LA SANTÉ, UN CHOIX SOCIAL

Mémoire sur le financement des services sociaux et de santé

présenté à M. Marc-Yvan Côté
Ministre de la Santé et des Services sociaux

par la Table des Regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles

Janvier 1992

TABLE DES MATIERES

1. **Introduction** 3

2. **Les coûts des services sociaux et de santé** 4

   2.1 Pourquoi le système coûte-t-il cher? 5

3. **La santé, un choix social** 6

   3.1 Vers un virage social 6

   3.2 Des remises en question qui s'imposent 7

   3.2.1 Augmenter la part du social 7

   3.2.2 La prévention a bien meilleur goût 8

   3.2.3 Vers une médecine sociale 9

   3.2.4 Technologie et éthique 11

   3.3 Des solutions globales 13

4. **Le financement des services sociaux et de santé** 14

   4.1 Relèvement des transferts fédéraux 15

   4.2 Pour une plus grande transparence des producteurs de services 15

5. **En conclusion** 18

   Bibliographie 19

1. INTRODUCTION

La Table des Regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles considère le débat sur le financement des services sociaux et de santé comme extrêmement important. Les questions soulevées renvoient à des principes fondamentaux, à des problèmes d'éthique et de justice.

Nos organismes regroupent des citoyennes et citoyens de tous les âges et de toutes les cultures (voir liste en annexe). Ils ont cependant en commun de rejoindre des personnes souvent démunies, discriminées et marginalisées, à cause de leur condition socio-économique, de leur sexe, de leur statut social ou des problèmes dont elles souffrent. Notre mémoire veut parler au nom de ces milliers de personnes, privées très souvent de la possibilité d'être entendues par les décideurs politiques.

Nous tenons, par ailleurs, à protester contre les délais qui nous ont été accordés pour produire un mémoire. Le ministère sait parfaitement que nous ne disposons pas des mêmes ressources matérielles et humaines que le réseau. Nous n'avons eu que deux semaines pour lire le document du ministère, rassembler d'autres sources documentaires, écrire un texte et en discuter collectivement. C'est une tâche inhumaine pour des groupes déjà surchargés. A la limite, la consultation devient antidémocratique puisqu'elle ne permet pas à des organismes déjà désavantagés financièrement de faire valoir leurs positions avec autant d'impact que des groupes disposant de ressources bien supérieures et d'un poids politique dont nous avons pu mesurer l'ampleur dans les derniers mois.

Cela dit, nous participons quand même, une fois de plus. L'enjeu est important et les organismes communautaires et bénévoles, forts de leur enracinement au sein de la population québécoise, veulent apporter une contribution originale au débat qui s'amorce.

D'entrée de jeu, nous affirmons notre attachement aux valeurs fondamentales que sont la solidarité sociale et l'universalité des services.

2. LES COUTS DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTE

Le tiers des dépenses gouvernementales, au Québec, est consacré aux services sociaux et de santé, étant entendu que c'est le secteur de la santé qui reçoit la part du lion. Bien sûr, 30 % c'est beaucoup et d'aucuns disent que c'est trop. Pourtant le document *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, tout comme d'autres sources consultées, estime que le niveau de financement public des services de santé au Québec est à peine supérieur à la moyenne canadienne et inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE, Turquie et Etats-Unis exceptés. La part des dépenses publiques de santé, au Québec, a même diminué de 1984 (80.1 %) à 1987 (77.1 %)[1] .

La part des dépenses privées, par contre, ne cesse de croître. Selon une étude publiée par le Conseil des affaires sociales (*Financement des services de santé, défi pour les années 90,* 1990), les dépenses privées comptaient pour 20.7 % des dépenses totales dans le domaine de la santé, en 1985. Ces dépenses sont encourues par des entreprises ou des particuliers. Rappelons-nous aussi qu'une part, non comptabilisée, des services sociaux et de santé est assumée par des bénévoles, parmi lesquels on compte une majorité de femmes. Cette part était estimée en 1988 à 604 millions de dollars.

Les citoyennes et citoyens du Québec financent donc par leurs impôts et par des contributions privées un système de santé dont les coûts sont relativement bien contrôlés par l'Etat. Nous reconnaissons cependant que ces coûts sont élevés et qu'il y a lieu de se pencher sur leurs causes et sur des solutions à envisager.

