

POUR LA PRÉVENTION ET L'ÉQUITÉ EN SANTÉ, L'OUVERTURE AU PRIVÉ N'EST PAS UNE SOLUTION

Mémoire sur le document de consultation :
Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité
présenté à la Commission des affaires sociales par le
Réseau québécois d'action pour la santé femmes (RQASF)

Recherche et rédaction :
Isabelle Mimeault

RÉSEAU QUÉBÉCOIS
D'ACTION
POUR LA SANTÉ
DES FEMMES



Montréal (Québec) H2W 2J6
(514) 877-3189
rqasf@rqasf.qc.ca

© RQASF, Mars 2006
ISBN 2-923269-07-1

RÉSUMÉ

Dans ce mémoire, nous examinons et commentons le Livre Blanc que le gouvernement soumet à la consultation pour répondre à l'arrêt Chaoulli. Nous soulevons des contradictions entre les objectifs de protection du système public de santé, affirmés dans le document ministériel, et les impacts possibles de l'ouverture au privé qui est proposée comme solution. Selon nous, le gouvernement présente un bilan de son action exagérément positif, dont les effets sur les femmes n'ont pas été pris en considération. La réforme proposée se situe en continuité avec l'action du gouvernement actuel, dont les impacts sociaux ont été dénoncés dans le *Rapport social* récemment produit par la Ligue des droits et libertés à l'attention du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. La Ligue dénonce la violation du droit à la santé (article 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*) et ses effets discriminatoires à l'égard des femmes. L'absence d'analyse différenciée selon le sexe (ADS) dans le Livre Blanc comme dans les dernières politiques gouvernementales est selon nous préoccupante. Selon notre analyse, la réponse à l'arrêt Chaoulli que le gouvernement a choisi de privilégier représente davantage une opportunité de poursuivre son plan de « réingénierie » de l'État et des services publics. Plutôt que de proposer un réel débat sur la question de la place du privé dans le secteur de la santé et des services sociaux, le gouvernement propose une solution apparemment mitoyenne, mais dont les effets à long terme risquent de nous diriger vers une plus grande fragilité du système public et vers un accès moindre aux services pour les personnes les plus démunies.

PRÉSENTATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF)

Le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) est un organisme multidisciplinaire qui travaille solidairement et dans une perspective féministe à l'amélioration de la santé et des conditions de vie des femmes. Situé à Montréal, le RQASF regroupe plus d'une centaine de membres associatifs et une cinquantaine de membres individuels dans toutes les régions du Québec.

Le RQASF poursuit les objectifs de promouvoir et de défendre, par l'action collective et l'action politique, les droits et les intérêts des femmes en matière de santé sur le plan sociétal, politique, législatif et gouvernemental ; d'adopter et de faire valoir une approche globale de la santé des femmes ; de regrouper et de mobiliser les femmes et les organisations préoccupées par la santé des femmes ; d'agir pour et avec les femmes, dans la reconnaissance de leurs savoirs et la prise en charge de leur santé.

Les grands secteurs d'activités du RQASF comprennent la recherche, l'éducation et l'information considérées dans une perspective féministe. Bien qu'il s'intéresse à la santé et aux conditions de vie de toutes les femmes, le RQASF tient toujours compte des situations particulières vécues par les femmes marginalisées, soit en raison de leur statut socio-économique, de leur orientation sexuelle, de leur langue, de leur couleur ou de leur origine ethnique.

INTRODUCTION

Depuis l'affaire Chaoulli¹, les termes du débat sur la privatisation en santé se sont précipités au Québec. À défaut d'avoir opté pour la **clause dérogatoire** dite clause « nonobstant » pour se soustraire au jugement Chaoulli (réclamée par de nombreux groupes sociaux), le gouvernement fournira une réponse à la Cour suprême en juin 2006, pour se conformer au délai d'un an qui lui a été accordé. Après avoir entretenu une certaine controverse et maintenu les acteurs sociaux en haleine durant l'automne, le gouvernement a finalement soumis un document à la consultation publique le 16 février 2006, plutôt qu'en décembre 2005, tel que d'abord annoncé (MSSS, 2006 : N.B. : les numéros de pages mis entre parenthèses dans le présent mémoire renvoient à ce document). Le gouvernement impose donc des délais très courts : production de mémoires en mars, audiences prévues en avril, projet de loi à adopter en juin..

