

**TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX
D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES**
(secteur santé et services sociaux)

**POUR UN VIRAGE « SOCIAL »
DU SYSTÈME DE SANTÉ AU QUÉBEC
NON À LA PRIVATISATION
DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**Mémoire présenté dans le cadre des travaux de la
Commission d'étude sur les services de santé
et les services sociaux**

Septembre 2000

Pour un virage « social » du système de santé. Non à la privatisation des soins de santé et des services sociaux.

Mémoire de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) présenté dans le cadre des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Septembre 2000)

Coordination : Madeleine Lacombe (TRPOCB)

Composition du Comité : Madeleine Lacombe (TRPOCB), Michèle Asselin (L'R des Centres de femmes), Serge Charbonneau (Regroupement des organismes de justice alternative du Québec) et Rémi Fraser (Regroupement des auberges du cœur)

Recherche et rédaction : Denis Béliveau et Danielle Filion

TABLE DES MATIÈRES

	Page
RÉSUMÉ.....	3
INTRODUCTION.....	4
1. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	10
1.1 LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ.....	12
1.2 L'APPORT PARTICULIER DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES.....	14
Qu'est-ce qu'un organisme communautaire en santé et services sociaux?.....	14
Les Regroupements	15
L'approche globale de la santé et du bien-être : le dénominateur commun.....	16
2. LES ENJEUX DE LA PRIVATISATION.....	19
2.1 UN SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MOINS EN MOINS PUBLIC	20
L'importance du financement privé	21
Un équilibre précaire	23
Importance des dépenses publiques en santé	24
2.2 LE « DÉFICIT ZÉRO » ET SON IMPACT SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ	25
Y a-t-il encore des sociaux-démocrates au Parti Québécois ?	27
2.3 ANALYSE DES SCÉNARIOS PROPOSÉS PAR LA COMMISSION CLAIR.....	29
Volet financement	29
Volet organisation	32
CONCLUSION :	
LA PRIVATISATION ... UN PRÉTEXTE À L'ABSENCE DE CHANGEMENTS ?	39
RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43
LISTE DES MEMBRES DE LA TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES	46

Résumé

À la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB), nous sommes très inquiets. Nous sommes inquiets bien sûr face à l'avenir de notre système de santé et de services sociaux. Nous le sommes ensuite en ce qui a trait à la place et au rôle que le gouvernement semble vouloir réserver aux organismes communautaires. Nous en avons surtout assez de voir le gouvernement faire la sourde oreille non seulement à nos mises en garde, mais également à celles de la Coalition Solidarité Santé, de la Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux, du Conseil du statut de la femme, du Conseil de la santé et du bien-être, etc. Il est très inquiétant et questionnant de constater que les recommandations formulées par ces différentes entités ne sont pas entendues à Québec.

Par ailleurs, à l'instar de beaucoup d'autres groupes au Québec, nous avons des doutes sur le mandat confié à la Commission Clair. S'agit-il vraiment d'une consultation visant à prendre le pouls de la population sur l'avenir du système de santé et de services sociaux ou seulement d'une mise en scène visant à faire valider des choix qui ont déjà été faits ?

En dépit de nos réserves et de nos inquiétudes, nous avons décidé de nous prêter au jeu de cette consultation. Le présent mémoire porte donc sur l'état du réseau de la santé et des services sociaux. **Il vise plus particulièrement à réitérer les positions de la TRPOCB face aux orientations actuelles du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais aussi à présenter des options alternatives à celles qui, de toute évidence, semblent être privilégiées par le gouvernement.**

Notre mémoire comprend deux chapitres. Dans un premier temps, nous voudrions insister sur la pertinence de l'action des organismes communautaires **en illustrant plus particulièrement en quoi l'approche globale qui caractérise l'action des organismes communautaires peut avoir un impact sur les déterminants sociaux de la santé.** Au Québec, notre système est encore très fortement axé sur une approche épidémiologique de la santé et sur la « médicalisation » de certains problèmes sociaux. Pourtant, s'il y a une orientation que devrait privilégier le ministère de la santé et des services sociaux, c'est bien de se préoccuper davantage des déterminants sociaux de la santé.

Depuis une quinzaine d'années, les décisions gouvernementales ont pour effet de vider de son sens les grands principes sur lesquels s'est édifié notre système. Pour d'aucuns, le réseau de la santé et de services sociaux se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins ; un sérieux coup de barre doit être donné. Le Québec n'aurait plus le choix et se doit de revoir les prémisses même de son système de santé et de services sociaux, quitte à faire une plus grande place encore au secteur privé. Si la plupart des observateurs s'entendent pour dire que le système est aux prises avec de sérieux problèmes, les divergences sont nombreuses quant aux réformes à apporter. **À la TRPOCB, nous croyons qu'une transformation en profondeur est nécessaire mais nous ne croyons pas qu'une plus grande privatisation soit une réponse appropriée.**

Souvent réduite à sa seule dimension économique, la question de l'avenir du système de santé et de services sociaux recouvre de multiples dimensions. Son fonctionnement repose en effet sur des choix politiques, idéologiques, bureaucratiques et corporatistes. Les débats auxquels nous convie la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux ne devraient donc pas se borner à la question de leur financement ou de leur organisation. C'est ce qu'illustre le deuxième chapitre.

INTRODUCTION

PRÉSENTATION DE LA TABLE

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) en santé et services sociaux constitue une large coalition formée d'une trentaine de regroupements d'organismes communautaires et bénévoles¹ actifs à la grandeur du Québec. Chacune de ces organisations coordonne et représente un nombre variable d'organismes de base, lesquels ont été mis sur pied autour d'une problématique sociale ou parce que s'intéressant à un secteur d'activité particulier relié au domaine de la santé et des services sociaux. Bien que réunissant des personnes de tous les âges et de toutes les cultures, ces derniers ont surtout en commun de rejoindre des personnes démunies, souvent discriminées et marginalisées en raison de leur sexe, de leur statut social ou des problèmes dont elles souffrent.

La TRPOCB fonctionne depuis 1991. A titre de structure plus ou moins formelle, la Table a pris forme dans le contexte des débats et des discussions qui ont entouré la réforme du système de santé et des services sociaux au milieu des années 1980. La mise sur pied de la Commission Rochon avait alors donné le coup d'envoi à un long processus de consultation qui, à terme, devait se traduire par une réforme en profondeur du réseau de la santé et des services sociaux. À cette époque, les travaux de la Commission ont suscité une importante mobilisation dans le milieu des organismes communautaires autonomes² ; ces derniers sont d'ailleurs à l'origine d'environ la moitié des mémoires qui y ont été présentés. Au fil des années, le milieu communautaire s'est doté de nombreuses structures d'action, de concertation et de représentation. La TRPOCB joue ce rôle pour les regroupements œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux.

¹ Pour les fins du présent document, l'expression « organisme communautaire » désigne à la fois les organismes communautaires et les organismes bénévoles. Certes, il se fait du bénévolat dans les organismes communautaires et l'on compte des personnes salariées dans les organismes bénévoles. Même si ces deux types d'organismes sont issus de la communauté, une distinction importante est à faire. Les activités offertes dans les organismes bénévoles sont généralement encadrées par des bénévoles alors que celles qui se déroulent dans les organismes communautaires le sont par du personnel salarié.

² Il est à noter que les membres de la TRPOCB se reconnaissent dans les différentes caractéristiques de l'action communautaire autonome telles qu'elles ont été définies en 1996 et en 1998 par un large mouvement d'organismes soucieux de distinguer leurs pratiques de celles du réseau public. Dans le présent texte, l'expression « organisme communautaire » est donc, sauf indication contraire, synonyme « d'organisme communautaire autonome ».

OBJECTIF DE CE MÉMOIRE

À la TRPOCB, nous sommes très inquiets. Nous sommes inquiets bien sûr face à l'avenir de notre système de santé et de services sociaux. Nous le sommes ensuite en ce qui a trait à la place et au rôle que le gouvernement semble vouloir réserver aux organismes communautaires. Nous en avons surtout assez de voir le gouvernement faire la sourde oreille non seulement à nos mises en garde, mais également à celles de la Coalition Solidarité Santé, de la Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux, du Conseil du statut de la femme, du Conseil de la santé et du bien-être, etc. Il est très inquiétant et questionnant de constater que les recommandations formulées par ces différentes entités ne sont pas entendues à Québec. **Comment faut-il le dire ? Comment faut-il l'exprimer pour être entendu, et surtout être compris ! Une fois de plus, nous nous prêtons à cet exercice parce que nous croyons à l'importance de la question.**

Le présent mémoire porte donc sur l'état du réseau de la santé et des services sociaux. Il vise plus particulièrement à réitérer les positions de la TRPOCB - non sans les avoir revues et mises à jour - face aux orientations actuelles du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais aussi à présenter des options alternatives à celles qui, de toute évidence, semblent être privilégiées par le gouvernement.

Les dés sont-ils pipés ?

La démarche à laquelle nous convient le gouvernement et la Commission Clair s'avère pour le moins paradoxale. Parlant de cette consultation, la ministre Marois déclarait récemment aux médias que « tout est sur la table » (*Le Devoir*, 12 avril 2000). Pourtant, les pistes de solutions élaborées pour lancer les débats partent d'un diagnostic qui ne peut faire l'objet d'aucune discussion (les revenus de l'État sont insuffisants pour les besoins du réseau). Conséquemment, les « solutions » envisagées vont, pour l'essentiel, dans une seule direction : le démantèlement progressif des grands principes de notre système (accessibilité, gratuité et universalité).

À la TRPOCB donc, comme à l'instar de beaucoup d'autres groupes au Québec, nous nous demandons s'il s'agit vraiment d'une consultation ou plutôt d'une mise en scène visant seulement à faire valider des choix qui ont déjà été faits. Depuis les sommets de 1996 jusqu'au récent Sommet sur

la jeunesse, le gouvernement semble en effet prendre un malin plaisir à ce genre d'exercice. Depuis lors, les spécialistes en communication et en gadgets électroniques jubilent ! Il est ainsi pour le moins inquiétant de voir que les sondages internet³ tiennent désormais lieu de débat de fond : « Cochez oui, cochez non, mais c'est nous qui décidons des questions importantes à débattre ». Bel exemple de démocratie biaisée !

N'en déplaise donc aux organisateurs de la consultation pour qui « la seule énumération de problèmes connus ou la réaffirmation de positions traditionnelles (...) présentent moins d'intérêt » que la « recherche de solutions aux défis financiers et organisationnels »⁴ du réseau, nous n'avons pas le choix et nous entendons bien défendre ici des solutions et des positions qui y ont déjà été mises de l'avant (TRPOCB, 1992, 1993, 1996). **Il est d'ailleurs à noter que ces pistes n'ont jamais été sérieusement explorées, souvent en dépit de recommandations allant en ce sens et formulées par des experts retenus et mandatés par le gouvernement lui-même⁵.**

Une consultation qui « n'arrime » à rien !

Dans la documentation distribuée en prévision des audiences de la Commission Clair, on parle notamment de l'importance « d'obtenir une meilleure complémentarité du secteur privé (les particuliers, le secteur communautaire et les entreprises) **dans la production des services publics⁶** ». Pour le gouvernement, il s'agirait là d'une piste d'action intéressante, reprenant ici les conclusions du Rapport Arpin (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999) où l'on insistait notamment sur l'importance de mieux coordonner les services offerts par le réseau public et les organismes communautaires.

Or, pendant qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux on s'acharne à trouver la meilleure façon de coordonner le travail des organismes communautaires, le ministère de la Solidarité

³ Voir le site internet de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux : <http://www.cessss.gouv.qc.ca>.

⁴ Lettre d'invitation du président de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.

⁵ La réalisation de ce mémoire fait suite à une recherche approfondie touchant l'évolution du système de santé et de services sociaux au Québec (TRPOCB, 2000b). On y constate que plusieurs recommandations du Conseil de la santé et du bien-être ou encore de la Commission Rochon sont restées lettre morte.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000a : 10).

sociale, lui, déposait une proposition de politique dans laquelle le gouvernement s'engagerait notamment à respecter « l'autonomie des organismes à déterminer leur mission, leurs orientations, leurs modes et approches d'intervention et leurs modes de gestion ». On leur reconnaît même un rôle de transformation sociale. Pendant donc que la Commission Clair se penche sur la meilleure façon « d'utiliser » l'action communautaire, une autre consultation se penche sur le rôle du milieu communautaire « comme acteur essentiel au développement du Québec »⁷. Complémentarité obligée ou autonomie ? Simple sous-traitant ou acteur à part entière ? C'est à se demander s'il n'y aurait pas un problème d'arrimage entre ministères ...

En ce qui a trait au rôle des organismes communautaires dans le réseau de la santé et des services sociaux, nos représentants et représentantes l'ont répété à maintes reprises, les organismes communautaires ne travaillent pas en complémentarité du réseau (TRPOCB, 2000a). Certes, ils ne travaillent pas en vase clos ; il ne saurait être question toutefois de devenir un complément obligé du réseau public, rôle que semblent vouloir nous assigner les auteurs du Rapport Arpin, les Régies régionales, et maintenant la Commission Clair.

