

Réseau
des Tables Régionales



de Groupes de Femmes
du Québec

**Pistes de réflexion
pour faciliter un diagnostic du système
des services sociaux et de santé du Québec**

Québec 23 et 24 octobre 2007

Document de travail préparé par le comité organisateur du séminaire

« Penser globalement. Agir localement. À votre santé mesdames »

En collaboration avec :

Le Conseil du Statut de la femme
le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
Le comité de coordination du Réseau des Tables régionales
de groupes de femmes du Québec

Nous tenons à remercier pour leur précieuse collaboration :

Lydia Assayag, Ginette Bergevin, Marieangela Di Dominico, Francine Ducharme,
Sophie Gilbert, Thérèse Larochelle et Francine Rivest

Pour information :

Blanche Paradis, coordonnatrice
Réseau des tables régionales de groupes de femmes du Québec
344, rue Parent, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 2A2
Téléphone : (450) 438-5821 - Télécopieur : (450) 431-5639
reseaudestables@bellnet.ca - <http://www.reseautablesfemmes.qc.ca>

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

PARTIE 1

L'organisation et la prestation des services : résumé législatif et commentaires critiques

1.1	Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ¹ : projet de loi 25 adopté en décembre 2003	p. 1
1.2	Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives ² : projet de loi 83 adopté en novembre 2005	p. 2
1.2.1	Gouvernance régionale et locale	p. 3
1.2.1.1	Responsabilités de l'agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux	p. 3
1.2.1.2	Composition du conseil d'administration de l'agence de santé et de services sociaux	p. 3
1.2.1.3	Responsabilités de l'instance locale : le centre de services sociaux et de santé (CSSS)	p. 4
1.2.1.4	Composition du conseil d'administration du CSSS	p. 7
1.2.1.5	Responsabilités des autres établissements du réseau local	p. 7
1.2.2	Commentaires généraux, questionnements et esquisses des enjeux sur la gouvernance du réseau	p. 9
1.2.2.1	Déplacement des pouvoirs du palier régional vers le local : quel <i>modus operandi</i> afin d'intégrer les politiques nationales dont celles portant sur la santé des femmes ?	p. 9
1.2.2.2	Déplacement des pouvoirs du palier régional vers le local : quel <i>modus operandi</i> afin d'intégrer les politiques nationales dont celles portant sur la santé des femmes ?	p. 10
1.2.2.3	Nouveau modèle de partenariat avec les groupes communautaires : une grande prudence s'impose.	p. 11
1.2.2.4	Participation citoyenne : perte ou gain ?	p. 11
1.2.2.5	Circulation de l'information : quelle garantie de confidentialité ?	p. 12
1.2.2.6	Information informatisée : autre débat ?	p. 13
1.2.2.7	Examen des plaintes des usagères et usagers : plus facile ou plus de dédales administratifs ?	p. 13
1.3	Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives : projet de loi 33 adopté en décembre 2006	p. 14
1.3.1	Résumé législatif : quelques éléments	p. 14
1.3.2	Autrement dit	p. 15
1.3.3	Commentaires généraux et référence	p. 15

PARTIE 2

Analyse critique de la déconstruction du régime public de santé, selon la Coalition Solidarité Santé

2.1	Stratégies	p. 16
2.1.1	Première stratégie: le défaut de ressources	p. 17
2.1.2	Deuxième stratégie: la déréglementation	p. 17
2.1.3	Troisième stratégie : la tarification	p. 17

¹ Afin d'éviter d'alourdir le présent texte, cette loi sera parfois désignée par l'appellation loi 25.

² Afin d'éviter d'alourdir le présent texte, cette loi sera parfois désignée par l'appellation loi 83.

2.1.4	Quatrième stratégie : la décentralisation	p. 18
2.1.5	Cinquième stratégie : la privatisation	p. 18
2.1.6	Sixième stratégie : la communautarisation et le recours aux entreprises d'économie sociale	p. 19
2.2	Les principaux enjeux pour le Québec	p. 19
2.2.1	Le droit à la santé : un droit inexistant au Québec comme au Canada	p. 19
2.2.2	La Loi canadienne de la santé : une loi fondatrice mise à mal	p. 19
2.2.3	Un système en dérive axé sur les soins de santé et non plus sur les services sociaux et de santé	p. 20
2.2.4	Un affaiblissement démocratique	p. 21
2.2.5	L'hypertrophie de la responsabilisation individuelle et l'hypotrophie de la responsabilité collective	p. 21

PARTIE 3

L'approche féministe en santé et les déterminants de la santé. 23

INTRODUCTION

Tout au long des quasi quarante années qui séparent l'implantation de l'assurance hospitalisation en 1961 de la mise en place du régime général d'assurance-médicaments en 1997, le réseau sociosanitaire québécois s'est façonné à la faveur d'un consensus de société dans lequel des valeurs de solidarité, d'accessibilité, de gratuité et d'universalité des soins sont les piliers indéfectibles. De plus c'est l'époque où l'état québécois développe une panoplie de services : services de garde, foyers pour personnes âgées, ressources pour personnes vivant avec une limitation fonctionnelle ou autres. La mise en place de ces ressources ainsi que de l'ensemble des services public québécois a largement contribué à l'émancipation des Québécoises.

- ▶ L'État prenait en charge une partie des tâches qui les maintenaient exclusivement dans certains rôles sociaux traditionnels comme le soin aux enfants, aux personnes âgées ou à celles avec des incapacités;
- ▶ de plus, disposant d'un revenu inférieur à la moyenne de celui des hommes, les Québécoises se sentent dorénavant égales devant un système de santé qui est financé collectivement et dont l'accès se fait en fonction des besoins et non en fonction du statut social et de la capacité de payer de la population.

Aussi, toute transformation et toute restructuration du système de santé interpellent les femmes; si elles ont été les premières gagnantes de l'édification du système de santé et de services sociaux, elles craignent l'avènement d'un système moins équitable surtout à la lumière des dernières transformations législatives apportées à la suite du Jugement Chaoulli³ ou le privé risque de jouer un rôle plus grand dans le financement et la dispensation des services.

D'ailleurs, les Québécoises ont raison d'être attentives et sur le qui-vive : au moment même où le réseau de la santé et des services sociaux est sous tension et cherche à consolider les multiples et récents changements à l'avoir affecté et ce, de façon fondamentale depuis la fin des années 1990, voilà que le gouvernement annonçait au début de 2007 la mise sur pied d'un groupe de travail sur le financement de santé présidé par M. Claude Castonguay. Son mandat l'amènera à proposer notamment des sources additionnelles de financement pour la santé, à préciser le rôle que le secteur privé peut jouer et à examiner les modifications à apporter à la *Loi canadienne sur la santé*. Rappelons que celle-ci repose sur cinq grands principes que sont : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité.

Le Réseau des Tables juge important de soulever ces débats de société. À cette fin, une synthèse des principaux éléments institués par le nouveau cadre juridique et politico-administratif des récentes transformations du système de santé vous est proposée. Les membres du comité organisateur du séminaire ont voulu premièrement comprendre et analyser l'impact sur les femmes de ces transformations et deuxièmement, en dégager les enjeux de société. L'ensemble de cette démarche veut, somme toute, saisir les effets des diverses réformes sur la situation des femmes en tenant compte des rôles sociaux différents entre les sexes. Rappelons que ce sont ces rôles sociaux qui modulent et façonnent les expériences des femmes dans la famille, dans travail, dans l'utilisation du réseau de la santé et dans l'exercice de leur citoyenneté, pour ne nommer que ces secteurs.

À des fins de discussions et de réflexion, le présent document de travail s'inscrit à l'intérieur d'une démarche de réflexion continue que le Réseau des Tables mène sur le système sociosanitaire. Il est donc appelé à se raffiner, à se rectifier et à se compléter au fur et à mesure des développements qui surviendront. Loin donc d'être exhaustif et achevé, ce document de travail donne néanmoins un éclairage ponctuel sur certaines des composantes de la reconfiguration du réseau sociosanitaire.

³ Le 9 juin 2005, en raison des délais d'attente jugés trop longs dans le système public, la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis invalidait les articles de la Loi sur l'assurance maladie et de la Loi sur l'assurance hospitalisation qui interdisent le recours à l'assurance privée pour obtenir des soins médicaux et hospitaliers offerts par le régime public québécois.

L'ORGANISATION ET LA PRESTATION DES SERVICES : RÉSUMÉ LÉGISLATIF

Cette première partie met en évidence les éléments les plus significatifs des transformations législatives encourues par le réseau de la santé depuis les années 2000.

1.1 LOI SUR LES AGENCES DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX⁴ : PROJET DE LOI 25 ADOPTÉ EN DÉCEMBRE 2003

La loi intitulée *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (ancien projet de loi 25) a été adoptée en décembre 2003 et a été abrogée depuis. Cette loi temporaire visait la création des réseaux locaux et elle a été abrogée lorsque ceux-ci ont été mis sur pied. Présentée comme étant essentiellement technique, cette loi instaure néanmoins une nouvelle ingénierie dans la gouverne du secteur de la santé et des services sociaux. .

C'est ainsi que dans un premier temps, elle réorganise le palier régional en créant les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, lesquelles agences succèdent *ipso facto* aux régions régionales de la santé et des services sociaux. Les agences ont la mission de proposer, pour leur territoire, une nouvelle organisation de services de santé et de services sociaux fondée sur le concept de réseaux intégrés de services.

Ensuite, dans un deuxième temps, la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* transforme complètement le réseau local en regroupant et en fusionnant l'ensemble des établissements publics de santé d'un territoire donné. Les établissements publics fusionnés sont le CLSC, le CHSLD et le CH de soins généraux sis sur un territoire donné afin de se constituer en un seul établissement nommé centre de santé et de services sociaux (CSSS) ayant une personnalité juridique⁵.

Ce centre de santé et de services sociaux est le cœur d'un réseau local de services (sans personnalité juridique) qui lui, se compose de l'ensemble des organismes et des acteurs jouant un rôle dans la santé de la population présents sur un territoire donné. Ces derniers peuvent être nombreux et multiples : il peut s'agir des médecins en cabinet privé, des pharmaciens en établissements, des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale, des ressources privées, des services de réadaptation, des services diagnostiques, etc.