---

[1] *Un financement équitable,* Québec, 1991, p. 12

2.1 Pourquoi le système coûte-t-il cher?

Le ministère identifie plusieurs facteurs qui font pression sur les dépenses sociales et de santé, par exemple :

- évolution rapide des effectifs médicaux;
- pratique médicale coûteuse;
- mauvaise répartition géographique des médecins;
- vieillissement de la population;
- ralentissement de l'économie;
- développement de problèmes nouveaux;
- développement technologique;
- etc

Ces pressions sont-elles toutes et absolument incontournables? En lisant le document ministériel, on a presque l'impression qu'il serait fort difficile de les éviter, ce qui n'est pas notre avis. De plus, la récession sert de prétexte pour amener le ministre à remettre en question des principes d'universalité et de gratuité et à proposer des solutions inefficaces et pénalisantes pour la population.

3. LA SANTE, UN CHOIX SOCIAL

3.1 Vers un virage social

<<Alors que la société québécoise vit des bouleversements socio-économiques internes très importants (pauvreté, décrochage scolaire, dislocations familiales, etc.) et une restructuration de son économie et de ses marchés, devrait-on continuer dans l'avenir à investir les nouvelles ressources qu'engendrera la croissance de l'économie, pour la santé et les services sociaux, presqu'entièrement en aval, dans les services du réseau, alors que des problèmes socio-sanitaires à résoudre semblent se développer de plus en plus en amont, du côté des conditions socio-économiques, des comportements, des difficultés d'adaptation et des habitudes de vie des citoyens?>>[2]

Les organismes communautaires et bénévoles apportent une réponse claire à cette question fondamentale :

Oui, il faut que le gouvernement québécois effectue un virage social.

C'est dans les conditions socio-économiques qu'on trouve le plus de facteurs qui agissent sur l'état de santé des gens. Comme le dit Marc Renaud, sociologue, dans une entrevue accordée à *l'Actualité médicale* (sept. 91) :

<<On devrait se rendre compte que, dans certains cas, investir dans l'emploi serait plus rentable que d'acheter un scanner>>.

La création d'emplois pour tous et toutes, l'accès à des logements convenables, un système d'éducation répondant aux besoins réels des jeunes, des politiques fiscales plus équitables envers les ménages à faible revenu, des lois garantissant l'égalité entre les sexes dans tous les domaines, ces politiques constituent des préalables à toute discussion sur les coûts d'un système de santé. Proposer des mesures impliquant une contribution accrue

---

[2] *Un financement équitable*, Québec, 1991, p. 24

des citoyennes et citoyens en contournant ce virage social indispensable, c'est inviter la population à adhérer à une vision à très court terme de la vie en société. C'est maintenant qu'il faut mettre en oeuvre un projet collectif qui ralliera les personnes et les communautés. Au-delà du choix constitutionnel auquel la population québécoise sera conviée sous peu, nous attendons du gouvernement élu qu'il mette en oeuvre les moyens nécessaires à la santé et au bien-être des gens. C'est le rôle d'un Etat moderne :

<<Au XXe siècle, ce qui est revendiqué et sert d'objectif, c'est la vie, entendu comme besoin fondamental, essence concrète de l'homme, acomplissement de ses virtualités, plénitude du possible.>> [3] (Foucault, 1976)

3.2 Des remises en question qui s'imposent

3.2.1 Augmenter la part du social

Selon des chiffres tirés du document pré-cité du Conseil des affaires sociales, 5.2 % seulement du budget total du MSSS allait à la prévention en 1988-89. Sur ces 5.2 %, 4.7 % étaient dévolus aux CLSC et 0.5 % aux organismes communautaires. Les dépenses en réadaptation sociale, comprenant pour la moitié de l'hébergement longue durée en centre d'accueil et en milieu hospitalier, étaient de 21.9 % du budget global. L'autre moitié du 21.9 % est accaparée par les centres d'accueil et de réadaptation et, plus modestement, par les CSS. Le recouvrement de la santé (services en centres hospitaliers, services financés par la RAMQ) représente 69.2 % du budget du MSSS.