À la TRPOCB, nous nous opposons depuis longtemps à toute forme de partenariat s'inscrivant strictement dans une logique de production de services ou visant à « améliorer l'efficacité » ou la « performance » du réseau. Faut-il le rappeler, on parle ici d'êtres humains, de santé et de services sociaux, et non d'une chaîne de montage⁸ ! Les groupes communautaires sont ouverts à des collaborations, en autant que la partie gouvernementale respecte l'approche globale, éducative et démocratique qu'ils préconisent. Il va de soi, pour nous, que le type de complémentarité suggérée dans la documentation entourant la présente consultation demeure irrecevable. Il va de soi également qu'en nous associant au secteur privé, il y a une méconnaissance réelle de ce que sont, et de ce que font les organismes communautaires.

⁷ Consultation organisée au sujet de la proposition de politique « Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec ».

⁸ « " Il n'y a pas une entreprise dans le commerce qui peut fonctionner sans savoir combien ça lui coûte pour produire ses services. Pourtant pas un hôpital au Québec ne connaît vraiment son coût de revient par patient" commente René Carignan directeur des finances au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) », *Le Devoir*, 30 avril 2000.

Comme nous l'expliquions encore récemment (TRPOCB, 2000a), ce que nous demandons, ce sont des modalités concrètes pour un partenariat librement consenti avec le réseau public et non pas la complémentarité obligée, l'arrimage forcé à des priorités gouvernementales. Les organismes communautaires refusent de devenir de simples distributeurs de services. Il ne s'agit pas ici de défendre une position corporative. Bien au contraire ! L'action communautaire autonome, telle que nous l'envisageons, s'avère d'une très grande pertinence : par leur travail, nos organismes apportent une contribution importante au mieux-être de la population. Leurs actions ont d'ailleurs une portée directe sur plusieurs déterminants sociaux de la santé. Par ailleurs, la critique du mode de fonctionnement du réseau et la défense des droits de la population font généralement partie des rôles que se donnent les organismes communautaires. Si le gouvernement souhaite vraiment être à l'écoute des besoins de la population, il doit respecter cet aspect du travail de nos organismes - et même le soutenir - et ne pas chercher à le transformer ou à le diluer sous prétexte de vouloir améliorer la « performance » du réseau.

Structure du mémoire

Ce mémoire comporte deux chapitres. Dans un premier temps, nous voudrions, une fois de plus, insister sur la pertinence de l'action des organismes communautaires en illustrant plus particulièrement en quoi l'approche globale qui caractérise l'action des organismes communautaires peut avoir un impact sur les déterminants sociaux de la santé. Au Québec, notre système est encore très fortement axé sur une approche épidémiologique de la santé ainsi que sur la « médicalisation » des problèmes sociaux et des cycles de vie. Pourtant, s'il y a une orientation que devrait privilégier le ministère de la santé et des services sociaux, c'est bien de se préoccuper davantage des déterminants sociaux de la santé.

Depuis une quinzaine d'années, les décisions gouvernementales ont pour effet de vider de son sens les grands principes sur lesquels s'est édifié notre système. Pour d'aucuns, le réseau de la santé et des services sociaux se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins ; un sérieux coup de barre doit être donné. Le Québec n'aurait plus le choix et se doit de revoir les prémisses même de son système de santé et de services sociaux, quitte à faire une plus grande place encore au secteur privé. C'est le message que véhicule le rapport Arpin. Or, si la plupart des observateurs s'entendent pour dire que le système est aux prises avec de sérieux problèmes, les divergences sont nombreuses quant aux réformes

à apporter. **À la TRPOCB, nous croyons qu'une transformation en profondeur est nécessaire, mais nous ne croyons pas qu'une plus grande privatisation soit une réponse appropriée.**

Souvent réduite à sa seule dimension économique, la question de l'avenir du système de santé et de services sociaux recouvre de multiples dimensions. Son fonctionnement repose en effet sur des choix politiques, idéologiques, bureaucratiques et corporatistes. Les débats auxquels nous convie la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux ne devraient donc pas se borner à la question de leur financement ou de leur organisation. C'est ce qu'illustre le second chapitre.

1. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le système québécois de la santé et des services sociaux a été, pour l'essentiel, modelé au cours des années 1960 et 1970. Les réformes qui sont alors entreprises sont majeures. Jusque-là considérés comme l'affaire des individus et des familles, les soins de santé seront désormais considérés comme une responsabilité publique et collective. Au Québec, ce processus s'accompagne d'une laïcisation des institutions de santé et des affaires sociales. Différentes lois sont votées au cours de cette période **afin de rendre les soins de santé accessibles à l'ensemble de la population**. Dans la foulée de la loi fédérale sur les soins médicaux (1966), le Québec crée la Commission Castonguay-Nepveu qui reçoit le mandat d'effectuer un vaste travail d'investigation, de réflexion et d'analyse autour du système québécois de santé et de services sociaux.

Quelques années plus tard le gouvernement québécois procède à l'implantation d'un régime d'assurance-maladie (1970) et à la création de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Ce mouvement de réforme débouche en outre sur une révision en profondeur du cadre législatif⁹. Inévitablement, les structures du système de santé sont revues et le réseau des établissements de santé et de services sociaux connaît une extension rapide (Leseman, 1981).

Ces transformations se trouvent à faire écho aux revendications des syndicats, du mouvement communautaire et de la population en général. Cette époque se caractérise en effet par une très grande mobilisation populaire : différentes associations et groupes communautaires se forment afin de pallier les lacunes et les déficiences du réseau public. Voient ainsi le jour, différentes cliniques médicales populaires, cliniques juridiques, des groupes de femmes, des garderies, des coopératives d'alimentation, etc. Déjà à cette époque, on dénonce l'approche privilégiée par le réseau, laquelle mène à une sectorisation des problèmes et à une catégorisation des personnes autour de problématiques (Lamoureux, 1988).

Reconnaissant enfin la pertinence de modèles visant à contrer à la source les problèmes sociaux et de santé, en privilégiant donc une approche préventive plutôt que curative, le gouvernement québécois annonce bientôt la mise en place d'un réseau de CLSC et de départements de santé

communautaire. Par là, on souhaite décentraliser les services, tout en développant des programmes de prévention et en favorisant une plus grande participation des usagers et des usagères. En dépit de ces intentions, le réseau des CLSC n'arrivera jamais à pleinement jouer son rôle :

(...) les CLSC apparaissent (...) afin d'offrir des services de premiers recours, des services en milieu scolaire, des soins à domicile et des actions communautaires en plus de promouvoir la santé au travail, l'hygiène maternelle et infantile, la planification des naissances et la bonne alimentation. (...) La Réforme n'apporte toutefois pas les résultats anticipés. Ce plan cartésien qui consiste à attaquer les besoins par une approche nouvelle est alors encadré par une nouvelle génération de professionnels et technocrates qui, pour assurer le maintien de la trajectoire d'une entreprise de cette envergure, pousse la centralisation plus avant. Peu à peu, on s'éloigne ainsi d'un des objectifs centraux de la réforme, à savoir favoriser la prise en charge et conduire à des stratégies de prévention¹⁰ (Doucet et Favreau, 1992 : 50).

Au total, cette période se caractérise donc par la mise en place de plusieurs structures et programmes visant à rendre plus accessibles les soins de santé. En dépit du vent de réforme qui souffle alors, **les médecins - qui craignent la « socialisation » de leur profession - s'opposent avec force aux changements**¹¹ et réussissent à maintenir leurs privilèges (rémunération à l'acte, pouvoirs importants de contrôle par leur corporation, etc.). Il s'ensuit très rapidement une « hausse vertigineuse » des dépenses en santé (Linteau et al, 1989 : 644).

Près de trente ans plus tard, en dépit des progrès significatifs accomplis en matière d'accessibilité des soins médicaux et hospitaliers, la population se trouve encore et toujours devant un système qui est trop centré sur l'hôpital, l'institutionnel et le curatif, entre autres parce que les services de première ligne, les CLSC, ne sont jamais arrivés à jouer leur rôle. Par ailleurs, si le modèle de développement mis de l'avant depuis une vingtaine d'années permet un accroissement du rythme de la croissance économique, il n'en demeure pas moins que des inégalités perdurent et s'accroissent même. D'où l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

⁹ La Loi sur les services de santé et les services sociaux est sanctionnée le 24 décembre 1971.

¹⁰ Doucet et Favreau, 1992 : 50. C'est nous qui soulignons.

¹¹ Évoquant les problèmes des CLSC, Robert Dean (ex-ministre de l'Emploi et de la Concertation sous le gouvernement de René Lévesque, 1981-1985) n'hésite d'ailleurs pas à dénoncer l'attitude de la Fédération des médecins omnipraticiens qui, depuis 28 ans, « déploie tous les moyens pour les empêcher de fournir des services médicaux courants et le traitement des urgences mineures prévues à leur mission ». Robert Dean (2000 : 5).

1.1 LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Le mouvement communautaire autonome, à l'instar d'autres groupes sociaux, a toujours affirmé la nécessité d'un système de santé public, gratuit, universel et accessible (TRPOCB, 1992). Un tel système favorise le droit à l'égalité entre les individus, et c'est ce qui est fondamental, mais il est aussi garant d'un meilleur contrôle des coûts et de la qualité des soins (Conseil de la santé et du bien-être 1995).

Nous demandons le maintien d'un système de santé et de services sociaux public, gratuit, accessible et universel. Toute orientation pouvant altérer ces grands principes devrait être écartée.

Par ailleurs, il y a une différence très grande entre un système principalement axé sur la prestation de soins et de traitements, et un autre davantage **tourné vers la promotion et la prévention de santé et du bien-être de la population**. Dans un tel système, une attention particulière est portée aux déterminants sociaux de la santé. Le sexe, l'âge, l'ethnie, le fait de naître ou de vivre avec un handicap, les ressources psychologiques personnelles, l'orientation sexuelle, les milieux de vie (famille, école, travail), le revenu, l'emploi, les réseaux de soutien, la culture, le logement, les habitudes de vie et l'organisation du système de santé et de services constituent les principaux déterminants de la santé (Coalition féministe, 1998).

Les déterminants de la santé sont donc liés à l'environnement social, économique et culturel des individus (TRPOCB, 1993). **Un État qui adopte une politique de santé et de bien-être devrait également pouvoir garantir à ses citoyens un travail, un revenu et un logement décents, bref, des conditions de vie favorisant une plus grande maîtrise du présent et de l'avenir** : « On devrait se rendre compte que, dans certains cas, investir dans l'emploi serait plus rentable que d'acheter un scanner » (Marc Renaud, 1991).

À la TRPOCB, nous invitons le gouvernement à investir davantage dans les services de prévention et en matière de politiques sociales et économiques ayant une incidence directe sur les déterminants sociaux de la santé.

En fait, de plus en plus d'études soulignent les limites de l'appareil médico-hospitalier à l'amélioration de la santé (Renaud, 1990). Même si la médecine est plus efficace au Québec, même si l'accès aux soins est beaucoup plus égalitaire qu'il y a 30 ans, les inégalités sociales perdurent et s'accroissent : les plus pauvres continuent d'être plus malades et de mourir plus jeunes que les mieux nantis, même s'ils consomment davantage de services médicaux. C'est qu'il existe une **forte corrélation** entre le degré d'équité dans la distribution du PNB et l'état de santé des populations (Institut canadien de recherches avancées, 1991 : 6). D'ailleurs, l'espérance de vie est plus grande dans les pays où les écarts de revenus sont les moins grands (Bélanger, 1997 : 2).

Les chercheurs sont d'ailleurs de plus en plus nombreux à l'admettre : il existe une relation très étroite entre le niveau de santé des personnes et les inégalités socio-économiques. En cette matière toutefois, l'accès (en termes économiques) aux soins de santé ne constitue pas le seul facteur pouvant jouer. D'autres éléments, comme le capital social, interviennent pour médiatiser la relation. Autrement dit, « les inégalités socio-économiques influencent le niveau de capital social auquel une personne a accès et ce niveau de capital social à son tour influence le niveau de santé » (Bélanger, 1997 : 3).

Le concept de « capital social » recouvre plusieurs éléments : une estime de soi positive, le sentiment de pouvoir exercer un contrôle sur son environnement, la capacité de pouvoir « retomber sur ses pieds » en cas de coups durs (qu'on appelle également « capacité de résilience »), la richesse du tissu social (le réseau des connaissances), le degré de confiance que les personnes d'une communauté ont les unes dans les autres, etc. Tous ces éléments jouent sur la capacité des individus à réagir aux problèmes auxquels ils sont confrontés.

Or, ce n'est donc pas en investissant dans le curatif ou la construction d'hôpitaux qu'un gouvernement peut améliorer le niveau de capital social. Certaines études montrent qu'un niveau de capital social élevé va généralement de pair avec une société ou une communauté où les relations entre individus sont davantage horizontales et démocratiques que hiérarchiques et autoritaires. **En matière de capital social des individus, les activités qu'organisent les organismes communautaires ont certainement plus d'impact que ne le pensent les gestionnaires du ministère de la Santé et des Services sociaux.**

1.2 L'APPORT PARTICULIER DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le travail des organismes communautaires participe d'une volonté d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Par leurs actions, ces derniers visent à instaurer une société plus juste, plus égalitaire et contribuent dès lors au mieux-être de la population.