⁴ Afin d'éviter d'alourdir le présent texte, cette loi sera parfois désignée par l'appellation loi 25.

⁵ Il peut y avoir fusion d'un ou même plusieurs territoires de CLSC et CHSLD; la loi a donc aussi pour effet, de reconfigurer les divisions territoriales sociosanitaires, se référer au tableau à la section 2.6.

1.2 LOI MODIFIANT LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES ⁶ : PROJET DE LOI 83 ADOPTÉ EN NOVEMBRE 2005

La loi intitulée *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (ancien projet de loi 83) a été adoptée unanimement par l'Assemblée nationale, le 28 novembre 2005. Comme son titre l'indique, cette loi remanie la *Loi sur la santé et les services sociaux* afin d'y intégrer les dispositions de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (projet de loi 25) portant sur le nouveau mode d'organisation des services et sur les nouveaux paliers de gouvernance.

Le préambule introduisant le projet de loi 83 fait valoir que la réorganisation du système de santé a pour but de favoriser l'accessibilité et le continuum des services de qualité dans chacune des régions administratives du Québec. Ces objectifs deviennent d'ailleurs ceux des réseaux locaux dès leur mise en place. **On assiste en quelque sorte à la décentralisation d'une partie des mandats de l'instance régionale vers l'instance locale, dont le mandat qui a trait à la programmation.** Ce type de décentralisation vers le palier local est accompagné de mécanismes de contrôle tels les politiques de reddition de comptes et de régularisation des normes et des ressources tant budgétaires qu'humaines.

Même si la plupart du temps la loi 83 est présentée comme une loi d'harmonisation, dans les faits, sa mise en œuvre fait appel à l'ajout de concepts nouveaux et à un mode d'organisation des services différent de ce qui prévalait avant son entrée en vigueur. Retenons principalement :

- › Les concepts de « responsabilité populationnelle » et de « hiérarchisation des soins.
- › Les ajustements dans les responsabilités entre les agences régionales et les instances locales.
- › La création et à la mise en place de réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).
- › Les modifications à la composition des conseils d'administration des instances du réseau sociosanitaire.
- › Un nouveau processus de certification des résidences pour personnes âgées.
- › Un nouveau régime de traitement des plaintes des usagères et usagers.
- › Des modifications dans la circulation de l'information clinique.

C'est ainsi que tout en précisant le rôle, les mandats et les missions des nouvelles entités créées par la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (projet de loi 25), la *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (projet de loi 83) réorganise et restructure néanmoins en profondeur plusieurs volets majeurs du réseau de la santé et des services sociaux. En bout de piste, ces précisions, ces modifications et ces ajouts remodelent complètement le réseau.

⁶ Afin d'éviter d'alourdir le présent texte, cette loi sera parfois désignée par l'appellation loi 83.

1.2.1 GOUVERNANCE RÉGIONALE ET LOCALE

1.2.1.1 Responsabilités de l'Agence de la santé et des services sociaux (l'Agence)

La loi 83 institue et précise le rôle de l'agence de la santé et des services sociaux. Dorénavant, elle exerce les fonctions nécessaires à la coordination et à la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région mais particulièrement, en matière de financement, d'allocation des ressources humaines et de services spécialisés. Également, l'agence doit assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes. Par ailleurs, à l'instar des anciennes régies régionales de la santé et des services sociaux, il revient à l'agence la responsabilité de la santé publique.

Ses responsabilités seront aussi celles d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique pluriannuel et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus.

La loi 83 précise également que l'agence doit veiller au respect des orientations et des priorités en matière de santé et de bien-être et qu'elle sera responsable d'élaborer un plan stratégique pluriannuel identifiant, pour le territoire de sa région, les éléments suivants :

- ▶ Les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci ⁷.
- ▶ Les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, l'organisation et la gestion des services.
- ▶ Les mandats et les responsabilités qui devront être assumés par les instances locales, les autres établissements et les organismes communautaires pour atteindre ces objectifs.
- ▶ Les mécanismes de coordination régionale et de mobilisation des partenaires à la mise en œuvre de ce plan stratégique.
- ▶ Aux fins d'élaborer son plan stratégique, une agence doit mettre à contribution les établissements et les organismes communautaires de sa région et s'assurer de la collaboration des intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et de services sociaux.

1.2.1.2 Composition du conseil d'administration de l'Agence de santé et de services sociaux

Contrairement à la composition du conseil d'administration des centres de santé et services sociaux, celle de l'agence ne fait aucune place à une représentation de citoyenne ou citoyen qui est exempte d'attache organisationnelle; en effet, les nominations au conseil d'administration de l'agence sont faites par le ministre de la santé et des services sociaux après avoir reçu les recommandations des collèges électoraux : usagers, communautaire, syndical ou socio-économique et autres. **Notons, que l'article sur la représentation équitable des femmes et des hommes au conseil d'administration est maintenu.**⁸

⁷ Jusqu'à présent, ce sont les Agences de développement des réseaux locaux par l'entremise de leur département de santé publique qui identifient les besoins et les caractéristiques sociosanitaires de la population. Compte tenu que le projet clinique qui est sous l'entière responsabilité du CSSS doit identifier les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci (art.99.5 de la loi sur la santé et les services sociaux), il est à prévoir que cet exercice sera dorénavant du ressort du CSSS.

⁸ Article 397.3 « Lorsqu'il procède aux nominations visées à l'article 397, le ministre doit tenir compte de la représentation des différentes parties du territoire de l'agence, des secteurs d'activités ou des groupes socio-culturels, linguistiques ou démographiques ainsi que de la représentation équitable des femmes et des hommes et des différents groupes d'âge. »

Il est à noter que dans la première version du projet de loi 83, le Forum de la population est aboli. Or, suite aux diverses représentations des milieux syndical⁹ et communautaire, déplorant une telle disparition, **cette instance refait surface et est maintenue¹⁰ dans la version sanctionnée de la loi.** Mais à ce jour, il semble y avoir une certaine imprécision qui entoure le fonctionnement des Forums de la population puisqu'il semblerait que la population ait eu des difficultés à s'investir dans cette structure.

De plus, dans une perspective d'amélioration de la qualité des services, le conseil d'administration de l'agence doit créer un comité de vigilance qui devient responsable d'assurer auprès du même conseil de l'agence, le suivi des recommandations du commissaire régional aux plaintes ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux relativement aux plaintes qui ont été formulées. C'est ainsi que le comité de vigilance doit veiller à ce que l'agence s'acquitte de ses responsabilités en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services relativement aux personnes, organismes ou fonctions qui peuvent faire l'objet d'une plainte.

1.2.1.3 Responsabilités de l'instance locale : le Centre de santé et de services sociaux (CSSS)

La *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* met en place un réseau local de services de santé et de services sociaux formé de l'ensemble des organismes et des acteurs jouant un rôle dans la santé de la population présents sur territoire donné; précisons tout de suite qu'il ne s'agit pas d'une entité juridique mais bien d'un espace géo-administratif de soins. Les organismes et intervenants oeuvrant à l'intérieur de ce réseau territorial doivent assurer à la population l'accès à une vaste gamme de services de santé et de services sociaux généraux, certains services spécialisés et surspécialisés, lorsque disponibles et ce, de façon continue. Comme tel donc, ils deviennent partie prenante du réseau local pour dispenser des soins de santé et de services sociaux à la population.

La coordination des activités et des services offerts par le réseau local de services de santé est quant à elle, assurée par une instance locale ayant une entité juridique nommée centre de santé et de services sociaux (CSSS). Dans les faits, il s'agit d'un établissement multivocationnel qui exploite notamment un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et la plupart du temps, un centre hospitalier de soins généraux. Le mandat et les missions de ces établissements sont maintenus mais ils n'ont plus d'entité juridique.

PROJET CLINIQUE ET ORGANISATIONNEL

Le centre de santé a la responsabilité exclusive de définir un projet clinique et organisationnel en mobilisant les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activités ayant un impact sur les services de santé.

Le projet clinique est fondé sur :

- Les besoins sociosanitaires et les particularités de la population issus de la connaissance de son état de santé et de bien-être.
- Des objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
- L'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population.

⁹ Se référer entre autres au mémoire présenté par la Centrale des syndicats démocratiques en janvier 2005, p.12 et aussi à celui présenté par la Fédération des travailleurs du Québec, p.11

¹⁰ Se référer à l'article 343.1 de la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

- Les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau y compris les organismes communautaires et les établissements privés.

Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux l'instance locale doit :

- Définir et mettre en place des mécanismes de référence et de suivi des usagers des services de santé et de services sociaux.
- Instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services et partenaires que sont notamment les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés. Les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées.
- Prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes afin de leur assurer à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état.
- Créer des conditions favorables à l'accès à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux de concert avec l'agence et le département régional de médecine générale et en consultation auprès de la commission médicale régionale.

Pour remplir ce mandat, le MSSS propose aux CSSS de développer un projet clinique d'offre de services selon trois approches ¹¹:

Par programme : selon 9 priorités identifiées : santé publique, services généraux (clinique, aide, 1^{ère} ligne), personnes âgées en perte d'autonomie, déficience physique, déficience intellectuelle, jeunes en difficulté, toxicomanie et jeu, santé mentale et santé physique. (Influence sanitaire guidée par la Santé publique).

Communautaire : vise le partenariat avec l'ensemble des intervenantEs du secteur de la santé et des services sociaux, incluant les pharmaciens autant que le réseau communautaire.

Populationnelle : les groupes de la population qui risquent de générer des coûts importants de soins de santé (exemple : diabétiques, personnes âgées, etc.).

PRINCIPES À LA BASE DE LA RESTRUCTURATION LOCALE : LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ET LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Les deux principes sous-tendant la présente restructuration du réseau sociosanitaire québécois reposent sur celui de la responsabilité populationnelle et sur celui de la hiérarchisation des services. Voici comment les comprendre.

