

UN BON ÉTAT DE SANTÉ, c'est une affaire publique



Une
PLATE-FORME
syndicale
à notre
image

Centrale des syndicats
du Québec





UN BON *ÉTAT* DE SANTÉ, C'EST UNE AFFAIRE *PUBLIQUE*

Plate-forme syndicale en santé et services sociaux

**Juin 2001
D11055**

- Orientations :** Centrale des syndicats du Québec (CSQ)
Fédération des syndicats de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux (FSPPSSS-CSQ)
Fédération du personnel de la santé et des services sociaux (FPSSS-CSQ)
Union québécoise des infirmières et infirmiers (UQII-CSQ)
- Responsable politique :** Louise Chabot, vice-présidente, CSQ
- Rédaction et coordination :** Hélène Le Brun, conseillère, CSQ
- Collaborations spécifiques :** Pierre Beaulne, CSQ
Bernard Deschênes, FSPPSSS
Daniel Gosselin, CSQ
Carole Lejeune, CSQ
- Édition :** Jocelyne Sylvestre, secrétaire
- Révision :** Céline Roy, secrétaire
Micheline Jean, secrétaire

PRÉSENTATION

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) est bien ancrée dans les milieux de la santé et des services sociaux. Elle y représente toutes les catégories de personnel œuvrant dans les régies régionales et dans tous les types d'établissement du réseau. Ces membres sont regroupés au sein de trois fédérations :

- La Fédération des syndicats de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux (FSPPSSS).
- La Fédération du personnel de la santé et des services sociaux (FPSSS).
- L'Union québécoise des infirmières et infirmiers (UQII).

De plus, à la retraite, plus de 30 000 membres réunis à l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (A.R.E.Q.) continuent de militer activement pour défendre les acquis sociaux et promouvoir de meilleures conditions de vie pour les aînés, notamment dans le secteur des services sociaux et de santé.

La CSQ a à cœur la défense de ses membres et l'amélioration de leurs conditions de travail et de vie professionnelle, mais aussi, elle place au premier plan la promotion et le développement de services publics de qualité et la construction d'une société plus juste et équitable.

C'est dans ce contexte que la CSQ développe et soutient des préoccupations, des revendications, une vision, un engagement et des actions au regard des services publics de santé et de services sociaux.

Cette plate-forme se veut un outil fondamental exposant les valeurs, les visions et les assises de la Centrale qui sont au cœur de son action professionnelle, revendicative et sociopolitique en matière de services publics de santé et de services sociaux.

Les couleurs spécifiques de la CSQ en traversent le contenu. En effet, dans la formulation de sa vision et de ses attentes au regard des services publics sont sous-jacentes ses préoccupations majeures quant aux dimensions éducatives et socio-environnementales, au caractère public, à la composante travail ainsi qu'aux composantes démocratie et justice sociale.

Les rubriques retenues dans la plate-forme en font foi. Après une analyse du contexte sociopolitique, ce sont les principes fondamentaux, la conception globale du système, la gestion démocratique, la reconnaissance des ressources humaines et le caractère public de son financement qui ont retenu l'attention de la CSQ.

TABLE DES MATIÈRES

EN PRÉALABLE	7
UNE ANALYSE DU CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE	7
PARCE QUE LA SANTÉ EST SOUS INFLUENCE	7
Au Québec, le grand désengagement de l'État.....	7
La santé au Québec est un secteur sous-financé	9
Des prémisses de base à dénoncer	11
Le Québec a les moyens.....	11
Trop cher, la santé des personnes âgées?	13
La nécessaire maîtrise des coûts des médicaments	18
Le délestage dans la cour des familles et des femmes	19
Les élans de communautarisation.....	20
Les élans de privatisation.....	23
Le contexte de la mondialisation	25
CHAPITRE PREMIER	28
DES PRINCIPES FONDAMENTAUX	28
PARCE QUE LE DROIT À LA SANTÉ, C'EST NON NÉGOCIABLE	28
Une vision globale de la santé	30
CHAPITRE DEUXIÈME	32
UNE CONCEPTION GLOBALE, COHÉRENTE ET INTÉGRÉE DU SYSTÈME DE	32
SERVICES PARCE QUE LA SANTÉ, C'EST POUR TOUTE LA VIE	32
L'organisation du système de services.....	33
CHAPITRE TROISIÈME	39
UNE GESTION DÉMOCRATIQUE DU SYSTÈME	39
PARCE QUE LA SANTÉ, ÇA CONCERNE TOUTES LES PERSONNES	39
L'appropriation individuelle et collective de ses pouvoirs d'influence	40
CHAPITRE QUATRIÈME	44
LA RECONNAISSANCE DES RESSOURCES HUMAINES	44
PARCE QUE LA SANTÉ, ÇA NE SE FAIT PAS TOUT SEUL	44
CHAPITRE CINQUIÈME	48
LE FINANCEMENT PUBLIC DU SYSTÈME	48
PARCE QUE LA SANTÉ, ÇA NE SE MARCHANDE PAS!	48
La stabilité du financement	48
Un système public de santé et de services sociaux, un actif social important	49
Un financement définitivement et majoritairement public, géré publiquement	50
LISTE DES RECOMMANDATIONS	51

EN PRÉALABLE UNE ANALYSE DU CONTEXTE SOCIOPOLITIQUE PARCE QUE LA SANTÉ EST SOUS INFLUENCE

Depuis la dernière décennie, on assiste à de vastes réformes et à une remise en question des fondements des systèmes de santé et de services sociaux partout dans le monde. Réflexion sur le rôle de l'État, compression des ressources financières, augmentation de la demande, virage ambulatoire et virage milieu, contribution accrue du secteur privé et libre-échange sont sur toutes les lèvres lorsqu'il est question de services de santé et de services sociaux.

De l'avis de plusieurs, la tendance dominante est une dérive de la conception, de l'organisation, de la gestion et de la prestation des services sociaux et de santé sous l'emprise de l'idéologie néolibérale. Le désengagement des États et les élans de privatisation sont généralisés et ne sont pas étrangers au contexte de la mondialisation et de la libéralisation des marchés. Les systèmes de santé et de services sociaux sont également sous influence...

Au Québec, le grand désengagement de l'État

Depuis le début des années 1990, au Québec, on a assisté à un désengagement de l'État, tant provincial que fédéral dans le financement du système de santé et de services sociaux.

Cette période correspond au grand dérangement, c'est-à-dire à la réforme de la santé et des services sociaux fortement marquée par un grand désinvestissement de l'État québécois : désinvestissement financier, bien sûr, mais aussi désinvestissement de ses responsabilités traduit dans des élans de privatisation et de communautarisation.

Les mots d'ordre relevant d'une culture comptable se sont généralisés : réduction des dépenses, compressions, rationalisations, productivité, rentabilité et efficacité. Les orientations gouvernementales et ses stratégies financières sont basées sur le dogme de la fiscalité concurrentielle, un cadre financier destiné à réduire la taille de l'État et l'art de prévoir les impasses financières.

Se sont ajoutés le désinvestissement du gouvernement fédéral et les pressions économiques issues des mouvements de mondialisation. Cela nous a conduits à un contexte politique orchestré de privation de ressources,¹ stratégie par excellence des avancées de la privatisation et de la primauté des intérêts économiques sur les politiques publiques à caractère social. La logique politique s'articule donc autour d'un discours de catastrophe annoncée : notre système de santé et de services sociaux

¹ Lors du Forum de la Coalition Solidarité Santé en avril 2000, la politologue Sylvie Paquerot a clairement identifié les stratégies politiques à l'origine des mouvements de privatisation : la privation de ressources; le transfert des responsabilités étatiques; la déréglementation publique; la tarification de services, dans Hélène Le Brun. « *La santé au Québec, c'est un droit! Comme peuple on a déjà fait ce choix!* » *Cahier-Santé*, printemps-été 2000, Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ).

coûte trop cher, la population vieillissante grugera tout le pécule public, l'État ne pourra bientôt plus répondre à la demande, il faut absolument contrôler les coûts des dépenses publiques et trouver d'autres sources de financement.

« Le coût global des dépenses de santé croîtra annuellement de 4 %, un rythme que nous ne pouvons soutenir indéfiniment sans compromettre une économie aux prises avec une concurrence de plus en plus forte sur tous les marchés. » C'est en ces termes que la ministre de la Santé et de Services sociaux, M^{me} Marois, a lancé, au début de l'hiver 2000, un vaste débat sur l'avenir du système et sur son financement. Chose significative, cette annonce a été faite devant la Chambre de commerce de Montréal. La ministre a tenu à ce que tout soit sur la table dans ce débat : l'étendue de l'offre de services assurés, notre capacité sociale de financer le système, le niveau de taxation que la société québécoise est prête à supporter pour le financer, les types de services pour lesquels il pourrait être demandé une contribution financière des usagers, les formes possibles de partenariat avec le privé, etc.

L'orientation politique officielle de ce gouvernement en était pourtant une de lignée sociale-démocrate! Ce sont les visions progressistes humanistes et la vision marchande d'une entreprise publique de santé et de services sociaux qui délibèrent ici. Ce virage à droite n'est pas étranger au contexte de mondialisation du cadre politique, qui instaure le mythe du marché et la nécessité de s'ajuster au rendement et à la compétitivité mondiale, même en matière de politique publique. C'est cette dérive, bien camouflée, qui introduit les écarts entre le discours gouvernemental officiel sur le respect des principes et des valeurs du système de santé et de services sociaux et les actes, les politiques de ce même gouvernement.

Et pourtant...

En 1988, il y avait un consensus dans la société québécoise au sortir de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (commission Rochon) selon lequel il fallait augmenter le budget du réseau de la santé et des services sociaux (de l'ordre de 3 % selon le ministre d'alors, M. Marc-Yvan Côté) et qu'il fallait transférer des ressources financières dans les milieux pour faire face aux besoins grandissants de la population et au vieillissement. Cela n'a pas empêché le gouvernement québécois, dès 1992, d'appliquer des coupes draconiennes en toile de fond d'une réforme de la santé et des services sociaux qui, de l'avis de tous les experts, avait justement besoin du contraire pour réussir. Ce désinvestissement a conduit tout droit à la grande débâcle que l'on connaît et qui fait en sorte que les problèmes qu'on voulait corriger augmentent et que d'autres émergent à une vitesse effarante.

Lors du premier forum d'experts tenu par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, mise sur pied par la ministre de la Santé (commission Clair), à l'automne 2000, M. Michael Decker, de l'Institut canadien d'information sur la santé, avait affirmé que ces coupes financières avaient duré trop longtemps et qu'elles avaient fortement déstabilisé le système. Il avait alors souligné que, dans ce contexte, il serait normal que la proportion du PIB consacrée à la santé et aux services sociaux

augmente (même jusqu'à 12 %) et qu'il était possible pour les gouvernements de financer cela (la Suède et le Royaume-Uni ont investi entre 15 et 25 % de leur PIB en santé au moment des réformes). Au Québec, le ministre des Finances avance tout de même une volonté, au contraire, de plafonner la part du PIB destinée à la santé et aux services sociaux. N'est-ce pas là une nette stratégie de privation de ressources?

Et pourtant...

La santé au Québec est un secteur sous-financé

Tous les indicateurs sur les dépenses de santé produits par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)² montrent que le Québec se situe en queue de peloton parmi les provinces canadiennes. En 2000, le Québec se classe à l'avant-dernier rang des provinces canadiennes pour ce qui est des indicateurs suivants :

- les dépenses totales de santé par habitant : en 2000, le Québec dépense 2814 \$ par habitant, comparativement à 3094 \$ en moyenne au Canada; l'écart est de 280 \$, soit 9 % de moins;
- les dépenses de santé du secteur public par habitant : en 2000, le Québec dépense 2061 \$ par habitant, comparativement à 2198 \$ en moyenne au Canada; l'écart est de 137 \$, soit 6,2 % de moins;
- les dépenses de santé des gouvernements provinciaux par habitant : en 2000, le Québec dépense 1901 \$ par habitant, comparativement à 2017 \$ en moyenne au Canada; l'écart est de 115 \$, soit 5,7 % de moins.

À tous les égards, on dépense moins pour la santé et les services sociaux au Québec qu'ailleurs au Canada.

Bien évidemment, il faut se garder de poser de manière trop mécanique l'équation dépense égale services. Des différences de coûts globaux peuvent s'expliquer par une combinaison différente de services, par des prix et des volumes différents, des formes d'organisation différentes pour la prestation des services. Ne dit-on pas, d'ailleurs, que le système de santé essentiellement public du Canada se compare avantageusement avec le système largement privé des États-Unis, cela malgré des coûts sensiblement inférieurs? En effet, un seul pays a une contribution du secteur privé dans la santé significativement plus élevée qu'au Canada, soit les États-Unis. C'est un modèle loin d'être enviable, les coûts de la privatisation du système de santé aux États-Unis étant très élevés. Les dépenses totales de santé *per capita* sont presque le double et il en coûte 39 % de plus pour l'hospitalisation d'un patient pour des services comparables. Un rapport récent d'économistes du gouvernement américain prédit que les montants consacrés aux soins de santé aux États-Unis doubleront d'ici 10 ans et que la part du PIB consacrée au secteur de la santé passera de 13,6 % à 16,6 % durant la même

² Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé (1975-1999)*, 2000.

période. Notre régime, qui demeure actuellement à dominante publique, permet de maintenir inférieures à 10 % du PIB les dépenses globales de santé au Québec comme au Canada.

Il n'en reste pas moins que les indicateurs sur les dépenses de santé par habitant au Québec ont de quoi nous inquiéter. Avec le temps, les écarts avec les autres régions canadiennes ont tendance à se creuser. En 1979, les dépenses totales de santé par habitant au Québec étaient à même hauteur que la moyenne canadienne. En 2000, un écart de 9 % s'est creusé. Jusqu'en 1985, les dépenses de santé par habitant du secteur public au Québec étaient encore à un niveau supérieur à la moyenne canadienne. En 2000, le Québec a glissé à 6,2 % sous la moyenne canadienne.

Pour l'ensemble des dépenses par habitant, il existait un retard de 37 \$ en 1985 entre le Québec et la moyenne canadienne. Ce retard s'est élargi à 279\$ en 2000, creusant l'écart de 242\$.

Il n'est pas sans intérêt d'examiner un peu plus finement l'évolution des dépenses selon les grandes catégories d'affectation de fonds. Les données que nous examinons portent sur les dépenses totales de santé, comprenant aussi bien les dépenses publiques que privées, telles qu'elles sont publiées par l'ICIS. Nous avons ramené les dépenses totales sur une base par habitant pour les fins de la comparaison.

Depuis 1985, le poste de dépenses qui a connu la plus forte augmentation relative est celui des médicaments. Les dépenses par habitant ont augmenté de 273 %, passant de 125 \$ à 466 \$.

En comparant la variation des dépenses du Québec et du Canada entre 1985 et 2000, on observe des divergences importantes au regard des choix gouvernementaux dans l'allocation des dépenses. La croissance des dépenses pour les établissements autres que les hôpitaux est nettement plus faible au Québec : 44 % comparativement à 83 % en moyenne au Canada. Également, au poste des autres dépenses de santé, lequel inclut la santé publique, les soins à domicile et les programmes communautaires, la croissance des dépenses au Québec a été nettement plus faible : 130 % comparativement à 199 % pour la moyenne canadienne. Au contraire, le Québec a dépensé nettement plus qu'ailleurs au Canada au chapitre des immobilisations, la croissance atteignant 141 % au Québec, contre 75 % au Canada. Pour 2000, l'examen de la ventilation des dépenses totales de santé au Canada et au Québec montre que le Québec dépense moins qu'ailleurs au Canada dans presque tous les domaines, notamment dans les établissements autres que les hôpitaux, la santé publique, la recherche, les soins à domicile, les programmes communautaires, les médecins et autres professionnels.

Le Québec a fait le choix de politiques de compressions et de recherche d'économies. Quand les écarts se creusent ainsi par rapport à la moyenne canadienne dans pratiquement tous les domaines de dépenses simultanément, on doit reconnaître qu'on se trouve devant un problème de sous-financement.

Des prémisses de base à dénoncer

Les documents de consultation soumis par le ministère de la Santé et des Services sociaux lors de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, à la fin de l'an 2000, estiment que des pressions structurelles pourraient s'exercer sur les dépenses de santé et de services sociaux au cours des prochaines années. Ces pressions pousseraient les dépenses à croître à des rythmes annuels de 3 à 3,5 % en dollars constants, et de 5 à 5,5 % en dollars courants.

Sans plus d'analyse, sauf pour l'évocation des pressions en faveur d'allègements fiscaux et la nécessité de pourvoir aux autres besoins prioritaires des Québécoises et des Québécois, les documents de consultation sautent à la conclusion que « la dynamique de croissance des dépenses de santé et de services sociaux excède le potentiel de croissance à long terme de l'économie et l'évolution de la capacité de payer du gouvernement »³. Cette « situation intenable », pour reprendre l'expression utilisée dans les documents de consultation, sert de toile de fond pour la présentation d'une série d'options touchant le financement, toutes plus rebutantes les unes que les autres, qui permettraient de « sortir de l'impasse » : désassurance de services, tarification accrue, hausses d'impôts, privatisations, caisses particulières, etc.