Qu'est-ce qu'un organisme communautaire en santé et services sociaux?

L'autonomie constitue l'un des principes fondamentaux caractérisant l'action des organismes communautaires. Toile de fond sur laquelle se tissent les autres caractéristiques, cette autonomie leur donne une **liberté d'orientation** qui leur permet non seulement de décider des actions à entreprendre dans la communauté, mais aussi de déterminer librement leurs règles et leurs normes de régie interne. Un organisme doit être à même de décider d'agir ou non sur une problématique qu'il identifie et de le faire de la façon et avec les moyens qu'il juge pertinents. En cette matière, l'organisme est avant tout redevable devant la communauté ou devant ses membres.

L'action de ces organismes s'inscrit dans une perspective d'accompagnement, de soutien, de sensibilisation et de transformation sociale. Ils travaillent à l'avènement d'une société juste, équitable, égalitaire et démocratique ; une société exempte de pauvreté, d'exclusion, de discrimination sous toutes ses formes, de violence, d'illogismes technocratiques et d'abus de pouvoir.

Les organismes communautaires naissent de l'identification des besoins par une communauté ou à partir d'un vécu commun ou d'une identité spécifique. Ils sont **enracinés dans la communauté**. Par là, nous voulons dire qu'il ne s'agit pas seulement d'être ou d'agir dans une communauté : encore faut-il comprendre les forces en jeu, les obstacles, l'histoire de la communauté pour pouvoir mener une action en lien avec les besoins de ses membres, avec ses membres (TRPOCB et Coalition des tables régionales d'organismes communautaires, 1997).

Privilegiés, ces organismes le sont en ce sens qu'ils sont impliqués dans leur milieu et en interaction étroite avec différents acteurs sociaux (autres organismes communautaires, CLSC, postes de polices, écoles). Une telle situation leur permet d'avoir une connaissance à la fois profonde et large

d'une question et donc de réagir et de s'adapter rapidement aux besoins changeants des personnes et de la communauté. De ce fait, les services et les activités qu'ils développent sont adaptés et originaux. Qui plus est, la **vision du service** dans les organismes communautaires est particulière. Elle se concrétise dans l'éducation, la prévention, l'information, la conscientisation, la participation, la responsabilisation et la mobilisation de la communauté dont ils sont issus. De telles actions jouent un rôle sur plusieurs dimensions de la vie de la personne. La recherche d'alternatives et de solutions novatrices est partie intégrante d'une telle approche.

Dans l'ensemble de leurs pratiques, les organismes communautaires s'appliquent à véhiculer une conception des rapports entre intervenant/es et participant/es axée sur un principe de collaboration. Cela signifie des rapports plus égalitaires où l'un n'est pas considéré comme détenteur du savoir et l'autre comme le récepteur passif de ce savoir. Tous deux se responsabilisent dans la démarche suivie. Cette manière de penser la relation est fondamentale pour **que le participant ou la participante se sente engagé/e dans la recherche de solution à son problème.**

Les organismes communautaires ont donc un rôle et des pratiques qui les distinguent des établissements du réseau public. Leur travail en est un de conscientisation et de mobilisation visant à outiller la population et à mettre en place, dans la communauté, des solutions aux problèmes rencontrés. Ce travail se fait avec les personnes impliquées en respectant le rythme et la culture de chacun, et vise le mieux être individuel et collectif. Les solutions peuvent prendre la forme d'une action de services directs, de moyens de pression, d'un travail de promotion, de défense des droits, d'entraide ou encore de la mise sur pied de ressources d'hébergement ou d'interventions alternatives. Quel que soit le mode d'intervention choisi, cette action s'inscrit dans une perspective de réappropriation individuelle et collective du pouvoir des personnes sur leur vie.

Les Regroupements

Afin de les aider à aller plus loin dans leur travail auprès des populations, bon nombre d'organismes de base se sont doté d'une structure de concertation provinciale. Le travail des regroupements se déploie sur plusieurs fronts.

En plus d'intervenir sur le plan du soutien et du développement de leurs membres, de même que sur celui de l'information et de la formation, les regroupements provinciaux jouent un rôle essentiel quant à la mise à jour de nouvelles problématiques sociales. Ils peuvent le faire grâce à l'expertise qu'ils ont développé au fil des ans, que soit par la recherche ou simplement par l'action de leurs membres sur le terrain. Par les analyses qu'ils ont développées et qu'ils ont su faire valoir par leurs représentations auprès de diverses instances consultatives, les regroupements provinciaux s'impliquent également en matière d'élaboration des politiques gouvernementales.

Au total, les regroupements interviennent dans une multitude de champs d'activité et de facettes de la vie collective. Par exemple, certains d'entre eux sont préoccupés par une approche globale et féministe des problèmes vécus par les femmes, qu'il s'agisse de santé, de la question de la violence et plus globalement des problèmes liés à l'autonomie des femmes. D'autres ont des actions davantage orientées vers le développement de nouvelles pratiques et de nouveaux modes d'intervention qui se situent en alternative aux services offerts par le réseau public. D'autres encore s'investissent dans la défense de droits ...

Cette diversité du mouvement communautaire et bénévole constitue à n'en point douter une des grandes richesses de la société québécoise. Elle permet l'expression de points de vue multiples, sur des problèmes sociaux multiples. À ce titre, les regroupements provinciaux représentent des lieux privilégiés d'exercice de la citoyenneté dans un contexte inquiétant de déficit démocratique.

L'approche globale de la santé et du bien-être : le dénominateur commun

Autre caractéristique qui distingue les organismes communautaires du réseau public, l'approche sur laquelle se base leur action est globale. Dans leurs interventions, ils considèrent d'abord la personne comme un citoyen ou une citoyenne à part entière, un individu donc **qui a la capacité d'identifier ses besoins, de reprendre du pouvoir sur sa vie et dont les conditions de vie sont prises en compte dans la recherche de solutions**. C'est donc la personne qui est l'objet de toute l'attention et non pas les problèmes qu'elle vit. Cette approche traverse toute la pratique des organismes communautaires. Pour le milieu communautaire, il va de soi que « les contextes économique, politique, social et culturel dans lesquels vivent ou ont vécu les individus constituent des déterminants majeurs de leur état de

santé et de bien-être et influent sur la capacité à exercer du pouvoir sur leur vie » (TRPOCB et RIOCM, 1996:7).

Le fait de pouvoir **exercer du pouvoir sur sa vie** constitue une notion centrale dans l'approche des organismes communautaires. Les personnes qui fréquentent ces organismes sont souvent victimes de discrimination ou d'exclusion. À ce titre, elles rencontrent des obstacles dans l'affirmation de leur place en tant que citoyen ou citoyenne « à part entière ».

Le milieu communautaire considère fondamental d'agir sur les déterminants de la santé parce qu'ils sont en quelque sorte la source, parfois la conséquence, des problèmes vécus autant par les individus qu'au sein d'une communauté. Les organismes communautaires sont confrontés presque tous les jours à une telle dynamique. Par exemple, il arrive fréquemment qu'une femme vivant sous le contrôle de son conjoint se présente chez le médecin pour des problèmes de fatigue, d'insomnie ou de dépression. Si le médecin s'intéresse seulement aux symptômes et ne dépiste pas que cette dernière est victime de violence conjugale, il lui prescrira des médicaments. Les émotions de cette dernière seront ainsi engourdies par quelque tranquillisant, ce qui n'empêchera pas la violence du conjoint de poursuivre ses ravages. En effet, des études ont montré que les femmes violentées sont cinq fois plus nombreuses à développer des problèmes psychologiques sévères ; elles présentent aussi plus de problèmes chroniques de santé physique (Chenard, Cadrin et Loïselle, 1990). Il en va de même pour leurs enfants, lesquels auraient trois fois plus d'accidents avec blessures graves (Dupuis, 1985). En médicalisant la situation de ces femmes, au lieu de dépister la violence, on ne règle en rien le problème de ces familles. Au contraire, on laisse perdurer une situation qui aura des conséquences graves chez les enfants, qui, s'ils ne sont pas aidés, risquent de reproduire le même type de relations amoureuses une fois devenus adultes. Coût de l'opération : des milliers de dollars en services sociaux et de santé, et surtout plusieurs vies gâchées...

En d'autres occasions, cette dynamique se manifeste sous la forme d'un jeune qui abandonne très tôt l'école, soit pour des raisons familiales, soit pour des motifs économiques (ou souvent les deux). Pour ce jeune, la drogue se révèle souvent comme un moyen de libération et d'évasion. Trop souvent, elle signifie aussi prostitution, violence et incarcération. Préoccupés dans leurs savants calculs

de ratios et de coût/bénéfice de tel ou tel service, est-ce que les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux sont en mesure de réaliser tout le gâchis et les coûts sociaux d'une telle aventure ?

Que faire face à de telles situations ? **À la TRPOCB, nous croyons qu'en redonnant du pouvoir aux personnes, nous leur offrons du même coup la capacité d'agir sur les déterminants de la santé.** Dans les organismes communautaires, cela commence bien souvent par de l'écoute, de l'information et de l'accompagnement. Bien que similaire d'un groupe à l'autre, l'approche globale que valorise les groupes communautaires est teintée des particularités et des besoins des personnes qui les fréquentent (femmes, jeunes, personnes vivant un problème de santé mentale, etc.). En raison de ses particularités, l'approche que valorisent les organismes communautaires s'oppose bien sûr à la fragmentation, à la sur-spécialisation et au découpage de la réalité des personnes en mille et une problématiques isolées les unes des autres. Elle est également respectueuse de ce que les personnes perçoivent individuellement et collectivement de leur situation et de leurs expériences. Il s'ensuit un plus grand respect du rythme et des capacités des personnes quant à la recherche de solutions, qu'elles soient individuelles ou collectives.

À la TRPOCB, nous demandons au gouvernement d'investir en amont, c'est-à-dire sur les déterminants sociaux de la santé. Une telle orientation exige toutefois un débat de société plus large que celui auquel nous convie la Commission Clair, un débat donc où la question de la répartition équitable des richesses serait à l'ordre du jour.

De plus, nous croyons que l'approche globale de la personne et des problématiques auxquelles elles sont confrontées aurait sa place dans les établissements du réseau public. Sans demander à ces derniers de faire de la transformation sociale, leurs interventions pourraient davantage miser sur une approche globale de la santé.

Enfin, les organismes communautaires et leurs regroupements doivent recevoir un financement leur permettant de pleinement réaliser leur mission.

2. LES ENJEUX DE LA PRIVATISATION

Depuis quelques mois, rares sont les semaines où l'avenir du système de santé ne fait pas la une des journaux. Les médias ont par exemple fait largement état de la mise en chantier (en banlieue de Montréal) d'un « mégacentre privé de santé », des projets d'hôpitaux privés ou d'établissements publics visant à dispenser, contre rémunération, des services chirurgicaux à des étrangers, de l'initiative de l'Institut de polychirurgie qui effectue des chirurgies ambulatoires moyennant une facture de 300 \$ en frais administratifs (*La Presse*, 29 avril 2000), etc. À cela s'ajoutent la publicité de certains professionnels pour des services non couverts (telles les chirurgies visuelles au laser) ou de compagnies d'assurance pour qui la santé ou les services à domicile constituent à n'en pas douter un lucratif marché à conquérir.

Pour le Groupe de travail chargé d'étudier la question de la « complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999), de telles manifestations sont trompeuses et ont essentiellement pour effet d'inquiéter inutilement la population. Pour d'autres cependant, **ces phénomènes témoignent avant tout de l'importance grandissante de la privatisation des soins**. C'est également ce que nous croyons.

En dépit du Rapport de la Commission Arpin, la place des investissements privés dans le système de santé et de services sociaux risque de faire couler encore beaucoup d'encre. Selon ce rapport, l'augmentation des coûts de la technologie et des médicaments, combinée au vieillissement de la population¹², nécessitent un accroissement annuel d'au moins 3,5 % des dépenses publiques en santé. Avec une croissance du produit intérieur brut (PIB) gravitant autour de 2,5 %, le Québec ne pourrait suivre une telle cadence. D'importantes réformes sont donc à envisager, quitte à faire une place de plus en plus grande à la privatisation de certains services et soins.

¹² La question du vieillissement de la population fait l'objet de différentes interprétations. Elle sert souvent « d'argument » aux partisans d'une plus grande privatisation : avec le vieillissement de la population, la demande pour les soins de santé va augmenter à un rythme effréné. Certains chercheurs croient toutefois qu'on exagère la portée de ce phénomène, d'autant que la génération des baby-boomers serait en meilleure santé que la génération précédente. Voir : « Le vieillissement : une menace montée en épingle ? », *Le Devoir*, 29/30 avril 2000.