¹¹ La définition des trois approches a été formulée à partir des documents suivants : Association des CLSC et des CHSLD du Québec, *Mise en place des centres de santé et des services sociaux*. Fiche sur le concept de la responsabilité populationnelle, Section 3, document 3.2. Juin 2004, p.4.
Larivière, Claude. *Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale*. Sur le site : <http://www.rqjiac.qc.ca/pub/lariviere>; Ministère de la santé et des services sociaux. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Résumé. Octobre 2004, p.8-13.

RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ¹²

Le cadre de référence pour l'élaboration du projet clinique et organisationnel repose sur le concept de « responsabilité populationnelle ». On entend par là, le partage de la responsabilité au regard de la santé de l'ensemble de la population d'un territoire local donné par l'ensemble des intervenantEs qui y offrent des soins et des services de santé. Les intervenantEs sont ainsi appelés à répondre à la demande d'un éventail de services. La responsabilité des soins relève du réseau local et est coordonnée par le CSSS du territoire. Le concept de responsabilité populationnelle vise à aller au-delà du curatif par une démarche proactive qui tient compte des habitudes de vie, de l'environnement socioculturel, économique et physique en plus de l'accessibilité des soins de santé et des services sociaux de qualité.

HIÉRARCHISATION DES SERVICES ¹³

Pour permettre le fonctionnement en réseau, favoriser la complémentarité entre les dispensateurs de services et faciliter le cheminement des prestataires de services, l'établissement d'un mécanisme de maillage est jugé nécessaire. Le mécanisme choisi, la hiérarchisation des services, signifie que les services doivent être donnés au bon endroit, à la bonne personne, au bon moment, par le bon intervenant. La hiérarchisation des services se traduit par la prestation de services qui s'inscrivent sur trois niveaux.

En première ligne, le médecin de famille et le CSSS ont été identifiés comme référents de base. Ils assurent les services de première ligne, c'est-à-dire les services médicaux généraux destinés à la population d'un territoire donné. Ils sont facilement accessibles parce qu'ils sont situés à proximité des utilisateurs.

Les services de deuxième ligne sont destinés à des groupes de population qui ont des problèmes de santé plus complexes tout en étant répandus. Ils requièrent une référence de la 1^{ière} ligne et sont plus ou moins près du milieu, selon la nature du service.

Enfin les services médicaux et sociaux surspécialisés, de 3^e ligne, sont destinés aux personnes qui éprouvent des problèmes complexes et plus rares; ils sont donc offerts dans un nombre limité d'endroits. Pour ces services, une référence d'un professionnel est requise.

Il importe de préciser que les mécanismes de maillage sont bidirectionnels, c'est-à-dire qu'il est également prévu de favoriser le retour dans le milieu de vie des personnes ayant eu recours aux services de 2^e et 3^e ligne par le passage aux services de première ligne.

¹² La définition qui suit du concept de responsabilité populationnelle a été formulée à partir des documents suivants :
Ministère de la santé et des services sociaux. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Résumé. Octobre 2004, p.5;
Ministère de la santé et des services sociaux. *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Février 2004. p.9
Lepage, Francine. *Compte-rendu du colloque : La gouverne de la réforme après les réseaux*. Organisé par le Département de la santé publique de l'Université de Montréal et tenu le vendredi, le 16 septembre 2005. 23 septembre 2005. p.2;
Association des CLSC et des CHSLD du Québec. *Mise en place des centres de santé et des services sociaux*. Fiche sur le concept de la responsabilité populationnelle. Section 3, document 3.2. Juin 2004, p.1.

¹³ La définition qui suit du concept de hiérarchisation des services a été formulée à partir des documents suivants :
Ministère de la santé et des services sociaux. *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Février 2004. p.10,25 et 26;
Lepage, Francine. *Compte-rendu du colloque : La gouverne de la réforme après les réseaux*. Organisé par le Département de la santé publique de l'Université de Montréal et tenu le vendredi, le 16 septembre 2005. 23 septembre 2005. p.2;
Ministère de la santé et des services sociaux. *Projet clinique : Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Résumé. Octobre 2004. p.5.

1.2.1.4 Composition du conseil d'administration du CSSS

Un conseil d'administration est formé pour administrer le centre de santé et des services sociaux; celui-ci, contrairement à celui de l'agence de développement des réseaux locaux, a quatre représentantes et/ou représentants élus par la population alors que les autres membres sont désignés par leur collège électoral¹⁴ respectif. Il faut noter cependant qu'aucune obligation n'est faite en ce qui a trait à la représentation paritaire des hommes et des femmes à cette instance.

Tout comme le comité d'administration de l'agence de développement des réseaux locaux de santé et des services sociaux, celui du CSSS doit aussi créer un comité de vigilance qui sera responsable d'assurer, auprès du conseil du CSSS, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux¹⁵.

1.2.1.5 Responsabilités des autres établissements du réseau local

La mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau, incluant les groupes communautaires, afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés. Ainsi, tout établissement du réseau local doit contribuer significativement à la définition du projet clinique et organisationnel initié par une instance locale. Un tel établissement doit également conclure avec l'instance locale à l'intérieur des délais déterminés par l'agence les ententes nécessaires pour permettre à cette instance d'assurer la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux

La coordination des activités et des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale, laquelle est un établissement multivocationnel qui exploite notamment un CLSC, un CHSLD.

¹⁴ En plus des quatre personnes élues par la population, le conseil d'administration du CSSS est formé par 2 personnes désignées par le ou les comités des usagers des établissements, une personne désignée par et parmi les membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du ou des établissements, une personne désignée par et parmi les membres du conseil des infirmières, une personne désignée parmi les membres du conseil multidisciplinaire de l'établissement, une personne désignée par le personnel de l'établissement, 2 personnes désignées par l'agence, le cas échéant une personne désignée par les conseils d'administration des fondations de l'établissement, 2 personnes reconnues pour leurs compétences en gestion et le directeur général.

¹⁵ Se référer à l'article 83 du projet de loi qui modifie l'article 181 de la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

TABLEAU DE LA NOUVELLE CONFIGURATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DANS CHACUNE DES RÉGIONS DU QUÉBEC

Établissements selon la mission		CSSS				Autres établissements						
Région	mission	CSSS	avec CR	sans CH	Total	CH-CHSLD	CH	CHSLD	CLSC	CPEJ-CR	CR	Total
01	Bas-Saint-Laurent	6	2	--	8	--	--	3	--	1	1	5
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	4	2	--	6	--	--	2	--	1	1	4
03	Capitale nationale	3	1	--	4	4	2	15	--	1	3	25
04	Mauricie et Centre-du-Québec	7	--	1	8	--	1	1	--	1	4	7
05	Estrie	6	--	1	7	--	1	6	--	1	5	13
06	Montréal	9	--	3	12	*13	*9	*43	1	2	14	82
07	Outaouais	5	--	--	5	--	1	--	--	1	3	5
08	Abitibi-Témiscamingue	6	--	--	6	--	--	1	--	1	3	5
09	Côte-Nord	**7	--	--	7	--	--	--	1	1	1	3
10	Nord-du-Québec	--	1	--	1	--	--	--	--	1	--	1
11	Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	3	2	--	5	--	--	1	--	1	1	3
12	Chaudière-Appalaches	3	1	1	5	--	1	5	--	1	3	10
13	Laval	1	--	--	1	--	*1	9	--	1	1	12
14	Lanaudière	1	1	--	2	--	--	7	--	1	2	10
15	Laurentides	4	1	2	7	--	--	6	--	1	3	10
16	Montérégie	7	2	2	11	1	1	15	--	1	6	24
Total		72	13	10	95	18	17	114	2	17	51	219

* Dont un avec CR. **Dont un sans CHSLD.

Source des données utilisées pour ce tableau : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablisements.html>

SIGLES

CSSS :	Centre de santé et des services sociaux
CLSC :	Centre local de santé communautaire
CHSLD :	Centre hospitalier de soins de longue durée
CH :	Centre hospitalier
CPEJ-CR :	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse - Centre de réadaptation
CR :	Centre de réadaptation

1.2.2 COMMENTAIRES GÉNÉRAUX, QUESTIONNEMENTS ET ESQUISSES DES ENJEUX SUR LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU

1.2.2.1 Déplacement des pouvoirs du palier régional vers le local : quel *modus operandi* afin d'intégrer les politiques nationales dont celles portant sur la santé des femmes ?

La *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* sanctionnée en novembre 2005 vient changer complètement les modes de gouvernance entre le palier local et régional. Dans les faits, la décentralisation se fait au profit du palier local puisque celui-ci se voit accorder une pleine marge de manœuvre pour la coordination des services de santé et des services sociaux, leur planification et leur prestation; c'est ainsi que chaque CSSS d'une région devient l'instance qui planifie et coordonne l'ensemble des activités sociosanitaires des établissements sis sur son territoire local, incluant les organismes communautaires, les ressources privées et les entreprises d'économie sociale.

Conséquemment, le CSSS devient le responsable, de manière exclusive, de définir un projet clinique et organisationnel sur son territoire.

En ce sens, le CSSS a le pouvoir de conclure des ententes avec des groupes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des cabinets privés pour garantir à la population de leur territoire l'accès à des activités et à des services dispensés par ces partenaires. **Dans cette logique, nous pouvons penser que la loi facilite le transfert des responsabilités et des services vers le privé, le communautaire et vers les entreprises d'économie sociale.**

Par ailleurs, même si les responsabilités du CSSS sont bien délimitées, il n'en demeure pas moins que les relations entre le palier régional et local sont empreintes d'une certaine d'ambiguïté, même deux ans après l'implantation des réseaux locaux. Actuellement, des ententes de gestion et d'imputabilité lient les CSSS et les établissements à l'agence qui elle-même est liée au ministère par une entente régionale du même type. Cependant ces ententes ne portent que sur une partie des services, ceux liés aux priorités ministérielles. Donc pour s'assurer que tout le réseau est imputable en ce qui a trait à la santé des femmes, il faudrait qu'il existe des priorités ministérielles émises en ce sens. Pour ce qui est des services qui ne font pas l'objet de priorités ministérielles comment se fera la coordination entre deux ou plusieurs réseaux locaux? Ou entre toutes les planifications locales de la région administrative?