On le voit, ce sont les services de santé, des services curatifs, qui mangent plus des deux tiers du budget. Pourtant, bien des problèmes de santé ont une origine sociale. Le stress, les conflits conjugaux ou familiaux, l'exclusion sociale, la monoparentalité féminine associée trop souvent à la pauvreté... voilà ce qui entraîne fréquemment des maladies physiques ou mentales pour

---

[3] Cité dans *Entre constructivisme et libéralisme : la recherche d'une troisième voie,* André-Pierre Contandriopoulos, juin 1991.

lesquelles les gens recevront des soins curatifs lourds. Il y a moyen de faire mieux. Entre autres :

• Doubler immédiatement le financement des organismes communautaires et bénévoles, ce qui leur permettrait de jouer davantage leur rôle primordial en aidant des milliers de personnes en difficulté, mais aussi en mobilisant ces personnes et leur communauté dans la recherche de solutions collectives aux problèmes socio-sanitaires. Un financement adéquat permettra également aux organismes communautaires de rémunérer convenablement leur personnel salarié tout en maintenant des coûts d'administration et d'infrastructure en deçà de ceux des établissements publics.

• Augmenter le budget des CLSC pour ainsi favoriser le recours à des services de première ligne. Renforcer les services sociaux dispensés par ces établissements.

3.2.2 La prévention a bien meilleur goût

Si l'on avance qu'il faut doubler le financement des organismes communautaires, ce n'est pas seulement parce que les travailleuses et travailleurs ont droit à un sort meilleur, c'est aussi parce qu'ils ont su démontrer au fil des ans que la prévention des problèmes sociaux et de santé est plus efficace, à long terme, que bien des traitements coûteux. Des femmes isolées et dépressives cessent leur <<abonnement aux pilules>> suite à leur implication dans un centre de femmes. Grâce à l'AQDR, des personnes âgées se sentent utiles, valorisées et respectées... de bons remèdes contre la tristesse, l'amertume, la solitude qui engendrent mille maux. Dans les maisons d'hébergement-jeunesse, des centaines de jeunes adultes peuvent enfin envisager de se donner un projet de vie. Les organismes des communautés culturelles facilitent par la dispensation de services d'accueil et d'adaptation, l'intégration de ces communautés à la société québécoise. On pourrait aussi multiplier les exemples... L'entraide, le partage, l'écoute, la solidarité dans

l'action peuvent faire des miracles là où des ressources institutionnelles ont souvent échoué.

Mais la prévention, c'est aussi l'affaire du réseau. Il est grand temps que les professionnel-les de toutes les disciplines revisent leurs méthodes d'intervention sociale ou sanitaire. Eux aussi peuvent analyser les problèmes à la lumière des conditions de vie des citoyennes et citoyens. Ils et elles sont en mesure de proposer des alternatives à des traitements hyper-spécialisés et coûteux.

La prévention évite des coûts mais elle représente surtout une manière différente d'appréhender la réalité sociale. Son efficacité se mesure non seulement à l'aune du niveau d'autonomie atteint par les personnes, mais aussi à l'ampleur des mobilisations qu'elle génère. Elle rend des communautés responsables et critiques. C'est pour cela qu'elle a bien meilleur goût.

3.2.3 Vers une médecine sociale

Les médecins québécois forment-ils une caste d'intouchables? Alors que la loi 120 vient consacrer une réforme importante des services sociaux et de santé, les seuls qui ont, semble-t-il, le droit d'échapper aux changements, ce sont les médecins. Pourtant, ils coûtaient déjà en 1989 près de un milliard huit cent millions de dollars à la société québécoise[4]. A ce prix-là, on a le droit de poser des questions... et d'agir.

- Pourquoi, malgré le contingentement dans les admissions universitaires, avons-nous davantage de médecins spécialistes que l'Ontario? En avons-nous vraiment besoin?