Le présent chapitre porte donc sur la privatisation des soins et des services. S'agit-il, comme on semble vouloir nous le faire croire, d'un phénomène inévitable ? La situation n'est peut-être pas aussi inéluctable que ne le laissent entendre les auteurs du Rapport Arpin. D'ailleurs, quel était le mandat réel confié à M. Arpin ? **Comme d'autres, nous nous demandons si la commande n'était pas de « faire avancer la cause de la privatisation de notre système de santé » (Larochelle, 1999). Ce groupe de travail aurait ainsi préparé le terrain à la présente consultation.**

À la manière de ce qui s'est produit autour de la stratégie dite du « déficit zéro », tout se passe comme si l'on voulait d'abord convaincre la population qu'il n'y a pas d'autres orientations possibles et que l'avenir même de notre système public de santé et de services sociaux nécessite une plus grande ouverture au privé. En d'autres mots, tout se passe comme si l'on voulait persuader la population que les finances de l'État ne permettraient plus au gouvernement de subvenir aux besoins croissants du système (le débordement des urgences et les listes d'attente en témoignent) tant et si bien qu'il faut trouver d'autres sources de financement. Tel serait le prix à payer pour préserver un système de qualité et assurer des soins à tous¹³. Tous ceux et toutes celles qui prétendent le contraire ne seraient que des « dinosaures » ou des nostalgiques d'une autre époque¹⁴. À l'instar des autres membres de la Coalition Solidarité Santé, nous ne partageons pas ce point de vue.

Avant d'aborder les pistes de « débats » que nous propose la Commission Clair, arrêtons-nous un instant sur l'analyse développée dans le rapport Arpin. Nous examinerons ensuite l'importance de l'effort budgétaire du gouvernement québécois en matière de santé et de services sociaux afin de voir s'il est vrai que l'État ne peut plus se permettre d'y injecter davantage d'argent.

2.1 UN SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MOINS EN MOINS PUBLIC

Comme le mentionnent les auteurs du Rapport Arpin, il est important de s'entendre sur ce que peut recouvrir l'expression « privatisation du système ». En dépit de l'existence d'arrangements entre le « public et le privé¹⁵ », il n'en demeure pas moins que les principes et les finalités du système mis en place dans les années 1970 ont fait en sorte de doter la population d'un système essentiellement public,

¹³ Voir la série d'éditoriaux signés par Alain Dubuc et publiés dans *La Presse* (semaine du 3 juin 2000).

¹⁴ Voir par exemple Lysiane Gagnon, « Système bloqué, sujet tabou » (*La Presse*, 29 avril 2000).

¹⁵ Ainsi, la rémunération des médecins varie selon leur lieu de pratique (en clinique privé ou dans un hôpital).

en ce sens que la plus grande partie des coûts inhérents à son financement est défrayée à même les taxes et impôts recueillis par l'État.

Dans leur effort pour démontrer que notre système « n'a jamais été une entité purement publique », les auteurs du Rapport Arpin glissent très rapidement sur un aspect important de la question. Les compressions budgétaires imposées au réseau dans le cadre de la lutte au déficit ne se sont pas traduites par une diminution du total des dépenses en santé. Bien au contraire. Plutôt que d'être prises en charge par l'État, une partie importante des dépenses a été « privatisée ». En d'autres termes, cela signifie que ces dépenses sont prises en charge par des entreprises, ou tout simplement par des particuliers, ce qui a compromis l'accessibilité aux soins. Que l'on pense, par exemple, aux médicaments, aux soins à domicile ou encore aux examens et tests effectués dans les laboratoires privés plutôt que dans le réseau.

L'importance du financement privé

En 1998, les dépenses privées représentaient 30,9 % de l'ensemble des dépenses en santé¹⁶. Dix ans plus tôt, cette proportion ne s'élevait qu'à 25 %. Il y a plusieurs façons d'interpréter une telle hausse. Pour les auteurs du Rapport Arpin, il ne faut pas conclure trop rapidement à une privatisation progressive du système de santé. Qu'on se le dise, la croissance de la part des dépenses privées tient moins à une augmentation des dépenses privées en santé qu'à une diminution de l'investissement public ! En fait, la situation est encore plus complexe : il y aurait eu un « freinage » (sic) plus marqué de la croissance des dépenses publiques que celle des dépenses privées¹⁷ :

L'augmentation de la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé au cours des années 90 ne résulte donc pas d'une «poussée de croissance» des dépenses privées. Elle résulte plutôt de la conjonction du freinage des dépenses publiques et des dépenses privées de santé à des rythmes différents (Ministère de la santé et des services sociaux, *État détaillé de la situation*, 1999 : 14)

¹⁶ Il est à noter que ces dépenses ne tiennent pas compte de tout l'investissement privé en services sociaux et de santé que peut représenter le travail des bénévoles, parmi lesquels on compte une majorité de femmes.

¹⁷ Entre 1991 et 1998, la croissance des dépenses publiques en santé serait passée de 9,4 à 0,7 % annuellement. La progression des dépenses privées aurait également connu un ralentissement, mais beaucoup moins prononcé (passant de 9,5 à 5 % annuellement).

Poussant un peu plus l'analyse, les auteurs du Rapport Arpin tentent de se faire plus rassurants. Depuis 1989, l'augmentation des dépenses privées ne s'est pas fait sentir dans les catégories de soins et de services financés par les programmes publics mais bien dans celles « relevant surtout de la responsabilité des particuliers, telles que la fréquentation d'établissements autres que les hôpitaux, l'achat de médicaments et la consultation d'autres professionnels que les médecins » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999 : 18). **Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'une telle analyse pêche par de nombreuses omissions.**

Les auteurs du Rapport passent d'abord sous silence le fait qu'une bonne partie de ces dépenses résulte de la **désassurance de certains programmes** (services et soins qui relèvent désormais de la « responsabilité des individus¹⁸ »), **du virage ambulatoire** (les patients sortent plus rapidement des hôpitaux et doivent prendre en charge des frais), de **nouveaux programmes** gouvernementaux (tels que l'assurance-médicaments) ou du **peu d'investissements publics** autour de certains soins (ex. : soins et services à domicile). Ils auraient également pu souligner que le « **rationnement** » de **certains services** (qui se traduit par des listes d'attente) pousse de nombreuses personnes vers les cliniques ou laboratoires privés, augmentant ainsi les dépenses effectuées à l'extérieur des établissements. Ils négligent ensuite de rappeler que ce sont les **médecins, soit l'un des groupes privilégiés du système**, qui déterminent ce qui est « médicalement requis » (au sens de la Loi canadienne de la santé) et qui ont, grâce à une réglementation professionnelle archaïque, le gros bout du bâton pour conserver l'exclusivité d'un champ très lucratif (TRPOCB, 1992). Quiconque souhaite se tourner vers des pratiques alternatives doit dès lors en assumer les coûts. Pas un mot enfin n'est dit au sujet des **impacts (en termes de coûts sociaux)** du virage ambulatoire, notamment pour les femmes (qu'elles soient aidantes-« naturelles » (sic), usagères des services ou travailleuses¹⁹).

À défaut d'insister sur ces aspects, les auteurs du Rapport Arpin s'empressent de noter que l'augmentation des dépenses privées témoigne d'une sorte d'« effet de richesse » et serait donc, d'une certaine manière, « indépendante » des aléas du système de santé :

¹⁸ Ex. : soins dentaires, examens optométriques, médicaments ...

¹⁹ Et pourtant ces impacts sont majeurs. Voir Conseil du statut de la femme (1999) et Coalition féministe (2000).

On peut estimer qu'environ 99% des variations dans les dépenses privées de santé par habitant de 1975 à 1996 s'expliquent statistiquement par les variations dans le PIB par habitant. (...)

Cela signifie que l'évolution globale des dépenses privées de santé résulte essentiellement d'un « effet de richesse », en ce sens qu'elle est conséquente de l'accroissement de la richesse des individus et de la collectivité, et de leur préférence marquée pour les biens et services liés à la santé. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, *État détaillé de la situation* : 1999 : 17-18).

Autrement dit, les Québécois et les Québécoises disposent des revenus nécessaires pour contribuer davantage aux dépenses en santé et ils le font sur une base « volontaire ». Encore là, un **tel raisonnement fait totalement abstraction de l'ensemble des transformations qui ont fragilisé le réseau et affecté le « panier » des services couverts par l'assurance-maladie**. Dans la mesure où le nombre de services, de soins et de produits ne faisant plus (ou moins bien) l'objet d'une couverture augmente, il est en effet « statistiquement normal » que la part des dépenses privées pour ces mêmes services connaisse un accroissement. Pour nombre de ces services, il est par ailleurs difficile de parler de « libre-choix », à moins de considérer que les examens de la vue, les soins dentaires, etc., sont des services dont la population peut facilement se passer.

Par-delà les analyses et les tentatives d'explications proposées dans le Rapport Arpin, il n'en demeure pas moins qu'avec un pourcentage de dépenses privées supérieur à 30 %, la situation de notre système de soins de santé et de services sociaux est sérieusement menacée. **Cette « privatisation passive²⁰ » a des conséquences néfastes sur les grands principes de notre système (notamment sur l'accessibilité, l'universalité et la gratuité). Résultat : les individus les plus pauvres se retrouvent inévitablement pénalisés.**

Un équilibre précaire

Le système de santé québécois traverse une grave crise. Ça, tout le monde le reconnaît. Le système craque de toutes parts et ne peut plus répondre aux besoins comme en témoignent « l'engorgement des salles d'urgence, les listes d'attente en chirurgie, qui dépassent les délais médicalement et humainement acceptables, et l'incapacité de traiter des cas de cancer dans les délais

prescrits, qui force à faire appel à l'aide américaine²¹ ». Si l'on s'entend pour dire qu'il y a un problème, les avis divergent quant aux solutions à apporter. Selon plusieurs, la rigidité du système serait la source même du problème. Autrement dit, les difficultés que connaît le réseau ne seraient que la conséquence de son caractère public, le prix à payer finalement pour maintenir un régime universel et gratuit. Les auteurs du rapport Arpin partagent une telle analyse :

Pour un système public comme le nôtre, les files d'attente, dans la mesure où les cas urgents sont traités en priorité, ne sont pas *en soi* un vice du système. Elles sont le corollaire d'un système public qui peut ainsi offrir l'accès universel aux services de santé dans les limites de dépenses publiques supportables (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999 : 105).

Autrement dit, si la population tient à conserver un régime public, elle doit faire son deuil de certaines de ses attentes : qu'on se le dise donc, les files d'attente, les civières dans les couloirs et les délais pour obtenir un rendez-vous sont là pour rester. En matière de sophisme, on peut difficilement faire mieux ! **En effet, toute cette analyse ne tient que dans la mesure où l'on accepte l'idée que le gouvernement ne peut investir davantage dans le réseau. Mais est-ce vraiment le cas ?**

Importance des dépenses publiques en santé

Le système québécois de santé et de services sociaux génère, il est vrai, d'importantes dépenses (les dépenses publiques de santé s'élèvent à environ 12 milliards \$ par année). Il y a plusieurs façons de porter une appréciation sur l'importance de l'effort gouvernemental en matière de dépenses liées à la santé. En général, on se sert d'indicateurs relatifs (ex. : dépenses par habitant, en pourcentage du PIB), données généralement comparées avec celles des autres provinces canadiennes ou d'autres pays.

En comparaison avec les autres provinces canadiennes, force est de reconnaître que le Québec fait bien piètre figure ; en matière de dépenses publiques en santé par habitant, le Québec se classait « bon dernier » en 1998 (1 655 \$ par habitant alors que la moyenne canadienne se chiffre à 1 821 \$). L'effort québécois en cette matière s'avère donc inférieur à la moyenne canadienne, et ce, de 11,7 %.

²⁰ Par « privatisation passive », on entend généralement une situation où l'importance relative des dépenses privées augmente sans être « encouragée » ouvertement par les politiques gouvernementales (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999 : 2).

²¹ Alain Dubuc, *La Presse*, 3 juin 2000.

En isolant les seules dépenses en soins à domicile, les résultats ne sont guère meilleurs : à ce chapitre, le Québec se situe à l'avant-dernier rang des provinces canadiennes (pour un investissement moyen de 38 \$ par habitant alors que la moyenne nationale s'élève à 80 \$)²². **Fait pour le moins troublant, le Québec est la province qui enregistre, depuis une vingtaine d'années, la plus forte croissance des dépenses privées de santé en même temps que la plus forte décroissance des dépenses publiques.**

Bref, le Québec est loin d'être la province où sont déployés les plus importants efforts en matière de financement public du système de santé et de services sociaux²³. Les compressions des dernières années n'ont certes pas aidé. Entre 1994 et 1998 par exemple, les **dépenses publiques** en santé ont enregistré une diminution de l'ordre de tout près de 5 %²⁴. Au cours de la même période, les dépenses privées ont augmenté d'un peu plus de 13 %, passant ainsi de 635 \$ à 719 \$ par habitant. De tels chiffres s'avèrent révélateurs de l'effet qu'ont eu les coupures gouvernementales en matière de santé. De toute évidence, la poursuite du déficit zéro a eu un impact majeur sur l'ensemble du système de santé et de services sociaux, remettant en cause ses fondements mêmes :

Comme le résumait le Conseil d'évaluation des technologies de la santé à la suite d'une consultation d'experts sur le virage ambulatoire, « personne n'est dupe du contexte dans lequel ces changements s'inscrivent, à savoir la nécessité de réduire rapidement les budgets consentis au système de santé ». Cela est vrai non seulement pour le virage, mais pour l'ensemble du mouvement de transformation du réseau de la santé et des services sociaux : on assiste à un glissement du discours social-démocrate, orienté vers les valeurs d'harmonie sociale et du développement social, présent dans les travaux de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon) vers un discours centré sur la compétitivité et le développement économique (Conseil du statut de la femme, 1999 : 20)²⁵.