À part d'énoncer que les planifications locales doivent se conformer aux orientations ministérielles et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience élaborés par le ministre, la loi 83 n'ajoute pas d'éclairage sur les liens qui doivent exister entre les paliers locaux et régional pas plus qu'il ne spécifie si les standards et indicateurs seront homogènes localement ou régionalement.

Conséquemment, d'un côté il y a le palier régional qui reçoit du ministre la responsabilité budgétaire alors que de l'autre, il y a le palier local qui lui reçoit les pleins pouvoirs de programmation et de planification des services de santé et des services sociaux. Il y a donc un important déplacement des pouvoirs vers le palier local en ce sens que le palier régional perd carrément son rôle de direction au profit d'un rôle de coordination qui ne lui donne pas de pouvoir d'intervention en ce qui a trait à la planification des services. Cette réorganisation pose toute la question de la place des politiques nationales en santé dans les planifications locales surtout en l'absence d'une politique cadre de santé et de bien-être qui avait l'avantage de donner des objectifs précis à atteindre. On se rappellera que plusieurs planifications triennales 2003-2006 des défuntés régies régionales de la santé et des services sociaux intégraient la politique ministérielle *Au féminin... à l'écoute de nos besoins : Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes.*

1.2.2.2 Offre de services : quelle stratégie de «surveillance» pour les groupes de femmes ?

En matière d'offre et de prestation de services de santé et de services sociaux, voici certains des questionnements qui peuvent être mis de l'avant.

Étant donné que la loi 83 sanctionnée donne au CSSS la coordination des activités et des services offerts dans un territoire local :

- Comment se fera l'approbation et la coordination des plans cliniques et organisationnels qui par ailleurs seront multiples dans une région donnée ? À Montréal, par exemple, la prestation de services répondra à 12 planifications locales émanant des 12 CSSS distincts du territoire. Dans les Laurentides, on élaborera 7 planifications locales et 11 en Montérégie.
- Comment se fera dans un premier temps l'intégration des objectifs ministériels en matière de santé des femmes dans les planifications locales compte tenu que le financement est versé par programme et qu'il n'y a pas de programme dédié à la condition de vie des femmes ?
- Dans un second temps, comment la validation et l'évaluation des planifications locales seront-elles effectuées puisque seules les agences étaient jusqu'à maintenant redevables auprès du ministère sur ces questions ?
- Considérant les changements dans le financement des services et surtout considérant les forces qui appellent à la privatisation, nous sommes en droit de nous poser de sérieuses questions. En effet la nouvelle configuration du réseau pourrait faciliter une certaine privatisation. Que se passera-t-il s'il y avait privatisation ? Est-ce que les populations plus riches seront dirigées vers le secteur privé et celles plus pauvres vers les ressources communautaires : il s'agit à ce moment-ci de la privatisation et de la communautarisation des services et non nécessairement de la privatisation du financement. Est-ce que le recours aux ressources autres que publiques risquera éventuellement de réduire le panier de services offerts par le secteur public ? Est-ce que les tarifications en vigueur par exemple, dans les entreprises d'économie sociale ou celles de certains soins (vaccination, gouttes pour les yeux, etc.) seront uniformes d'un CSSS à l'autre ?
- Le caractère exclusif des responsabilités des CSSS pose également toute la question de l'accès des services spécialisés et surspécialisés : est-ce que tous les CSSS qu'ils soient du milieu urbain, du milieu rural, des quartiers riches ou des quartiers défavorisés auront accès et ce, dans les meilleurs délais à ces services ? Sur quelles bases et surtout qui les coordonnera et les planifiera en l'absence d'une instance régionale ?
- Étant donné que le CSSS devient responsable du suivi et de l'intégration des services et des soins spécialisés et surspécialisés ainsi que du corridor qui prendra ce suivi, les 7 800 médecins omnipraticiens de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec¹⁶ ont exprimé que cette situation risquait d'accentuer la sectorisation des soins et le fonctionnement en silo puisque à toute fin pratique c'est l'instance locale qui décide des normes d'utilisation des services techniques et spécialisés. Voulant ainsi inscrire les Québécoises et les Québécois à l'intérieur d'un programme clinique, c'est leur liberté de choix qui sera fragilisée et cela, s'accentuera si les populations ont une faible capacité de négociation (ex. : les traitements du cancer du sein donnés dans l'État de New-York) et / ou faible connaissance de leur état de santé.

¹⁶ Se référer au mémoire présenté en commission parlementaire des affaires sociales relativement au projet de loi 83 par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, janvier 2005, p.3-4.

1.2.2.3 Nouveau modèle de partenariat avec les groupes communautaires : une grande prudence s'impose

Le CSSS ayant la responsabilité exclusive de définir le projet clinique et organisationnel sur son territoire doit pour ce faire mobiliser tous les intervenants de son territoire, y compris les groupes communautaires pour qu'ils contribuent à l'élaboration du projet clinique et organisationnel. Conséquemment, l'instance locale doit mettre en place des mécanismes de référence et de suivi, conclure des ententes avec les différents producteurs de services incluant le milieu communautaire en vue d'agir sur les déterminants de la santé et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population (article 42). Quels mécanismes d'arbitrage y aura-t-il entre le CSSS et les groupes communautaires ?

Les groupes communautaires ont obtenu que le programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) soit géré par l'agence dont ils recevront leur financement de base. Cependant, le financement par entente de services sera sous la responsabilité du CSSS. Pour les groupes communautaires et les groupes de femmes, la participation à ce modèle de partenariat pose de nombreuses questions. Compte tenu du sous financement chronique du communautaire, comment s'assurer que les groupes sont dans des positions «égalitaires» leur permettant d'accepter ou de refuser librement ces ententes de services ? Saura-t-on préserver l'autonomie de l'organisme et les approches qu'il a développées ? N'y a-t-il pas un risque que les budgets soient déviés vers des ententes de services plutôt que vers le soutien à la mission globale dans le financement de base ? Qu'en sera-t-il de la reddition de comptes et de la confidentialité des renseignements ?¹⁷

Toujours est-il que la loi 83 campe les groupes communautaires comme partie prenante du réseau local de services et tente de les assujettir aux priorités du projet clinique et populationnel du CSSS. Cette façon de faire risque de mettre en péril la territorialité des groupes communautaires en ce sens que leur mode d'intervention se fait souvent en fonction de groupes particuliers (jeunes, femmes monoparentales, personnes itinérantes, etc.) et non en fonction du lieu de prestation de services.

Un autre enjeu tout aussi important, est le fait que leur mission initiale basée sur l'appropriation collective des problèmes d'une collectivité et sur son «empowerment» à les résoudre risque d'être détournée au profit de la logique définie par les priorités du CSSS. En bout de piste, c'est le volet service des groupes communautaires qui est privilégié au détriment possible du volet défenses des droits.

Suite à l'élaboration par le MSSS d'un cadre de référence sur les modalités de collaboration et d'ententes de services, la plupart des régions du Québec ont défini les règles de partenariat entre les établissements du réseau et les groupes communautaires le plus possible respectueuses de l'autonomie de ces groupes. Cependant cette organisation amène les CSSS à développer à partir d'acteurs et de producteurs de services et non à partir des besoins des hôpitaux, des établissements publics et ce, dans un contexte syndical mouvementé, des ressources humaines lassées des réformes à répétition et le manque de financement.¹⁸ Si le partenariat est une occasion de partager l'expertise de chacun et de mettre au service de la population, il comporte également des défis. Quel sera le rapport de force entre partenaires dont les organisations sont de taille différente et qui possèdent des ressources financières inégales ? Comment concilier les intérêts corporatifs de chacun dans un contexte où l'intérêt général est prépondérant ? Comment respecter les visions différentes au niveau des approches et des modes d'interventions ?¹⁹

1.2.2.4 Participation citoyenne : perte ou gain ?

- Au palier régional, seule la représentation de personnes associées à des collèges électoraux est assurée au sein du conseil d'administration de l'agence. L'absence de postes électifs fait en sorte que le palier régional

¹⁷ Documents de travail de la Table régionale des organismes communautaires de Lanaudière

¹⁸ Présentation visuelle du Regroupement des organismes communautaires de la région 03, 2006

¹⁹ Guide pratique en santé et services sociaux du Regroupement des femmes de la région 03

semble s'amputer d'un espace où la participation citoyenne démocratique pouvait s'exercer malgré le fait que ces conseils d'administration siègent en public et offrent deux périodes de questions.

- ▶ Ce phénomène a aussi comme conséquence que dorénavant, l'intervention citoyenne passe de façon privilégiée par les conseils d'administration des différents CSSS présents dans une région. À cet effet, la loi 83 fait valoir que l'instance locale doit recourir à différents modes d'information ou de consultation de la population afin de la mettre à contribution et de connaître sa satisfaction à l'égard de l'organisation des services et des résultats obtenus. Cela étant dit, elle ne donne par ailleurs, aucune autre précision ou moyen à mettre de l'avant²⁰ pour s'assurer de la présence de la population.
- ▶ De plus, on peut dire que le regroupement d'établissements sociosanitaires en un CSSS donne lieu à une certaine réduction de la participation citoyenne puisque que dorénavant un seul conseil d'administration préside aux destinées du CSSS alors qu'avant l'adoption de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* chaque établissement de santé (CLSC, CH ou CHSLD) avait des représentantes et représentants élus par la population. Or, depuis leur fusion en CSSS, ils ne possèdent qu'un seul conseil d'administration de 17 membres dont seulement 4 sont élus par la population.
- ▶ Par ailleurs, la loi 83 crée de nouveaux lieux de prise de parole et d'action pour les usagères et usagers des services de santé et de services sociaux. En effet, dans un cas, la loi établit que tout centre d'hébergement, centre de réadaptation, centre hospitalier de soins psychiatriques ou centre de protection de l'enfance et de la jeunesse « doit mettre sur pied autant de comités des usagers que nécessaire pour assurer une représentativité adéquate de ses usagers » et lorsque plusieurs comités des usagers ont été mis sur pied par un établissement, un comité central est institué, composé de chacun des présidents des comités des usagers²¹.
- ▶ Dans un autre cas, la loi 83 donne le mandat au conseil d'administration des établissements de créer un comité de vigilance auquel siègent d'office le ou la représentante des usagerEs et le ou la représentante du milieu communautaire. Ces comités sont responsables d'assurer, auprès du conseil, le suivi les recommandations du commissaire local aux plaintes [...]. À cette fin, le comité de vigilance doit recevoir et analyser les rapports sur la pertinence, la qualité, la sécurité et le respect des droits des usagers et faire les recommandations au conseil d'administration sur les suites à donner [...]. Ce comité se compose de trois personnes choisies par le conseil d'administration parmi celles qui ne travaillent pas pour l'établissement.