Si la volonté réelle du gouvernement était que la population débattenne vraiment de la question, et de façon « sereine » (p. 3), pourquoi ne pas avoir recouru à la clause nonobstant ? Le premier ministre, monsieur Jean Charest explique, dans son message au début du document que la clause dérogatoire avait déjà été invoquée pour protéger la langue française ou l'identité québécoise. L'identité n'étant pas en jeu dans l'arrêt Chaoulli, nous ne devons pas l'utiliser. Cet argument ne nous convainc pas. **Nous croyons, au contraire, qu'une telle option aurait permis un débat plus serein et sans précipitation. Selon nous, l'affaire Chaoulli offre simplement au gouvernement actuel l'occasion idéale de poursuivre sa « réingénierie » dans le secteur de la santé.**

Ce mémoire se veut un avis clair en faveur du maintien et de l'amélioration de notre système de santé public. Nous exposons d'entrée de jeu le sens réel et la portée possible de ce nouveau Livre Blanc. Une première analyse révèle des contradictions évidentes entre les objectifs avancés et les choix du gouvernement. Nous soulignons ensuite les impacts de la réingénierie sur le respect du droit à la santé et des droits des femmes, ces dernières étant particulièrement affectées par les réformes en cours dans le secteur de la santé et des services sociaux. Enfin, la dernière partie de notre exposé est consacrée à des propositions de solutions car d'autres

¹ L'affaire Chaoulli : Le 9 juin 2006, la Cour suprême du Canada donne raison au médecin Jacques Chaoulli et son patient Georges Zélotis, dans un jugement serré (4 contre 3). Les appelants, qui avaient été déboutés devant la Cour supérieure du Québec en 2000 et devant la Cour d'Appel du Québec en 2002, soutiennent que l'interdiction de contracter des assurances privées pour des soins déjà assurés par le

réponses au jugement de la Cour suprême que celles proposées dans le document ministériel sont envisageables. **Selon nous, un changement de paradigme est nécessaire, afin de donner une portée réelle à l'approche préventive annoncée dans le document ministériel.** Nous appuyons les propositions du groupe Médecins pour l'accès à la santé, que nous bonifions en les plaçant dans une perspective globale et féministe.

SENS ET PORTÉE DU « LIVRE BLANC »

À la suite de l'arrêt Chaoulli en juin 2005, c'est après d'apparentes hésitations que le gouvernement a publié un Livre Blanc, le 16 février 2006. Au cours de l'automne, des rumeurs ont circulé dans les médias quant à une interprétation très large du jugement par le gouvernement actuel, selon laquelle un système de santé privé parallèle était incontournable, ce qui a suscité une levée de boucliers.

Après avoir ainsi alerté les milieux progressistes, le gouvernement s'est voulu rassurant avec ce Livre Blanc : la garantie d'accès couplée d'une ouverture au privé viserait seulement trois chirurgies électives, celles de la hanche, du genou et de la cataracte, selon un mécanisme précis et bien encadré (p. 52). De plus, la demande de MM. Chaoulli et Zeliotis ainsi que le jugement de la Cour suprême visent seulement les médecins « non-participants » au régime public (moins d'une centaine, au Québec), et non l'ensemble des médecins du Québec. L'étanchéité du système serait maintenue, ce qui respecte le jugement.

Or, si la **portée juridique**² du jugement est limitée, sa portée **politique** peut s'avérer différente. Le gouvernement a décidé de saisir l'occasion de la réponse au jugement Chaoulli pour faire un « rapport d'étape » et une « mise à niveau de [sa] stratégie visant à ramener le système de santé québécois dans le peloton de tête des meilleurs au monde » (p.5).

régime public est inconstitutionnelle en vertu de la Charte québécoise, cette interdiction contrevenant au droit à la vie et à la sécurité.

² Le jugement a fait couler beaucoup d'encre partout au Canada et au Québec. Marie-Claude Prémont de la Faculté de Droit de l'Université McGill a analysé les différentes décisions des cours qui se sont prononcées dans cette affaire. Selon son analyse, « la seule évidence incontournable du jugement se limite à l'obligation pour le Québec de trouver une réponse aux listes d'attente déraisonnables et de donner suite à l'urgence d'agir concrètement » (Prémont, 2006). Dans un article du *Devoir* (Maïoni et Manfredi, 2006), deux autres professeurs de l'Université McGill questionnent pour leur part le recours aux tribunaux pour régler des problèmes de nature éminemment politique, faisant valoir que la santé est un domaine complexe et que les tribunaux répondent à une question spécifique, étroite et précise, ce qui a pour effet de réduire les options que les pouvoirs politiques envisagent.