2.2 LE « DÉFICIT ZÉRO » ET SON IMPACT SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Pour expliquer, voire « justifier », les coupures des dernières années en matière de santé, le gouvernement du Parti québécois invoque fréquemment la réduction des transferts fédéraux. S'il est

²² Données de l'Institut canadien d'information sur la santé (pour l'année 1997), citées par Lysiane Gagnon, *La Presse* du 4 mars 2000.

²³ À l'aune de l'ensemble des dépenses en santé (publiques et privées), le Québec aurait consacré l'équivalent de 9,1 % de son produit intérieur brut (PIB) en 1998, soit une part comparable à la moyenne canadienne.

²⁴ Entre 1994 et 1998, les dépenses publiques de santé par habitant sont en effet passées de 1 692 \$ à 1 608 \$ (soit une diminution de l'ordre de 4,96 %). Ministère de la Santé et des Services sociaux, *État détaillé de la situation*, 1999 : 46).

²⁵ Sur cette question, voir également Pierre Fortin (1998).

vrai que ces coupures ont exercé une forte pression sur l'équilibre budgétaire du Québec²⁶, il ne faut pas perdre de vue que certaines orientations prises par le gouvernement participe réellement d'une nouvelle approche en matière de gestion publique.

Dans la mesure où la réforme de la santé et des services sociaux s'inscrit indéniablement dans un contexte plus large de lutte au déficit, il convient d'examiner rapidement les fondements de la stratégie budgétaire mise de l'avant par le gouvernement Bouchard lors des deux « Sommets » de 1996 (la Conférence socioéconomique de Québec en mars et le Sommet sur l'économie et l'emploi de Montréal au mois d'octobre).

Assez curieusement, on retrouve à la base même de cette stratégie un diagnostic semblable à celui que nous offre le Rapport Arpin : le Québec aurait trop longtemps vécu « au-dessus de ses moyens ». Pour corriger la situation, le gouvernement n'a guère le choix et doit se livrer à un « douloureux exercice d'assainissement des finances publiques, axé sur des réductions massives des dépenses » (Paquette, 1997 : 54). Le problème d'un tel diagnostic, c'est qu'il présuppose que le poids de la dette relève de « l'irresponsabilité budgétaire » dont serait collectivement responsable l'ensemble des Québécois. Tout comme Pierre Paquette et d'autres, nous croyons qu'une telle « lecture » relève indéniablement d'une grille d'analyse néo-libérale. Une telle approche, à laquelle ont malheureusement adhéré les dirigeants syndicaux, a permis au gouvernement d'effacer une bonne partie de la dette en sabrant dans les programmes sociaux, tenus pour grands responsables du déficit. En agissant ainsi, on a pénalisé davantage les plus démunis de la société, ceux et celles qui ont déjà été mis sur la touche par les dynamiques économiques (compétitivité, restructuration, etc.).

Pourtant, un examen de différents indicateurs budgétaires montre que les déficits successifs enregistrés par le gouvernement québécois résultent principalement de trois facteurs : 1) la réduction des transferts fédéraux ; 2) les taux d'intérêts élevés et 3) le ralentissement de la croissance économique entre 1980 et 1995²⁷. Partant d'un tel constat, Pierre Paquette en arrive à la conclusion qu'une « reprise

²⁶ Dans le Rapport Arpin, on fait état de coupures totalisant 8,2 milliards \$ entre 1995-1996 et 1998-1999 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999 : 15).

²⁷ De son côté, Statistique Canada reconnaissait en 1991 que « seulement 6 % de l'augmentation de la dette canadienne depuis 1975 peut être imputée aux programmes sociaux alors que la hausse des taux d'intérêt et les abris fiscaux seraient responsables de respectivement 50 % et de 44 % de cette augmentation ». Statistique Canada, cité par le Groupe de théologie contextuelle québécoise (1996 : 184).

de la croissance, combinée à une baisse des taux d'intérêt réglerait l'essentiel des déséquilibres budgétaires » (Paquette, 1997 : 56).

Y a-t-il encore des sociaux-démocrates au Parti Québécois ?

D'autres approches auraient donc pu être envisagées par le gouvernement. Pourquoi ne pas s'attaquer aux abris fiscaux dont bénéficient les entreprises ? (Lauzon, 2000). Ou encore, mais nous nous répétons peut-être (TRPOCB, 1992), **pourquoi ne pas opter pour une stratégie de résorption de la dette priorisant une croissance des recettes fiscales plutôt qu'une réduction massive des dépenses dans les programmes de santé et de services sociaux ?** La réponse est simple, pour emprunter une telle voie, une réforme de la fiscalité serait nécessaire. Or, mondialisation oblige...

Lors de l'ouverture de l'assemblée nationale en septembre 1995, peu de temps donc après son élection, le gouvernement s'était pourtant engagé à procéder à une telle réforme. Une Commission sur la fiscalité et le financement des services publics avait d'ailleurs été mise sur pied en prévision de la tenue du Sommet sur l'économie et l'emploi (octobre 1996). Or, la Commission a finalement repoussé l'idée de hausser le fardeau fiscal des particuliers ou des entreprises, prétextant qu'en agissant ainsi le Québec deviendrait moins compétitif que ses voisins.

Les auteurs du Rapport ont en effet recommandé de ne pas toucher au niveau de taxation des mieux nantis. Outre le problème de leur éventuel départ vers d'autres cieux (fiscaux) plus cléments, le rapport de la Commission fait valoir que les personnes bénéficiant d'un revenu supérieur à 100 000 \$ sont de toute façon peu nombreuses (1 % des contribuables) et qu'elles paient déjà 12 % de l'impôt (en 1993). Ces personnes sont-elles vraiment surtaxées ? Les auteurs du rapport oublient de mentionner que les revenus totaux de ces contribuables (au nombre de 54 000) s'élèvent alors à 10 milliards \$, soit près de 10 % de l'ensemble des revenus déclarés (Paquette, 1997 : 58). En ce qui concerne la fiscalité des entreprises, certaines données tendent à montrer que le régime fiscal québécois se compare avantageusement avec celui de l'Ontario et de l'État de New-York (Paquette, 1997 : 58). Nous sommes en droit de nous demander si **la prétendue exode des individus et des entreprises n'est pas tout simplement un spectre pour mieux faire avaler la pilule (compressions budgétaires, diminution de services, etc.) ?**

On le voit bien, derrière l'appel à la « responsabilité et à la solidarité » du gouvernement, se profile une politique budgétaire qui ne fait qu'accentuer les inégalités socio-économiques. On ne touche pas aux mieux nantis et aux entreprises, préférant sabrer dans les programmes sociaux et de santé sans se soucier de l'impact de telles mesures sur les plus démunis (le plus bel exemple en est peut-être la mise en place rapide du programme d'assurance-médicaments²⁸). Comment peut-on, au Parti Québécois, se prétendre « social démocrate » et rester les bras croisés devant des telles décisions ? Est-ce bien cela « gouverner autrement » ? Pourtant, de Thérèse Lavoie-Roux à Pauline Marois, en passant par Marc-Yvan Côté et Jean Rochon, les ministres changent, mais les orientations semblent être les mêmes.

À la lumière de ce qui s'est passé lors de ces deux Sommets, il est à craindre que l'exercice auquel nous convie la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux ne procède d'une même logique. La voie qu'entend suivre le gouvernement semble en effet tracée d'avance comme en témoignent nombre des questions posées à la population : « Est-ce que les Québécoises et les Québécois sont toujours d'accord pour que les soins et les services leur soient offerts en fonction de leur état de santé et de leurs besoins plutôt que de leurs revenus ? Est-ce qu'ils acceptent que certaines personnes aient accès plus rapidement à des services parce qu'elles sont capables de se les offrir ? Quelle doit être l'étendue de la gamme des services assurés ? » À notre sens, les vraies questions à débattre ne sont pas celles-là. Tout se passe comme si les seules « options » viables passent par une contribution plus importante des usagers ou par des coupures dans les services. **Quant à débattre de l'avenir du système de santé de services sociaux, pourquoi ne pas aborder la question du régime fiscal, des abris fiscaux, des subventions versées aux entreprises ou des privilèges consentis à l'industrie pharmaceutique ?**

²⁸ À ce sujet, voir : « Un régime qui remplit les urgences. Une recherche démontre les effets pervers de l'assurance-médicaments à l'égard des personnes âgées et des assistés sociaux », *La Presse*, 27 mars 1999.

2.3 ANALYSE DES SCÉNARIOS PROPOSÉS PAR LA COMMISSION CLAIR

Volet financement

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux vient de rendre public (*La Presse*, 26 août 2000), un ensemble de scénarios qui serviront à lancer les débats lors des consultations. En ce qui concerne plus spécifiquement le financement du réseau, les « pistes de solutions » seraient au nombre de huit (8) :

Tableau 1 : Scénarios proposés par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (volet financement)

1) La désassurance de services	5) La sous-traitance des services de soutien
2) L'augmentation des impôts	6) La création de caisses spécialisées
3) La contribution des usagers	7) La vente de services spécialisés aux non-résidents
4) La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers	8) Les modes de distribution budgétaires

Après avoir dit que « tout était sur la table », la ministre de la Santé et des services sociaux, madame Pauline Marois, a déclaré qu'elle écartait toute piste pouvant se traduire par la mise en place d'un système à deux vitesses. Or, plusieurs des « solutions » proposées par la Commission pourraient avoir un tel impact. La **désassurance de certains services** (scénario no 1), la **contribution des usagers** par l'instauration d'un ticket modérateur (scénario 3) ou la **création de régimes contributifs** (scénario 6) constituent des pistes à écarter parce qu'elles auront pour effet d'affaiblir encore plus les structures du réseau, déjà fragilisées par les transformations des dernières années. Déjà en 1995, le Conseil de la santé et du bien-être notait que :

Le recours, par exemple, à la tarification ou au ticket modérateur ne saurait représenter une solution acceptable ; cette option se révèle plutôt, à moyen terme, un autre facteur d'augmentation des coûts. La désassurance de services doit également être considérée comme une fausse piste. Les rapports des commissions d'enquêtes, les avis d'experts, la documentation scientifique, tout converge : les véritables solutions se trouvent essentiellement du côté des modes d'organisation, du « système de production ». (Conseil de la santé et du bien-être, 1995 : 171).

À la TRPOCB, nous croyons que le gouvernement doit pleinement assurer ses responsabilités dans la prestation de services publics. À l'instar des autres membres de la Coalition Solidarité Santé, nous nous opposons vigoureusement à tout rétrécissement du rôle social de l'État québécois dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Est-ce que la « sous-traitance » des services de soutien (scénario 5) constitue une approche plus pertinente ? Les études sur cette question sont encore rares. Une récente recherche effectuée pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux met toutefois en doute l'avantage réel d'une privatisation des services de soins à domicile. Les ressources d'hébergement privées conventionnées ne coûteraient pas nécessairement moins chers²⁹. D'ailleurs, certains établissements auraient déjà tenté l'expérience de la privatisation de leurs services pour ensuite réaliser que cela engendrait une augmentation des coûts³⁰. À cela s'ajoute le problème du contrôle de la qualité : n'y a-t-il pas un risque, pour les établissements du réseau, à confier le contrôle de la qualité de certains services (ex. : la préparation des repas) à un tiers dont l'objectif premier consiste à réaliser des profits³¹ ?

L'option visant à permettre la **gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers** (scénario 4) est également à rejeter. Un des problèmes majeurs d'une telle démarche, c'est qu'elle ne manquera pas de se traduire par un déséquilibre dans lequel le réseau public se révélera nécessairement perdant. Pourquoi en effet confier au « privé » les chirurgies mineures - forcément plus « payantes » - pour ne laisser au réseau public que les interventions les plus lourdes et donc les plus dispendieuses ? Non seulement il en coûterait plus cher à l'État (il s'agit là d'un principe de base en assurance) mais les plus démunis seraient, une fois de plus, les principales victimes d'une telle option.

La **vente de services spécialisés aux non-résidents** (scénario 7) soulève d'autres problèmes. Même les auteurs du Rapport Arpin le reconnaissent (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999 : 86). En effet, dispenser des services spécialisés aux non-résidents entraîneraient nécessairement

²⁹ Réjean Hébert et al 1997, cité dans Conseil du statut de la femme, 1995 : 17.