Même si les documents de consultation proclament qu'« avant de dégager des pistes d'orientation, on doit s'interroger sur des questions fondamentales telles que la capacité collective de financer le système public de santé et de services sociaux... »⁴, rien de tel n'est fait. Cela n'a rien d'étonnant puisque, à la différence du gouvernement fédéral, le gouvernement du Québec ne juge pas opportun de présenter des évaluations sur les excédents prévisibles et de rendre explicites ses marges de prudence. Comment peut-on, dès lors, affirmer que la capacité collective de financer le système public est insuffisante?

Le Québec a les moyens

Dans le but de fournir un éclairage plus complet sur les capacités financières du gouvernement du Québec, nous nous sommes livrés à un exercice de projection sur les revenus et les dépenses. Sur la base de méthodologies connues, l'exercice vise à estimer les excédents potentiels du gouvernement du Québec ainsi qu'à examiner leur usage possible. Sur ce deuxième aspect, on comprendra que les scénarios présentés le sont à des fins illustratives seulement.

³ Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec*, Document d'information, juin 2000, p. 28.

⁴ Idem p. 9.

L'estimation des surplus pour le gouvernement du Québec s'inspire de la méthodologie mise au point par John McCallum⁵, économiste en chef de la Banque Royale, méthodologie largement reprise par le gouvernement fédéral dans sa mise à jour de l'automne 1999⁶. Sur la base des hypothèses utilisées, lesquelles sont détaillées dans le mémoire que la Centrale a déposé à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux⁷ à l'automne 2000, il est possible de projeter les excédents budgétaires dont Québec pourra disposer à moyen terme.

En effet, théoriquement, si l'ensemble des dépenses d'opération demeuraient fixes au-delà de 2001-2002, il se dégagerait des excédents totalisant 20,3 milliards au cours des quatre années suivantes. En 2005-2006, l'excédent atteindrait 8,8 milliards, soit 3,2 % du PIB. Si de tels excédents étaient consacrés entièrement à des réductions de l'impôt des particuliers, ceux-ci pourraient être réduits de 43 %.⁸

Si l'on envisageait une progression des dépenses de santé et de services sociaux de l'ordre de 5 %, tout en gardant fixes les autres dépenses au-delà de 2001-2002, il resterait des excédents totalisant 5,1 milliards en 2005-2006 (11,5 milliards sur 5 ans). Si ces excédents étaient consacrés à des baisses d'impôts, ceux-ci pourraient être réduits de 24,9 %.

De manière plus réaliste, si l'on envisageait une progression des dépenses pour la santé de l'ordre de 5 % ainsi qu'une progression de l'ordre de 3 % pour les autres dépenses, soit 1 % de mieux que le taux d'inflation, il resterait quand même une légère marge pour réduire les impôts d'environ 9 %.

Alors, à la lumière de cet exercice de projection budgétaire, il est démontré que des marges suffisantes sont prévisibles pour permettre à Québec de poursuivre simultanément divers objectifs, selon des dosages variables, y compris les réinvestissements nécessaires dans le domaine de la santé et des services sociaux.

⁵ John McCallum. *Relative fiscal power : Ottawa versus the provinces*, Royal Bank of Canada, septembre 1999.

⁶ Finances Canada. *Mise à jour économique et financière de 1999*, novembre 1999.

⁷ Centrale des syndicats du Québec. *Pour en finir avec la grande débâcle en santé et services sociaux*. Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000.

⁸ L'impôt provincial sur le revenu des particuliers représente l'équivalent de 7,5 % du PIB du Québec. Avec l'équivalent de 1 % du PIB, on « achète » une réduction d'impôts de 13,3 % (1/7,5). Les réductions d'impôts consenties lors du dernier budget, étalées sur trois ans, sont de cet ordre de grandeur.

LA CSQ

R.1 dénonce l'hypothèse selon laquelle le gouvernement du Québec n'a plus les marges de manœuvre suffisantes pour assumer adéquatement le financement du système de santé et de services sociaux et qu'il faut alors, inévitablement, se tourner vers d'autres sources de financement.

Trop cher, la santé des personnes âgées?

Plus que jamais, le gouvernement québécois explique les maux du système de santé et de services sociaux par l'existence d'une population âgée de plus en plus importante au Québec. Si nous prévoyons une croissance substantielle des coûts de santé, au-delà de notre capacité collective de payer, dit-on à Québec, c'est à cause du vieillissement de la population.

Pour Mme Monique Vézina, présidente du Bureau québécois de l'Année internationale des personnes âgées, les personnes âgées du Québec ont déjà la douloureuse impression qu'on leur reproche d'être la cause de l'engorgement des hôpitaux, d'être à l'origine de tous les maux qui affectent le réseau de la santé et de services sociaux, bref, d'être vieilles. Pourtant, les aînés n'ont jamais été en aussi bonne santé⁹. Le vieillissement est-il une menace réelle ou un indicateur inquiétant de l'émergence de l'âgisme au Québec?

Une étude réalisée en 1996 par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), démontre que le vieillissement de la population n'a compté que pour... 0,5 % dans l'escalade des coûts entre 1986 et 1996. La Régie montrait plutôt du doigt une explosion de la consommation des services médicaux, paiement à l'acte oblige. En fait, selon la RAMQ, la multiplication des visites chez le médecin et la hausse des tarifs médicaux comptent pour près de 72 % de l'augmentation des coûts des services médicaux chez les aînés durant cette décennie. Qui plus est, le même phénomène se serait produit dans les autres couches de la population.

Les recherches¹⁰ démontrent que, non seulement le vieillissement de la population a eu un effet peu important sur les coûts de santé, mais qu'il ne devrait pas causer d'augmentations importantes des coûts des services durant les années à venir¹¹. De

⁹ Marie Pelchat. « *La santé des "vieux" coûte-t-elle trop cher?* *Cahier-Santé*, printemps-été 2000, Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ).

¹⁰ M.L. Barer, G. Evans, C. Hertzman. « *Avalanche ou Glacier? : Health Care and the Demographic Rhetoric* ». *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 4, n° 2, 1995.

¹¹ Lee Sodestrom. « *Les citoyens aînés et la privatisation du système de santé : survol des connaissances* ». *Bien vieillir*, Bulletin des CLSC René-Cassin, vol. 6, n° 1, février 2000.

plus en plus d'études concluent, en effet, que les avancées technologiques, mais surtout le coût des médicaments, constituent les principales menaces qui planent sur le secteur de la santé.

Une étude récente menée sous les auspices du ministère des Finances du Canada traite justement du financement de la santé au regard des changements démographiques en considérant une gamme d'options budgétaires, tant pour ce qui est du gouvernement fédéral que pour les provinces et territoire¹². Les auteurs estiment que les coûts de santé découlant du vieillissement de la population demeureront modestes tout au long de la présente décennie, ajoutant moins de 0,5 % au pourcentage annuel de croissance des dépenses. À compter de la prochaine décennie, et pour les deux décennies suivantes, ces coûts augmenteront au rythme d'environ 1,3 % par année, après quoi ils redescendront à des niveaux modestes. À l'inverse, le même phénomène de vieillissement viendra tempérer les dépenses en éducation, même en supposant une augmentation de la dépense réelle par habitant, et réduire les pertes fiscales au chapitre des REER, ce qui compensera, dans une certaine mesure, la croissance des coûts de santé. De telles perspectives sont nettement plus nuancées que les affirmations carrées contenues dans les documents de la commission Clair quant aux impacts du vieillissement. D'ailleurs, la principale conclusion de l'étude est que le vieillissement de la population n'engendrerait pas, à lui seul, de graves problèmes pour les finances publiques.

Cette étude examine aussi les incidences sur les finances publiques de diverses hypothèses de croissance des dépenses de santé en lien avec différents scénarios de partage des excédents budgétaires entre dépenses, réductions d'impôts et remboursement de la dette publique. Par exemple, selon un des scénarios examinés, si le Québec poursuit une politique où la moitié des excédents sont consacrés aux dépenses et l'autre moitié aux réductions d'impôts, il est possible d'augmenter les dépenses de santé suffisamment pour couvrir les coûts dus à l'augmentation de la population, au vieillissement, à l'inflation générale et à l'inflation spécifique de la santé, plus 1 % d'enrichissement des dépenses par habitant, et cela, tout en maintenant la dette publique sur une trajectoire descendante. Ce n'est pas exactement l'apocalypse qui nous est annoncée là, ni pour demain ni pour après-demain.

Même l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) reconnaît que ce seront davantage les services d'hébergement, moins coûteux que les services médicaux, qui seront sollicités au cours des prochaines décennies. Or, même en augmentant de 50 % ces services d'ici les 20 ou 30 prochaines années, le fardeau supplémentaire pour le produit intérieur brut (PIB) ne serait que de 1 %. Toujours selon l'OCDE, le vieillissement de la population gonflera les dépenses médicales, mais pas autant qu'on le craignait auparavant. Les dépenses de santé pourraient augmenter de 10 à 20 % ces 15 à 20 prochaines années, ce qui représente une forte hausse, mais pas une explosion.

¹² Phillip King et Harriet Jackson, *Public Finance Implications of Population Ageing*, Division de la politique fiscale, Finances Canada, août 2000.

Au Québec, les changements démographiques ne gonfleront que de 1 % les coûts des services médicaux, mais majoreront de 3 % les dépenses d'hébergement. Pour Claude E. Forget, économiste et ex-ministre de la Santé et des Services sociaux dans le gouvernement Bourassa, « c'est devenu une rengaine. Il est vrai qu'une grande partie des dépenses de santé se fait dans les six derniers mois de vie. Cependant, que l'on décède à 75 ans ou à 65 ans, ça ne coûte pas plus cher. Le vrai problème, c'est le sous-financement et le gouffre qui existent déjà entre les ressources et les besoins. En se préoccupant d'un facteur futur, le gouvernement se donne l'air d'être très lucide et reporte un problème qui dure depuis longtemps ».

Dans ce débat, le gouvernement québécois passe totalement sous silence sa propre incurie dans la planification des services aux personnes âgées. À la fin des années 1980, un rapport d'experts pour le compte de la commission Rochon estimait, en effet, qu'il fallait multiplier par trois ou quatre les ressources en services à domicile pour rencontrer les besoins des personnes âgées. Quinze ans plus tard, les services à domicile des CLSC sont toujours difficilement accessibles parce que sous-financés... Et la seule option que le gouvernement envisage, c'est la tarification des services!

Le gouvernement omet également de préciser que les personnes âgées paient des taxes et des impôts comme tout le monde. Manifestement, par exemple, ces personnes n'utilisent pas le système scolaire dans une proportion équivalant à leur contribution, mais elles ne demandent pas non plus d'en être exemptées. C'est une question de solidarité.

Dans ce contexte, de plus en plus de chercheurs croient que l'impact du vieillissement a été gonflé par les pouvoirs publics pour dissimuler leur propre incapacité à contrôler les coûts. On peut, en effet, penser que la stratégie des boucs émissaires camoufle bien, dans les faits, le manque de courage politique des gouvernements pour régler les dérives liées au paiement à l'acte, au coût des médicaments et des nouvelles technologies?

Selon Québec, le vrai boum serait pour dans 15 ans. Un article de la journaliste Isabelle Paré¹³ fait mention des travaux de la démographe Madeleine Rochon, qui démontrent bien l'image faussée, depuis longtemps colportée, de la horde générationnelle issue du *baby-boom* qui, devenue vieillissante, vampiriserait les budgets de la santé et des services sociaux. Selon Mme Rochon, ce n'est pas avant 15 ans, lorsque cette génération atteindra l'âge de la retraite, que le vieillissement fera peser un poids important sur le financement du système de santé et de services sociaux. D'ailleurs, elle signale que la Suède et le Danemark ont déjà atteint le taux de vieillissement que le Québec connaîtra dans 15 ans et que l'analyse de leur situation confirme que l'hécatombe ne s'est pas produite, car en 1997, les dépenses globales de santé au Danemark étaient semblables à celles du Québec.

¹³ Isabelle Paré. « Les vrais et les faux problèmes de la santé : le vieillissement, une menace montée en épingle? » *Le Devoir*, samedi 29 avril 2000.

De plus, cette pression financière sur le système de santé et de services sociaux découlera davantage de la perte de revenus fiscaux occasionnée par la retraite d'une masse importante de travailleurs que des coûts additionnels en services sociaux et de santé liés à cette imposante cohorte de « nouveaux vieux ».

André Pratte, journaliste à *La Presse*, a également publié un excellent article sur la question à l'été 2000¹⁴. Il rapporte les travaux d'un groupe de démographes et de gérontologues de l'Université Simon Fraser qui contestent vigoureusement la perception répandue selon laquelle le vieillissement de la population provoquera, au cours des prochaines décennies, une crise sociale sans précédent. Dans un livre publié récemment, ces universitaires dénoncent ce qu'ils appellent « la démographie apocalyptique »¹⁵. Les professeurs Ellen Gee et Gloria Gutman y affirment que les chercheurs canadiens ont publié un grand nombre d'études montrant la démographie apocalyptique sous son vrai jour, soit un ensemble de croyances qui ne se vérifient pas dans les faits. Pourtant, ces croyances se sont ancrées dans l'esprit du public et des décideurs.

Ces chercheurs accueillent la donnée de base que d'ici 40 ans, la proportion de Canadiens âgés de 65 ans et plus frôlera les 25 %, soit deux fois plus qu'aujourd'hui. Ils s'appliquent cependant à démontrer que les conséquences dramatiques prédites par certains de leurs collègues, par les gouvernements et par les médias sont grossièrement simplistes. Par ailleurs, ils démontrent que notre définition des personnes âgées pourrait changer, c'est-à-dire passer d'une condition de vieillesse plutôt vécue aux alentours de 75 ans que vers les 65 ans, comme on le perçoit encore aujourd'hui. Or, en 2041, les personnes de 75 ans et plus composeront 12 % de la population canadienne, exactement la même proportion que les gens de 65 ans et plus aujourd'hui.

Le démographe Yves Carrière, également de l'Université Simon Fraser, a, pour sa part, fait une étude détaillée de l'impact du vieillissement sur le nombre et la durée des séjours à l'hôpital d'ici 2041. Selon lui, on ne peut tout simplement pas extrapoler qu'une forte hausse du nombre de personnes de 65 ans et plus se traduira par une forte augmentation des soins dispensés par les centres hospitaliers. Tout dépendra de l'évolution de la santé des personnes âgées et de la manière dont les soins de santé seront administrés au cours des prochaines années.

Si, en 1971, à partir des données de l'époque sur le nombre et la durée des séjours à l'hôpital, on avait tenté de prédire l'impact des changements démographiques à venir, on aurait annoncé, pour 1991, 62 millions de jours d'hospitalisation. En réalité, en 1991, il n'y a eu que 41 millions de jours d'hospitalisation. Que s'est-il passé? La population a

¹⁴ André Pratte. « Halte à la démographie apocalyptique! » *La Presse*, vendredi 4 août 2000.

¹⁵ *The Overselling of Population Aging : Apocalyptic Demography, Intergenerational challenges and Social Policy*, Oxford University Press.

bel et bien vieilli mais, simultanément, l'état de santé des Canadiens s'est beaucoup amélioré, d'où une baisse du nombre de séjours à l'hôpital.

Ces évolutions se poursuivront sans aucun doute au cours des prochaines années, le virage ambulatoire faisant diminuer les durées de séjour à l'hôpital. La catastrophe appréhendée n'aura donc probablement pas lieu. Au pire, selon les scénarios élaborés par Yves Carrière, le nombre de jours d'hospitalisation doublerait d'ici 2041, tandis que la population du pays augmenterait de 134 %. Au mieux, c'est-à-dire dans l'éventualité d'une amélioration sensible de l'état de santé des personnes âgées, le nombre de jours d'hospitalisation serait à peu près le même dans 40 ans qu'aujourd'hui.

Le groupe de chercheurs s'en prend aussi à l'idée voulant qu'à mesure que la population vieillit, les membres des générations suivantes doivent supporter un poids disproportionné de taxes et d'assistance à leurs parents malades. Ces difficultés sont bien réelles, mais le nombre de personnes qui les subissent reste petit, soutiennent les chercheurs.

Du point de vue des auteurs de cet ouvrage, la panique créée autour du vieillissement de la population participe à l'assaut mené contre l'État par les tenants du néoconservatisme. Pour Ellen Gee, « la démographie apocalyptique n'est qu'un outil politique servant à modifier le tissu social et le contrat social canadiens ».

Ces universitaires n'hésitent pas à faire valoir une idéologie opposée. Ils ne nient pas que le vieillissement de la population confronte la société canadienne à un défi de taille. Mais, selon Yves Carrière, au lieu de voir le vieillissement de la population comme une raison de démanteler ce qui reste de l'État-providence, il faudrait l'envisager comme une occasion de transformer les programmes sociaux, qui sont mal équipés pour faire face à ce défi.

Quoi qu'il en soit, le droit aux services sociaux et de santé ne tolère aucune forme d'*apartheid* social.

LA CSQ

R. 2 dénonce l'attitude gouvernementale qui fait porter le fardeau de l'augmentation des coûts de santé sur le compte de la génération âgée.

