSSS.

---

Guay, Lorraine (1999). «Assurance-médicaments : après la guignolée...la gratuité.» *Le Devoir*, 12 janvier 1999, p. A 7.

Guberman, Nancy (1999). *Caregivers and Caregiving: New Trends and Their Implications for Policy*, Final Report Prepared for Health Canada. Texte polycopié.

Guberman, Nancy; Maheu, Pierre et Maillé, Chantal (1993). *Travail et soins aux proches dépendants*. Montréal: Éditions du remue-ménage.

Guberman, Nancy; Maheu, Pierre et Maillé, Chantal (1991). *Et si l'amour ne suffisait pas...Femmes, familles et adultes dépendants*. Montréal: Éditions du remue-ménage.

Guyon, Louise (1996). *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*. Québec : MSSS.

Hachey, Isabelle (2000). «Les compagnies pharmaceutiques font pression sur le gouvernement. Le Dr Jean Cusson dénonce leurs stratagèmes pour allonger la liste des médicaments remboursés par l'État.» *La Presse*, 28 janvier 2000, p. A-6.

Hagan, Louise; Morin, Diane et Lépine, Rachel (1998). *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC. Perception des utilisateurs*. Sainte-Foy: Université Laval.

Harnois, Gaston (1996). «Un virage ambulatoire, mais pour qui?» dans *Santé mentale au Québec*, vol. XXI, no 1, pp. 22-26.

Hébert, Réjean et coll. (1997). *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie; évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie*. Québec : MSSS, collection Études et analyses.

Jacques, Louis (1998). «Les hauts et les bas de la réforme. Les services de santé ont-ils vraiment changé? Sept groupes de professionnels font le point.» *Le Devoir*, 22 novembre 1998, p. E-6.

Janssen, Richard et Van der Made, Jan (1990). «Privatization in Health Care: Concepts, Motives and Policies.» dans *Health Policy*, 14 mai 1990, pp. 191-201.

Jérôme-Forget, Monique et Forget, Claude E. (1998). *Qui est maître à bord? Projet de réforme*

*du système de santé canadien*. Montréal: Institut de recherche en politique publique.

Jutras Sylvie et Veilleux, France (1989). *Des partenaires méconnus: les aidants des personnes âgées en perte d'autonomie*. Montréal, Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention, Université de Montréal.

L'R des centres de femmes du Québec (1997). *Femmes, santé et régionalisation : visionnaires et partenaires. Cahier-synthèse des séminaires*. Montréal : L'R.

Lauzon, Sylvie et coll. (1998). *Bilan critique des études menées sur les expériences des aidantes naturelles à partir d'une perspective émiq - Rapport final*. Montréal : Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Lavoie, Jean-Pierre et coll. (1998). *Les modèles de relations entre les services formels et les aidantes naturelles. Une analyse des politiques de soutien à domicile au Québec*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (Direction de la santé publique).

Lavoie, Jean-Pierre, Lévesque, Louise et Jutras, Sylvie (1995). «Les aidants familiaux.» dans *Aspects sociaux reliés à la santé. Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 2, Santé Québec, p. 45-71.

Leclerc, Bernard-Simon (1998). *Enquête auprès des médecins de la région de Lanaudière au regard des impacts du virage ambulatoire et de la réorganisation des services de santé sur la pratique médicale et la qualité des soins*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Léger, Marie-France (1998). «La palme de l'inflation des listes d'attente.» *La Presse*, 12 août 1998, p. A-5.

Lévesque, Lia (2000). «Marois met la table pour le débat sur le financement de la santé.» *La Presse*, 21 janvier 2000.

Macdonald, Paul et coll. (1998). *Waiting lists and waiting times for health care in Canada : more management! more money? : summary report*. Ottawa : Health Canada.

Maioni, Antonia (1999). «Les normes centrales et les politiques de santé.» dans *Le système de santé québécois: un modèle en transformation*,



---

sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest, Vincent Lemieux. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Métivier, Céline (1999). *La production de biens et services destinés au marché québécois de la santé face à la privatisation. Rapport final*. Montréal: Groupe de recherche sur la reconversion industrielle, Université du Québec à Montréal.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1999). *Évaluation du régime général d'assurance-médicaments*. Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998a). *Plan d'action 1997-2000: santé, bien-être et conditions de vie des femmes*. Québec: MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998b). *Le virage ambulatoire en santé physique. Enjeux et perspectives*. Québec: MSSS, collection Études et analyses.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998c). *Portrait de la transformation du système de santé et de services sociaux du Québec. À mi-chemin du parcours (1995-1998)*. Québec: MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Plan de transformation des services en santé mentale*. Québec: MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1996). *La santé et les services sociaux: Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation*. Québec: MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1994). *Défi Qualité-performance: stratégie triennale d'intervention 1994-1997*. Québec: MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec: MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1991). *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*. Québec: MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: MSSS.

---

O'Neil, Pierre (2000). «Urgences: la solution passe par le réseau public.», *Le Devoir*, 24 janvier 2000.

Ouellet, Hector et Roy, Jacques (1994). «L'accessibilité aux services sociaux.» dans *Traité des problèmes sociaux*, sous la direction de Fernand Dumont, Simon Langlois et Yves Martin. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

Paquet, Mario (1999). *Logique familiale de soutien auprès des personnes âgées dépendantes. Une étude exploratoire sur le recours aux services*. St-Charles-Boromé: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de la santé publique.

Parent, Claudia (1997). *Les répercussions du virage ambulatoire sur les ressources communautaires et la population itinérante*. Montréal: Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal.

Patenaude, François, et Lambert, Gino (1998). «Premier cas: la santé.» dans *À qui profite le démantèlement de l'État?* Martin Poirier, François Patenaude, Martin Petit et Gino Lambert. Montréal: Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM.