Un bilan faussement « positif » au détriment des femmes

Précisons d'entrée de jeu que le bilan des actions gouvernementales en santé, ce « rapport d'étape » présenté dans le document ministériel, apparaît exagérément positif. Sur le terrain, la réforme en cours provoque de profonds mécontentements.

Illustrons cet écart entre l'appréciation gouvernementale et celle des acteurs sur le terrain par un exemple : le *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie* (MSSS, 2005), présenté comme une réussite du gouvernement actuel (p. 20). Le Plan d'action s'inscrit en continuité avec les politiques précédentes, tout en précisant que ce sont les réseaux locaux de services qui doivent se charger de les organiser (les « réguler »). Des services organisés par le secteur public ne sont pas nécessairement des services dispensés par le secteur public. La Loi 25 avait préparé le terrain en légitimant, deux ans plus tôt, la place du privé dans le réseau de la santé.

Selon le Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal (RAANM), membre du RQASF, ce Plan d'action n'appuie pas le travail des proches aidants, constitués à 80 % de femmes, et, ce, pour trois principales raisons que nous présentons brièvement. La première raison vient du fait que le Plan ne s'appuie sur aucun budget précis. Deuxièmement, aucune nouvelle place ne sont accordées en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) : les cas lourds sont pris en charge par les hôpitaux et les personnes sont ensuite pressées de retourner dans leur communauté. Enfin, le Plan offre une ouverture à la facturation des services.

Ce Plan d'action s'inscrit en droite ligne avec les précisions apportées à la Politique de soutien à domicile (MSSS, 2004) qui ont représenté un recul important, en réintroduisant la notion selon laquelle les aidantes et aidants sont des « ressources » pour prodiguer des services et non des client-e-s des services.

Les personnes qui requièrent des soins de plus de trois mois sont dirigées vers la communauté. Cette politique pose d'importants problèmes de mise en opération car toutes les ressources privées (dont les organismes d'économie sociale) ne sont pas nécessairement disposées ni encore disponibles. La charge de travail sur les aidantes naturelles s'accroît d'autant.

Marika Morris, qui a effectué une revue des différentes études canadiennes sur les soins à domicile selon une approche différenciée selon le sexe, résume bien la situation précaire dans laquelle se retrouvent de nombreuses femmes qui assument le rôle d'aidantes « naturelles ». Elle constate : « Nombre d'études réalisées dans différentes parties du pays parviennent à la même

conclusion : la restructuration des services de santé — caractérisée par une réduction de la durée des séjours à l'hôpital, par la désinstitutionnalisation et par le déplacement des services vers le milieu de vie naturel — a été lourde de conséquence pour les femmes, surtout parce qu'elles doivent maintenant offrir davantage d'aide et de soins non rémunérés que ce qu'on attendait d'elles auparavant. En outre, la majorité des bénéficiaires de soins sont des femmes, dont la plupart vivent sous le seuil de la pauvreté et ne peuvent se payer des services privés quand les services publics sont inadéquats » (Morris, 2001).

Statistiques à l'appui, la Coalition solidarité santé (CSS) évalue que la politique gouvernementale actuelle en matière de soutien à domicile a pour effet de restreindre le droit aux services publics et gratuits. Le gouvernement opère un virage vers une désassurance des services publics d'auxiliaires familiales et sociales (CSS, 2004).

Avec la publication du Livre Blanc, le gouvernement saisit une opportunité de poursuivre résolument sa « réingénierie » en matière de santé, tel qu'il l'avait annoncé en 2003 et réaffirmé dans son rapport d'étape en mai 2005 (Conseil du Trésor, 2005).

Des contradictions

Avec le débat qui s'engage, les **objectifs affirmés** du gouvernement, sont de :

- « préserver et améliorer notre système public et universel de santé et de services sociaux afin qu'il soit parmi les meilleurs au monde ;
- et, dans cette perspective, répondre au jugement de la Cour suprême » (p. 5).