La nécessaire maîtrise des coûts des médicaments

Plus que le vieillissement de la population, c'est la hausse vertigineuse du coût des médicaments qui met en danger la santé budgétaire des fonds publics. En effet, c'est le poste de dépenses des médicaments qui a connu la plus forte augmentation au Québec. Une hausse des dépenses de médicaments de 15 % par année est tout à fait inacceptable. Or, le programme médicament est devenu quasi « intouchable » de la part du gouvernement québécois. D'ailleurs, on a pu le constater lors de la Commission parlementaire de l'hiver 2000 sur la révision du régime d'assurance médicaments. Une majorité de groupes ont revendiqué que le gouvernement québécois opte pour une politique d'achat au plus bas prix. Cette proposition a été rejetée fermement par Bernard Landry et Québec n'a pas trouvé mieux que de doubler la prime reliée à la contribution des utilisateurs.

On l'a constaté de nouveau à la fin de l'année 2000. Malgré la grande importance de l'incidence des coûts des médicaments sur le système québécois de santé et de services sociaux, le sujet a été occulté par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux et les scénarios qu'elle a soumis. Il nous semble pourtant beaucoup plus impératif de s'attaquer au contrôle des coûts des médicaments qu'à celui du vieillissement. De l'avis de la CSQ, plusieurs mesures devraient être mises en place pour assurer un contrôle rigoureux des coûts. Cela passe, entre autres, par un régime entièrement public, une politique d'achat au plus bas prix en fonction du rapport à la qualité et l'établissement d'un prix de référence. Cela suppose aussi de remettre en question la politique québécoise du 20/15 accordant une protection de 35 ans aux médicaments brevetés, alors que le respect de la norme de protection de 20 ans, stipulée dans la loi fédérale C-91, permettrait de réaliser des économies de 30 millions de dollars à court terme. D'autres mesures concernant les décisions de couverture de certains médicaments ou des processus de révision de couverture seraient aussi avantageuses et ont été largement expliquées dans le mémoire¹⁶ que la CSQ a déposé à la Commission des affaires sociales à l'hiver 2000.

De toute évidence, il nous semble qu'un effort certain devrait être fait au chapitre du contrôle des coûts des médicaments et que des décisions politiques courageuses s'imposeraient.

¹⁶ Centrale de l'enseignement du Québec. *Pour enfin répondre aux besoins de la population, un régime public d'assurance médicaments, un contrôle des coûts et une politique globale du médicament*. Mémoire sur l'évaluation du régime général d'assurance médicaments, (Montréal, CEQ D10822).

LA CSQ

R. 3 réclame l'adoption, par le gouvernement québécois, d'une véritable politique du médicament, laquelle comprendrait, notamment, un régime public et universel d'assurance médicaments de même que des mesures rigoureuses de contrôle des coûts des médicaments.

Le délestage dans la cour des familles et des femmes

Là où l'État se déleste de ses responsabilités, ce sont le plus souvent les familles qui sont appelées à prendre le relais. Celles-ci sont pratiquement devenues de nouvelles entités du réseau de la santé et des services sociaux. On leur confie des responsabilités de plus en plus lourdes dans la prestation des services et parfois même des soins complexes qui, en institution, ne pourraient se faire que par du personnel spécialisé. Il est difficile actuellement de mesurer l'ampleur de ces impacts sur la santé physique et mentale de ces proches aidants qui, majoritairement, sont des aidantes. Mais les travaux récents du Conseil du statut de la femme¹⁷ démontrent, sans équivoque, que les femmes assurent massivement les contrecoups du virage ambulatoire.

Ce sont effectivement les femmes qui paient plus cher le prix de la transformation puisque, dans 70 à 80 % des cas, ce sont elles qui sont enrôlées pour prendre en charge les soins et les services aux personnes dépendantes. Que ce soit pour prendre soin d'un enfant encore malade après une hospitalisation, d'un parent âgé qui vient d'être opéré ou même de leur propre convalescence après un accouchement ou une maladie, la vie quotidienne ne s'arrête pas là pour elles. Elles portent souvent la lourde responsabilité d'administrer les soins et services, de faire les allers-retours au service des urgences, de rendre le soutien moral, et cela, tout en continuant d'assumer leurs tâches professionnelles et familiales régulières. Ce type de prise en charge augmente le niveau de responsabilité habituelle et est très stressant.

Ce contexte contribue donc à dégrader considérablement les conditions de vie des femmes, car on estime à 9 % la proportion de proches aidantes qui quittent un emploi pour prendre soin d'un membre de sa famille¹⁸, et 49 % des personnes qui prennent soin de leurs proches dépendants doivent le faire pendant plus de 5 ans¹⁹.

¹⁷ Québec (Province). *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*. Avis du Conseil du statut de la femme, 2000.

¹⁸ Cité dans Côté et collab. (AFÉAS). « Qui donnera les soins? ». Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec. Condition féminine Canada, 1998.

¹⁹ Nancy Guberman, et collab. *Travail et soins aux proches dépendants*. Les éditions du remue-ménage, 1993.

Plusieurs groupes sont intervenus pour souligner les risques d'iniquités découlant d'un recours massif aux familles. Les femmes ont dénoncé, à plusieurs reprises, le rôle que l'État entendait leur confier sous la neutralité du mot famille. Pourtant, la documentation gouvernementale continue de présenter la famille comme le lieu par excellence pour recevoir des soins ou des services et à faire peu de cas de la contribution de toutes ces aidantes. Tout se passe presque comme si Québec voulait revenir « au doux temps des femmes reines du foyer ».

La charge émotive vécue par ces femmes n'est jamais prise en compte lorsqu'on insiste auprès d'elles pour prendre un proche en charge. Pourtant, la famille n'est pas toujours le lieu idyllique présenté dans les documents gouvernementaux. Il existe, au sein des familles, des conflits, parfois de la violence et de la manipulation émotive.

Les femmes veulent consentir à donner des soins et des services et non se les faire imposer. Lorsqu'elles acceptent d'être proches aidantes, elles veulent être reconnues comme partenaires, elles veulent qu'on leur garantisse le soutien des services professionnels, des ressources de répit et de dépannage et elles veulent être soutenues par des mesures protégeant leur situation d'emploi.

LA CSQ

R. 4 dénonce l'ampleur du rôle et des responsabilités qui incombent aux femmes dans la prestation des services sociaux et de santé en tant que proches aidantes et réclame des mesures gouvernementales immédiates pour remédier à ces impacts négatifs de la transformation du réseau, de même que des politiques publiques qui respectent les besoins et les attentes des femmes ainsi que le caractère volontaire de leur engagement.

Les élans de communautarisation

Depuis le début de la réforme et des compressions budgétaires, on a assisté à un transfert important des sommes vers le secteur communautaire. Dans la publication de l'automne 1998 de ses orientations au regard des services à la population²⁰, le MSSS venait apporter une précision de taille quant au positionnement et au rôle des groupes communautaires au sein du réseau : le ministère les considère comme faisant partie de la gamme des services publics intégrés de première ligne et accorde aux CLSC la responsabilité d'informer la population de leur existence et d'orienter celle-ci vers les services que ces organismes offrent lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles en CLSC. De la même façon, les ressources intermédiaires et les ressources d'hébergement de

²⁰ Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Santé et Services sociaux, Les services à la population, 1998-1999, 2000-2001.*

type familial rattachées aux établissements publics viennent compléter l'organisation locale des services. C'est une consécration de l'intégration des organismes communautaires et des entreprises d'économie sociale à titre de composantes formelles du réseau public.

De l'avis même du Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal²¹ (RIOCM), le gouvernement du Québec va à l'encontre du sens de sa propre législation qui stipule que nul autre établissement que celui reconnu au sens de la loi ne peut offrir des services de santé et des services sociaux. Pour le RIOCM, de tels élans de communautarisation détournent même la mission de ces organismes.

En effet, alors qu'à l'origine la création d'un organisme communautaire était fortement centrée sur la prise en charge autonome et l'action collective de résolution de problèmes par une communauté, les organismes actuels se voient de plus en plus forcés de gérer des listes d'attente, de répondre à des besoins individuels d'urgence, en même temps qu'ils voient la participation active des usagers à leur fonctionnement diminuer. On est loin des missions de prévention et d'action collective propres au mouvement communautaire.

La politique de l'action communautaire autonome²², proposée au début de l'année 2000 par le ministère de la Solidarité sociale, mais fortement influencée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, vient officialiser et élargir cette orientation d'intégrer formellement les organismes communautaires au réseau public de services.

Dorénavant, les organismes communautaires doivent répondre aux politiques et objectifs ministériels et à des besoins de services selon les critères des services publics. Ils doivent également évaluer l'efficacité des services offerts et rendre compte des résultats. Ils doivent assurer la formation continue des employés (lesquels s'apparentent de plus en plus à une fonction professionnelle).

Définissant le mouvement communautaire comme étant entré dans la « génération du partenariat », cette politique représente ni plus ni moins la création d'une fonction publique parallèle devant répondre aux mêmes règles que les institutions publiques de services... sans toutefois bénéficier des mêmes conditions d'exercice.

L'État institue ainsi une forme d'encadrement social, pour ne pas dire une forme d'assujettissement de la militance sociale. On remplace l'*empowerment* démocratique collectif par la logique institutionnelle. De l'avis de la CSQ, cette « étatisation » du milieu communautaire se fait au détriment de la mission sociale propre à l'action

²¹ Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal. *Leur équilibre, notre déséquilibre*, 1998.

²² Québec (Province). Ministère de la Solidarité sociale, Secrétariat à l'action communautaire autonome (SACA). *Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec, proposition de politique*, 2000.

communautaire. Ce choix gouvernemental en est un de désengagement de l'État visant purement les impératifs économiques d'une prestation de services à rabais.²³

Il en est de même des entreprises d'économie sociale. Alors qu'elles étaient conçues à l'origine comme des lieux de reconnaissance d'un apport et d'un rôle social par des personnes en situation de marginalisation ou de détresse sociale dans un but de développement social, elles sont maintenant utilisées comme des entreprises employant à rabais des personnes aptes à dispenser un service public général auparavant offert par le réseau public.

Cette multiplication incontrôlée de la communautarisation peut entraîner un éparpillement de ressources et de nouvelles difficultés d'articulation avec le réseau public. Mais ce qui est plus grave, c'est que les organismes communautaires sont, le plus souvent, utilisés à la manière de services palliatifs d'un système public atrophié, et cela, au détriment de leur mission sociale. Alors, au lieu de mettre à profit les complémentarités et les alliances possibles entre le secteur communautaire et le secteur public, la communautarisation, telle qu'elle est pratiquée par le gouvernement du Québec, entraîne donc une compétition malsaine, voire une opposition entre les forces progressistes syndicales et sociales.

Ce modèle de communautarisation sert donc davantage les impératifs économiques et les élans de délestage de responsabilités de l'État que les intérêts du développement social du Québec et du développement de son système de soins de santé et de services sociaux.

LA CSQ

- R. 5 dénonce les élans actuels de communautarisation des services sociaux et de santé et réclame un moratoire pour mettre fin à ce développement incontrôlé;
- R. 6 se prononce contre le projet de politique de l'action communautaire autonome proposée par le ministère de la Solidarité sociale, qui n'est ni plus ni moins que la création d'une fonction publique parallèle et qui atrophie le principe d'autonomie des groupes communautaires autonomes en les obligeant à agir en substitution ou dans le prolongement du mandat des établissements publics de même qu'à répondre à des priorités gouvernementales.

²³

H. Lamoureux, M. Pelchat. *Analyse de la proposition de politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire*. Centrale des syndicats du Québec. Conseil central du Montréal-métropolitain. Fédération de la santé et des services sociaux. Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. Syndicat de la fonction publique du Québec, 2000.

Les élans de privatisation

Une analyse de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) démontre que plus le secteur privé joue un rôle important dans les services de santé, moins les dépenses globales de santé sont contrôlées et que seul le financement public des services de santé conduit tant à la maîtrise des coûts qu'à l'équité.

Le Conseil de la santé et du bien-être du Québec est du même avis, le transfert du public au privé ne représente pas une solution pour contrôler les coûts; franchir le seuil de 30 % des dépenses privées, c'est prendre le risque de voir émerger, à plus ou moins brève échéance, un système de santé et de services sociaux à deux vitesses. Les dépenses privées au Québec représentent déjà actuellement 32 % des dépenses totales de santé... Et nous ne confondons pas ici, comme le laisse sous-entendre le ministère, ces avancées de privatisation avec un système de santé à l'américaine!

Moins cher, un système de santé et de services sociaux qui fait une plus large part au secteur privé dans la prestation des services? Il faut être naïf pour le croire. Ce rationnel théorique ne peut tenir debout puisque l'objectif de base d'une entreprise privée est de faire des profits, comme le prouvent largement les poussées inflationnistes des médecins entrepreneurs et de l'industrie pharmaceutique. Les gagnants de la privatisation ne peuvent être que les compagnies investisseuses dans les divers champs de la santé : pharmacologie, recherche, assurances, agences et cliniques privées. Certainement pas le citoyen et les communautés qui reçoivent les services.

Il est, au contraire, prouvé que lorsque le réseau public cohabite avec des mégacliniques privées, ces dernières agissent inévitablement comme un parasite. Le secteur privé s'empare des patients qui coûtent le moins cher à soigner et le réseau public se retrouve avec les cas lourds et des ressources moindres. L'expérience manitobaine avec des cliniques privées pour les cataractes a prouvé que ces cliniques n'améliorent pas non plus l'accès aux services publics et ne diminuent pas significativement les listes d'attente dans le secteur public. Dans un tel système mixte, les médecins ont une motivation financière à travailler dans les cliniques privées et limitent leur temps de pratique dans les hôpitaux. De plus, les médecins prescrivent plus d'exams radiologiques et d'analyses de laboratoire lorsque leurs cliniques privées sont équipées de ces ressources diagnostiques.

Par ailleurs, quand on augmente les contributions personnelles pour l'utilisation de certains services, la recherche indique que les personnes ayant des capacités financières moindres se privent de l'utilisation de services nécessaires à leur santé. Le cas du régime d'assurance médicaments a été flagrant à la fin des années 1990 au Québec. Des personnes âgées économiquement faibles et des prestataires de la sécurité du revenu qui devaient fournir une contribution financière pour leurs médicaments ont cessé d'en utiliser et cela a eu un effet néfaste sur la santé de certains.

Les citoyens gagnants d'une complémentarité accrue du secteur privé dans la prestation des services sociaux et de santé ne peuvent être que les citoyens riches qui auraient les moyens de se payer de meilleurs soins et services privés, alors que les pauvres feraient le pied de grue dans les cliniques externes ou les centres ambulatoires publics. La privatisation, sans diminuer les coûts ni assurer de meilleurs services à l'ensemble de la population, compromet le respect des principes d'équité, d'universalité et de gratuité. Elle fait émerger des coûts économiques et sociaux plus importants pour une classe sociale qui ne peut pas se les payer ou qui se prive pour les payer. Cela fait reposer de plus lourdes responsabilités sur les individus, les familles et les femmes en particulier, en contribuant à l'épuisement de ceux-ci, voire à l'éclatement social.

Le fond du problème n'est donc pas de nature purement économique. C'est une question sociale, voire morale, car il découle des principes mêmes de justice sociale qui régissent la répartition des ressources. L'intérêt de la population et le contrôle des coûts passent donc par le contrôle public d'un système public.

Le gouvernement québécois tente par plusieurs moyens dérivés de faire avancer la cause de la privatisation de notre système de santé et de services sociaux et de le rendre acceptable aux yeux d'une opinion publique.

Les privatisations tant actives (désassurances de services) que passives (contournement des listes d'attente par l'achat de services privés) sont déjà largement amorcées. On assiste ainsi, depuis la réforme de la santé et des services sociaux, à différentes pratiques de privatisation à la pièce : services à domicile, services aux populations désinstitutionnalisées, aux personnes âgées, services particuliers de diagnostic pour les personnes riches et pressées, services de prélèvement et d'analyse de laboratoire, services professionnels de physiothérapie, d'orthophonie, services d'hébergement, *etc.* Le virage ambulatoire contribue aussi à faire glisser lentement, mais sûrement, certains services dans la zone privée, les services postopératoires et postmaternité notamment. De plus, l'état de délabrement du système de santé et de services sociaux laissé par les précipitations et les improvisations de la réforme (débordement des urgences, liste d'attente en chirurgie, pénurie des soins et services à domicile, difficulté d'accès à des services médicaux, manque de services pour les personnes âgées, jeunes en difficulté, *etc.*) contribue à faire avancer l'idée que l'État ne peut plus subvenir aux besoins croissants du système et qu'il faudra trouver d'autres sources de financement (entendre sources privées).

Enfin, le gouvernement québécois n'a pas fait la sourde oreille aux recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux dont la majorité des propositions constituent un pas de plus vers la privatisation de grands pans de notre système, même si cela est loin d'un système à l'américaine. Car la désassurance de services, c'est de la privatisation; la gestion et la production privées de services médicaux, c'est de la privatisation; la sous-traitance et le recours au tiers secteur, c'est de la privatisation; la création de caisses spéciales d'assurance, c'est également de la privatisation!

Faut-il rappeler que la réforme de la santé et des services sociaux voulait confier toutes les missions de santé ambulatoire à des établissements publics, les CLSC notamment, à qui on a coupé les vivres, les empêchant de fonctionner. Pourquoi le secteur privé réussirait-il? Parce que c'est payant! Surtout lorsqu'il s'adresse aux clientèles rentables.