³⁰ De telles situations se seraient produites à l'hôpital St' Mary's, au Centre hospitalier Mont-Sinaï, à l'Institut de neurologie de Montréal, à l'hôpital Royal-Victoria, à l'hôpital de Montréal pour enfants et à l'hôpital Juif de réadaptation. Voir Coalition solidarité santé, 1998 : 9.

³¹ Un article publié dans le prestigieux *New England Journal of Medicine* (Bodenheimer, 1999) concluait que la qualité des soins constitue certainement l'un des plus graves problèmes du système américain de santé.

une pression sur d'autres services hospitaliers (blocs opératoires, tests de laboratoires, etc.), une situation pouvant influencer sur l'accessibilité des soins offerts à la population. Nous ne disons pas ici que les non-résidants ne peuvent bénéficier, pour des raisons humanitaires notamment, des services qu'offre le réseau. Ce que nous refusons, c'est la commercialisation pour des fins de financement de notre système, des services spécialisés aux non-résidants.

Comme nous l'avons déjà souligné (TRPOCB, 1992), **la santé et le bien-être de la population constituent une responsabilité sociale et collective**. En principe, notre système est organisé de telle sorte que l'ensemble de la population doit se solidariser afin de venir en aide aux personnes malades ou en difficulté. Dans le contexte économique actuel, cela devient d'autant plus important. Si le réseau a besoin d'investissements supplémentaires, cela doit venir des revenus de l'État (impôts et taxes). Avant de décréter des **hausse d'impôt** (scénario 2), nous l'avons déjà dit aussi, le **gouvernement devrait au préalable procéder à une réforme en profondeur de la fiscalité**.

Par ailleurs, la population québécoise est en droit de savoir comment sont gérés ses taxes et ses impôts. La question des modes de distribution budgétaire a déjà fait l'objet de plusieurs études gouvernementales (voir notamment Conseil de la santé et du bien-être, 1995). Revoir ces modes de gestion suppose toutefois un certain nombre de réformes qui n'ont jamais été mises en branle, malgré les recommandations présentées au gouvernement (TRPOCB, 1992). Est-ce seulement une question de manque de courage et d'imagination ?

À la TRPOCB, nous ne croyons pas que la solution au problème du contrôle des coûts de santé passe par la privatisation, par la réduction des services et des soins ou par la remise en question des grands principes du système (gratuité, accessibilité, universalité). Comme d'autres, nous croyons qu'une partie du problème tient à ce que le gouvernement n'exerce pas assez de contrôle sur les acteurs qui génèrent une bonne partie des coûts en santé (notamment l'industrie pharmaceutique et les médecins) (Larivière, 1996).

Le réseau a besoin d'investissements supplémentaires et il en va de la responsabilité du gouvernement de trouver les sommes nécessaires. Au risque de nous répéter, nous invitons le gouvernement à procéder rapidement à une vraie réforme fiscale.

Volet organisation

En ce qui concerne les scénarios touchant au mode d'organisation du réseau de la santé et des services sociaux, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux y va également d'un certain nombre de propositions pour amorcer les débats :

Tableau 2 : Scénarios proposés par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (volet organisation)

1) Organisation territoriale des services sous autorité unique	5) Un dossier clinique informatisé par patient
2) Responsabilité clinique et financière confiée à une équipe	6) La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont conférées
3) Le médecin de famille coordonnateur de l'ensemble des services à la personne	7) Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats
4) L'organisation des services spécialisés sur une base régionale et nationale	8) La participation du secteur privé et du secteur communautaire

Parmi ces scénarios, certains représentent des pistes intéressantes de solutions. Encore là cependant, plusieurs de ces propositions font l'objet de débats depuis de nombreuses années sans que rien ne bouge. Par exemple, en matière de réorganisation interne, le ministère de la Santé et des Services sociaux dispose une fois de plus de nombreuses études qui soulignent la nécessité de revoir le **mode de rémunération des médecins** (scénario no 6), **de décentraliser l'organisation des services** (scénario no 1 et 4) et d'instituer de **nouveau mode de répartition des budgets par établissements** (scénario no 7). Il est à noter qu'à l'instar d'autres groupes sociaux, nous réclamions déjà de tels changements dans notre mémoire de 1992.

Rémunération des médecins : Avec le virage ambulatoire, le travail en équipe multidisciplinaire et la modernisation des conditions de pratique, le paiement à l'acte constitue un non-sens évident. D'une part, ce mode de rémunération n'incite pas les médecins à prendre le temps de bien écouter leurs patients. D'autre part, comment favoriser le développement de soins à domicile (qui demande plus de temps) ou le travail par équipe multidisciplinaire (qui implique une autre organisation des tâches) sans revoir le mode de rémunération des médecins ? Le paiement à l'acte nuit aux CLSC

dans leur effort de recrutement de médecins³² et s'avère somme toute complètement inapproprié compte tenu des nouvelles réalités de l'organisation des soins où les médecins doivent s'occuper des différentes tâches liées à la gestion, à l'enseignement, à la recherche, à la promotion et la prévention...

Nous le réitérons donc, le mode de rémunération des médecins doit être revu de façon à mieux répondre aux besoins de la population. Cela peut vouloir dire la mise en place d'un système de rémunération fonctionnant sur la base de taux horaires, ou encore d'un régime mixte (qui tient compte à la fois de la complexité des actes médicaux et du temps requis).

Par ailleurs, le gouvernement n'exerce pas assez de contrôle sur la pratique des médecins : ces derniers opposent ainsi une résistance dès qu'il est question d'incitatifs pour les amener à pratiquer en région ; plusieurs médecins utilisent la menace d'une démission en bloc afin d'obtenir une meilleure rémunération. Et c'est sans parler de leur propension à « médicaliser » les problèmes sociaux. Comme le démontre l'expérience américaine, la rémunération des médecins, si elle n'est pas encadrée, peut rapidement se transformer en gouffre sans fond.

Décentralisation : En ce qui concerne la décentralisation de la gestion des soins, le gouvernement dispose une fois de plus de nombreuses études ou mémoires prônant une telle direction (Conseil de la santé et du bien-être, 1995, TRPOCB, 1993). Nous ne pouvons donc qu'appuyer tout effort allant dans le sens d'une plus grande décentralisation du système et qui permettrait aux citoyens de s'impliquer. En principe, des efforts ont déjà été entrepris en ce sens.

En réalité toutefois, les conditions d'une véritable régionalisation démocratique sont loin d'avoir été réunies. La régionalisation s'est effectuée dans un contexte de désengagement de l'État, de récession économique et de coupures dans les budgets. Sur le terrain, certains croient que les efforts ont essentiellement eu pour résultat une déconcentration administrative où les régies régionales semblent n'être que les "contremaîtres" de services. D'autres voix se font entendre pour dénoncer les orientations prises dans certaines régies régionales, lesquelles gèreraient sans même tenir compte des grandes

³² En janvier 1999, le Regroupement des CLSC de Montréal rapportait qu'à peine 47 % des postes de médecin (en CLSC) sont comblés, notamment en raison des salaires peu alléchants que les CLSC peuvent offrir (Conseil du statut de la femme, 1999 : 46)..

orientations et des politiques gouvernementales, avec tout ce que cela peut comporter en termes de risque d'arbitraire. Est-ce à ce genre de décentralisation que nous convie le gouvernement ?

Si nous sommes en accord avec une décentralisation des pouvoirs pour permettre aux citoyens et citoyennes de s'impliquer réellement, nous ne désirons pas non plus voir s'installer 17 « petits gouvernements parallèles » qui peuvent aller dans tous les sens et où l'application des orientations gouvernementales ne repose que sur la volonté politique de fonctionnaires locaux. Dans la structure actuelle, il n'est pas sur non plus que les citoyens et citoyennes aient une implication et un pouvoir réel.

Un des défauts majeurs des réformes des dernières années, c'est que ces dernières ne se sont pas accompagnées de mécanismes et d'un financement assurant une plus grande congruence entre les orientations gouvernementales, les objectifs globaux poursuivis et les outils permettant de les atteindre régionalement tout en garantissant une certaine imputabilité.

Modes d'allocation budgétaires : Le réseau de la santé est organisé de telle sorte que plusieurs structures parallèles se côtoient. Les budgets totaux ne sont pas gérés à un seul endroit ; ils sont répartis entre différentes structures qui fonctionnent à la verticale, souvent sans se préoccuper de ce qui se fait dans les autres systèmes. C'est ce que de nombreux analystes appellent un « système en silos » (le salaire des médecins est géré par un système, les budgets des hôpitaux par un autre, le financement des CLSC relève d'un autre, etc.). Ce mode de fonctionnement génère de nombreux problèmes. Non seulement il en résulte souvent une absence de concertation, mais un tel système donne parfois lieu à des aberrations administratives. D'autres pays ont connu de semblables problèmes et ont développé de nouveaux modes de gestion. Des efforts pourraient être déployés de ce côté afin de permettre une gestion plus efficace des dépenses.

Au chapitre de la révision du **mode de financement des établissements**, pourquoi ne pas remplacer l'enveloppe globale établie selon la méthode du coût historique au profit de nouveaux critères où l'on tiendrait davantage compte du nombre de patients, de la « lourdeur » des cas et de la qualité des services ?

Dans la mesure où ces questions sont assez bien documentées, notre principale recommandation à ce chapitre porte sur l'importance d'axer le mode de financement non pas sur l'offre³³ mais plutôt sur les besoins de la population et la demande en services.

Les scénarios 2 et 3 constituent des pistes intéressantes, mais en autant que cela se fasse dans le respect des personnes visées et des différentes problématiques. Ainsi, confier un plus grand rôle au médecin de famille peut s'avérer une piste intéressante. Encore faut-il toutefois que chaque personne puisse en choisir un en qui elle peut avoir confiance. Dans certaines régions, ce n'est pas toujours facile.

Par ailleurs, nous nous questionnons fortement à savoir si le médecin doit nécessairement être au centre de l'intervention ? Une telle approche comporte, selon nous, des risques encore plus grands de médicalisation de problèmes qui sont d'origine sociale. Pourquoi alors ne pas confier ce rôle à d'autres intervenants ? De plus, nous pensons que si une telle coordination doit être faite, la demande doit nécessairement venir de la personne elle-même. Une fois de plus, pourquoi ne pas demander aux patients et aux patientes ce qu'ils en pensent ?

Sur cette question, l'exemple du Plan de services individualisés (PSI) - mis de l'avant en santé mentale il y a de cela quelques années - illustre assez bien les difficultés d'une telle approche. Peu de temps après l'introduction du PSI dans la loi 120 (article 103), certains de nos membres ont dénoncé le fait que ce Plan ne respecte pas le droit des individus d'y adhérer ou non. Un tel exemple soulève en effet de nombreuses interrogations d'ordre éthique (notamment en matière de respect des personnes et de la confidentialité). **Que l'on pense coordination des services ou travail en équipe, il est d'abord important que les droits des personnes traitées soient respectés. Nos inquiétudes ici portent sur la possibilité que de telles formules ne servent qu'à exercer un plus grand contrôle social.**

Par ailleurs, la question de l'informatisation des dossiers (**scénario 5**) soulève aussi plusieurs problèmes (TRPOCB, 1992). A-t-on évalué l'efficacité d'une telle mesure ? Est-ce que l'informatisation des données sociales ou médicales des personnes qui utilisent les services du réseau

³³ En pratique, cela signifie par exemple que plus une région a de ressources, et plus ces ressources produisent, meilleur sera le financement de cette région. Il s'ensuit un sous-financement chronique des régions éloignées.

se traduira par une meilleure qualité des soins et des services ? Ne cherche-t-on pas plutôt ainsi à exercer un plus grand contrôle sur les utilisateurs ? Peut-on nous garantir la confidentialité des données et la non-commercialisation des informations ?

Les personnes qui fréquentent les ressources communautaires et alternatives apprécient généralement l'absence d'enquête sur la personne, la non-existence de dossiers, la non-nécessité de remplir des formulaires sans fin ... À nos yeux, il est important de ne pas obliger les citoyens et les citoyennes qui fréquentent nos organismes à nous donner des informations qui seraient informatisées, stockées et (éventuellement) promenées d'un ordinateur à l'autre ou dans des lieux non désirés.

Nous demandons donc que l'informatisation du système de santé et de services sociaux ne soit pas implantée avant qu'un large débat public n'ait lieu sur cette question.

Le huitième scénario envisagé par la Commission concerne « **La participation du secteur privé et du secteur communautaire** ». Il est d'abord pour le moins particulier de voir la Commission regrouper, sous un même thème, le secteur privé et les organismes communautaires. En jumelant ces deux entités pourtant fort distinctes, la Commission cherche-t-elle à « atténuer » le caractère commercial du secteur privé ? En ce qui concerne ce scénario, la TRPOCB ne peut que rejeter toute réforme impliquant une plus grande participation du privé.

La TRPOCB, tout comme les autres membres de la Coalition Solidarité Santé, s'oppose donc sans équivoque à toute marchandisation des services sociaux et de santé, à toute privatisation active ou passive de notre système de santé et à toutes mesures qui auraient pour effet d'instaurer un système à deux vitesses.