Dans ces deux derniers cas, il s'agit d'ouvertures intéressantes à la participation des usagerEs mais elles demeurent consultatives. Pour ce qui est du comité de vigilance, relevant directement du conseil d'administration, il peut davantage influencer ce dernier.

1.2.2.5 Circulation de l'information : quelle garantie de confidentialité ?

La fusion des établissements, la hiérarchisation des services, leur intégration et leur continuité posent toute la question de la cueillette de renseignements pour le dossier médical des usagères et des usagers et sa circulation au sein des différents établissements qui peuvent être de culture organisationnelle fort différente d'un type d'établissement à un autre. Quelles sont les règles de sécurité, de confidentialité et de normalisation à mettre en œuvre pour la circulation et la conservation du dossier médical de l'usagère et usager ?

²⁰ Se référer à l'article 99.8 de la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

²¹ Se référer aux articles 91 et 92 du projet de loi 83 qui modifie l'article 209 et 209.1 de la *Loi de la santé et des services sociaux*.

À ce chapitre, plusieurs paragraphes de la loi 83²² prévoient que la circulation des renseignements contenus au dossier des usagères et usagers peut se faire sans leur consentement notamment lors d'activités d'inspection ou de fonctions ministérielles afin de déterminer les grandes priorités et orientations du réseau. Mais c'est sans doute les paragraphes prévoyant que le consentement n'est pas nécessaire lorsqu'une usagère et usager d'un établissement est dirigé vers un autre qu'il s'agisse d'un professionnel de la santé ou des services sociaux, d'un organisme communautaire, d'une entreprise d'économie familiale, d'une ressource intermédiaire ou de type familial ou d'une ressource privée qui suscitent certaines préoccupations.

D'ailleurs, la plupart des mémoires présentés en commission parlementaire ont fait valoir la nécessité d'obtenir le consentement des usagères et usagers qui demeurent les seules autorités en la matière avant que le dossier ne passe d'un établissement à un autre. Sans l'obligation de requérir au consentement à chaque transfert d'établissement, il y a une circulation de renseignements sur les usagères et usagers qui ouvre la porte sinon à de l'abus du moins à une certaine désinvolture.

1.2.2.6 Information informatisée : autre débat ?

La loi 83 introduit ou plutôt réintroduit d'une certaine façon le dossier patient informatisé permettant à l'usagère et l'utilisateur d'avoir la possibilité de consigner au palier régional des renseignements cliniques précis. Il s'agit d'une autre version de l'ancienne carte à puce. Même si des mécanismes de protection, d'accès, de confidentialité et de sécurité sont nettement balisés par la loi 83, il reste néanmoins que la conservation électronique du dossier patient est surprenante dans une loi qui traite du développement du réseau sociosanitaire d'autant plus qu'un tel projet a jusqu'à présent fait l'objet d'un débat distinct à l'intérieur d'un projet de loi spécifique.

1.2.2.7. Examen des plaintes des usagères et usagers : plus facile ou plus de dédales administratifs ?

À simple titre indicatif, voici certaines précisions données au processus d'examen des plaintes. Depuis le 1^{er} mars 2006, le Protecteur du citoyen a la responsabilité d'agir comme ombudsman à l'endroit du réseau de la santé et des services sociaux. C'est ainsi qu'ont été nommés deux vice-protecteurs du citoyen dont l'un exercera principalement les fonctions prévues à la Loi sur le Protecteur des usagers. De plus, comme le Protecteur relève de l'Assemblée nationale, les usagères et usagers seraient assurés d'avoir un recours plus indépendant de ce qui prévalait précédemment.

Également, la loi 83 clarifie et spécifie les mécanismes d'examen des plaintes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Néanmoins, le mémoire du Protecteur du citoyen sur le projet de loi 83²³ fait valoir que malgré des améliorations intéressantes comme celles qui touchent le processus de certification des résidences privées pour personnes âgées d'autres aspects méritent par ailleurs, d'être bonifiés afin que toutes les résidences privées désirant accueillir des personnes qui présentent des besoins particuliers, et qui sont référées par le réseau de la santé et des services sociaux, soient tenues de détenir une certification.

²² Se référer aux articles 2,3,4 et 5 du projet de loi 83 qui modifient les articles 19.01, 19.02, 19.04, 19.2 et 27.1 de la *Loi sur la santé et les services sociaux*.

²³ Mémoire du Protecteur du citoyen sur le projet de loi 83 *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives* présenté à la Commission des affaires sociales. Résumé. Janvier 2005. p.2-5.

1.3 LOI MODIFIANT LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES ²⁴ : PROJET DE LOI 33|ADOPTÉ SOUS LE BÂILLON EN DÉCEMBRE 2006

1.3.1 RÉSUMÉ LÉGISLATIF : QUELQUES ÉLÉMENTS

Le 9 juin 2005, en raison des délais d'attente jugés trop longs dans le système public, la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis invalidait les articles de la *Loi sur l'assurance maladie* et de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* qui interdisent le recours à l'assurance privée pour obtenir des soins médicaux et hospitaliers offerts par le régime public québécois. À la suite de cette décision, le gouvernement amorce une consultation par le document ministériel intitulé *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*. Cette consultation concerne non seulement la réponse du Québec au jugement de la Cour mais concerne plus largement l'organisation et le financement des soins et des services sociaux.

À la suite de ces consultations, le 15 juin 2006, le ministre de la Santé et des services sociaux présente le projet de loi no 33 ; **l'objectif de cette législation est d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés et surspécialisés**. À cette fin, le projet de loi 33 prévoit :

- L'instauration dans un centre hospitalier (CH) d'un mécanisme central de gestion de l'accès aux services spécialisés et surspécialisés des départements cliniques du CH ainsi que des règles à respecter pour inscrire un usager et usagère sur une liste d'accès aux services spécialisés de même que les modalités permettant de déterminer la date prévisible à laquelle les bénéficiaires pourront obtenir les services.
- L'émission, par le ministre, de directives afin de mettre en place des mécanismes particuliers d'accès permettant de rendre accessible dans un délai raisonnable un service médical spécialisé dont il estime le temps d'attente déraisonnable.
- La création d'un régime juridique afin que des **centres médicaux spécialisés** puissent exercer des activités médicales spécifiquement mentionnées à la loi soit pour effectuer une arthroplastie-prothèse de la hanche ou du genou, une extraction de la cataracte ou tout autre traitement médical spécialisé en autant qu'il est déterminé par règlement du ministre; dans ces centres médicaux spécialisés soit que ce sont exclusivement des médecins participant au régime public qui y dispensent des services ou exclusivement ceux non participants au régime.
- L'association d'un établissement du réseau qui exploite un CH à une **clinique médicale associée** dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés et en autant qu'elle n'affectera pas la capacité de production du réseau public de santé et des services sociaux, notamment en regard de la main-d'œuvre requise pour le fonctionnement du réseau; tous les médecins qui exercent leur profession dans une clinique médicale associée doivent être soumis au régime public; une clinique médicale associée peut être un lieu comme un cabinet privé de professionnel, un laboratoire visé par la Loi sur les laboratoires médicaux ou un centre médical spécialisé créé par l'adoption du projet de loi 33.
- La possibilité pour une personne de conclure un contrat d'assurance couvrant le coût des services assurés requis pour effectuer les chirurgies spécifiquement mentionnées à la loi ou les autres traitements déterminés par règlement du gouvernement pris après avoir été étudié par la commission compétente de l'Assemblée nationale.

²⁴ Afin d'éviter d'alourdir le présent texte, cette loi sera parfois désignée par l'appellation loi 33.

1.3.2 AUTREMENT DIT ...

Afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés, le gouvernement du Québec adopte trois mécanismes :

- ▶ La garantie d'accès à des traitements spécialisés dans les établissements du réseau public grâce à une liste d'attente gérée centralement à l'intérieur du CH.
- ▶ Comme alternative au CH, lorsqu'il n'est pas en mesure de réaliser dans les délais prescrits, une intervention à laquelle s'applique la garantie d'accès, la législation permet le recours à des centres médicaux spécialisés pour effectuer, à ce moment-ci, seulement trois chirurgies spécifiques, soit une arthroplastie-prothèse de la hanche, du genou et une extraction de la cataracte. Éventuellement, ces centres pourront effectuer tout autre traitement médical spécialisé en autant qu'il est déterminé par règlement ministériel; de plus, ces centres médicaux spécialisés sont financés par des fonds privés et sont exploités soit exclusivement par des médecins participants au régime public ou soit exclusivement par ceux non participants. La référence vers ce lieu de dispensation de services privés se fera en autant que le réseau de la santé est incapable de respecter les délais en CH et de ce fait, les coûts seront assumés par le réseau public.
- ▶ La possibilité d'acquérir, auprès d'un assureur privé, une protection contre les coûts résultant d'une éventuelle chirurgie de la cataracte, du genou et de la hanche, effectuée par un médecin non participant au régime public.