Dans de récentes modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le gouvernement a introduit de nouveaux encouragements législatifs à la privatisation, entre autres la décentralisation vers les régies régionales des pouvoirs de contracter avec des établissements privés. De plus en plus d'établissements privés sont rémunérés pour des services que devrait offrir le réseau; les transferts des bénéficiaires vers des ressources privées sont favorisés; les incitations à conclure des ententes de service sont plus grandes; la porte est grande ouverte à la sous-traitance de services auxiliaires, techniques, professionnels et administratifs. Pourtant, dans un système public, le recours à des services privés devrait être une mesure d'exception déterminée nationalement.

L'État se désengage petit à petit de la fonction d'employeur et veut se définir comme étant responsable uniquement de politiques et d'orientations générales. Pour le reste, il veut se donner un simple rôle de répartiteur de contrats.

Les élans de privatisation constituent bel et bien un phénomène de substitution et non de complémentarité au réseau public. Faire place au secteur privé n'est ni un bon choix économique ni un bon choix social. Il faut réaffirmer que les services sociaux et de santé ne peuvent pas être une marchandise profitant à quelques personnes. Ils doivent être un bien public au profit de tous.

LA CSQ

R. 7 dénonce les pratiques gouvernementales de privatisation des services du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le contexte de la mondialisation

Le contexte de la mondialisation et les diverses ententes internationales de libre-échange sont loin d'être étrangers aux élans gouvernementaux de privatisation et aux politiques financières de l'État en matière de services de santé et de services sociaux. Ainsi, le secteur de la santé et des services sociaux n'échappe pas aux règles du marché et à sa logique qui commandent aux États de s'ajuster au rendement et à la compétitivité mondiale, et cela, même dans le champ des politiques publiques.

Pour le marché mondial, la santé c'est d'abord une source intarissable de produits commerciaux : les médicaments, les fournitures médicales, les fournitures de laboratoire. La fourniture transfrontière peut également s'étendre aux services professionnels de santé à proprement parler : la télémédecine, le télédiagnostic, la

consommation de services médicaux spécialisés à l'étranger, la mobilité des professionnels de la santé eux-mêmes. Tous ces champs peuvent être soumis aux règles du libre-échange.

Par ailleurs, les pressions contextuelles exercées sur les systèmes de santé, soit le vieillissement de la population, les nouveaux besoins émergents et les nouvelles technologies médicales viennent interférer avec les volontés étatiques d'efficacité économique. La réaction devient automatique. Les États, incluant le Québec, cherchent à accroître l'efficacité économique en maximisant le rendement et en réduisant les dépenses. Il s'ensuit des pratiques de privatisation, la suppression du caractère universel de certains services et un élargissement de l'application de principes commerciaux comme la protection des médicaments brevetés, par exemple.

Les accords internationaux interviennent directement dans les politiques publiques. Ainsi, l'accord général sur le commerce des services (AGCS), conclu en 1994, venait instituer deux principes fondamentaux : d'abord le concept de la nation la plus favorisée exige que tout État qui accorde des concessions à un pays participant doit les accorder à tous les autres; plus grave encore la règle qui oblige les États à concéder aux entreprises étrangères présentes sur son marché un traitement aussi favorable que celui dont bénéficient les entreprises nationales, sinon ces entreprises privées devront être compensées.

Les conséquences de la libéralisation du commerce des services de santé sont très grandes. Elles exercent une influence croissante sur les politiques de santé nationales et internationales par les milieux privés intéressés.

D'abord, il y a une perte de la souveraineté nationale en matière de politique publique. Ainsi, le gouvernement canadien, qui voulait modifier à la baisse sa réglementation au regard des médicaments brevetés afin de favoriser l'utilisation de médicaments génériques moins coûteux, s'est vu menacer de poursuites en vertu de l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) par une compagnie pharmaceutique étrangère.

Cela conduit aussi, inévitablement, vers une extension de la privatisation en raison des sources de bénéfices possibles attirant particulièrement les assureurs privés et les entrepreneurs de services médicaux.

Le commerce devient plus important que la santé et les milieux privés ont une influence croissante tant sur les politiques nationales qu'internationales en matière de santé et de services sociaux.

Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) se voit de plus en plus bâillonnée par les représentants de son Assemblée mondiale où la majorité des délégués proviennent maintenant des entreprises privées. Il est même arrivé (en 1986) que les États-Unis retirent leur contribution financière à l'OMS parce qu'ils n'étaient pas d'accord avec une résolution visant à réglementer les soins de santé privés. Par manque de fonds, la

mission de l'OMS et sa capacité de définir des politiques donnant la primauté à la santé publique sur les intérêts commerciaux sont menacées.

Au Québec, la primauté des ministères de nature économique sur le ministère de la Santé et des Services sociaux se manifeste aussi. On l'a vu, dès le début de l'an 2000, quand le ministre des Finances a caché des millions provenant des transferts fédéraux destinés à la santé dans un compte en fiducie à Toronto, pendant que la ministre de la Santé et de Services sociaux affirmait que cette décision n'était pas de son ressort. Ce même ministre des Finances a présenté une fin de non-recevoir à des recommandations issues de la Commission des affaires sociales, lors de la consultation générale sur le régime d'assurance médicaments, visant à introduire une politique d'achat au plus bas prix. L'Assemblée nationale a adopté unilatéralement une loi antidéficit pour les établissements du réseau, malgré son caractère éminemment « anti-éthique » pour la santé et le bien-être de la population québécoise. Enfin, malgré un manque flagrant de ressources financières, dû à un étranglement planifié des investissements en santé et services sociaux (la privation de ressources étant la stratégie la plus efficace pour conduire à une pénurie de services et à des pratiques de privatisation), les ministres des Finances répètent sans cesse que les problèmes actuels vécus par le système de santé et de services sociaux ne relèvent pas d'un déficit budgétaire, mais d'une mauvaise gestion.

On le voit, il y a une réduction de la prise de décision démocratique. La gamme des options politiques se rétrécit à mesure qu'augmentent les engagements internationaux.

Ces pressions commerciales conduisent à l'inversement d'un paradigme fondamental. Alors qu'auparavant, la santé était considérée comme une richesse collective et un apport indéniable à la croissance culturelle, sociale et économique de la nation, elle est maintenant perçue comme une dépense sans fond, un obstacle nuisant à la croissance économique.

Pour la CSQ, souscrire à ce contexte de mondialisation dans ces conditions est inacceptable. Il faut rétablir, au Québec, au Canada, la primauté de la santé publique et ne pas faire des divers champs de la santé et des services sociaux une marchandise à négocier et à « commercer ». La santé, c'est une affaire publique et la CSQ dit non à la marchandisation.

LA CSQ

R. 8 exige des gouvernements canadien et québécois qu'ils garantissent le respect plein et entier des principes d'accessibilité, d'universalité, de gratuité et le caractère public du financement du système de santé et de services sociaux dans les politiques publiques qu'ils instaurent et qu'ils établissent la primauté d'un système public de santé et de services sociaux en ayant la ferme volonté politique de mettre fin à toute marchandisation des services sociaux et de santé dans le contexte de la mondialisation des marchés.

CHAPITRE PREMIER DES PRINCIPES FONDAMENTAUX PARCE QUE LE DROIT À LA SANTÉ, C'EST NON NÉGOCIABLE

Le système de santé et de services sociaux québécois, tel qu'on le connaît aujourd'hui, a pris ses fondements en 1970 lors de l'adoption de la Loi sur l'assurance maladie. Un régime public finance, désormais, en majeure partie les soins de santé, permettant ainsi aux citoyens de se faire soigner sans égard au revenu. Cette loi fut suivie en 1972 par l'entrée en vigueur de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Elle institue les principes selon lesquels toute la population québécoise, sans discrimination aucune, a droit à des soins de santé et à des services sociaux de qualité, accessibles et gratuits. Ces principes sont reconnus, depuis lors, comme étant des fondements parmi les meilleurs au monde. La société québécoise se serait-elle trompée? Nous ne le croyons pas.

S'il est un rôle majeur d'un État responsable, c'est bien celui d'assurer une justice sociale chez sa population, particulièrement dans les domaines où il en va de ses besoins fondamentaux, de sa qualité de vie et de son développement : santé, éducation, conditions socioéconomiques. Suivant ce principe de justice sociale, l'accès à des services sociaux et à des soins de santé de qualité, indépendamment de la capacité financière des personnes à les payer, est une valeur fondamentale. Elle a son corollaire : dans une vision d'équité sociale, une personne riche ne devrait pas obtenir des privilèges qui lui permettraient de jouir de services essentiels de luxe en matière de santé et de services sociaux, soit, par exemple, de bénéficier d'une deuxième « vitesse » dans l'accessibilité et la prestation des soins de santé de première ligne ou spécialisés.

Dans le contexte d'une organisation mondiale qui s'oriente de plus en plus vers la performance, la productivité, la compétitivité et qui creuse de plus en plus les écarts économiques entre les personnes favorisées et les personnes défavorisées, les principes fondamentaux d'un système de santé et de services sociaux de qualité, juste et réellement progressiste, soit l'accessibilité, l'universalité, l'équité et la gratuité, loin d'être caduques, prennent tout leur sens. Ils sont les seuls garants d'un véritable droit à la « possession du meilleur état de santé que tout être humain est capable d'atteindre, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale²⁴ ».

Dans une vision globale de la santé et de la qualité de services, il faut également revenir à une conception humaniste des soins et des services. Ces dernières années, c'est plutôt la logique de l'entreprise de santé et de services sociaux qui prime dans le réseau. Rendement, performance, productivité et rentabilité sont des mots plus présents que compassion, bienveillance, relation d'aide et entraide. Pourtant, l'idéologie de la rentabilité ne se concilie pas facilement avec la nature des services qui sont

²⁴ Organisation mondiale de la santé. *Constitution de l'O.M.S.*

dispensés dans un réseau de services de santé et de services sociaux. La logique de la performance écarte les valeurs intrinsèques d'une véritable relation d'aide. Elle installe plutôt des concepts de responsabilité et d'imputabilité. Les citoyens utilisateurs ne doivent pas être uniquement perçus comme des consommateurs. Règle générale, ce sont plutôt des personnes qui souffrent, qui ont besoin d'un avis ou d'un appui ou qui nécessitent une intervention. Cela fait appel à des aptitudes de sollicitude et d'empathie, non des aptitudes comptables.

Le respect de la dignité des personnes doit être au cœur de la conception du système. Ce respect passe par la reconnaissance du besoin de la personne d'atteindre le meilleur niveau d'autonomie possible et d'actualiser sa citoyenneté. Il passe aussi par l'appropriation de son pouvoir individuel, du droit de disposer de son corps et de ce qui la touche personnellement.

La mission première d'un système de santé et de services sociaux de qualité se doit d'être à caractère social dans une perspective de justice sociale, de solidarité, d'équité et de compassion à l'endroit des personnes qui souffrent ou vivent des difficultés. Le minutage des soins et des services, l'intervention parcellaire et centrée sur le service minimal essentiel veut répondre à des critères de performance, c'est certain, de qualité, c'est moins sûr. L'efficacité du système et des services publics de santé et de services sociaux doit se poser en fonction de solution aux besoins des personnes et de la population et non pas strictement suivant un rapport de coûts et bénéfices. Il est clair que les objectifs sociaux et économiques ne sont pas toujours convergents. Il ne faut donc pas chercher l'efficacité au détriment de la qualité des services. L'augmentation à tout prix de la productivité et de la réduction des coûts a des effets néfastes sur l'accessibilité aux services, la qualité des soins et des services, les conditions de travail, la motivation du personnel et, en définitive, sur la qualité du lien relationnel avec l'utilisateur.

LA CSQ

- R. 9 adhère au droit pour toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats et de qualité sur le plan scientifique, humain et social, en continuité et de façon personnalisée; pour se conformer à ce droit, l'État doit prendre les mesures nécessaires pour rendre accessible à toute personne, dans des délais respectables, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux requis au maintien et au développement de son état de santé et de bien-être;
- R. 10 rend également l'État responsable de prendre les mesures nécessaires pour éliminer les inégalités sociales, sexuelles, culturelles et géographiques pouvant freiner l'accessibilité aux services sociaux de même qu'aux soins généraux et spécialisés.

Une vision globale de la santé

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ²⁵ » Cette vision de la santé, telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé en accord avec la Charte des Nations Unies, est un consensus universel que nul ne remet en question aujourd'hui.

Le Québec l'a faite sienne dans l'implantation de son système de santé et de services sociaux durant les années 1970. L'approche québécoise avait la volonté d'intégrer les soins de santé et les services sociaux dans une même démarche d'intervention, reconnaissant ainsi l'intégralité de la personne et les composantes sociales de la santé et de la maladie. Les composantes de prévention, de promotion de la santé, la prise en compte des aspects psychologiques, relationnels, socioaffectifs et sociologiques de la personne de même que l'importance de son insertion personnelle, sociale et professionnelle devaient s'intégrer avec une préoccupation égale à la réponse aux besoins curatifs de traiter et de guérir.

L'adoption d'une politique québécoise de santé publique et de bien-être en 1992 a rallié la société québécoise à un objectif incontournable, celui d'agir sur les déterminants de la santé, soit la pauvreté, l'hygiène, l'alimentation, les conditions d'hébergement, l'éducation et l'environnement. Cet objectif appelait une nécessité explicite de prévention et des stratégies énergiques de nature éducative, socioéconomique, environnementale pour prévenir la maladie et les problèmes sociaux et promouvoir les conditions contribuant au maintien de l'état de santé et de bien-être.

Elle a donné lieu à plusieurs programmes de santé publique bien ciblés, bien documentés, mais mal soutenus, de sorte que leur application demeure bien souvent plus vertueuse et virtuelle que réelle et à portée efficace. Parce que l'État québécois a oublié que l'action sur les déterminants de la santé doit être plus profonde que cela, qu'elle doit être accompagnée d'une volonté et d'un engagement politique concret à lutter contre la pauvreté et à vouloir améliorer les conditions sociales de toute la population. Il a oublié que, sans moyens matériels et financiers concrets ni ressources humaines disponibles en quantité suffisante, il est presque impossible pour les milieux institutionnels et communautaires de mettre en œuvre les pistes de solution répertoriées.

Québec se doit de partager cette conviction selon laquelle la prévention et l'action directe sur les déterminants de la santé demeurent la voie la plus significativement rentable sur le plan sociologique dans le développement du bien-être de la population et sur le plan économique dans les réductions des dépenses futures de santé et, en conséquence, il se doit d'avoir le courage politique d'assumer ses responsabilités

²⁵ Organisation mondiale de la santé. *Constitution de l'O.M.S.*

étatiques, d'investir financièrement et de prendre les mesures nécessaires à l'actualisation de cette orientation.

LA CSQ

- R. 11 exige du gouvernement québécois les moyens et ressources nécessaires à l'application des stratégies de prévention de la maladie, de la détresse psychologique et des problèmes sociaux ainsi que des stratégies de promotion de la santé propres à assurer l'atteinte des objectifs de sa politique de santé et de bien-être;
- R. 12 exige l'engagement de l'État dans l'amélioration des conditions sociales faites aux individus, aux familles et aux communautés, des conditions économiques, des conditions éducatives ainsi qu'environnementales déterminantes pour leur santé et leur bien-être;
- R. 13 exige le soutien concret de l'État pour fournir les ressources financières, humaines et matérielles aux différents intervenants institutionnels et communautaires du réseau de la santé et des services sociaux qui ont des responsabilités d'appliquer des mesures de prévention et de promotion de la santé, notamment au regard des rôles d'éducation à la santé et à l'acquisition de saines habitudes de vie.

CHAPITRE DEUXIÈME

UNE CONCEPTION GLOBALE, COHÉRENTE ET INTÉGRÉE DU SYSTÈME DE SERVICES PARCE QUE LA SANTÉ, C'EST POUR TOUTE LA VIE

Les objectifs d'un système de santé et de services sociaux efficient sont de rendre accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, une gamme complète de services de santé et de services sociaux de qualité requis pour le maintien et le développement de son état de santé et de bien-être et pouvant compter sur un réseau de soins et de services centré sur la réponse aux besoins tant individuels que collectifs des citoyens.

La continuité des soins et services dépend de plusieurs facteurs. Au premier chef, le plus important est la disponibilité même des services répondant à l'ensemble de la population, de la naissance à la mort, et de l'accessibilité même de ces services dans un délai raisonnable et dans un lieu le plus près possible du milieu de vie des personnes et sur un horaire continu (soirs, nuits et fins de semaine dans certains cas). Lorsqu'un CLSC ou les cliniques privées ne peuvent ouvrir 24 heures sur 24, ou 7 jours par semaine, par exemple, il est indéniable que les gens vont se présenter à l'urgence pour recevoir des services de première ligne.

Chaque lieu de services doit aussi pouvoir compter sur des équipes de ressources humaines en quantité suffisante pour assumer l'ensemble de sa mission. Si une famille ne peut avoir accès à un psychologue ou à un éducateur spécialisé pour un enfant éprouvant des difficultés de comportement, par exemple, les risques seront plus grands que le jeune ait besoin de services plus lourds dans le futur. Si le manque de personnel fait en sorte qu'on ne puisse traiter que de façon parcellaire le besoin de la personne, comme de trouver une place d'hébergement pour une personne âgée, il n'est pas étonnant que la situation générale de celle-ci continue de se détériorer.