- Jusqu'à quand allons-nous tolérer que ces privilégiés du système (rémunération annuelle en 1989 : $ 115 000) fassent la fine bouche lorsqu'on

---

[4] Plamondon, François, *L'impôt-médicaments en question* , dans la Force de l'Age, AQDR, vol 5 no 2, juin 1991.

leur demande de travailler en région et/ou dans un CLSC? Savent-ils qu'ils exercent la seule profession où le taux de chômage est de 0 %

• <<De 1970 à 1983, le tiers de la hausse des dépenses en services médicaux au Québec provient de l'augmentation de la quantité de services dispensés par médecin>> (Conseil des affaires sociales, document pré-cité, p. 77). La rémunération à l'acte a donc une incidence directe sur le choix et la quantité des traitements prodigués par les médecins. Dans son discours du budget de 1987-88, à l'annexe F, le gouvernement du Québec faisait remarquer qu'il s'était produit à l'intérieur de la pratique médicale un glissement significatif en faveur des actes médicaux les plus dispendieux. [5] Etant donné qu'aucune évaluation n'a démontré, à ce jour, que ce type de pratique et de rémunération améliorait la santé de la population, pourquoi ne pas chercher d'autres formes de rémunération?

• On parle de plus en plus de surconsommation de médicaments, en particulier chez les personnes âgées. Pourquoi le nombre d'ordonnances annuelles, par personne, augmente-t-il de 5.1 % par année?[6]

• Pourquoi les médecins s'acharnent-ils contre les sages-femmes et contre celles et ceux qui prônent des pratiques alternatives à la médecine? Est-ce vraiment pour le bien de la population ou pour conserver l'exclusivité d'une profession très lucrative?

Pourquoi, surtout, le gouvernement québécois a-t-il reculé devant une réforme qui tentait d'apporter des réponses à ces nombreuses questions?

Nous croyons, quant à nous, que le temps n'est plus aux tergiversations. La médecine doit prendre, elle aussi, un virage social. Même si, comme le dit Marc Renaud dans *l'Actualité médicale :*

---

[5] Cité dans *Le financement des services de santé, défi pour les années 90,* Conseil des affaires sociales, 1990.
[6] Plamondon, François, *article pré-cité.*

<<Il est du reste très significatif que dès qu'un médecin devient *social* et passe de l'autre bord, il n'est plus considéré comme un*vrai* médecin par ses pairs ou, en tout cas, il est moins pris au sérieux.>>

Un virage social implique, pour la plupart des médecins, un énorme changement d'attitude. Si, comme nous l'avons dit prédécemment, la santé des personnes est le résultat de facteurs biologiques, environnementaux, culturels, économiques, etc., le médecin doit se percevoir comme l'un des acteurs du système de soins et non obligatoirement comme l'acteur privilégié. Il doit s'efforcer de partager ses connaissances et de travailler, de concert avec la communauté, à l'amélioration de la santé de la population. Ainsi nous obtiendrons très certainement de meilleurs résultats, en rapport avec les coûts investis et ces coûts seront davantage sous contrôle.

3.2.4 Technologie et éthique

Si nous optons pour une vision préventive et communautaire dans les services sociaux et de santé, si c'est là que nous voulons investir nos ressources matérielles et financières, alors il nous faut remettre en question certains choix qui font appel à des technologies extrêmement coûteuses et résister aux pressions des compagnies pharmaceutiques et de technologie médicale.

Tout d'abord les médicaments : <<Les compagnies pharmaceutiques mettent chaque année sur le marché plus de 400 produits. Or 95 % de ces produits ne sont que des copies plus ou moins fidèles des médicaments déjà en vente.>> [7] Il y aurait lieu de remettre en cause les orientations qui président aux choix effectués en recherche médicale.

Examinons maintenant la question des technologies médicales. A cet égard, l'étude du Conseil des affaires sociales soulève des points importants. Comme, par exemple :

---

[7] Conseil des affaires sociales, étude précitée, p. 81

• Les progrès en périnatalogie font en sorte d'augmenter les chances de survie des bébés pesant moins de 2500 grammes à la naissance. Cependant, la pauvreté des femmes fait en sorte que le Québec arrive au 15e rang des pays industrialisés pour le nombre de bébés de petit poids, chaque année.

• Une équipe de chercheurs manitobains a examiné 2000 patientes et patients ayant subi une ablation de la vésicule biliaire. Il en est ressorti que l'ablation cause davantage de décès que la non-intervention.