1.3.3. COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ET RÉFÉRENCE

Ni le Réseau des tables, ni les tables régionales ne se sont prononcés sur le projet de loi 33 *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*. À des fins d'information et d'analyse, vous pouvez consulter le Mémoire sur le document de consultation *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité - Avis*, mars 2006, No. 205-19-I, 54 p. rédigé par le Conseil du statut de la femme [Recherche et rédaction : Francine Lepage].

ANALYSE CRITIQUE DE LA DÉCONSTRUCTION DU RÉGIME PUBLIC DE SANTÉ, SELON LA COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ

Le Réseau des Tables profite de ce document de réflexion pour y joindre certaines analyses faites par la Coalition Solidarité Santé ²⁵. Ce choix est motivé parce qu'elles ont l'avantage de présenter une vision d'ensemble des phénomènes que traverse le réseau de la santé. Pour la Coalition, l'enjeu principal est la marchandisation des services publics incluant ceux de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, six stratégies ont été mises de l'avant afin de privatiser le réseau de la santé. [...] Il importe de préciser ici que ces stratégies ne concourent pas uniquement au démantèlement du système de santé et de services sociaux mais plus largement au démantèlement des services publics dont font partie les services sociaux et de santé. [...]

L'analyse de La Coalition Solidarité Santé dégage également un certain nombre d'enjeux spécifiques pour le Québec. Nous en décrivons quelque-uns après la section sur les stratégies.

2.1 STRATÉGIES

2.1.1 PREMIÈRE STRATÉGIE: LE DÉFAUT DE RESSOURCES

En 1994, année de la signature de l'ALÉNA, le gouvernement canadien réduisait de façon drastique les transferts fédéraux pour la santé. Entre 1994 et 2000, les réductions fédérales ont signifié une perte cumulative de plus de 14 milliards de dollars au seul chapitre de la santé.

En 1995, suite aux diminutions drastiques des transferts fédéraux, des compressions massives se sont abattues sur le système québécois de santé et de services sociaux. Elles se sont poursuivies dans les années suivantes avec pour conséquence la désassurance de la convalescence, appelée dans la langue de coton: le virage ambulatoire et les désinstitutionnalisations massives nommées le virage milieu. La rengaine accompagnant le tout: faire mieux et autrement puisque nous n'avons plus les moyens collectifs de nous payer ce système. En fait, les coupures ont duré jusqu'à ce que le système de santé et de services sociaux soit malade de ses compressions.

Mais il faut bien comprendre qu'avec les compressions massives, le gouvernement ne faisait que mettre la table de la mondialisation, l'objectif central poursuivi étant la redéfinition du rôle de l'État. Indéniablement, les compressions massives et la réduction des ressources dans les services publics ont constitué une étape significative du désengagement de l'État. Ne pas donner aux établissements et organismes publics, les ressources nécessaires pour qu'ils s'acquittent honorablement de leur mandat visait pour l'essentiel à forcer l'abandon ou le transfert de certaines responsabilités.

Le programme de départ à la retraite s'inscrit également dans la stratégie du défaut de ressources. Sur les 35 000 départs à la retraite, la moitié concernait le réseau de la santé et des services sociaux. Aujourd'hui, on nous dit que même si on injectait des fonds, ce serait un exercice vain puisque nous ne pourrions ouvrir les lits faute de personnel.

²⁵ La partie 2 du présent document provient de l'analyse contenue dans l'allocation faite par des représentantEs de la Coalition Solidarité Santé lors de deux présentations faites au Forum social québécois en août 2007 et une présentation devant le personnel des bureaux régionaux du Conseil du statut de la femme, en octobre 2003.

Au défaut de ressources financières, on a ajouté un défaut de ressources humaines au détriment de la santé des femmes qui sont les piliers de ce réseau.

Rappelons qu'entre 1994 et aujourd'hui, plus de deux milliards de dollars ont été amputés aux établissements publics. Plusieurs établissements ont contourné la difficulté en cumulant des déficits. Mais le gouvernement a utilisé son pouvoir législatif pour le leur interdire. Il a adopté, en juin 2000, la Loi 107: *Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux*.

Avec cette insuffisance chronique de ressources, le gouvernement préparait le terrain pour que la population, légitimement insatisfaite, en conclue que le réseau de la santé et des services sociaux n'est plus à la hauteur de ses attentes et de ses besoins et qu'elle en vienne à penser à d'autres avenues pour s'assurer un réel accès aux services lorsque nécessaires.

Ainsi, le défaut de ressources, décidé, planifié et organisé, constitue la pierre angulaire de toutes les autres formes de désengagement qui interviendront ensuite.

Il importe de mettre en relief que les baisses d'impôts proposées par Québec et par Ottawa visent essentiellement à donner un caractère permanent au défaut de ressources. En effet, il sera impossible d'injecter des ressources financières supplémentaires dans le réseau de la santé puisque nous n'en disposerons plus collectivement.

Pourtant, interrogés sur la question, 80% des citoyennes et des citoyens préfèrent renoncer aux baisses d'impôt pour réinvestir cet argent dans le système de santé et de services sociaux et dans le réseau de l'éducation. Les femmes sont plus largement de cet avis que les hommes d'ailleurs. Mais le gouvernement fait la sourde oreille. La raison est fort simple: il ne s'agit pas d'un débat économique mais bel et bien d'un débat idéologique.

2.1.2 DEUXIÈME STRATÉGIE: LA DÉRÈGLEMENTATION

Essentielle au désengagement de l'État, la déréglementation vise à réduire les règles qui pourraient avoir un effet dissuasif pour les entreprises privées. Le gouvernement et l'entreprise privée ont d'abord fait croire que tout ce qui était public était presque totalement dysfonctionnel, la bureaucratie étant trop lourde. En même temps, on faisait l'éloge de la performance du privé dans tous les secteurs de la vie économique et sociale. On taisait cependant à la population que dans le domaine public, les règles que l'on veut abolir visent l'atteinte d'objectifs de bien commun, visent à rétablir des rapports de force trop inégaux, à garantir l'équité, l'accessibilité et l'universalité. On n'a qu'à constater les récentes interventions du gouvernement québécois en santé pour constater que la déréglementation y occupe une place importante, notamment en ce qui concerne les conditions de travail.

Or, plus de 80 % des travailleurs du réseau de la santé sont en fait des travailleuses. Dans ce contexte, il est aisé que les femmes seront durement touchées par la déréglementation.

2.1.3 TROISIÈME STRATÉGIE: LA TARIFICATION

Quoique le gouvernement en dise, la tarification des services publics n'a pas pour objectif de renflouer les caisses de l'État ou de responsabiliser les individus qui pourraient potentiellement surconsommer des services. La tarification a plutôt pour objectif d'introduire une autre logique que celle des services publics: le consommateur payeur. D'ailleurs, il est remarquable d'observer qu'en matière d'assurance médicaments, par exemple, on a introduit cette logique en postulant que le principal problème était la surconsommation de médicament, en évitant de parler de la sous-consommation et en taisant le phénomène de la surprescription. Ainsi, il devient plus facile de désolidariser les personnes utilisatrices des autres citoyennes et citoyens qui ont peu besoin de ces services dans leur vie quotidienne, à court ou à moyen terme.

Il importe de mettre en relief ici que la part des dépenses privées de santé représente actuellement environ 700 \$ par année, par personne au Québec. C'est au-delà de la capacité de payer d'une grande proportion de la population

puisque 40 % des contribuables québécois ne paient pas d'impôts faute d'avoir des revenus suffisants. Or, nous savons toutes que la pauvreté a un sexe.

2.1.4 QUATRIÈME STRATÉGIE: LA DÉCENTRALISATION

Il est vrai que dans certaines situations et à certaines conditions, la décentralisation peut répondre aux aspirations de la population. Mais dans le cas qui nous préoccupe, on en est à cent lieues.

Par la décentralisation, le gouvernement vise à créer une distance - entre le lieu où est décidé le défaut de ressources et le lieu où il est mis en œuvre. On érige une sorte d'écran de fumée pour que les véritables responsables du défaut de ressources ne soient pas trop visibles pour la majorité des citoyennes et des citoyens. Il est aisé de constater que les projets de décentralisation sont particulièrement prisés en période de compressions budgétaires alors qu'en période de réinvestissements, les politiciens préfèrent en récolter le crédit politique.

De 1995 à 2004, ce sont les régies régionales qui ont fait l'essentiel du boulot de mettre en œuvre les plans de compressions budgétaires. Maintenant que cela est fait, l'état pousser un cran plus loin en créant les agences régionales et en leur confiant la responsabilité budgétaire sans la coordination des programmes. L'état, dans son effort de décentralisation et de compartimentation, remet au palier local la planification. Comment se donner une vision globale de ce qui se passera dans le système québécois avec une telle fragmentation des lieux de décisions ?

2.1.5 CINQUIÈME STRATÉGIE: LA PRIVATISATION

La privatisation a de multiples visages dans le domaine de la santé et des services sociaux. Essentiellement, les privatisations peuvent être regroupées en deux catégories: les privatisations actives dans les cas de désassurances de services, de sous-traitance, d'impartition; et les privatisations passives.

Dans le cas des privatisations passives, l'exemple le plus connu est sûrement celui de la résonance magnétique et de l'ensemble des examens diagnostiques. Le sous-financement chronique rend impossible l'acquisition d'appareils en quantité suffisante dans le réseau public. Les listes d'attente deviennent vite indécentes. Une autre preuve à verser au dossier de la nécessité que le privé vienne en renfort au système public en piètre état.

La solution de compromis, nous dit-on, serait que nous acceptions au Québec un système mixte où, à même les fonds publics, on achèterait des services requis dans le privé. C'était d'ailleurs là l'essentiel des propositions des principaux partis politiques du Québec lors de la dernière campagne électorale.

C'est un véritable marché de dupes. Non seulement nous dilapiderions notre expertise publique mais de plus, nous paierions avec les fonds publics des équipements qui ne nous appartiendraient jamais. Nous devrions continuer de les financer même après les avoir entièrement payés. Les personnes cancéreuses qui ont été traitées dans une clinique de Plattsburg aux États-Unis ont permis à cette clinique américaine de renouveler tous ses équipements médicaux aux frais des contribuables québécois. En fait, si le traitement d'un cancer du sein coûte 1000 \$ par personne au Québec, il en coûtait 12 000 \$ par personne pour le traitement du cancer du sein par exemple, dans cette clinique.