Dans une conception globale et systémique des besoins de la personne, il faut aussi pouvoir travailler en équipe multidisciplinaire, il faut pouvoir établir facilement et rapidement des contacts professionnels interétablissements pour effectuer les arrimages et éviter les ruptures de services. En cela, la fragmentation, le morcellement des tâches et la précarisation de l'emploi aussi bien que les surcharges de travail ne favorisent aucunement une présence continue auprès des utilisateurs. En bref, il faut que chaque maillon du réseau puisse assumer pleinement sa mission pour ne pas briser la chaîne du système.

Un autre objectif du système de santé et de services sociaux est d'assurer l'équité et l'égalité dans la prestation des services sur l'ensemble du territoire québécois.

Pour réussir cela, on doit pouvoir disposer de programmes nationaux de base dans toutes les régions du Québec. La décentralisation à outrance conduit à des disparités régionales. Certains services pourraient être fragilisés en raison de pressions sociales

parce que moins vendeurs, comme des services d'avortement ou de traitement de la toxicomanie, ou en raison de conflits avec des intérêts socioéconomiques locaux, comme des ressources d'hébergement privées, ou parce qu'il s'agit de services trop marginaux dans la région, comme le sida ou la prévention du suicide.

Une conception nationale des programmes n'empêche pas qu'il puisse exister une marge de manœuvre locale dans le but de mieux desservir la population ou de régler, particulièrement dans les régions à faible densité de population ou couvrant de grands territoires, des problèmes de double appartenance de certaines clientèles (ex. : déficience intellectuelle et troubles psychiatriques; adultes en difficulté non admissibles aux programmes pour les 65 ans et plus). Le détail des plans d'organisation de services et l'adaptation des programmes nationaux peuvent se faire régionalement.

Pour effectuer positivement une décentralisation vers les régions, il faut que l'ensemble de celles-ci disposent de ressources financières suffisantes, sinon on assistera à un délestage des tensions et des arbitrages sur le plan régional, à un rétrécissement des missions des établissements. Cela favorise, dans une certaine mesure, la communautarisation ou la privatisation des services.

La conception globale, la cohérence, la qualité, la continuité et la vision intégrée des services exigent qu'on retrouve cette trame de fond dans la planification, l'organisation, l'évaluation et la gestion systémique de chacune des missions du système, de la prévention à la réadaptation, en santé physique, mentale ou sociale, et ce, de façon tant horizontale que verticale.

L'organisation du système de services

Droit à la santé, principes fondamentaux, accessibilité, vision globale, est-ce là des concepts purement théoriques ou des objectifs à atteindre?

« Le régime de services de santé et de services sociaux [...] a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. (cf. : Article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux). »

Mais comment rendre cela concret et réel dans l'organisation des services? Comment faire en sorte de dépasser les vœux pieux? Comment faire en sorte que des principes fondamentaux et que la vision globale de la santé se traduisent par une organisation globale de services qui soit cohérente et intégrée?

De l'avis de la CSQ, seule une modélisation systémique de la planification, de l'organisation, de la prestation et de la gestion des services s'appuyant sur l'intégralité des dimensions et des besoins de la personne peut y arriver.

Les fondements préalables de cette modélisation sont incontournables.

- Le système de services doit s'appuyer sur la notion de la personne perçue dans son intégralité. Cette personne possède des caractéristiques physiques, psychologiques, sociales et environnementales qui lui sont propres. Celles-ci constituent tantôt un bagage de forces et de ressources personnelles (force physique, qualités personnelles, niveau socioéconomique), tantôt des carences ou des déficits pouvant conduire à une brèche dans l'état de santé et de bien-être et à une crise à résorber (vulnérabilité génétique, déficience intellectuelle, handicap physique, trouble mental, pauvreté et détresse sociale, problèmes de toxicomanie, etc.).
- Le système de services doit viser le maintien constant et le développement continu du meilleur état de santé et de bien-être possible de la personne lui permettant d'exercer de façon optimale ses rôles sociaux, parentaux ou de citoyenneté. Cela suppose que le réseau est en processus dynamique d'autorégulation constante. Certaines situations de crise sont incontournables chez certaines personnes (perte d'un sens, deuil, maladie subite ou chronique), des personnes en besoin qui ont atteint un bon niveau de bien-être peuvent rechuter, les besoins d'une personne évoluent en fonction de son âge ou selon des changements importants survenant dans sa vie. Le réseau doit être suffisamment souple pour s'adapter de façon continue. Le système d'organisation des services doit donc être un modèle ouvert permettant les allers-retours dans chacune de ses composantes.
- Le système de services doit permettre de voir l'ensemble des besoins de la personne de façon simultanée et non séquentielle afin de pouvoir tenir compte de toutes les caractéristiques dans la réponse aux besoins. Ainsi, par exemple, dans la planification d'un projet d'insertion au travail pour une personne handicapée physique, on ne doit pas seulement se centrer sur le fait d'occuper six heures de vie quotidienne dans une tâche, mais tenir compte de ses autres caractéristiques de façon simultanée pour s'assurer que les composantes psychologiques ou sociales sont en harmonie. Dans le cas d'une personne âgée, par exemple, il ne suffit pas seulement de trouver une ressource d'hébergement si la personne sent le besoin de régler des conflits conjugaux ou familiaux.
- Le système de services doit pouvoir s'adresser autant aux besoins individuels des personnes qu'à leurs besoins collectifs lorsqu'ils s'assimilent à une communauté.

Les caractéristiques d'un modèle d'organisation de services cohérent et intégré sont multiples et tissées serrées.

- Le modèle doit être conçu selon une vision globale, c'est-à-dire qu'il doit rendre compte de l'ensemble des besoins de la personne ou d'une collectivité (caractéristiques de santé physique, psychologique et socioéconomico-culturelles) et de l'ensemble des missions du réseau de services

(promotion/prévention, prise en charge de la crise, réadaptation, réinsertion et récupération maximale de l'état de santé et de bien-être).

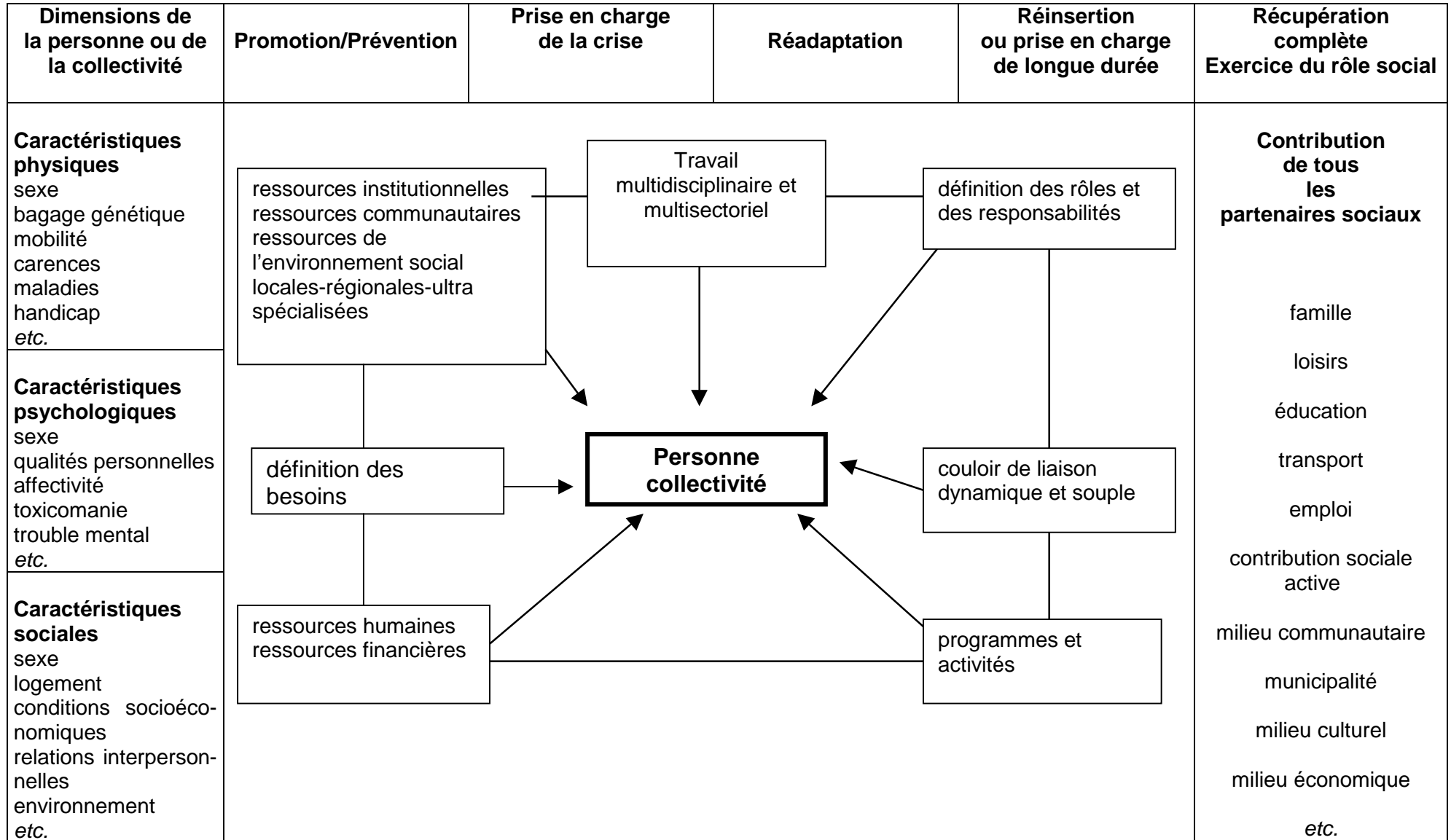
- Le modèle doit être conçu selon une vision systémique qui tienne compte à la fois de la personne ou de la collectivité à qui il s'adresse et de l'entourage ou de l'environnement plus large qui est en interrelation avec cette personne ou cette collectivité.
- Le modèle doit pouvoir composer simultanément avec des dimensions multifactorielles : les caractéristiques de la personne ou de la collectivité, l'entourage ou l'environnement, les ressources familiales, institutionnelles et communautaires disponibles dans le milieu, les ressources humaines et financières, la contribution des partenaires sociaux.
- Le modèle doit s'appuyer sur une conception multidisciplinaire de la planification, de l'organisation, de la prestation et de la gestion des services. L'organisation des services, des programmes et des activités devra ainsi tenir compte de l'apport et de l'enrichissement de toutes les catégories de ressources humaines. En ce sens, les tendances actuelles à confier l'imputabilité du suivi clinique à la seule responsabilité d'un gestionnaire de cas est contraire à la notion de multidisciplinarité. Il en est de même pour la tendance au décloisonnement des professions.
- Le réseau de services doit s'appuyer continuellement sur un mode de fonctionnement simultané plutôt que séquentiel ou linéaire. Ainsi, on évitera des modes de gestion parcellaires effectués par à-coups et à courte vue.
- Le système de services devra être conçu comme un processus dynamique continuellement en mouvement, qui peut s'adapter ou évoluer en fonction de besoins subits ou en fonction de l'âge ou du développement local.
- Le modèle d'organisation devra être conçu comme un processus ouvert, basé sur un continuum de services en interrelation. Des couloirs de liaison, des mécanismes de communication et de relais doivent être prévus afin d'assurer l'adaptabilité et la souplesse du réseau.
- Le système de services doit couvrir une gamme complète de ressources et de services pour s'assurer qu'il ne génère pas de point de rupture qui laisserait une personne ou une collectivité démunie. (ex. : les sans-abri).
- Il doit pouvoir assurer une intervention ponctuelle dans le cas où le réseau ne peut rendre disponible, dans l'immédiat, la ressource répondant au besoin. Il doit pouvoir assurer également un degré d'intensité adéquat pour une intervention efficace.

- Le système doit disposer d'investissements suffisants et modulés dans chacune des grandes missions. Jusqu'à présent, l'accent a souvent été mis sur l'étape de la prise en charge de la crise. Les avancées sont timides, en amont et en aval, soit du côté de la prévention et de la réadaptation complète (souvent considérées comme des interventions de luxe). On focalise ainsi sur des centres d'urgence et des centres de crise, mais de façon parcellaire. Il est connu que si l'on investissait plus en promotion et en prévention, moins de personnes entreraient en phase de crise. Ainsi, les rôles d'éducation à la santé et à l'acquisition de saines habitudes de vie doivent être remis au rang des priorités de la mission de promotion de la santé. De la même façon, on risque une rechute vers la crise lorsque les investissements sont plus faibles en phase de réadaptation, de réinsertion ou de récupération.

- Le modèle d'organisation doit être généralisable, quel que soit le type de crise à être pris en charge (maladie physique, trouble mental, toxicomanie, déficit physique, intellectuel ou sensoriel, problème social, *etc.*) ou de clientèle (enfant, adolescent, adulte, personne âgée), qu'il s'adresse à un problème individuel ou collectif ou qu'il doive être opérationnalisé par une instance locale (établissement), régionale (régie régionale) ou nationale (ministère et concertation interministérielle).

L'opérationnalisation du système de services n'est certes pas simple, surtout lorsque l'on a la volonté de ne rien échapper. Le tableau de synthèse regroupe les différents éléments et composantes d'un tel modèle systémique d'organisation de services.

**TRAJECTOIRE DE SERVICES D'UNE PERSONNE OU D'UNE COLLECTIVITÉ EN BESOIN
PLANIFICATION – ORGANISATION – PRESTATION – GESTION DES SERVICES**



**S'APPUIE SUR LA NOTION DE LA PERSONNE DANS SON INTÉGRALITÉ – VISE LE MAINTIEN ET LE DÉVELOPPEMENT D'UN ÉTAT DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE CONSTANT PERMETTANT L'EXERCICE DES RÔLES SOCIAUX – PARENTAUX – ET DE CITOYENNETÉ
BONNE RESSOURCE – POUR LES BONS BESOINS – AU BON MOMENT – AU BON ENDROIT**

En définitive, le système de services permettra de disposer d'une bonne ressource, pour le bon besoin, au bon moment et au bon endroit. Le réseau visera continuellement la recherche du meilleur état de santé et de bien-être possible pour la personne et la collectivité. Le système assurera l'accessibilité, l'universalité et l'équité. Il respectera le droit à la santé, les principes fondamentaux et la vision globale de la personne et du bien-être collectif. Il sera de qualité, cohérent, intégré, efficace, efficient et fonctionnel. On pourra s'exclamer : « Ça marche! »

Ambitieux? Certes.
Idéaliste? Pourquoi pas.
Utopique? Certes pas.

Mais il faut une vision de société, un engagement collectif, une volonté, des ressources et du courage politique. Ce sont nos valeurs et nos principes qui créent le système de santé et de services sociaux que nous voulons avoir. Si l'objectif est le profit, la productivité, le système sera à cette image. Si, au contraire, l'objectif est l'équité sociale, le système créé sera conforme à cette vision.

Une conception globale, cohérente et intégrée, un système de qualité efficace, fonctionnel et efficient sont essentiels lorsqu'on veut dépasser le simple vœu pieux. Parce que la santé, c'est pour toute la vie, non seulement pour toute la vie de la personne, mais aussi pour toute la vie d'une société.

LA CSQ

- R. 14 soutient que l'organisation du système de services de santé et de services sociaux doit s'appuyer sur la notion de la personne perçue dans son intégralité, refléter l'ensemble des missions du réseau de services, être conçue selon une vision systémique et couvrir une gamme complète de ressources et de services de qualité afin d'assurer le continuum;
- R. 15 prône que le système de services doit pouvoir s'adresser autant aux besoins individuels des personnes qu'aux besoins collectifs de celles-ci lorsque ces besoins s'assimilent à une communauté et être généralisable à tout type de prise en charge ou de besoin de clientèle;
- R. 16 affirme que l'État a la responsabilité de mettre à la disposition des personnes et des collectivités sur tout le territoire, les ressources permettant le maintien et le développement du meilleur état de santé et de bien-être possible;
- R. 17 affirme que l'État a aussi la responsabilité de fournir aux instances locales et régionales une gamme de ressources suffisantes et équitables pour assumer pleinement l'ensemble de leurs missions au regard d'une prestation de qualité des services sociaux et de santé.

CHAPITRE TROISIÈME UNE GESTION DÉMOCRATIQUE DU SYSTÈME PARCE QUE LA SANTÉ, ÇA CONCERNE TOUTES LES PERSONNES

Plusieurs éléments de fond légitiment que, plus que tout autre service de l'État, les services sociaux et de santé exigent une gestion transparente et démocratique qui mette à contribution l'ensemble des acteurs, y incluant la population.

D'abord, les questions psychosociales et de santé touchent généralement des sujets hautement personnels qui sont au cœur de l'intimité et de la dignité des personnes (ex. : la contraception, les soins aux personnes dépendantes). Aussi, elles comprennent, intrinsèquement, des actions et des interventions faisant appel à des valeurs tant individuelles que collectives et relevant souvent de questions morales (ex. : la toxicomanie, l'avortement, le sida, *etc.*). Ensuite, la réalisation quotidienne des services de santé et des services sociaux exige, en soi, par sa complexité même, une conception et une approche systémiques, une interrelation étroite avec la population qui reçoit les services et les acteurs qui les dispensent. Enfin, plusieurs questions psychosociales et de santé sont à haute teneur éthique, que l'on pense à l'utilisation des nouvelles technologies dans la reproduction, la génétique et le traitement ou aux nombreux glissements possibles dans les priorités d'intervention (ex. : traitements coûteux à des personnes très âgées, acharnement thérapeutique, *etc.*)

On le voit, tous ces éléments font en sorte que l'État ne peut pas se délester de ses responsabilités au regard des services de santé et des services sociaux et qu'il se doit de garantir des pratiques de gestion assurant la transparence. Il se doit de maintenir et de développer des espaces de participation démocratique de la population, du personnel ainsi que de l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être.