• Le taux québécois de césariennes est de 19 % alors que l'OMS considère un taux de 10 à 12 % comme acceptable.

Et Marc Renaud (article pré-cité) de souligner que :

<<Certaines cliniques de fertilité ont un taux de succès de trois à quatre pour cent des femmes qui s'y présentent. Or, il en coûte à la société un minimum de 50 000 dollars par bébé qui nait. Doit-on continuer dans cette voie?>>

Nous devons donc, dans un premier temps, évaluer l'impact réel de l'utilisation de la technologie. Et nous méfier des solutions-gadget. Par exemple, l'informatisation mur à mur de données sociales ou médicales sur les personnes qui utilisent le réseau de services sociaux et de santé coûte cher et ne garantit aucunement une meilleure qualité de traitement.

Enfin, nous aurons à convier la population québécoise à effectuer des choix éthiques. En ce moment, c'est la technologie qui décide pour nous. L'exemple des techniques de procréation est particulièrement éloquent. Ou faut-il mettre l'argent en priorité? A ces techniques ou à la prévention des maladies transmises sexuellement, causes fréquentes de stérilité chez les femmes? La réponse semble évidente, et pourtant... Mais bien sûr, la naissance d'un bébé in vitro est plus spectaculaire qu'un programme de prévention dans les écoles. Le gouvernement devra quand même avoir le courage et la volonté politique d'aborder ces questions. Il y va de la santé de la population.

3.3 Des solutions globales

Les remises en questions que nous venons d'opérer et les solutions que nous proposons pour améliorer la santé et le bien-être de la population sont globales. A défaut de coûter moins cher (quoique...!), elles ont l'avantage de s'attaquer dès maintenant aux causes de la maladie et de tenter d'y apporter des réponses durables.

Nous sommes donc en désaccord avec l'orientation du ministère qui a l'air de dire oui à un virage vers le socio-communautaire et la prévention, mais... plus tard. En attendant, il se tourne vers le contribuable et lui demande de délier encore plus les cordons de sa bourse. Sans la moindre garantie que cela va améliorer sa santé et celle de ses proches. Dans les conditions actuelles, c'est inacceptable.

4. LE FINANCEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTE

Nous l'avons dit au début de ce mémoire, la part des dépenses publiques dévolues aux services sociaux et de santé est énorme. Nous avons fait remarquer aussi que les particuliers effectuent des dépenses privées de santé et que le travail gratuit des bénévoles vient s'ajouter aux investissements publics et privés.

Au chapitre trois, nous avons insisté sur les correctifs socio-politiques, estimant que c'est par là qu'il faut commencer. Nous réclamons prioritairement une réforme de la fiscalité qui aurait pour effet de regarnir les coffres de l'État tout en étant plus juste envrers les contribuables à faible revenu. Deux éléments importants :

. rétablir une plus grande progressivité du régime fiscal;

. répartir plus équitablement le fardeau fiscal entre les particuliers et les entreprises.

D'autre part, les mesures que nous avons proposées ont l'avantage de renforcer un système de services réellement centrés sur les personnes et les communautés tout en s'assurant d'un contrôle plus serré des coûts. Ces temps-ci, le ministère accorde une grande importance à l'évaluation des services et des activités mis en place par les organismes communautaires. Bien, mais pourquoi n'en ferait-il pas autant avec les professionnel-les et les établissements du réseau? Après tout, ils représentent, eux, 99.5 % du budget global...

Cela dit, d'autres mesures, plus directement liées au financement proprement dit, doivent s'ajouter à celles mentionnées précédemment. Nous en avons retenu deux :

- un relèvement des transferts fédéraux;
- la transparence dans les dépenses des producteurs de services.

4.1 Relèvement des transferts fédéraux

Nous appuyons le gouvernement du Québec dans sa volonté d'exiger d'Ottawa un redressement des transferts du FPE (financement des programmes établis) à la santé. Il apparaît pour le moins contradictoire de voir le gouvernement fédéral imposer des normes nationales en matière de santé pour ensuite sabrer dans les transferts aux provinces.

Cependant nous ne soutenons plus Québec lorsque son ministère de la Santé et des Services sociaux veut réviser les normes nationales pour faire passer des services de base dans le panier des services complémentaires.