En ce qui concerne le « recours » aux organismes communautaires, nous pensons que ces derniers jouent déjà un rôle important dans le système de santé et de services sociaux. À la lumière du Rapport Arpin et de la proposition de politique du ministre Boisclair³⁴, nous ne pouvons que déplorer l'attitude gouvernementale voulant que les organismes communautaires ne sont utiles, qu'en autant que leurs activités soient arrimées aux priorités du gouvernement et qu'elles aillent **dans le sens de la**

³⁴ Proposition intitulée : « Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec.

production de services. Nous l'avons expliqué au premier chapitre de ce mémoire, la pertinence de l'action des organismes communautaires se trouve bien au-delà.

À l'instar du Comité aviseur de l'action communautaire autonome (2000), nous réclamons une vraie politique de reconnaissance et de financement de l'action communautaire autonome (TRPOCB, 2000a). Le gouvernement devrait notamment répondre à nos demandes pour un financement permettant aux regroupements d'assurer pleinement leur rôle en matière de recherche, de formation et de soutien aux organismes de base.

Autres options : Même si elles ne font pas partie des scénarios de la Commission Clair, d'autres réformes sont à envisager. Par exemple, le Rapport de la Commission Rochon recommandait **une révision en profondeur de la réglementation professionnelle.** Dans sa forme actuelle, la réglementation empêche bien souvent de procéder à des « substitutions » de personnels (ex. : un médecin spécialiste qui donne des soins qu'un omnipraticien pourrait offrir). Elle a aussi pour effet de susciter des rivalités et des luttes pour le contrôle de monopoles de services, empêchant du même coup le développement légal de certaines pratiques alternatives (ce fut longtemps le cas de la pratique des sages-femmes par exemple). Qu'attend donc le gouvernement pour faire le ménage dans le Code des professions ?

Nous demandons au gouvernement de procéder à une réforme majeure du Code des professions. Une telle réforme devrait déboucher sur une reconnaissance des médecines alternatives et prévoir des modalités permettant un encadrement de ces pratiques, tant en matière de qualité des soins que d'accessibilité.

Par ailleurs, nous croyons que des efforts supplémentaires en matière de réorganisation du réseau peuvent être faits. Il ne faudrait pas toutefois que les mesures de rationalisation donnent lieu à l'abolition de postes de services directs (ex. : infirmières, travailleurs sociaux dans les CLSC, etc.) au profit d'un plus grand nombre de gestionnaires, comme c'est trop souvent le cas.

Enfin, nous invitons le gouvernement à revoir les modalités entourant la gestion du **programme d'assurance-médicaments.** Le régime qui a été mis en place fait en sorte qu'on se retrouve

aujourd'hui avec un système d'assurance « à deux vitesses ». Le régime public assure les personnes qui ne bénéficient pas d'un régime privé d'assurance collective, les personnes âgées et les prestataires de la sécurité du revenu, alors que les régimes privés s'adressent principalement aux salariés bénéficiant de bons avantages sociaux (conditions offertes dans les grandes entreprises, dans le réseau public, etc.).

Dans la mesure où il est bien connu qu'il existe un lien très étroit entre le niveau de revenus et l'état de santé et que le régime public couvre un nombre beaucoup plus important de personnes à faibles revenus, il s'ensuit inévitablement un sérieux déséquilibre, le régime public coûtant nécessairement plus cher. La facture à payer pour les bénéficiaires du régime public est d'ailleurs passée de 175 à 350 \$ par année depuis le 1^{er} juillet dernier.

À l'instar de nombreux groupes (comme la Fédération des ACEF, les membres de Coalition Solidarité Santé, etc.) nous demandons au gouvernement de revoir sa stratégie en matière d'assurance-médicaments et de voir à la mise en place d'un seul régime public et universel.

Par ailleurs, le Québec est la seule province canadienne à ne pas favoriser la vente de produits génériques. Si une telle mesure était appliquée, non seulement il en coûterait moins cher à l'État, mais les consommateurs en sortiraient également gagnants. Grâce à une telle mesure (le remboursement du « prix le plus bas »), la ministre Marois envisageait des économies annuelles de l'ordre de 18 millions \$ (*La Presse*, 15 avril 2000). Son collègue des Finances a rejeté cette option préférant maintenir la protection supplémentaire offerte par Québec à l'industrie pharmaceutique, évoquant son importance pour le développement économique du Québec³⁵.

Encore là, nous nous demandons pourquoi cette question ne pourrait pas faire l'objet de débats lors des consultations qu'organise la Commission Clair ?

³⁵ Le gouvernement du Québec accorde en effet une protection de 15 ans aux brevets de nouveaux médicaments à partir de leur inscription à la liste des produits pharmaceutiques dont l'usage est autorisé. Ailleurs au Canada, cette protection est généralement de 10 ans. Devant le lobby de l'industrie pharmaceutique pour maintenir un tel privilège au Québec, madame Marois a déclaré qu'elle avait de la difficulté à accepter « qu'un régime d'assurance puisse servir ainsi à subventionner l'industrie ». Visiblement, son collègue aux Finances a plus d'influence. Sur cette question, voir *La Presse* du 15 avril 2000 et *Le Devoir* du 22 avril 2000.

CONCLUSION :

LA PRIVATISATION ... UN PRÉTEXTE À L'ABSENCE DE CHANGEMENTS ?

À la TRPOCB, nous croyons que le système québécois de santé et de services sociaux doit reposer sur une vision sociale de la santé et du bien-être qui dépasse la simple prestation de soins et de services pour englober des actions tournées vers les grands déterminants de la santé.

Nous exhortons le gouvernement à cesser de saper les grands principes fondamentaux de notre système de santé et de services sociaux. Il doit au contraire en consolider les bases et même élargir la couverture publique à l'ensemble des services et des soins utiles au mieux-être de la population. Tout comme la Coalition Solidarité Santé (2000), la Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux (1998 et 1999) et le Conseil de la santé et du bien-être (1995), **nous croyons que la meilleure façon d'éviter une augmentation des dépenses privées dans le secteur de la santé et des services sociaux consiste à s'assurer du maintien d'un « panier de services publics le plus large possible et de faire en sorte que ces services soient efficaces et efficients ».**

Depuis une quinzaine d'années, les organismes communautaires ont été des plus critiques à l'égard du mode de fonctionnement du système de santé et de services sociaux, se faisant souvent le porte-parole des usagers et des usagères. Déjà lors des travaux de la Commission Rochon, le milieu communautaire faisait état des nombreuses « dérives » du système. On y dénonçait notamment :

- La sur-spécialisation ;
- La sur-médicalisation des processus de vie et des problèmes psychosociaux ;
- L'hyper-institutionnalisation avec son cortège de dépendance, d'infantilisation ;
- La bureaucratisation qui entraîne une déshumanisation et une hiérarchisation des rapports sociaux ;
- Le sexisme des approches et des structures ;
- L'homophobie des ressources ;
- L'impérialisme des corporations professionnelles face à toute pratique alternative ;
- La professionnalisation du savoir ;
- La monopolisation du pouvoir ;

- L'hégémonisme du monopole étatique qui tente d'engloutir le communautaire et de réduire son rôle à celui d'un simple sous-traitant.

Les organismes communautaires ont également fait valoir à quel point le système a de la difficulté à s'ajuster aux nouvelles problématiques sociales : vieillissement, SIDA, problèmes sociaux et de santé générés par l'exclusion et la marginalisation. C'est d'ailleurs pourquoi nombre de groupes communautaires ont mis en place des pratiques alternatives à celles du réseau. D'ailleurs, au ministère de la Santé et des Services sociaux, on semble souvent étonné de constater le nombre important d'organismes communautaires. S'il y en a autant, c'est parce que le réseau ne répond pas à tous les besoins et que le système est encore trop tourné vers le « curatif lourd ».

Le milieu communautaire n'est pas seul à penser ainsi. Sauf peut-être chez les médecins, les orientations fondamentales du Rapport Rochon ont fait l'objet d'un large consensus social. Presque tout le monde reconnaît que l'organisation du système est encore trop centrée sur l'hôpital, que le réseau s'avère trop « institutionnalisant », qu'il médicalise trop les problèmes sociaux et demeure encore trop centré sur le curatif (et notamment le curatif lourd) alors qu'il néglige le social et minimise la prévention.

À la TRPOCB, nous sommes très déçus de voir que ces questions n'apparaissent pas à la liste de « scénarios » mise de l'avant par la Commission Clair. Pour modifier en profondeur le système actuel, pour que ces changements se fassent au profit des citoyens et des citoyennes (et non pas de celui des compagnies d'assurance), il est primordial que ceux-ci soient mieux planifiés, dans une vision à long terme. De toute évidence, tel n'est pas le mandat de cette Commission.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

- Nous demandons le maintien d'un système de santé et de services sociaux public, gratuit, accessible et universel. Toute orientation pouvant altérer ces grands principes devrait être écartée.
- Nous invitons le gouvernement à investir davantage dans les services de prévention et en matière de politiques sociales et économiques ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé.
- Nous demandons au gouvernement d'investir en amont, c'est-à-dire sur les déterminants sociaux de la santé. Une telle orientation exige toutefois un débat de société plus large que celui auquel nous convie la Commission Clair, un débat donc où la question de la répartition équitable des richesses serait à l'ordre du jour.
- Nous croyons que l'approche globale de la personne et des problématiques auxquelles elles sont confrontées aurait sa place dans les établissements du réseau public. Sans demander à ces derniers de faire de la transformation sociale, leurs interventions pourraient davantage miser sur une approche globale de la santé.
- Le gouvernement doit pleinement assurer ses responsabilités dans la prestation de services publics. À l'instar des autres membres de la Coalition Solidarité Santé, nous nous opposons vigoureusement à tout rétrécissement du rôle social de l'État québécois dans le domaine de la santé et des services sociaux.
- La TRPOCB ne croît pas que la solution au problème du contrôle des coûts de santé passe par la privatisation, par la réduction des services et des soins ou par la remise en question des grands principes du système (gratuité, accessibilité, universalité). Comme d'autres, nous croyons qu'une partie du problème tient à ce que le gouvernement n'exerce pas assez de contrôle sur les acteurs qui génèrent une bonne partie des coûts en santé (notamment l'industrie pharmaceutique et les médecins).
- Le réseau a besoin d'investissements supplémentaires et il en va de la responsabilité du gouvernement de trouver les sommes nécessaires. Nous invitons donc le gouvernement à procéder rapidement à une vraie réforme fiscale.
- Le mode de rémunération des médecins doit être revu de façon à mieux répondre aux besoins de la population. Cela peut vouloir dire la mise en place d'un système de rémunération fonctionnant sur la base de taux horaires, ou encore d'un régime mixte (qui tient compte à la fois de la complexité des actes médicaux et du temps requis).
- En matière de financement des établissements, notre principale recommandation à ce chapitre porte sur l'importance d'axer le mode de financement non pas sur l'offre mais plutôt sur les besoins de la population et la demande en services.

- **Nous demandons que l’informatisation du système de santé et de services sociaux ne soit pas implantée avant qu’un large débat public n’ait lieu sur cette question.**
- **La TRPOCB, tout comme les autres membres de la Coalition Solidarité Santé, s’oppose sans équivoque à toute marchandisation des services sociaux et de santé, à toute privatisation active ou passive de notre système de santé et à toutes mesures qui auraient pour effet d’instaurer un système à deux vitesses.**
- **Nous réclamons une vraie politique de reconnaissance et de financement de l’action communautaire autonome. Le gouvernement devrait notamment répondre à nos demandes pour un financement permettant aux regroupements d’assurer pleinement leur rôle en matière de recherche, de formation et de soutien aux organismes de base.**
- **Nous demandons au gouvernement de procéder à une réforme majeure du Code des professions. Une telle réforme devrait déboucher sur une reconnaissance des médecines alternatives et prévoir des modalités permettant un encadrement de ces pratiques, tant en matière de qualité des soins que d’accessibilité.**
- **À l’instar de nombreux groupes (comme la Fédération des ACEF, les membres de Coalition Solidarité Santé, etc.) nous demandons au gouvernement de revoir sa stratégie en matière d’assurance-médicaments et de voir à la mise en place d’un seul régime public et universel.**

BIBLIOGRAPHIE

- Bélanger, Jean-Pierre (1997). « Capital social et développement social. Une brève réflexion ». Document élaboré dans le cadre de la préparation du *Forum sur le développement social* organisé par le Conseil de la santé et du bien-être du Québec.
- Bodenheimer, T. (1999). « Disease management - Promises and pitfalls », *New England Journal of Medicine*, vol. 340 : 1202-1205.
- Chenard, L., Cadrin, H. et Loïselle, J. (1990). *État de santé des femmes et des enfants victimes de violence conjugale*. Département de santé communautaire, Centre hospitalier régional de Rimouski.
- Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux (1998). *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*.
- Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux (1999). *Virage ambulatoire et transformation du réseau. Attention virage dangereux pour la santé des femmes*.
- Coalition féministe pour une transformation du réseau de la santé et des services sociaux (2000). *Pour un réseau de la santé et des services sociaux qui tienne compte des femmes*. Mémoire présenté dans le cadre des travaux de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux.
- Coalition Solidarité Santé (1998). *Guide électoral sur l'avenir du système de santé et de services sociaux*.
- Coalition Solidarité Santé (2000). *Manifeste pour la sauvegarde du système public de santé et de services sociaux*.
- Comité aviseur de l'action communautaire autonome (2000). *Mémoire concernant la proposition de politique « Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec »*.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988). *Rapport de la Commission sur les services de santé et les services sociaux*. Québec, Publication du Québec.
- Conseil de la santé et du bien-être (1995). *Un juste prix pour les services de santé*. Québec, CSBE.
- Conseil de la santé et du bien-être (1997). *Évolution des rapports public-privé dans les services de santé et les services sociaux*. Québec, CSBE.
- Conseil du statut de la femme (1999). *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*. Québec, Recherche du Conseil du statut de la femme.
- Dean, Robert (2000). « Remettre sur la table un système de santé résolument social-démocrate, présentation faite au *Forum Égalité et droit à la santé* (Montréal, le 15 avril 2000).