La privatisation ne nous offre rien d'autre que la socialisation des pertes et la privatisation des bénéfices. En fait, les privatisations sont totalement illogiques et inefficaces (rapport coût / bénéfice). Toutes les études démontrent que les services privés coûtent plus cher que les services publics, qu'on y meure plus aussi. Les systèmes de santé à forte composante de financement public sont les plus efficaces. Le tableau qui suit l'illustre très bien.

	PIB SANTÉ	DÉPENSES PAR HABITANT	DÉPENSES PUBLIQUES %	ESPÉRANCE DE VIE
Suède	9,1 %	2 825 \$	84,9	80,9 ans (7 ^e)
Canada	9,9 %	2 998 \$	69,8	80,7 ans (11 ^e)
U.S.A	15,3 %	6 402 \$	44,7	77,5 ans (38 ^e)

Source : OCDE, Statistiques sur la santé, octobre 2006 et ONU, World Population Prospects report 2006

Subtilement mais tendancieusement, avec les privatisations, on remplace la vision sociale de la santé par une vision médico-comptable de la maladie. Le curatif est le volet noble et on n'a plus à se préoccuper de savoir ce qui fait qu'une population est en santé ou ne l'est pas. Les déterminants sociaux-économiques de la santé comme le revenu, le logement, l'émancipation des femmes, la scolarité et l'emploi sont totalement évacués du décor.

2.1.6 SIXIÈME STRATÉGIE: LA COMMUNAUTARISATION ET LE RECOURS AUX ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE

Il arrive en effet que l'on désétatise des services publics et qu'on recoure aux organismes sans but lucratif que sont les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale. Parfois identifiée à une variante de la sous-traitance, il importe de mettre en relief qu'il en diffère car ce recours n'induit pas de profit pour l'organisme, celui-ci étant par définition à but non lucratif. Ainsi, l'état tente de privatiser les services potentiellement les moins rentables tout en essayant de contrôler des groupes qui, historiquement, ont facilement critiqué le gouvernement. Le gouvernement fait donc d'une pierre deux coups: il agrée les groupes communautaires comme des partenaires dans la mise en œuvre des politiques gouvernementales en même temps qu'il essaie d'évacuer le projet de transformation sociale dont ces groupes sont porteurs. Les femmes sont directement concernées par cette tentative de détournement de mission puisqu'elles représentent 85 % des «travailleurs» communautaires.

Les familles sont aussi largement mises à contribution. Un rapport du gouvernement québécois mettait en relief que les familles contribuent pour quatre milliards aux services à domicile et le gouvernement québécois pour 500 millions. La majorité des aidants dits naturels sont en fait, des proches aidantes. La part assumée par les Centres locaux de services communautaires ne représente que 7,4 % des besoins. Leurs conditions de vie sont pitoyables, certaines études documentent un taux de détresse psychologique alarmant, d'autres, qu'il est fréquent que les aidantes meurent avant la personne aidée, dans les six années suivant la prise en charge. On prétend les aider en créant des crédits d'impôts mais il faut savoir que 90 % des aidantes n'ont pourtant droit à aucun crédit au fédéral. Ces programmes fiscaux paraissent bien mais ne changent rien dans les conditions de vie des femmes.

2.2 LES PRINCIPAUX ENJEUX POUR LE QUÉBEC

2.2.1 LE DROIT À LA SANTÉ : UN DROIT INEXISTANT AU QUÉBEC COMME AU CANADA

Il importe de préciser d'entrée de jeu, que le droit à la santé, contrairement au droit à l'éducation, n'est pas reconnu comme tel au Canada ni au Québec. En effet, la Charte canadienne des droits et la Charte québécoise des droits de la personne n'en font aucune mention explicite. Il nous faut référer à l'article 12 du Pacte relatif aux droits sociaux, économiques et culturels, signé en 1976 par le Canada et le Québec, pour retrouver un engagement formel de nos gouvernements à garantir ce droit.

2.2.2 La Loi canadienne de la santé : une loi fondatrice actuellement mise à mal

Au Canada, les principes fondamentaux qui sous-tendent le régime de santé sont les cinq règles générales prévues par la Loi canadienne de la santé, adoptée avec l'accord des provinces : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. La loi canadienne introduit deux obligations pour renforcer les cinq règles, soit l'interdiction de la surfacturation et des frais modérateurs. La règle de l'accessibilité et les deux interdictions se conjuguent pour établir le principe implicite de la gratuité. La portée de cette loi est toutefois limitée aux services médicaux et hospitaliers et selon l'Association du Barreau canadien, elle définit plus les conditions d'accès aux transferts fédéraux qu'elle n'établit au Canada même le droit à la santé.

Néanmoins, il nous faut reconnaître que la Loi canadienne de la santé a constitué un rempart intéressant contre la marchandisation de la santé jusqu'à tout récemment. Au Canada, ne voulant pas se priver des transferts fédéraux et n'obtenant pas les changements législatifs souhaités, des provinces comme l'Alberta et l'Ontario, ont entrepris de redéfinir les concepts à la base de la loi. Le premier concept redéfini a été celui de la gestion publique. A l'origine, ce principe signifiait que le financement devait demeurer sous la responsabilité gouvernementale qui en était imputable devant la population et que les services devaient être dispensés dans des établissements publics sans but lucratif. Pour ce faire, l'Alberta a opté pour une stratégie étagée et adopté la loi 11 qui permet la réalisation de chirurgies dites mineures dans le secteur privé. Dans sa croisade pour l'ouverture du marché de la santé, l'Alberta a reçu l'appui du Comité sénatorial des Affaires sociales présidé par le sénateur Michael Kirby. Selon le Rapport Kirby, «la Loi canadienne sur la santé permet au secteur privé d'intervenir dans la prestation des services de santé, à condition que le financement demeure sous la responsabilité du gouvernement». Ce précédent ouvre la porte à une réinterprétation néolibérale de l'ensemble des règles à la base de la Loi canadienne de la santé.

L'enjeu financier est de taille et on ne peut le sous-estimer puisque l'enveloppe des services sociaux et de santé est actuellement de 19 milliards \$, une somme qui, actuellement, ne leur profite que très peu. Au Canada, c'est de plus de 120 milliards dont il est question.

Au Québec, la vision du comité sénatorial et du gouvernement albertain a trouvé un écho dans des groupes mandatés par le gouvernement du Québec pour étudier la question. Nous pensons ici au Comité Arpin (1998) sur la complémentarité du privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système de santé qui préconisait de laisser aux hôpitaux publics, les grands malades et les grandes maladies et de confier au privé, les chirurgies d'un jour et les chirurgies mineures et au Rapport de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (2001), le Rapport Clair, qui prônait «une modernisation de la Loi canadienne de la santé» qualifiée de «désuète». Le dernier-né de ces groupes est le groupe de travail sur le financement du système de santé et de services sociaux présidé par M. Claude Castonguay, aujourd'hui ardent défenseur de l'assurance privé et du ticket modérateur. Notons finalement que des groupes comme l'Institut économique de Montréal, véritable "think tank" de droite, décrie encore plus fermement la Loi canadienne de la santé en affirmant que le système canadien «viole les droits fondamentaux des québécois et des canadiens à la vie, à la sécurité de leurs personnes en les empêchant d'assumer la responsabilité de leur santé et celle de leurs proches» en refusant la mise en place d'un système de santé privé parallèle au système public.

Dans le document du Conseil du Trésor - produit par le ministère de Monique Jérôme-Forget -, *La réingénierie de l'État : obstacles pressentis*, on retrouve au chapitre de la réorganisation des services de santé, une note indiquant comme obstacle : la Loi canadienne de la santé et les normes nationales qui en découlent.

Indéniablement, la Loi canadienne de la santé et son intégralité sont menacées au Québec comme dans plusieurs autres provinces canadiennes. Le fédéral s'est mis lui-même en position de faiblesse pour faire appliquer sa propre loi. L'entente initiale avec les provinces était un financement à 50-50. Aujourd'hui, les transferts fédéraux pour la santé ne représentent que 14 % des dépenses de santé réelles.

2.2.3 UN SYSTÈME EN DÉRIVE AXÉ SUR LES SOINS DE SANTÉ ET NON PLUS SUR LES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

Le système québécois de santé et de services sociaux est unique dans le monde par la vision sociale de la santé qu'il porte. L'existence du réseau des CLSC témoigne de cette unicité et fait l'envie de plusieurs au Canada et partout dans le monde. Même la reine de Jordanie est venue au Québec, en 2002, avec l'intention d'implanter des CLSC dans son pays. En effet, nulle part au monde, on ne retrouve l'équivalent de l'article 1 de la Loi québécoise sur les services de santé et les services sociaux qui stipule que : «Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi 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 pour elles-mêmes et pour les

groupes dont elles font partie». Aucun gouvernement au monde n'est, dans un document législatif, plus prêt de la vision de la santé portée par l'Organisation mondiale de la santé qui précise que «la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie».

Le ministre de la Santé et des Services sociaux aborde presque exclusivement la dimension des soins de santé au mépris de l'article 1 de la Loi québécoise sur les services de santé et des services sociaux. C'est pourquoi, nous entendons constamment parler de liste d'attente, de chirurgies, d'urgences et de médecins mais le silence ministériel demeure complet sur toutes les autres dimensions du réseau de la santé et des services sociaux.

Cette dérive nous entraîne dans un glissement où l'on passe d'une vision sociale de la santé à une vision médicale de la maladie. Cette vision étriquée de la santé permet, en effet, d'envisager le recours aux entreprises privées, aux municipalités et aux organismes communautaires, pour tout ce qui n'est pas considéré comme un service professionnel de santé (médical et infirmier) et pour l'essentiel des services sociaux. L'intention de facturer les frais d'hôtellerie dans les hôpitaux ou de privatiser les services d'entretien ménager trahit également une vision obtuse des services requis.