Potvin, Louise et Frohlich, Katherine (1998). «L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé entre les hommes et les femmes.» *Ruptures*, 5 (2), pp. 142-152.

Presse canadienne et Le Devoir (1999). «Contre la médecine de "9 à 5". Le Collège des médecins demande que l'argent suive le patient.» *Le Devoir*, 2 février 2000, p. A-1

Ramsay, Cynthia et Walker, Michael (1998). *Waiting Your Turn - Hospital waiting lists in Canada (8th edition)*. Vancouver: Fraser Institute.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1998). *Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002. Le défi de l'accès*. Montréal: RRSSM-C.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1997). *Le défi de l'accès. Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services*. (Document de support à

---

la consultation) Montréal: RRSSM-C.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (1997). *Suivi des répercussions de la transformation des services de santé et des services sociaux sur l'utilisation des services et la santé de la population*. Québec: RRSSQ.

Regroupement des aidantes et aidants naturel(le)s de Montréal (1999). *Au coeur de l'aide, au coeur du changement. Journée de réflexion des personnes aidantes*. Montréal: RAANM.

Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (1997). *Le pelletage des établissements publics... les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos!* Québec : le ROC 03.

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (1998). *Leur équilibre, notre déséquilibre. Rapport d'enquête sur les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal*. Montréal : le RIOCM.

Reinharz, Daniel; Rousseau, Louise et Rheault, Sylvie (1999). «La place du médicament dans le système de santé du Québec.» dans *Le système de santé québécois: un modèle en transformation*, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest, Vincent Lemieux. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Rheault, Sylvie (1995). *Évaluation des modalités de financement et de paiement dans le domaine sociosanitaire*. Québec: MSSS, Collection études et analyses.

Rheault, Sylvie (1994). «L'évolution du financement des dépenses québécoises en services de santé.» dans *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*, sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Rodriguez, Charo; Contandriopoulos, André-Pierre; St-Hilaire, Carole et Jimenez, Vania (1999). «Santé: l'État doit demeurer le maître d'oeuvre des changements.» *La Presse*, 10 novembre 1999, p. B-3.

Saillant, Francine (1992). «La part des femmes dans les soins de santé.» dans *Revue internationale d'action communautaire*, 28 (68)

---

automne 1992, pp. 95-106.

Saint-Pierre, Nathalie (1999). «Qui porte le fardeau du régime universel d'assurance-médicaments du Québec?» dans *Ça urge! Le système de santé canadien a-t-il un avenir?* Textes du Colloque Directions for Canadian Health Care, tenu à Toronto (1-2 octobre 1998). Montréal: Fides.

Santé Québec (1995). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*. Vol. 1. Québec: Santé Québec.

Saul, John R.(1999). «La santé et les soins à la fin du XXe siècle: des symptômes inquiétants» dans *Ça urge! Le système de santé canadien a-t-il un avenir?* Textes du Colloque Directions for Canadian Health Care, tenu à Toronto (1-2 octobre 1998). Montréal: Fides.

Shannon, Valérie (1999). «La valeur des soins infirmiers.» *La Presse*, 13 juillet 1999.

Skene, Jennie (1998). «Stopper l'érosion des services publics. Non à la privatisation.» *FIIQ Actualités*, 9 (2), décembre 1998, p. 3.

Soderstrom, Lee (1987). *Privatization: Adopt or Adapt*. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, synthèse critique no. 36. Québec: Les publications du Québec.

Stoddart, Greg et Labelle, Roberta (1983). *Privatisation du système de santé canadien: assertions, faits, idéologie et options*. Ottawa: Santé et bien-être social Canada.

Tamblyn, Robyn et coll. (1999). *Évaluation de l'impact du régime général d'assurance-médicaments*. Montréal: Université McGill, Université de Montréal, Université McMaster (CHEPA) USAGE.

Therrien, Rita (1989). «La responsabilité des familles et des femmes dans le maintien à domicile des personnes âgées : une politique de désengagement ou de soutien de l'État.» *Santé mentale au Québec*, XIV(1), pp. 152-164.

Thibodeau, Carole (1999). «Comment choisir un bon centre d'hébergement pour un proche en perte d'autonomie?» *La Presse*, 3 octobre 1999, p. C-1.

Tremblay, Mireille (1999). «Une démocratie en santé: utopie ou réalité?» dans *La réforme de la santé au Québec*, sous la direction de Pierre

---

Fortin. Montréal: Fides.

Turgeon, Jean et Ancil, Hervé (1994). «Le ministère et le réseau public.» dans *Le système de santé au Québec: organisations, acteurs et enjeux*, sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Turgeon, Jean et Lemieux, Vincent (1999). «La décentralisation: panacée ou boîte de Pandore?» dans *Le système de santé québécois: un modèle en transformation*, sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest, Vincent Lemieux. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Turgeon, Jean et Sabourin Patrick (1996) «Reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux au Québec : La place des regroupements interétablissements» dans *Administration publique au Canada*, vol. 39.

Vaillancourt, Yves et Jetté, C. (1997). *Vers un nouveau partage des responsabilités dans les services sociaux de santé: rôles de l'État, du marché, de l'économie sociale et du secteur informel*. Montréal: Cahiers du Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Université du Québec à Montréal.

Vaillancourt, Yves; Bourque, Denis; David, Françoise et Ouellet E. (1987). *La privatisation des services sociaux*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, synthèse critique no 37. Québec: Les publications du Québec.

Vézina, Aline et Pelletier, Daniel. (1998) *Une même famille, deux univers: aidants principaux, fonctionnement familial et soutien à domicile des personnes âgées*. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.