C'est à tous les paliers de décision que cette approche démocratique doit être manifeste.

Jusqu'à présent, on a l'impression qu'il existe des lobbys beaucoup plus influents que d'autres dont, notamment, ceux des compagnies pharmaceutiques et du corporatisme médical. L'État se doit, au premier chef, de répondre aux besoins exprimés par la population.

Sur le plan national, le ministère de la Santé et des Services sociaux se doit de consulter et de tenir compte de la diversité des visions en présence lors de l'élaboration des politiques publiques.

Sur le plan régional (régie régionale) et local (établissement), la tendance actuelle est d'évacuer les représentants de la population et du personnel des tables de gestion au profit d'une composition d'expertise. On assiste aussi de plus en plus à l'effritement des espaces démocratiques d'information, de collecte des besoins et de reddition de

comptes (assemblées publiques, élection des conseils d'administration, rôle des comités d'usagers).

L'appropriation individuelle et collective de ses pouvoirs d'influence

Il faut résolument démocratiser les décisions au regard du fonctionnement et du développement du système de santé et de services sociaux. Cela passe par trois créneaux d'action, tous tributaires du développement de la capacité de s'approprier des pouvoirs d'influence (*empowerment*).

Sur le plan individuel, il faut développer chez les personnes leurs capacités de s'informer et d'agir. L'individu doit demeurer maître de son propre corps et des services qui lui sont destinés. L'éducation à la citoyenneté dans le réseau de la santé et des services sociaux exige donc des mécanismes de diffusion transparente de l'information au regard de la disponibilité des services, des données relatives aux facteurs de santé globale, des procédures objectives de traitement des plaintes et des mesures spécifiques d'interaction avec la population. L'accès à son propre dossier clinique est un droit qui doit être facilité et la confidentialité du contenu de ce dossier doit être assurée, particulièrement dans le contexte de l'informatisation des données.

Sur le plan collectif, la première avenue serait de renforcer les espaces démocratiques privilégiant la parole et l'apport spécifique des groupements associatifs directement ciblés par les décisions relatives à la gestion du système de santé et de services sociaux.

Ces groupements sont souvent considérés comme des empêcheurs de tourner en rond. Ils sont pourtant au cœur de la réalité, des besoins. Ils véhiculent des revendications et des visions fort contributives et de nature à améliorer grandement le système de services. Ces groupes n'ont certes pas les mêmes moyens que les grands lobbys. Ils devraient pourtant avoir le même accès aux pouvoirs gouvernementaux. Il faut reconnaître concrètement leur apport en les associant à la conception, à la planification, à l'organisation et à l'évaluation du système de services. C'est à cela que se reconnaît une société avancée, progressiste et apte au développement et à l'innovation.

Sur le plan collectif toujours, le renforcement et le développement des solidarités sociales doivent être au cœur de nos préoccupations afin de sauvegarder un système public de santé et de services sociaux. Syndicats, groupes communautaires, regroupements associatifs progressistes, intellectuels des questions sociétales et éthiques doivent développer leurs alliances pour porter leur voix sur la place publique. La société québécoise, à l'image des autres communautés internationales, n'échappe pas aux avancées de l'idéologie néolibérale au détriment des valeurs sociales démocrates. Elle a besoin de l'autre discours et d'une presse alternative. C'est à l'intérieur de coalitions, tant nationales qu'internationales, que les forces collectives pourront être efficaces.

Car seule une gestion démocratique du système est garante d'équité, d'éthique et de justice sociale. La société québécoise est reconnue comme étant très tolérante et très

peu discriminatoire. Pourtant, dans la gestion du système de santé et de services sociaux, on assiste à des tendances risquant de produire des dérives.

Ainsi, l'analyse du contexte sociopolitique a préalablement démontré que les élans de privatisation du gouvernement québécois ouvrent la porte toute grande à la venue d'un système à deux vitesses et à un délestage des responsabilités dans la cour des familles, avec un prix très élevé pour les femmes. Ces actions politiques creusent des tranchées propices à des discriminations reliées au statut socioéconomique et au genre. Selon la capacité de payer du gouvernement, les services accessibles ne seront pas de même nature. Pour les femmes, le prix est double. Elles sont plus nombreuses à vivre avec des revenus moins élevés et, en plus, on leur fait porter un poids social de plus en plus lourd à titre de proches aidantes.

D'autres facteurs militent en faveur de la nécessité d'intégrer particulièrement le point de vue féministe dans la gestion du système de santé et de services sociaux.

Encore aujourd'hui, un certain sexisme prévaut toujours, les femmes sont encore les plus présentes dans l'éducation des enfants et l'attention portée à leur bon état de santé, de bien-être et de développement, et ce, jusqu'à un âge assez avancé.

Elles sont également les plus grandes consommatrices du réseau de soins et de services parce qu'elles consultent plus, ce qui n'est pas mauvais en soi, mais cela les entraîne souvent à être dépendantes des pratiques médicales à leur égard et d'abus de médicaments.

Elles occupent aussi la majorité des emplois dans le secteur de la santé et des services sociaux, sont davantage engagées dans des activités bénévoles du réseau et font souvent les frais des conditions de travail désavantageuses propres aux milieux communautaires, aux entreprises d'économie sociale et aux ressources de type familial dans lesquelles elles œuvrent au sein du réseau.

Enfin, les femmes ont souvent été les moteurs de l'innovation et de pratiques alternatives dans le réseau de la santé et des services sociaux : contraception, médecine douce, maternité, pratique des sages-femmes, *etc.*

Pourtant, cette situation des femmes est souvent ignorée par les décideurs dans le système public de santé et de services sociaux²⁶. Le Conseil du statut de la femme en explicite bien les facteurs : l'organisation sociale et la division sexuelle du travail qui s'en est suivie, l'infériorité socioéconomique des femmes, leur retard historique sur la sphère publique et le sexisme prévalant encore dans la socialisation des filles²⁷.

²⁶ Centre d'excellence pour la santé des femmes. *L'impact des transformations du système de santé sur les femmes aidantes*, 1998.

²⁷ M. Di Domenico. *Virage ambulatoire : Notes exploratoires, recherche et rédaction*, Conseil du statut de la femme, 1996.

Ces éléments ne justifient-ils pas qu'une gestion démocratique de la santé et des services sociaux engage un point de vue féministe du système? Des actions sont à développer dans ce sens. Le réseau doit reconnaître, renforcer et permettre de façon particulière l'apport spécifique des femmes dans la conception, la planification, l'organisation et l'évaluation du système de services, et cela, dans les différentes missions du système (prévention/promotion; prise en charge; réadaptation; réinsertion) et à tous les paliers de décision (national, régional et local).

Cette analyse du contexte a aussi démontré que des attitudes relevant de l'âgisme se développent au Québec. Mythe démographique véhiculant le poids financier des clientèles âgées sur les coûts de santé et de services sociaux, développement de réseaux de services intégrés orientant les personnes âgées vers des couloirs étanches et spécifiques de services, instauration de caisses spéciales de taxation contre la perte d'autonomie, voilà autant de décisions gouvernementales qui reflètent des attitudes discriminatoires reliées à l'âge. Où s'arrêteront-elles lorsque viendra l'heure de choix éthiques déchirants concernant des traitements coûteux à administrer ou non à des personnes très âgées, comme l'a déjà soulevé l'Association des hôpitaux du Québec? Tous ces constats justifient qu'un espace démocratique privilégié soit donné pour reconnaître et renforcer la parole, les revendications et les visions des groupements associatifs représentant les intérêts des personnes âgées pour lesquelles le système de santé et de services sociaux constitue un facteur majeur de la qualité de vie.

D'autres questions sociales, comme le taux de suicide élevé chez les jeunes hommes homosexuels, la propagation du sida en lien avec des programmes de distribution de seringues ou de légalisation des drogues, les services d'aide et de soutien à domicile pour les personnes vivant avec des limitations physiques importantes, les ressources et services offerts aux personnes atteintes de maladie mentale grave interpellent les choix sociaux inhérents à tout système de santé et de services sociaux tant au regard de leurs coûts que de leur prestation.

On ne peut nier que les questions de santé et de services sociaux exigent des débats de société importants qui ne relèvent pas uniquement d'une vision d'experts et qui doivent se faire de façon transparente et démocratique. C'est à ces conditions que la société québécoise pourra continuer de garantir une équité et une justice sociale.

LA CSQ

- R. 18 exige du gouvernement qu'il privilégie une conception systémique et multidisciplinaire dans la planification, l'organisation, l'évaluation et la gestion globale du système de santé et de services sociaux qui assure la participation active de l'ensemble des acteurs du réseau et de la population, dans le respect des champs de compétence de chacun et dans la considération de l'apport de chaque groupe;
- R. 19 exige que chaque conseil d'administration du réseau prenne les mesures nécessaires pour assurer le caractère transparent et public des séances, de sa reddition de comptes (rapport, présentation publique, vulgarisation, *etc.*), pour garantir des mécanismes d'interaction avec la population (période de questions, forum populaire, *etc.*) et pour favoriser la participation, le fonctionnement et la reconnaissance du comité des usagers (recrutement, soutien technique, diffusion des rapports, *etc.*);
- R. 20 exige que chaque palier administratif s'assure de la diffusion de l'information au regard des données sociosanitaires pertinentes de la santé, de l'accessibilité aux services, du traitement des plaintes et des mesures de participation de la population;
- R. 21 exige que chaque palier administratif renforce les espaces démocratiques au regard des groupements associatifs directement ciblés par les décisions relatives à la gestion du système de santé et de services sociaux;
- R. 22 privilégie le renforcement des solidarités sociales par le biais de ses alliances avec des coalitions progressistes, nationales ou internationales, luttant pour la sauvegarde d'un système public de santé et des services sociaux;
- R. 23 exige des débats de société sur toutes les questions de santé et de services sociaux où l'universalité, l'équité, l'éthique et la justice sociale sont en jeu, notamment la couverture publique des services, les impacts des politiques publiques sur la santé des clientèles ciblées de même que sur toutes les questions relatives à l'informatisation des dossiers cliniques et à l'utilisation des nouvelles technologies de traitement, de reproduction et de génétique;
- R. 24 réclame la reconnaissance et le renforcement d'un point de vue féministe dans la gestion du système de santé et de services sociaux.

CHAPITRE QUATRIÈME LA RECONNAISSANCE DES RESSOURCES HUMAINES PARCE QUE LA SANTÉ, ÇA NE SE FAIT PAS TOUT SEUL

Même si le discours gouvernemental officiel place les ressources humaines, « des personnes compétentes et dévouées », ²⁸ comme étant la force du réseau et qu'il parle de partenariat et de l'importance de mettre le personnel de la santé et des services sociaux dans le coup, force est de constater que ni le ministère ni les administrations des établissements n'ont réussi à traduire concrètement de telles orientations. En 1998, par exemple, le ministère n'a même pas consulté ces acteurs de première main avant l'élaboration de son document d'orientation au regard de la gestion des ressources humaines.

D'ailleurs, ce document d'orientation s'adressait d'abord à la structure patronale. Il faisait l'apologie de la décentralisation locale, de la mobilité de la main-d'œuvre et de la consécration d'une philosophie de plus en plus répandue selon laquelle les problèmes rencontrés dans le réseau relèvent d'une mauvaise organisation du travail au sein des ressources humaines et non d'un déficit financier. Le rapport de la commission Clair, au début de l'an 2000, posait même ces facteurs comme étant responsables de l'inflation des coûts des services de santé et des services sociaux, renforçant ainsi cette perception.

Par ailleurs, malgré les discours sur la gestion participative, les travailleuses et travailleurs déplorent continuellement les difficultés d'accéder à l'information sur les changements organisationnels, les batailles pour participer aux décisions et le non-respect quasi systématique des représentants syndicaux et des conventions collectives. Les employeurs ont rejeté du revers de la main toutes les initiatives syndicales au regard de l'organisation du travail. Force est de constater que le réseau de la santé et des services sociaux reste ancré à une culture fortement hiérarchisée dans laquelle la gestion des ressources humaines se fait le plus souvent à sens unique.

Ce mode de gestion est encore plus manifeste depuis la période des compressions budgétaires. Le réseau est devenu encore plus sourd aux opinions du personnel. Il se recentre sur la réingénierie des processus, sur la gestion standardisée du temps de production, sur l'économie des actes et des interventions, *etc.* La pratique tayloriste n'a jamais été aussi présente dans des organisations pourtant théoriquement vouées à la compassion et à la compréhension humaine. Il s'ensuit une déshumanisation des soins et des services entraînant une perte du sens au travail chez un personnel pour qui la « vocation soignante » est au cœur de l'identité professionnelle. Qui plus est, la vague de fermetures de lits, de fermetures et de fusions d'établissements qui a sévi au plus fort de la réforme du réseau a entraîné des transferts massifs de personnel et des coupes importantes. On évalue à 17 000 les pertes d'emplois encourues dans le réseau. En y ajoutant les retraites reliées au programme de départ volontaire de 1997,

²⁸ Québec (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux, (1998) *Santé et Services sociaux : Notre force, des personnes compétentes et dévouées*, 1998-1999 à 2000-2001.

c'est un peu plus de 10 % de la main-d'œuvre qui a quitté, tandis qu'une mince portion des postes laissés vacants ont été remplacés.

Cela n'est pas sans laisser de traces. Les conséquences sur la charge de travail sont retentissantes, la pression étant à la hausse sur le personnel restant qui doit assumer l'augmentation de l'intensité des soins et des services dans les établissements.

De plus, un établissement de santé ou de services sociaux, ce n'est pas que du béton, c'est une culture, une approche particulière, des expertises qui sont le fait d'une équipe qui travaille en synergie, un personnel et des utilisateurs qui ont souvent développé un attachement émotif et une confiance mutuelle. Les fermetures et les fusions ont provoqué l'éclatement de ces équipes de travail. D'autres ont dû se recréer, rapidement, sans aucune harmonisation des pratiques respectives, devant appliquer des méthodes et techniques de travail différentes, des outils de travail différents, des clientèles parfois méconnues, et cela, sans avoir reçu toute la formation préalable.

Selon une enquête de l'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur des affaires sociales (ASSTSAS)²⁹ effectuée en 1997, la détresse psychologique du personnel est en hausse et il y a une croissance des dépressions, de l'anxiété, des difficultés d'adaptation de même qu'un recul de 10 % des personnes à l'emploi du réseau de la santé et des services sociaux dont la santé est bonne ou excellente.

L'ensemble du personnel se sent bousculé, non respecté. Partout, pour toutes les catégories de personnel, la surcharge de travail domine.

Le personnel a davantage l'impression d'un travail à la chaîne. Il y a un surcroît de tâches et une pression de tous les instants pour réduire le nombre d'heures de soins ou de service par patient. Les outils servant à mesurer la quantité et l'intensité des interventions nécessaires sont très techniques, laissant peu de place au jugement professionnel. Il y a une perte de sens au travail en raison du climat de productivité qui s'est installé au détriment de la relation d'aide avec le patient. La perte d'autonomie professionnelle se fait douloureusement ressentir. Le harcèlement de l'employeur est constant : contrôle abusif des absences au travail, pression psychologique pour augmenter le rendement, négligence au regard des conditions de sécurité au travail, *etc.* La précarité généralisée des postes de travail n'aide en rien au travail d'équipe, à l'appartenance à un groupe de travail et à la continuité des soins et des services.

Les élans de privatisation guettent à tous les instants le personnel œuvrant dans les services de soutien ou dans les services professionnels. Dans tous les types d'établissement, le personnel fait de plus en plus face à un alourdissement de clientèle. Le virage ambulatoire et le virage milieu ont accru les exigences de la tâche sans en réduire la charge. Les situations de violence sont de plus en plus fréquentes. Les contextes d'intervention se sont multipliés et complexifiés. Pourtant, le soutien clinique et la formation continue sont de plus en plus rares.

²⁹ Michel Bigaouette. « Et la santé, comment ça va? » *Objectif prévention* vol. 20 n° 4, 1997.

L'augmentation de la productivité brute rend souvent la tâche plus technique, car on privilégie, par exemple, les actes d'évaluation aux actes de relation d'aide. Le personnel a souvent l'impression d'être « utilisé » pour servir le système et non pour servir les besoins de l'usager, la qualité de ses services étant souvent évaluée en fonction du nombre de clients traités plutôt que de la nécessité d'un plan de traitement, d'aide ou de réadaptation globale. À plusieurs égards, l'autonomie professionnelle est remise en question pour des raisons de rentabilité ou d'efficacité purement économiques. Tout ce contexte a un impact majeur sur le climat de travail et sur le sens même du travail.

En matière de gestion des ressources humaines, le besoin actuel est pourtant criant. Ce qui est utile au personnel du réseau passe d'abord par une réelle écoute de ses besoins, par une valorisation effective de ses compétences et par la reconnaissance de son apport dans l'organisation du travail et dans l'orientation du réseau.