Cette renonciation à la vision sociale de la santé se traduit par une renonciation plus concrète à faire des CLSC la véritable porte d'entrée du système québécois. Le gouvernement prévoit «que le «noyau de base» du réseau local intégré, ce sont les GMF» ouvrant ainsi la porte à une médicalisation accrue des problèmes sociaux et à un retour de la suprématie médicale sur l'ensemble du système. Par ailleurs, nous ne pouvons taire le fait que ce choix soit également un choix en faveur du privé puisque les cliniques médicales à la base des GMF sont propriété privée et elles le resteront. Nous ne pouvons ignorer non plus que cette proposition origine de la Fédération des médecins omnipraticiens qui en a fait l'éloge lors des consultations de la Commission Clair qui l'a, par la suite, reprise comme si c'était la trouvaille du siècle.

2.2.4 UN AFFAIBLISSEMENT DÉMOCRATIQUE

Que ce soit en consolidant les cliniques privées rebaptisées GMF ou en confiant les services d'hébergement des personnes en perte d'autonomie à des résidences privées, le gouvernement affaiblit d'une part, le contrôle démocratique de la population sur ces services – aucun citoyen ne pouvant siéger sur le conseil d'administration des cliniques médicales et des résidences privées - et d'autre part, les recours possibles des citoyens. Effectivement à l'heure actuelle, il est impossible pour un citoyen, en vertu de la Loi sur les services sociaux et les services de santé, de porter plainte contre sa clinique médicale ou sa résidence privée si celle-ci n'est pas conventionnée.

Et signalons à nouveau à quel point les conseils d'administration des agences régionales et des centres de services sociaux et de santé sont peu accessibles pour les citoyennes et citoyens; que les Forums de la population et autres instances du genre n'ont qu'un caractère très consultatif.

2.2.5 L'HYPERTROPHIE DE LA RESPONSABILISATION INDIVIDUELLE ET L'HYPOTROPHIE DE LA RESPONSABILITÉ COLLECTIVE

En 1977, les dépenses privées de santé représentaient 17 % des dépenses globales de santé. Aujourd'hui, elles en représentent 32,6 %. Ces chiffres révèlent en fait que la question de la santé est de plus en plus une affaire personnelle pour laquelle plusieurs compagnies d'assurances privées font des affaires d'or.

Ce n'est pas anodin si le gouvernement libéral proposait dans son programme électoral en santé. «L'adoption d'une charte des droits et responsabilités des patients». Cette proposition libérale est largement inspirée par la Charte des droits et responsabilités en matière de santé du Nouveau-Brunswick (projet de loi 60, adopté en 2003).

Il importe de savoir que même si cette loi du Nouveau-Brunswick réaffirme les principes de la Loi canadienne de la santé, qu'elle établit «le droit d'avoir accès dans un délai raisonnable à des soins de santé», elle introduit également

des éléments de responsabilisation individuelle inquiétants. Ainsi, on peut lire que les citoyens ont les responsabilités suivantes : «la responsabilité d'utiliser les services de soins de santé de manière raisonnable», et celle «d'apprendre à connaître et de faire des choix de style de vie sain». A partir de là, tous les dérapages sont possibles. Refuser des soins payés par la collectivité à une personne qui aurait fumé par exemple. Ou encore, refuser des soins à une personne sous prétexte qu'elle abuse du système de soins de santé.

La consultation des listes d'attente sur Internet procède de la même logique individualisante. Cette proposition est inspirée d'une expérience de la Colombie-Britannique, qui n'a pas fait ses preuves. Au Québec, une telle proposition se heurte à une réalité bien terre-à-terre. Même si 47 % des Québécoises et des Québécois ne sont pas «branchés» et que 18 % de la population ne sait pas utiliser une simple carte de guichet automatique. Il appartiendra aux personnes, sur une base individuelle, de trouver les moyens pour savoir dans quel établissement, la liste d'attente pour la chirurgie dont elles ont besoin, est la plus courte. Il leur appartiendra également de faire l'ensemble des démarches pour avoir accès à une chirurgie plus rapidement et d'assumer les frais de transport et d'hébergement liés à cette démarche.

L'APPROCHE FÉMINISTE EN SANTÉ ET LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

À la base de l'intervention féministe en santé des femmes, il y a la constatation que les rapports de pouvoir des hommes sur les femmes créent d'importantes inégalités. Ces rapports de pouvoir structurent notre société et assignent souvent aux femmes des rôles sociaux qui tendent sinon à les exclure du moins à les restreindre aux sphères de l'organisation sociale jugées secondaires et de moindre valeur.

Ces inégalités se traduisent de plusieurs façons mais la violence des hommes à l'endroit des femmes en est devenue aux cours des années une manifestation majeure. Les autres expressions des inégalités entre les femmes et les hommes se retrouvent notamment dans leur sous représentation dans les lieux de pouvoir, les revenus, les responsabilités liées la sphère domestique, l'accès aux services d'avortement et de contraception, l'hypersexualisation, la médicalisation et surmédicalisation de la maternité ou de la ménopause. Toutes ces inégalités ont un impact majeur sur l'équilibre psychologique, biologique et social des femmes.

De plus, les effets structurants de ces rapports de pouvoir apparaissent dans ce qu'il est convenu d'appeler la discrimination systémique. Celle-ci s'inscrit dans les règles, les pratiques, les schèmes culturels et les méthodes utilisés dans le milieu de la santé comme dans tous les autres milieux. Sans qu'il n'y ait nécessairement intention ou conscience de discriminer, ces façons de faire ont pour effet de pénaliser un groupe social, en l'occurrence les femmes. Ces façons de faire qui, à première vue apparaissent comme neutres, tendent à passer sous silence la réalité des femmes et faussent par conséquent la réponse à leurs besoins. Ce sont ces mécanismes et cette réalité que veut rendre visible l'intervention féministe en santé.

L'intervention féministe lie l'amélioration de la santé des femmes au changement individuel et aux changements sociaux. La santé et la maladie n'existent pas en dehors du contexte général dans lequel les femmes et les hommes évoluent.

C'est pourquoi le mode d'intervention en matière de santé des femmes tient d'une approche qui se veut globale. Une approche globale en matière de santé des femmes est une façon d'intervenir sur les phénomènes de santé physique ou de santé mentale ou d'intégration sociale qui soit en mesure de prendre en compte à la fois des dimensions «socitétales» (c'est-à-dire sociales, politiques, économiques, environnementales, ethniques et sexuelles inhérentes aux phénomènes de santé) que des dimensions personnelles (c'est-à-dire les facteurs biologiques et génétiques) et, par voie de conséquence, une approche qui soit en mesure d'apporter les correctifs voulus sur toutes les dimensions en cause.

D'ailleurs, les résistances à adopter une telle approche par le réseau de la santé et des services sociaux s'expliquent mal parce que le Québec s'est donné une définition de la santé des personnes qui soit une des plus respectueuses et dignes de la personne et qui prend précisément en considération l'intégralité de la personne. C'est ainsi que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (1991) établit que :

« Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi 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 ».

C'est aussi sur ce point de vue que s'appuyait *La politique de la santé et du bien-être*. Reconnue comme la pierre angulaire sur laquelle reposeraient les interventions du réseau de la santé, cette politique faisait valoir sans ambiguïté que les conditions de vie des personnes c'est-à-dire leur revenu, leur logement, leur scolarité, leur emploi, les rapports inégalitaires, bref, ce que l'on désigne habituellement par les déterminants socio-économiques de la santé entrent tous en interrelation et agissent sur leur mieux-être.

Bien que la corrélation soit établie, le réseau de la santé et des services sociaux ne réussit pas à agir sur toutes les sphères de l'activité humaine. En ce sens, il ne remet ni en cause les systèmes économiques, politiques et environnementaux qui influencent négativement la vie des personnes et il n'intervient pas non plus pour changer le « système ». L'intégration d'une approche globale qui s'articulera entre autre par la promotion de la prévention se fait encore sous un angle médical et curatif de santé publique et non social.

Il y a donc une différence de taille entre une approche globale mise de l'avant par le réseau de la santé et des services sociaux et une mise de l'avant par l'intervention féministe.

Pour les groupes de femmes oeuvrant en santé, la prestation des services de santé et des services sociaux s'est inscrite et s'inscrit encore aujourd'hui dans la prise en compte des déterminants sociaux, économiques et politiques. C'est ainsi que nous n'en sommes plus à l'opposition classique entre « prévention » et « curatif ». Nous entrons dorénavant dans une analyse plus complexe où le développement des soins en santé est partie prenante d'interventions portant sur les déterminants économiques, sociaux et politiques de la santé.

Dans ce nouveau contexte, les groupes de femmes sont néanmoins très conscients que le questionnement est de savoir si la prestation de services sociosanitaires peut porter seule la responsabilité de venir à bout aussi bien des inégalités de santé que celles socio-économiques.

Or, les cycles économiques, les effets biologiques des divers polluants, la rapidité de l'évolution technologique, les inégalités de classes, de sexe et ethniques, les difficultés d'accès au travail, une faible scolarisation, la pauvreté ou la violence, pour ne nommer que ces quelques facteurs de l'environnement social et économique, sont reconnus pour être déterminants pour la santé et le bien être des collectivités.

Pourtant, quel que soit le secteur qui influence et détermine le bien-être des personnes, le réseau sociosanitaire porte seul la responsabilité de venir à bout tant des inégalités de santé que des inégalités sociales. Les autres secteurs de la vie collective, ne sont pas ou peu encouragés à considérer la santé et le bien-être comme une de leurs responsabilités comme le rappelait d'ailleurs fort bien la *Politique de santé et de bien-être*.

Or, n'y a-t-il pas une ambiguïté sérieuse à faire porter sur le système de santé seul, un tel projet. Un des défis importants en santé des femmes est celui d'arrimer les activités des autres secteurs de la vie publique québécoise à celles du réseau de la santé et des services sociaux pour vaincre les inégalités en santé et pouvoir agir conséquemment sur les déterminants.