Des **contradictions** entre le discours avancé officiellement et les **effets réels** des modifications proposées dans le document de consultation nous portent à croire que le gouvernement cherche à « ménager la chèvre et le chou ». Il souhaite à la fois rassurer le **milieu des affaires** (dont les assureurs privés) et les **milieux progressistes** (nombreux groupes sociaux et communautaires, universitaires, médecins et autre personnel de la santé). Plutôt que d'accepter de débattre de ces contradictions, le gouvernement se veut sécurisant.

Ainsi aux **acteurs du milieu des affaires**, favorables à une ouverture tous azimuts au privé dans la santé, il lance un message à l'effet que leurs demandes ne peuvent être mises en pratique tout de suite, mais que la situation « évoluera » : « Ces services seraient limités **pour l'instant** aux chirurgies électives » (p. 45, nos soulignés), lesquelles chirurgies électives « seraient définies **par**

règlement [donc sans débat public] par le ministre de la Santé et des Services sociaux » (p. 43, nos soulignés).

Pour les rassurer, le gouvernement choisit ses mots et joue de certains paradoxes :

- Il emprunte des concepts participant à l'univers sémantique du milieu des affaires : « efficience », « production », « modernisation de l'État », « monopole »...
- Dans son introduction, le gouvernement en appelle à des modifications du système, à la fin du statu quo : «Les solutions dont nous voulons discuter avec les citoyens misent sur une révision de nos façons de faire et sur la mise en place de pratiques ayant déjà fait leurs preuves. [...] L'ensemble des mesures s'inscrit dans la recherche d'une plus grande efficience des ressources investies et d'une meilleure qualité de vie des citoyens. » (p. 8)
- Signifiant d'emblée que « **Plusieurs options** sont envisageables pour améliorer l'accès aux services pour répondre aux questions posées par le jugement de la cour suprême » (p. 42, nos soulignés), il ne présente en fait que deux options : 1. le **statu quo**, option éliminée d'office puisque « ne comportant aucune mesure concrète pour répondre aux préoccupations de la Cour suprême » (p. 42) et 2. « une **ouverture** au financement et à la production de services par le **secteur privé** » (p. 43, nos soulignés).

Aux **opposants à une participation accrue du privé en santé**, le gouvernement laisse entendre que la réponse proposée au jugement Chaoulli est la meilleure possible, la plus favorable à la protection de notre système de santé public, comme si d'autres alternatives avaient été évaluées.

Pour les rassurer, le gouvernement évoque les « valeurs » de la société québécoise (p. 5, p. 9). De plus, il reconnaît lui-même les désavantages du privé dans la santé, tel qu'en attestent plusieurs analyses à partir des expériences étrangères :

- « Le développement d'un réseau privé de services pourrait entraîner un risque de drainage des ressources humaines actuellement au service du réseau public vers les services financés par le privé. Le développement de services financés par le privé pourrait aussi occasionner une augmentation de la demande pour certains services financés publiquement et ainsi entraîner une augmentation des dépenses publiques de santé » (p. 35).

- « Toutes les analyses rejettent le recours à la privatisation du financement des soins de santé parce que **cette voie comporte des inconvénients majeurs**. Parmi ceux-ci, notons la protection insuffisante de la couverture d'assurance privée, les coûts élevés, les problèmes d'accessibilité et d'équité pour les personnes à plus faible revenu, le manque de ressources humaines, notamment les médecins, ainsi que les écarts dans leur répartition sur l'ensemble du territoire » (p. 36, nos soulignés).
- « ...les expériences étrangères en matière d'assurance privée duplicative comportent plusieurs **risques** et **ne semblent apporter aucune garantie d'un meilleur accès global aux soins de santé, ni de gains d'efficience dans l'ensemble d'un système**. Un enjeu important consiste à ne pas sacrifier l'équité dans l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. À ce propos, une attention particulière doit être portée aux clientèles plus vulnérables, dont les personnes à faible revenu et les personnes atteintes d'une maladie chronique ou présentant un handicap (qui seraient plus difficilement admissibles à l'assurance privée) ainsi qu'aux personnes vivant loin des grands centres. Les expériences analysées confirment que ce sont majoritairement les travailleurs, dans le cadre de régimes collectifs, les personnes d'âge moyen et les personnes mieux nanties qui ont recours à l'assurance privée » (p. 38-39, nos soulignés).
- « Plus l'ouverture à l'assurance privée est grande, plus sa mise en œuvre nécessite des mesures de contrôle variées, ce qui **rend plus complexe la gestion de l'ensemble du système**. Le principal effet pervers associé à une réglementation trop permissive et à un contrôle inadéquat de l'assurance duplicative est le détournement de ressources humaines du secteur public vers le secteur privé. Cela peut avoir comme conséquence une **réduction de l'accès** aux services pour les usagers du régime public, les incitatifs favorisant une plus grande productivité étant alors spécifiquement concentrés sur la clientèle du régime privé au détriment de la productivité dans le secteur public. De plus, même avec un encadrement réglementaire supplémentaire, **rien ne garantit la qualité des services** qui seront offerts par le secteur privé » (p. 39, nos soulignés).
- « ...il semble probable que plus l'ouverture à l'assurance privée sera étendue, plus la **gestion** globale du système de santé deviendra **complexe** et plus il pourra être difficile d'en contrôler la **qualité** et les **coûts**. Une ouverture à l'assurance privée amènerait, selon toute probabilité, une augmentation de la part du PIB consacrée au secteur de la santé et des services sociaux » (p. 44, nos soulignés).