Pour la CSQ, des éléments sont incontournables au regard de l'amélioration des conditions de vie et de travail des ressources humaines.

D'abord, une quantité suffisante de personnel est essentielle à l'accomplissement des missions des établissements. Il ne peut y avoir continuité des services, arrimage et intégration des services sans une gamme complète de ressources humaines, sans équipes multidisciplinaires dans chacun des milieux. La qualité des services, qui ne relève pas d'une gestion comptable des résultats, en dépend. Par ailleurs, la tendance actuelle des administrations d'établissement à vouloir décloisonner les professions et à vouloir faire lever les frontières de fonction ne répond nullement aux besoins multiples de la population. L'interdisciplinarité ne peut être l'apanage d'un professionnel de la santé ou de la relation d'aide qui la pratique à lui tout seul. Cette pratique doit intégrer l'apport de chaque catégorie de personnel. De la même façon, l'imputabilité du suivi clinique ne peut pas être la responsabilité d'un seul intervenant gestionnaire de cas. Le travail en équipe multidisciplinaire, s'il doit, bien sûr, être concerté, doit reposer sur la reconnaissance explicite de l'apport et de l'expertise de chaque membre de l'équipe tant dans l'identification des besoins d'intervention que dans l'évaluation du suivi.

Ensuite, il faut viser la stabilité des structures organisationnelles. Il y a une limite aux changements successifs que peut tolérer une culture organisationnelle; il faut atteindre un certain équilibre dans la dynamique interne. En cela, le taux de précarité élevé dans le réseau nuit considérablement. Pour développer un sens de l'appartenance, un engagement distinctif envers une organisation, un établissement, il faut un minimum de sécurité d'emploi, d'assurance dans la tâche, de constance dans les relations interprofessionnelles. Cela s'acquiert avec des équipes qui apprennent à se connaître, à travailler ensemble, à créer, à innover et à se développer ensemble.

Le personnel du réseau détient un regard privilégié sur les situations qui prévalent dans les établissements (forces, faiblesses, besoins, etc.); en ce sens, leur apport à la conception des soins et des services devrait être incontournable. Il faut renverser la culture hautement hiérarchisée dans le réseau pour développer la notion de « collectif

de travail » garante d'une dynamique efficace. Cette conception se base d'abord sur la collégialité, la multidisciplinarité, la coopération et une véritable gestion participative. C'est seulement ainsi que le collectif de travail peut agir sur la planification, l'organisation, la prestation et l'évaluation des services. C'est ici aussi que vie syndicale et vie professionnelle sont fortement arrimées, que tant les pratiques professionnelles, les politiques administratives et les services dispensés peuvent être questionnés, remis en question et réinventés collectivement. C'est en investissant collectivement les leviers de décision et de développement que le réseau peut évoluer. C'est cela qu'on appelle, comme le recommandait la commission Rochon en 1988, faire des « ressources humaines, [] le principal moteur du réseau ». La chose est loin d'être réalisée aujourd'hui.

Enfin, il faut revenir à une conception humaniste de la prestation des soins et des services, à un réseau qui sert la cause des humains plutôt que du système. Cette notion est au cœur de l'identité et du sens professionnel des ressources humaines qui ont été formées pour soigner, comprendre, aider, sensibiliser, éduquer, prévenir, guérir... pas pour compter, rentabiliser, contrôler, chronométrer, produire à la chaîne. Cela passe par la reconnaissance des capacités, l'autonomie professionnelle, le développement des compétences, l'utilisation des expertises et la valorisation de l'apport professionnel à la bonne marche d'un réseau de soins et de services plutôt qu'à une « entreprise de santé ». Rechercher l'engagement dans l'action professionnelle, c'est permettre au personnel d'exercer de façon pleine et entière des actes professionnels qui répondent aux besoins des personnes.

LA CSQ

- R. 25 exhorte les administrations nationales, régionales et locales de services de santé et de services sociaux à remettre l'humanisation des soins et des services au cœur des priorités dans la planification et l'organisation des services en reconnaissant l'apport, l'expertise et l'autonomie du personnel œuvrant dans le réseau;
- R. 26 exige que les administrations nationales, régionales et locales de services de santé et de services sociaux adoptent une vision et un mode de gestion multidisciplinaires du réseau, utilisant l'apport de toutes les catégories de personnel dans la planification, l'organisation et l'évaluation du système de services et la participation collégiale de l'ensemble du personnel à la gestion quotidienne des soins et services;
- R. 27 exige de l'État québécois qu'il assure la disponibilité de ressources humaines en quantité suffisante dans tous les types d'établissements publics afin que ceux-ci puissent assumer pleinement leur mission et qu'il vise la stabilité de l'emploi et des structures organisationnelles afin de favoriser la continuité des soins et des services et les arrimages interétablissements.

CHAPITRE CINQUIÈME LE FINANCEMENT PUBLIC DU SYSTÈME PARCE QUE LA SANTÉ, ÇA NE SE MARCHANDE PAS!

Il faut élargir le débat du développement du système de santé et de services sociaux et, surtout, le sortir du corridor étroit de la complémentarité du privé et du public. Il faut changer la perspective et rechercher à l'intérieur même du système public les moyens pour l'améliorer, examiner les autres possibilités dans le champ des responsabilités étatiques et le faire démocratiquement. Et cela, avec la ferme détermination de conserver son caractère public.

La stabilité du financement

Le développement et la stabilité du financement public, tant fédéral que provincial sont nécessaires à la prestation de services de santé et de services sociaux, offrant une gamme complète, continue et de qualité. La planification, l'organisation, la distribution et l'équité interrégionale des services de même que la recherche et le développement doivent pouvoir compter sur des budgets garantis.

Il faut contrer toute tentative gouvernementale d'imposer de l'impôt-services applicable à des programmes limités, des cotisations salariales, des assignations d'une partie de la taxe de vente, tout ticket orienteur ou modérateur. Trois principales sources de financement doivent demeurer : les revenus fiscaux des gouvernements fédéral et provincial incluant les contributions des employeurs. Le mode de financement doit demeurer public et progressif. L'État devrait introduire une visibilité plus grande de la répartition de ses dépenses entre les différentes missions économiques et sociales et une comptabilité transparente des dépenses de santé et des sources de financement.

Il est faux d'associer un financement public à un modèle d'« État-providence ». Il ne faut pas oublier que la majorité de ce financement provient de la fiscalité des particuliers. Un système public de santé et de services sociaux financé publiquement est donc rétribué par l'effort fiscal collectif et une redistribution équitable de ces investissements. C'est collectivement que nous nous payons ces acquis sociaux, et il est donc de la responsabilité de l'État de retourner à la population les services qu'elle se paye. En ce sens, la population est en plein droit de recevoir une couverture publique complète et de qualité, c'est là un retour sur ses investissements collectifs.

Il faut prendre les mesures nécessaires pour préserver une équité interrégionale sur l'ensemble du territoire québécois en prenant en compte les besoins et les caractéristiques des milieux urbains, des milieux ruraux et des régions éloignées des grands centres ou à faible densité de population (où la population dépense des sommes supplémentaires en raison des déplacements vers des services spécialisés et ultraspecialisés).

Un système public de santé et de services sociaux, un actif social important

La baisse des transferts fédéraux dans les années 1990 a également affecté les paiements de transferts destinés à l'aide sociale et à l'éducation. Or, le niveau de revenu et d'éducation sont des déterminants importants de la santé, selon l'OMS, la plus grande menace à la santé étant la pauvreté. Les enquêtes de Santé Québec ont toujours rappelé que plus le revenu est élevé, meilleur est l'état de santé des gens. Une étude citée dans le Rapport de la commission Rochon, en 1988, a révélé qu'un résident du quartier riche de Westmount à Montréal peut s'attendre à vivre, sans restriction totale ou partielle, 11 ans de plus qu'un résident d'un quartier populaire de Montréal comme Saint-Henri.

Par ailleurs, les liens entre la croissance économique et les soins de santé ne sont plus à démontrer. « Tout comme on admet généralement que des bases économiques solides sont indispensables à la prospérité du Canada, il importe de comprendre que l'affectation de ressources stables, et, au besoin, croissantes, aux soins de santé constitue un investissement dans le bien-être des Canadiens et, par extension, dans la compétitivité économique du pays. Vus sous cet angle, ces investissements améliorent la capacité des Canadiens de mener une vie enrichissante et productive³⁰ ».

Il y a donc cercles vicieux et cercles gagnants. Des investissements en santé et services sociaux augmentent les chances d'une vie productive qui, à son tour, à titre de déterminant, augmente les chances d'une vie en santé.

D'un point de vue structurel, des études montrent que l'existence d'un système de santé et de services sociaux public viable et bien doté en capital contribue à la décision que prennent les entreprises de s'installer au Canada et de participer ainsi à la compétitivité économique du pays³¹. Un système de santé et de services sociaux facilement accessible et doté de bonnes ressources financières permet aux travailleuses et travailleurs de reprendre le travail rapidement et avec des capacités fonctionnelles plus efficaces à la suite d'une maladie ou d'un accident.

À cet égard, le système québécois de santé et de services sociaux est très avantageux pour les employeurs d'ici. Les employeurs allemands déboursent 7 % de la masse salariale de leurs employés dans la caisse de protection sociale. Les employeurs américains en assument 15 %. Les employeurs québécois ne dépensent qu'autour de 4 % de la masse salariale pour contribuer au financement du système québécois de santé et de services sociaux. Alors, avant d'imposer des tarifications spécifiques aux individus ou de développer diverses caisses spéciales ou régimes collectifs

³⁰ Le Groupe Heal.

³¹ J.P. Green, J. Mac Bride-King. *Corporate Health Care Costs in Canada and the U.S. : Docs Canada's Medicare System make a difference?* Conference Board du Canada, KPMG, Purchase A, 1999.

d'assurance, il faudrait examiner la fiscalité dans son ensemble et celle des entreprises en particulier.

Un financement définitivement et majoritairement public, géré publiquement

Globalement, la CSQ a donc la ferme conviction que seul un système intégralement public, géré et financé publiquement permet une réelle équité et efficacité de même que la justice sociale. L'analyse préalable a clairement démontré que le Québec a un manque à gagner au chapitre du financement de son système de santé et de services sociaux. Il faut réinvestir publiquement dans le système. Il faut rétablir les subsides financiers destinés à la santé et aux services sociaux à un niveau permettant d'assurer la prestation d'une gamme complète de soins et de services de qualité répondant aux besoins de la population québécoise. Il faut que les instances gouvernementales s'engagent à maintenir et à développer la stabilité continue de ce financement.

Le Québec doit résolument maintenir le cap d'un financement majoritairement public et d'une fermeture à un système à deux vitesses. C'est une question morale, éthique et de vision politique.

Faire autrement, ce serait céder aux pressions géographiques (la proximité des États-Unis) et économiques liées à la mondialisation et donner la primauté aux politiques économiques, au détriment des politiques sociales et de la santé globale de la population québécoise.

Le choix qui se pose relève d'une idéologie politique. Il faut maintenir le cap sur un système de santé et de services sociaux résolument social-démocrate, basé sur la vision d'une société de bien-être, marqué par son caractère public, l'universalité, l'accessibilité, l'équité et la gratuité. Le maintien et le développement du système de santé et de services sociaux exigent des politiques publiques engageantes, d'un engagement clair : un système public, géré et financé publiquement.

LA CSQ

R. 28 réaffirme qu'un système de santé et de services sociaux intégralement public, géré et financé publiquement est la seule garantie pour que les Québécoises et les Québécois aient un système de qualité, équitable, efficace et caractérisé par la justice sociale.

R. 29 exhorte les gouvernements canadien et québécois à rétablir les subsides financiers destinés à la santé et aux services sociaux à un niveau acceptable pour assurer la prestation de services publics de qualité répondant à l'ensemble des besoins de la population et s'engageant à maintenir la stabilité continue de ce financement;

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Une analyse du contexte sociopolitique parce que la santé est sous influence

LA CSQ

- R. 1 dénonce l'hypothèse selon laquelle le gouvernement du Québec n'a plus les marges de manœuvre suffisantes pour assumer adéquatement le financement du système de santé et de services sociaux et qu'il faut alors, inévitablement, se tourner vers d'autres sources de financement.

Trop cher, la santé des personnes âgées?

LA CSQ

- R. 2 dénonce l'attitude gouvernementale qui fait porter le fardeau de l'augmentation des coûts de santé sur le compte de la génération âgée.

La nécessaire maîtrise des coûts des médicaments

LA CSQ

- R. 3 réclame l'adoption, par le gouvernement québécois, d'une véritable politique du médicament, laquelle comprendrait, notamment, un régime public et universel d'assurance médicaments de même que des mesures rigoureuses de contrôle des coûts des médicaments.

Le délestage dans la cour des femmes et des familles

LA CSQ

- R. 4 dénonce l'ampleur du rôle et des responsabilités qui incombent aux femmes dans la prestation des services sociaux et de santé en tant que proches aidantes et réclame des mesures gouvernementales immédiates pour remédier à ces impacts négatifs de la transformation du réseau, de même que des politiques publiques qui respectent les besoins et les attentes des femmes ainsi que le caractère volontaire de leur engagement.

Les élans de communautarisation

LA CSQ

- R. 5 dénonce les élans actuels de communautarisation des services sociaux et de santé et réclame un moratoire pour mettre fin à ce développement incontrôlé;
- R. 6 se prononce contre le projet de politique de l'action communautaire autonome proposée par le ministère de la Solidarité sociale, qui n'est ni plus ni moins que la création d'une fonction publique parallèle et qui atrophie le principe d'autonomie des groupes communautaires autonomes en les obligeant à agir en substitution ou dans le prolongement du mandat des établissements publics de même qu'à répondre à des priorités gouvernementales.

Les élans de privatisation

LA CSQ

- R. 7 dénonce les pratiques gouvernementales de privatisation des services du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le contexte de la mondialisation

LA CSQ

- R. 8 exige des gouvernements canadien et québécois qu'ils garantissent le respect plein et entier des principes d'accessibilité, d'universalité, de gratuité et le caractère public du financement du système de santé et de services sociaux dans les politiques publiques qu'ils instaurent et qu'ils établissent la primauté d'un système public de santé et de services sociaux en ayant la ferme volonté politique de mettre fin à toute marchandisation des services sociaux et de santé dans le contexte de la mondialisation des marchés.

Des principes fondamentaux parce que le droit à la santé, c'est non négociable

LA CSQ

- R. 9 adhère au droit pour toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats et de qualité sur le plan scientifique,

humain et social, en continuité et de façon personnalisée; pour se conformer à ce droit, l'État doit prendre les mesures nécessaires pour rendre accessible à toute personne, dans des délais respectables, d'une façon continue et pendant toute sa vie, la gamme complète des services de santé et des services sociaux requis au maintien et au développement de son état de santé et de bien-être;

- R. 10** rend également l'État responsable de prendre les mesures nécessaires pour éliminer les inégalités sociales, sexuelles, culturelles et géographiques pouvant freiner l'accessibilité aux services sociaux de même qu'aux soins généraux et spécialisés.

Une vision globale de la santé

LA CSQ

- R. 11** exige du gouvernement québécois les moyens et ressources nécessaires à l'application des stratégies de prévention de la maladie, de la détresse psychologique et des problèmes sociaux ainsi que des stratégies de promotion de la santé propres à assurer l'atteinte des objectifs de sa politique de santé et de bien-être;
- R. 12** exige l'engagement de l'État dans l'amélioration des conditions sociales faites aux individus, aux familles et aux communautés, des conditions économiques, des conditions éducatives ainsi qu'environnementales déterminantes pour leur santé et leur bien-être;
- R. 13** exige le soutien concret de l'État pour fournir les ressources financières, humaines et matérielles aux différents intervenants institutionnels et communautaires du réseau de la santé et des services sociaux qui ont des responsabilités d'appliquer des mesures de prévention et de promotion de la santé, notamment au regard des rôles d'éducation à la santé et à l'acquisition de saines habitudes de vie.

Une conception globale, cohérente et intégrée l'organisation du système de services

LA CSQ

- R. 14** soutient que l'organisation du système de services de santé et de services sociaux doit s'appuyer sur la notion de la personne perçue dans son intégralité, refléter l'ensemble des missions du réseau de services, être conçue selon une vision systémique et couvrir une gamme complète de ressources et de services de qualité afin d'assurer le continuum;

- R. 15** prône que le système de services doit pouvoir s'adresser autant aux besoins individuels des personnes qu'aux besoins collectifs de celles-ci lorsque ces besoins s'assimilent à une communauté et être généralisable à tout type de prise en charge ou de besoin de clientèle;
- R. 16** affirme que l'État a la responsabilité de mettre à la disposition des personnes et des collectivités sur tout le territoire, les ressources permettant le maintien et le développement du meilleur état de santé et de bien-être possible;
- R.17** affirme que l'État a aussi la responsabilité de fournir aux instances locales une gamme de ressources suffisantes et équitables pour assumer l'ensemble de leurs missions au regard d'une prestation de qualité des services sociaux et de santé.