- Doucet, Laval et Favreau, Louis (dir.) (1992). *Théorie et pratique en organisation communautaire*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Dupuis, J. (1985). « L'urgence, le premier contact », cité dans *Nursing*, vol. 5, no 5 : 44-56.
- Fortin, Pierre (1996) : « Dette, néolibéralisme et fiscalité » dans *L'État aux orties ?* Édition écosociété.
- Fortin, Pierre (1998) « Les enjeux éthiques de la transformation des services de santé et des services sociaux au Québec » communication présentée dans le cadre du 66^e congrès de l'ACFAS tenu à Québec, 11 au 15 mai.
- Groupe de théologie contextuelle québécoise (1996). « Le néo-libéralisme triomphant » dans *L'Église canadienne*, vol. 29, no 6 : 180-189.
- Institut canadien de recherches avancées (1991). *Les déterminants de la santé*, L'institut canadien de recherches avancées, Publication no.5.
- Lamoureux, J. (1988). « La Commission Rochon : le communautaire encore et toujours à la marge ». *Revue internationale d'action communautaire*. 20, 60.
- Larivière, Claude (1996). « Les enjeux de la réforme des services de santé et des services sociaux au Québec ». *CRSP/RCPS*, no 37 : 54-64.
- Larochelle, Jacques (1999). « Le rapport Arpin et l'avenir de notre système de santé ». CEQ.
- Lauzon, Léo-Paul (2000). « Les fables du fisc québécois », dans *L'Itinéraire*, vol. VII, 8 :30-31.
- Leseman, F. (1981). *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*. Montréal, Albert Saint-Martin.
- Linteau, P.-A., Durocher, R., Robert, J.-C. et Ricard, F. (1989). *Histoire du Québec contemporain. Le Québec depuis 1930*. Montréal, Boréal.
- Ministère de la santé et des Services sociaux (1999). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. Rapport du groupe de travail*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la santé et des Services sociaux (1999). *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec. État détaillé de la situation*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000a). *Financement : état de la situation et perspectives*. Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000b). *Organisation des services : état de la situation et perspectives*. Québec.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000c). *Santé au Québec : quelques indicateurs*. Québec.
- Paquette, Pierre (1997). « Une nouvelle droite au pouvoir à Québec » dans *Relations*, no 697, pp. : 54-59.
- Patenaude, François et Lambert, Gino (1998). « Premier cas : la santé » dans Martin Poirier et al. *A qui profite le démantèlement de l'État*. Chaire d'étude socio-économiques de l'UQAM, Montréal.
- Renaud, Marc (1990). « Santé : le sociologue au pays des merveilles » dans *Cahiers de recherche sociologique*, no 14.
- Renaud, Marc (1991). Entrevue accordée à l'*Actualité médicale*, (no de septembre).
- Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) (1992). *La santé, un choix social*. Mémoire sur le financement des services sociaux et de santé.
- Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) (1993). *Pour un projet de société alternatif, communautaire et féministe. Une analyse critique de la politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992)*.
- Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) (1996). *À propos du SSOC régionalisé ... et des demandes du mouvement communautaire et bénévole (secteur de la santé et des services sociaux)*.
- Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) et Regroupement intersectoriel des organismes communautaires (RIOCI) de Montréal (1996). *Cadre de référence des organismes communautaires d'hébergement*.
- Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) et Coalition des tables régionales d'organismes communautaires (1997). *Cadre de référence des organismes communautaires et bénévoles sur une politique de reconnaissance des organismes communautaires autonomes dans le cadre du programme SOC*.
- Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) (2000a). *Mémoire sur la proposition de politique « Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec »*.
- Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) (2000b). *Les transformations du système de santé et de services sociaux au Québec*.

**LISTE DES MEMBRES DE LA TABLE DES REGROUPEMENTS PROVINCIAUX
D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET BÉNÉVOLES**

1 rue Sherbrooke est, Montréal, H2X 3V8

Téléphone : (514) 844-1309 ; Télécopie : (514) 844-2498

Alliance des communautés culturelles pour
l'égalité dans la santé et les services sociaux
(**ACCESSS**)

Rose-Marie Mayetela,
82, boul. Saint-Joseph O.
Montréal (Q.C.) H2T 2P4
Tél. (514) 287-1106 ; Fax (514) 287-7443

Alliance Québécoise des Regroupements
régionaux pour l'Intégration des Personnes
handicapées (**AQRIPH**)

Isabelle Tremblay
171, rue St-Paul, bureau 103
Québec (Q.C.) G1K 3W2
Tél. (418) 694-0736 ; Fax (418) 694-9657

Association des groupes d'intervention en
défense de droits en santé mentale du Québec
(**AGIDD-SMQ**)

Mario Bousquet
4837, rue Boyer, bureau 210
Montréal (Q.C.) H2J 3E6
Tél. (514) 523-3443 ; Fax (514) 523-0797

Association québécoise des centres
communautaires pour aîné-e-s (**AQCCA**)

Carole Deschamps
1474, rue Fleury E.
Montréal (Q.C.) H2C 1S1
Tél. (514) 382-0310 ; Fax (514) 381-3462

Association canadienne pour la santé mentale -
Division du Québec (**ACSM/division Québec**)

Sophie Lacasse
550, Sherbrooke ouest, bureau 2075
Montréal (Q.C.) H3A 1B9
Tél.(514) 849-3291 ; Fax (514) 849-8372

Association québécoise de suicidologie (**AQS**)

Sylvaine Raymond
800, boul. Saint-Joseph Est
Montréal (Q.C.) H2J 1K4
Tél. (514) 528-5858 ; Fax (514) 528-0958

Association des ressources intervenant auprès
des hommes violents (**ARIHV**)

Robert Gariépy
216, rue Beaudry Nord, bureau 104
Joliette (Q.C.) J6E 6A6
Tél. (450) 759-7799 ; Fax (450) 759-4445

Coalition des organismes communautaires
québécois de lutte contre le SIDA (**COCQ-
SIDA**)

Roger Leclerc
1 rue Sherbrooke est,
Montréal, Qc H2X 3V8
Tél. (514) 844-2477 ; Fax (514) 844-2498

Confédération des organismes de personnes
handicapées du Québec (**COPHAN**)

Chloé Serradori
1055 Bl. René Lévesque, bureau 510
Montréal (Q.C.) H2L 4S5
Tél. (514) 284-0155 ; Fax (514) 284-0775

Fédération de ressources d'hébergement pour
les femmes violentées et en difficulté du
Québec

Marie-Josée Lamarre,
110 rue Sainte Thérèse, bureau 505
Montréal (Q.C.) H2Y 1E6
Tél. (514) 878-9757 ; Fax (514) 878-9755

Fédération des associations de familles
monoparentales et recomposées du Québec
(FAFMRQ)

Sylvie Lévesque
8059, boul. Saint-Michel
Montréal (Q.C.) H1Z 3C9
Tél. (514) 729-6666 ; Fax (514) 729- 6746

Fédération des centres d'action bénévole du
Québec **(FCABQ)**

Pierre Riley
275 rue Saint-Jacques, bureau 720
Montréal (Q.C.) H2Y 1M9
Tél. (514) 843-6312 ; Fax (514) 843- 6485

Fédération des familles et amis de la personne
atteinte de maladie mentale **(FFAPAMM)**

Hélène Fradet
1990, rue Jean-Talon Nord, bureau 203
Sainte-Foy (Q.C.) G1N 4K8
Tél. (418) 687-0474 ; Fax (418) 687-0123

Fédération des Moissons du Québec **(FMQ)**

Terry Turcot
750 Chemin Brunet
St-Agathe (Q.C.) J8C 2Z7
Tél. (819) 324-0009 ; Fax (819) 324-0152
1-888-662-7766

Fédération des organismes communautaires et
bénévoles d'aide et de soutien

aux toxicomanes du Québec **(FOBAST)**
André Tanguay
1244, chemin Sainte-Foy
Québec (Q.C.) G1S 2M4
Tél. (418) 682-5515 ; Fax (418) 682-0774

Fédération des unions de famille **(FUF)**

Marie Rhéaume
222, Avenue Victoria
St-Lambert, (Q.C.) J4P 2H6
Tél. (450) 466-2538 ; Fax (450) 466-4196

Fédération du Québec pour le planning des
naissances **(FQPN)**

Anne St-Cerny
110 rue Sainte Thérèse, bureau 405
Montréal (Q.C.) H2Y 1E6
Tél. (514) 866-3721 ; Fax (514) 866-1100

Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer
(FQSA)

Nathalie Ross
5165 Sherbrooke ouest, bureau 200
Montréal (Q.C.) H4A 1T6
Tél. (514) 369-7891 ; Fax (514) 369-7900

L'R des Centres de femmes du Québec

Michèle Asselin
110 rue Ste-Thérèse, bureau 507
Montréal (Q.C.) H2Y 1E6
Tél. (514) 876-9965 ; Fax (514) 876-9176

Regroupement des auberges du coeur du
Québec **(RACQ)**

Claudette Martel
2000 Boul. St-Joseph, bureau 32
Montréal (Q.C.) H2H 1E4
Tél. (514) 523-8559 ; Fax (514) 523-5148

Regroupement des cuisines collectives du
Québec **(RCCQ)**

Gertrude Lavoie
1605, rue de Champlain
Montréal (Q.C.) H2L 2F5
Tél. (514) 529-3448 ; Fax (514) 529-1359

Regroupement des organismes Espace du
Québec **(ROEQ)**

Francine Gagnon
59 rue Monfette, local 235
Victoriaville (Q.C.) G6P 1J8
Tél. (819) 751-1436 ; Fax (819) 751-1586

Regroupement des maisons de jeunes du
Québec **(RMJQ)**

Céline Morin
3958, rue Dandurand
Montréal (Q.C.) H1X 1P7
Tél. (514) 725-2686 ; Fax (514) 725-0700

Regroupement des organismes communautaires
autonomes jeunesse du Québec (**ROCAJQ**)

Sylvie Gagnon
8225, boul. St-Laurent, bureau 300
Montréal (Q.C.) H2P 2H1
Tél. (514) 388-7942 ; Fax (514) 388-4676

Regroupement des organismes de justice
alternative du Québec (**ROJAQ**)

Serge Charbonneau
4205, rue Saint-Denis, bureau 320 A
Montréal (Q.C.) H2J 2K9
Tél. (514) 281-1858 ; Fax (514) 281-1859

Regroupement Naissance-Renaissance

Line Lévesque
110 rue Ste-Thérèse, bureau 201
Montréal (Q.C.) H2Y 1E6
Tél. (514) 392-0308 ; Fax (514) 392-9060

Regroupement provincial des maisons
d'hébergement et de transition pour femmes
victimes de violence conjugale

Louise Riendeau
110 rue Ste-Thérèse, bureau 401
Montréal (Q.C.) H2Y 1E6
Tél. (514) 878-9134 ; Fax (514) 878-9136

Regroupement québécois des **CALACS**
(centres d'aide et de lutte
contre les agressions à caractère sexuel)

Claudette Vandal
C. P. 267, succ. Delorimier
Montréal (Q.C.) H2H 2N6
Tél. (514) 529-5252 ; Fax (514) 529-5255

Regroupement québécois du parrainage civique
(**RQPC**)

Annick Desrosiers
465, rue Saint-Jean, 5^{ième} étage, bureau 502
Montréal (Q.C.) H2Y 2R6
Tél. (514) 289-1161 ; Fax (514) 289-1963
Ligne sans frais : 1-877-727-7246

Regroupement des ressources alternatives en
santé mentale du Québec (**RRASMQ**)

Jean Gagné
4837, rue Boyer, bureau 240
Montréal (Q.C.) H2J 3E6
Tél. (514) 523-7919 ; Fax (514) 523-7619

Réseau québécois d'action pour la santé des
femmes (**RQASF**)

Lise Lamontagne
4273 rue Drolet, bureau 406
Montréal (Q.C.) H2W 2L7
Tél. (514) 877-3189 ; Fax (514) 877-0357