A notre avis, toute tarification dans les services de base, comme dans les services complémentaires d'ailleurs, aura pour seul effet de pénaliser la population et de «cibler» davantage les couches pauvres. Il y a de fortes chances que toute mesure entraînant des coûts immédiats pour les personnes malades ou en détresse aura pour conséquence que beaucoup d'entre elles seront plus réticentes à utiliser des services sociaux ou de santé. Nous parlons ici des personnes à faible revenu, comme les travailleuses et travailleurs au salaire minimum, les chômeuses et les chômeurs, celles et ceux qui occupent un emploi à statut précaire ou à temps partiel, etc. C'est donc une grande partie de la population québécoise qui est concernée. Par ailleurs, l'idée d'introduire une tarification pour des services de santé ouvre la porte à l'instauration d'un système pour les riches et d'un autre pour les pauvres.

4.2 Pour une plus grande transparence des producteurs de services

Il existe, au Québec, un consensus social très fort à l'effet de maintenir un régime universel d'assurance-maladie. La population québécoise est souvent critique face à la façon dont sont organisés les services sociaux et de santé mais elle tient à ces services. Le ministère avance même que:

<<Divers sondages récents ont fait ressortir que les citoyens seraient généralement disposés à augmenter leurs effforts de financement des services de santé, à condition toutefois d'être assurés que ces revenus soient exclusivement consacrés à ces services et qu'ils ne soient pas confondus dans l'ensemble des revenus du fond consolidé.>>[8]

Nous partageons cet examen de la situation en y ajoutant que la population serait encore plus généreuse si elle pouvait constater que des changements nécessaires s'opéraient dans le réseau et au sein des corporations professionnelles. Autrement dit, la population, comme on dit : <<veut en avoir pour son argent>>. L'intérêt des citoyennes et citoyens pour les pratiques alternatives dans les organismes communautaires et pour les médecines douces indique bien que l'on cherche désormais d'autres voies pour solutionner des problèmes sociaux et de santé. Les gens paient pour des soins en médecine douce. Il y a de quoi faire réfléchir sur l'efficacité de la médecine traditionnelle.

La santé et le bien-être de la population, c'est donc une responsabilité sociale et collective. Une population se solidarise pour venir en aide à ses membres malades ou en difficulté. Cependant, les individus-payeurs veulent savoir où va leur argent, comment il est dépensé, par qui et les résultats obtenus.

---

[8] Un financement équitable, p. 73

Dans ce sens, toutes les mesures visant la transparence des dépenses au niveau des producteurs de services sont les bienvenues. L'évaluation des résultats obtenus par les services sociaux et de santé devrait être transmise aux citoyennes et citoyens. Les coûts rattachés aux services médicaux devront être connus dans une optique d'information critique et non de culpabilisation. Par ailleurs, un impôt-santé pourrait permettre à la population de connaître la part de ses impôts qui va à la santé et aux services sociaux.

Par ailleurs, la mise en place de régies régionales avec des conseils d'administration composés par des citoyennes et citoyens pourrait s'avérer un exercice démocratique très intéressant. Il faudra, à cet effet, prévoir des mécanismes assurant une participation réelle des gens aux structures décisionnelles. La première condition de réussite d'une telle opération, c'est que les professionnel-les et fonctionnaires du réseau partagent leur savoir et leur pouvoir avec les citoyennes et citoyens. C'est seulement dans cette mesure que l'on pourra prétendre faire jouer à la population un rôle important dans les décisions concernant des politiques de santé et de bien-être et leur mise en application.

5. EN CONCLUSION

La santé et le bien-être d'une population sont parmi les biens les plus précieux qu'une société peut se donner. Il y a là matière à responsabilité collective, à solidarité sociale. On peut même dire qu'il s'agit d'un projet de société à cause des implications politiques, économiques, environnementales, etc.

Dans ce contexte, les mesures à courte vue de financement des services qui pénalisent un grand nombre de citoyennes et citoyens doivent être écartées au profit de politiques globales. Une fois ces politiques mises sérieusement à l'épreuve, et à ce moment seulement, pourra-t-on songer à demander un effort accru de la population.