Une gestion démocratique du système

LA CSQ

- R. 18** exige du gouvernement qu'il privilégie une conception systémique et multidisciplinaire dans la planification, l'organisation, l'évaluation et la gestion globale du système de santé et de services sociaux qui assure la participation active de l'ensemble des acteurs du réseau et de la population, dans le respect des champs de compétence de chacun et dans la considération de l'apport de chaque groupe;
- R. 19** exige que chaque conseil d'administration du réseau prenne les mesures nécessaires pour assurer le caractère transparent et public des séances, de sa reddition de comptes (rapport, présentation publique, vulgarisation, *etc.*), pour garantir des mécanismes d'interaction avec la population (période de questions, forum populaire, *etc.*) et pour favoriser la participation, le fonctionnement et la reconnaissance du comité des usagers (recrutement, soutien technique, diffusion des rapports, *etc.*);
- R. 20** exige que chaque palier administratif s'assure de la diffusion de l'information au regard des données sociosanitaires pertinentes de la santé, de l'accessibilité aux services, du traitement des plaintes et des mesures de participation de la population;
- R. 21** exige que chaque palier administratif renforce les espaces démocratiques au regard des groupements associatifs directement ciblés par les décisions relatives à la gestion du système de santé et de services sociaux;

- R. 22** privilégie le renforcement des solidarités sociales par le biais de ses alliances avec des coalitions progressistes, nationales ou internationales, luttant pour la sauvegarde d'un système public de santé et des services sociaux;
- R. 23** exige des débats de société sur toutes les questions de santé et de services sociaux où l'équité, l'universalité, l'éthique et la justice sociale sont en jeu, notamment la couverture publique des services, les impacts des politiques publiques sur la santé des clientèles ciblées de même que sur toutes les questions relatives à l'informatisation des dossiers cliniques et à l'utilisation des nouvelles technologies de traitement, de reproduction et de génétique;
- R. 24** réclame la reconnaissance et le renforcement d'un point de vue féministe dans la gestion du système de santé et de services sociaux.

La reconnaissance des ressources humaines

LA CSQ

- R. 25** exhorte les administrations nationales, régionales et locales de services de santé et de services sociaux à remettre l'humanisation des soins et des services au cœur des priorités dans la planification et l'organisation des services en reconnaissant l'apport, l'expertise et l'autonomie du personnel œuvrant dans le réseau;
- R. 26** exige que les administrations nationales, régionales et locales de services de santé et de services sociaux adoptent une vision et un mode de gestion multidisciplinaires du réseau, utilisant l'apport de toutes les catégories de personnel dans la planification, l'organisation et l'évaluation du système de services et la participation collégiale de l'ensemble du personnel à la gestion quotidienne des soins et services;
- R. 27** exige de l'État québécois qu'il assure la disponibilité de ressources humaines en quantité suffisante dans tous les types d'établissements afin que ceux-ci puissent assumer pleinement leur mission et qu'il vise la stabilité de l'emploi et des structures organisationnelles afin de favoriser la continuité des soins et des services et les arrimages interétablissements.

Le financement public du système parce que la santé, ça ne se marchande pas

LA CSQ

- R. 28** réaffirme qu'un système de santé et de services sociaux intégralement public, géré et financé publiquement est la seule garantie pour que les Québécoises et les Québécois aient un système de qualité, équitable, efficace et caractérisé par la justice sociale;
- R. 29** exhorte les gouvernements canadien et québécois à rétablir les subsides financiers destinés à la santé et aux services sociaux à un niveau acceptable pour assurer la prestation de services publics de qualité répondant à l'ensemble des besoins de la population et s'engageant à maintenir la stabilité continue de ce financement.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAIRE, Luc (1998). « Sondage : l'état de santé du personnel de la santé est préoccupant ». *Nouvelles CEQ*, janvier-février, p.10.
- ANGUS, D.E., L. AUER, J.E. CLOUTIER, T. ALBERT (1995). *Pour un système de soins de santé viable au Canada*. Projets de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's.
- APPLETON, Barry. « International agreements and National Health Plans : NAFTA » dans DRACHE, D., SULLIVAN, T., (1999). *Market Limits in Health Reform. Public Success, private failure*, Routledge – New York.
- BARER, M. L., R.G. EVANS, C. HERTZMAN (1995). « Avalanche or Glacier? : Health Care and the Demographic Rhetoric », *Canadian Journal on Aging*, vol. 14, n° 2, p. 193 à 224.
- BEAULNE, Pierre (2001). *Financement de notre système public de santé : c'est souhaitable, c'est faisable*. Communication dans le cadre de la consultation publique de la Commission du Bon Samaritain sous les auspices de la Coalition des médecins pour la justice sociale, le 6 mars 2001, Montréal, Centrale des syndicats du Québec, 6 p. (D10982).
- BEAULNE, Pierre. « Financement du système public de santé : le Québec a les moyens », *Cahier Santé*, hiver 2000-2001, p. 6.
- BÉDARD, Denis (2000). *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*. Rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- BERLINGUER, Giovanni (2000). *Globalization and Health*. Conférence d'ouverture de la 3^e conférence des responsables locaux de santé des Amériques, 13 au 16 mars 2000.
- BERNIER, Jocelyne et Marlène DALLAIRE (2000). *Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes. La situation au Québec*. Centre d'excellence pour la santé des femmes.
- BIGAOUETTE, M. (1997). « Et la santé, comment ça va? » *Objectif prévention*, vol. 20, n° 4.
- CALLAHAN, Daniel (1996). « Controlling the Costs of Health Care for the Elderly – Fair Means and Foul ». *The New England Journal of Medicine*, 5 septembre, vol. 335, n° 10.

CANADA (1999). *Mise à jour économique et financière de 1999*. Finances Canada.

CENTRALE DE L'ENSEIGNEMENT DU QUÉBEC (2000). *Pour enfin répondre aux besoins de la population, un régime public d'assurance médicaments, un contrôle des coûts et une politique globale du médicament*. Mémoire sur l'évaluation du régime général d'assurance médicaments, Montréal, Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ), (D10822).

CENTRALE DE L'ENSEIGNEMENT DU QUÉBEC (1998). *Pour le meilleur... mais non pour le pire*. Mémoire sur le projet de loi n° 404 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux présenté à la Commission des affaires sociales, Montréal, Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ), (D10615).

CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC ET AL. (2000 a). *Analyse de la proposition de politique de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire*, Montréal, Centrale des syndicats du Québec (CSQ), (D10840).

CENTRALE DES SYNDICATS DU QUÉBEC (2000 b). *Pour en finir avec la grande débâcle en santé et services sociaux*. Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair), Montréal, Centrale des syndicats du Québec (CSQ), (D10918).

CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES (2000). *Avis sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux*. Mémoire présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES (1998). *L'impact des transformations du système de santé sur les femmes aidantes*.

COALITION FÉMINISTE POUR UNE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (1998). *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*. Cahier de revendication.

COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ (2000). *Manifeste pour la sauvegarde d'un système public de santé et de services sociaux*.

COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ (1998). *Guide électoral sur l'avenir du système de santé et de services sociaux*.

COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ (1997). *Perceptions de la population à l'égard des services sociaux et de santé : résultats d'un sondage par Léger et Léger*.

COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ (1994). *Un système de santé et de services sociaux universel, accessible et public, a-t-on les moyens de s'en priver?*

- COQUIDÉ, Patrick (1998). « Systèmes de santé : une comparaison France, Canada, États-Unis, Allemagne, Grande-Bretagne ». *Problèmes économiques*, n° 2.570.
- CÔTÉ et collab. (1998). « Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec ». *Condition féminine Canada*.
- DEAN, Robert (1999). *Pour le Québec de 2005 : un système public de santé d'envergure mondiale*. Allocution présentée lors du Forum « Égalité et droit à la santé » de la Coalition Solidarité Santé le 15 avril 2000.
- DEBER, D^{re} Raisa (1999). Les bons et les mauvais usages de l'économie, dans SOMERVILLE, M. A. (1999). *Ça urge! Le système de santé canadien a-t-il un avenir?* Éditions Fides.
- DEMERS, Marie (1996). « Factors Explaining the Increase in Cost for Physician Care in Quebec's Elderly Population ». *Canadian Medical Association*, December 1st, 155 (11) p. 1555 à 1560.
- DI DOMENICO, M. (1996). *Virage ambulatoire : Notes exploratoires, recherche et rédaction*. Conseil du statut de la femme.
- FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ (1998 a). *La prise de décisions. Données probantes et information*, vol. 5, Éditions MultiMondes.
- FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ (1998 b). *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Rapports de synthèse et documents de référence.
- FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ (1998 c). *Les déterminants de la santé : le cadre et les enjeux*, vol. 3, Éditions MultiMondes.
- GREEN, J.P., J. BRIDE-KING (1999). *Corporate Health Care Costs in Canada and the U.S. : Does Canada's Medicare System Make a Difference?* Conference Board du Canada, KPMG. Purchase A.
- GROUPE D'INTERVENTION ACTION SANTÉ (1999). *Santé, productivité et prospérité au Canada*. Proposition du groupe HEAL avant le budget 2000-2001.
- GUBERMAN, Nancy et collab. (1993). *Travail et soins aux proches dépendants*. Les Éditions du remue-ménage.
- HARVEY, Claire (2000). « Le travail est de plus en plus aliénant ». *Cahier Santé*, hiver p. 3.
- HARVEY, Claire (1999). « Réseau public et privatisation ». *La Presse*, 27 novembre.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2000). *Tendances des dépenses nationales de santé (1975-1999)*.

INTERNATIONALE DES SERVICES PUBLICS, INTERNATIONALE DE L'ÉDUCATION (1999). *L'OMC et l'accord général sur le commerce des services : les enjeux pour la santé publique*. Document de la série « L'intérêt commun des travailleurs de l'éducation et du secteur public ».

KING, P., H. JACKSON (2000). *Public Finance Implications of Population Aging*, division de la politique fiscale, Finances Canada.

LAROCHELLE, Jacques (2000). « Un système de santé à l'américaine? Non merci! », *Nouvelles CEQ*, mars-avril.

LAROCHELLE, Jacques (1999). *Le rapport Arpin et l'avenir de notre système de santé*. Allocution prononcée lors d'une matinale du Conseil général de la CEQ le 10 décembre.

LAROCHELLE, Jacques (1998). « Rien ne sert de changer un des meilleurs systèmes de santé au monde », *La Presse*, 30 janvier.

LE BRUN, Hélène (2001 a). *La santé dans le contexte de la mondialisation ou la santé sous influence...*, Montréal, Centrale des syndicats du Québec (CSQ), 4 p. (D10968).

LE BRUN, Hélène (2001 b). « La santé, malade de néolibéralisme », *Nouvelles CSQ*, janvier-février, p. 27.

LE BRUN, Hélène (2001 c). *L'autonomie professionnelle, une question de sens au travail pour le personnel professionnel de la santé et des services sociaux*, Montréal, Centrale des syndicats du Québec (CSQ), avril, 13 p. (D11008).

LE BRUN, Hélène (2001 d). « Rapport Larose sur l'action communautaire. Un mode d'emploi pour la sous-traitance ses services publics », *Nouvelles CSQ*, janvier-février, p. 21.

LE BRUN, Hélène (2000). *Inventaire des positions antérieures de la CEQ en matière de santé et de services sociaux*, Montréal, Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ), hiver, 24 p. (D10840).

LE BRUN, Hélène (2000). « L'autonomie professionnelle ça fait du sens. », *Cahier Santé*, hiver, p. 6.

LE BRUN, Hélène (2000). « Reconnaît-on encore le jugement clinique des infirmières? », *Cahier Santé*, hiver, p. 4.

- LE BRUN, Hélène (2000). « La Santé au Québec, c'est un droit. », *Cahier Santé* printemps-été, p. 7.
- LE BRUN, Hélène (2000). « Gérald Larose participe-t-il à la grande "solderie" des services publics? », *Nouvelles CSQ*, septembre-octobre.
- LE BRUN, Hélène (1999 a). *Analyse des orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux 1998-2001 au regard des services à la population et de la gestion des ressources humaines*, Montréal, Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ), 10 p. (D10709).
- LE BRUN, Hélène (1999 b). *La réforme de la santé et des services sociaux, le bilan politique d'une grande débâcle*, Montréal, Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ), septembre, 35 p.
- LE BRUN, Hélène (1999). « En santé, pas de cadeau pour le privé », *Nouvelles CEQ*, janvier-février, p. 32-33.
- LE BRUN, Hélène (1999). « Une médecine payante », *Nouvelles CEQ*, novembre-décembre.
- LE BRUN, Hélène (1998 a). *Notes pour la rencontre avec le comité Arpin*, Montréal, Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ), 14 p. (D10702).
- LE BRUN, Hélène (1998 b). *Synthèse de la rencontre du groupe de travail CEQ sur la santé mentale au travail*, Montréal, Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ), automne, 6 p.
- LE BRUN, Hélène (1998). « La réforme de la santé et des services sociaux. Un casse-tête en mille morceaux », *Cahier Santé*, printemps, p. 4-5.
- LÉVESQUE, Paul (1999). « Les "mégacliniques" : des supermarchés subventionnés », *Le Devoir*, 24 août.
- Mc CALLUM, John (1999). *Relative Fiscal Power : Ottawa Versus the Provinces*, Royal Bank of Canada.
- NOËL, André (1998). « Le docteur Lévesque dénonce la privatisation des soins », *La Presse*, 19 mai.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de l'O.M.S.*
- ORGANISATION MONDIALE DU COMMERCE (1998). *Services de santé et services sociaux*, note d'information du secrétariat.

- PAQUEROT, Sylvie (2000). *Concevoir le monde tel un vaste marché... libéralisation, privatisation, déréglementation*. Allocution présentée lors du Forum « Égalité et droit à la santé » de la Coalition Solidarité Santé, 15 avril.
- PARÉ, Isabelle (1996). « Coûteux, les vieux? *Faux!* », *La Presse*, 14 décembre.
- PARÉ, Isabelle (2000). « Les vrais et les faux problèmes de la santé : le vieillissement, une menace montée en épingle? », *Le Devoir*, samedi 29 avril.
- PELCHAT, Marie (2000). « La santé des "vieux" coûte-t-elle trop cher? » *Cahier Santé*, printemps-été, p. 3.
- PELCHAT, Marie (2000). « Une politique du médicament, Québec ne peut plus en faire l'économie », *Nouvelles CEQ*, mars-avril.
- POCHET, Pascal (1997). *Les personnes âgées*, Paris, La Découverte, collection « Repères », p. 20-42.
- POIRIER, M., F. PATENAUDE, M. PETIT, G. LAMBERT (1998). *À qui profite le démantèlement de l'État?*, Chaire d'études socio-économiques de l'UQAM.
- PRATTE, André (2000). « Halte à la démographie apocalyptique! », *La Presse*, vendredi 4 août.
- QUÉBEC (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000 a). *Le financement du système public de santé et de services sociaux du Québec*. Document d'information, Québec, le Ministère.
- QUÉBEC (Province). Ministère de la Solidarité sociale (2000 b). *Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec, proposition de politique*, Secrétariat à l'action communautaire autonome.
- QUÉBEC (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000 c). *Le système québécois de santé et de services sociaux*. Document d'information, Québec, le Ministère.
- QUÉBEC (Province) (2000 d). *Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes*. Avis du Conseil du statut de la femme.
- QUÉBEC (Province) (2000 e). *Virage ambulatoire, il faut redresser la trajectoire*. Conseil du statut de la femme.
- QUÉBEC (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998 a). *Santé et Services sociaux. Les services à la population, 1998-1999, 2000-2001*, Québec, le Ministère.

QUÉBEC (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998 b). *Santé et Services sociaux : Notre force, des personnes compétentes et dévouées, 1998-1999 à 2000-2001*, Québec, le Ministère.

QUÉBEC (Province) (1997). *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*. Conseil de la santé et du bien-être.

QUÉBEC (Province). Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, le Ministère.

REGROUPEMENT INTERSECTORIEL DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE MONTRÉAL (1998). *Leur équilibre, notre déséquilibre*.

ROY, Jacques (2000). « La tentation de l'ostracisme social ». *Le Devoir*, 14 février.

SAUL, D^r John Ralston (1999). « *La santé et les soins à la fin du XX^e siècle : des symptômes inquiétants* », dans Somerville, M.A. (1999). *Ça urge! Le système de santé canadien a-t-il un avenir?*, Les Éditions Fides.

SODESTROM, Lee (2000). « Les citoyens aînés et la privatisation du système de santé : survol des connaissances », *Bien vieillir*, Bulletin du CLSC René-Cassin, vol. 6, n^o 1, février.

SODESTROM, Lee (1999 a). *La privatisation : les effets sur l'efficience du système de santé*. Département des sciences économiques, Université McGill.

SODESTROM, Lee (1999 b). *Le rapport Arpin : la prochaine étape?* Département de sciences économiques, Université McGill.

SODESTROM, Lee (1999). « Rapport Arpin : plus de questions que de réponses », *Le Devoir*, 18 octobre.

TABLE DES GROUPEES DE FEMMES DE MONTRÉAL (2000). *Pour une analyse féministe des services de santé et des services sociaux*. Mémoire présenté à la Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux.

THOMAS GEE, E.M., G. GUTMAN, (2000). « The Overselling of Population Aging : Apocalyptic Demography, Intergenerational challenges and Social Policy », *Oxford University Press*.

UNITED NATIONS CONFERENCE ON TRADE AND DEVELOPMENT, WORLD HEALTH ORGANISATION (1998). *International Trade on Health Services*, Genève.