Nous voulons, en terminant, revenir sur l'importance du débat qui s'amorce. Il a fallu plusieurs années de recherches et de consultations pour en arriver à une réforme de structures, la loi 120. Il sertai inconcevable que le Gouvernement du Québec liquide la discussion sur le financement des services sociaux et de santé en quinze jours de commission parlementaire. Une soixantaine de groupes seulement seront entendus alors que la question touche toute la population du Québec.

Nous invitons donc M. Côté à mettre en place une démarche de consultation pouvant rejoindre tous les citoyens et citoyennes du Québec quels que soient leurs milieux de vie et de travail. Nous l'invitons à faire de même lorsque paraîtra la Politique de santé, bien-être, tant attendue...!

BIBLIOGRAPHIE

Conseil des affaires sociales, *Financement des services de santé, défi pour les années 90,* 1990.

Contandriopoulous, André-Pierre, De Pouvourville, Gérard. *Entre constructivisme et libéralisme : la recherche d'une troisième voie,* Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, juin 1991.

Fédération des CLSC du Québec. *Evolution et projections des dépenses socio-sanitaires au Québec,* 1991.

Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. *Un financement équitable à la mesure de nos moyens,* Québec, 1991.

Plamondon, François, *L'impôt-médicametns en question,* dans la Force de l'Age, AQDR, vol 5 no 2, juin 1991.

Renaud, Marc. *L'état ne doit plus favoriser le seul secteur médico-hospitalier,* dans l'Actualité médicale, septembre 1991.

A.C.C.E.S.S.S. Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
Mme Nancy Williams
3680, rue Jeanne-Mance, bureau 331
Montréal, Qué
H2X 2K5

Assoc. des groupes d'intervention en défense de droits/santé mentale du Québec
Mme Claudine Laurin
4218 St-Denis
Montréal, Québec
H2J 2K8

Association québécoise pour la défense des droits des retraités et pré-retraités (AQDR)
Mme Nicole Chapdeleine
1850 Bercy, #133-A
Montréal, Québec
H2K 2V2

Bureau de consultation jeunesse
Mme Guylaine Lehoulier
7728 St-Denis
Montréal, Qué.
H2R 2E8

COCQ-SIDA
M. Pierre-Luc Delorme
4332A, rue St-Denis
Montréal, Qc
H2J 2K8

F.A.F.M.Q.
Mme Madeleine Bouvier
890, boul. René-Lévesque Est, #2320
Montréal, Qué.
H2L 2L4

F.C.A.B.Q.
M. Maurice Saulnier
4838, ave Papineau
Montréal, Qué.
H2H 1V6

Fédération du Québec pour le planning des naissances
Mme Margot Frenette
2540, rue Sherbrooke Est, #1
Montréal, Qué.
H2K 1E9

FOBAST
M. André Tanguay
1244, Chemin Ste-Foy
Québec, Qué.
G1S 2M4

L'R des Centres de femmes du Québec
Mme Françoise David
1222, rue St-Hubert
Montréal, Qué.
H2L 2Y7

MEPACQ
Mme Diane Matte
3575, boul St-Laurent, bureau 124
Montréal, Qc
H2X 2T7

Naissance-Renaissance
Mme Jeanne Hubert
530, rue Cherrier
Montréal, Qué.
H2L 1H3

R.C.S.F.Q.
Mme Michèle Roy
1222, rue St-Hubert
Montréal, Qué.
H2L 2Y7

R.M.H.J.Q.
M. Robert Rodrigue
5095, 9e Avenue, #202
Montréal, Qué.
H1Y 2J3

R.M.H.T.F.V.V.C.Q.
Mme Jocelyne Martin
907, rue Rachel Est
Montréal, Qué.
H2J 2J2

R.M.J.Q.
Mme Marcelle Dubé
3958, rue Dandurand
Montréal, Qué.
H1X 1P7

R.R.A.S.M.Q.
Mme Lorraine Guay
4218, rue St-Denis
Montréal, Qc
H2J 2K8

Regroupement québécois des C.A.L.A.C.S.
Mme Louise Picard
3365, rue Granby - C.P. 51119
Montréal, Québec
H1N 3T8