Se référant au même corpus d'études, les opposants à l'ouverture au privé s'appuient ainsi sur des données probantes³ et sans équivoque : « Les expériences des autres pays montrent que le recours à l'assurance privée duplicative n'est pas la solution aux délais d'attente dans le secteur de la santé » (Lamarche *et al.*, 2006).

Malgré l'exposé clair des effets pervers d'un tel virage, le gouvernement opte quand même pour l'ouverture au privé. En l'absence d'étude indépendante du milieu des affaires, son choix s'appuie sur des arguments de nature idéologique. Seuls le discours néolibéral et la théorie économique classique servent de justification :

« En théorie, l'utilité première de l'assurance maladie privée duplicative résiderait dans la réduction des charges sur les régimes publics en déplaçant une partie de la demande et des coûts qui y sont associés du secteur public vers le secteur privé, ce qui renforcerait la réactivité du système dans son ensemble » (p. 38).

Dans le document ministériel, la question n'est donc pas de savoir **si** le secteur privé représente une **option** à considérer pour trouver des solutions aux listes d'attente. Le recours au privé est posé comme une évidence incontournable et la question est servie en ces termes :

« Quel rôle **doit** jouer le secteur privé pour nous permettre d'accroître la capacité du système à répondre aux attentes et aux besoins de la population tout en maintenant un régime public universel, équitable et accessible pour tous ? » (p. 34, nos soulignés).

Dans les faits, la position ministérielle est contradictoire ; elle fragilise le caractère public de notre système de santé. Rien n'est garanti pour le futur.

En effet, rappelons que ce même gouvernement a engagé un train à grande vitesse de réformes néolibérales, par l'adoption sous le bâillon d'une série de lois modifiant la structure du réseau de la santé et préparant le terrain à l'arrivée des PPP (partenariats public-privé) et à la soumission des services publics aux lois du marché et aux accords sur le commerce.

Selon nous, cette réponse à l'arrêt Chaoulli sert de prétexte pour ouvrir davantage la porte au privé dans les services publics : c'est la poursuite de la « réingénierie » dans la santé.

³ En sus de ce qui est soulevé dans le Livre Blanc même, citons notamment les analyses de Breton (2005), Kalant (2001), Lamarche *et al.* (2006), Mehra (2005), Rachlis (2005).

IMPACTS DE LA « RÉINGÉNIERIE » DANS LA SANTÉ

Les contradictions du Livre Blanc que nous avons exposées montrent que cette politique s'inscrit dans la foulée des actions gouvernementales en faveur d'une « réingénierie » dans la santé. Nous en examinerons maintenant brièvement certains impacts sociaux. Nous appuyons les conclusions de la Ligue des droits et libertés selon lesquelles les politiques gouvernementales en cours violent les engagements internationaux du Québec et du Canada. Nous sommes également d'avis qu'elles induisent une discrimination particulière à l'endroit des femmes.

Violation du droit à la santé

Appuyée par plus de 50 organismes de défense de droits, la Ligue des droits et libertés (LDL) a produit récemment le *Rapport social*. Ce rapport remet en question les rapports périodiques remis au Comité d'Experts des Nations Unies par les gouvernements du Québec et du Canada sur la mise en oeuvre du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDESC) dont ces États sont signataires (LDL, 2006). Le *Rapport social* documente et dénonce la violation du PIDESC par les gouvernements en place et la régression des droits économiques, sociaux et culturels au Québec (*Id.*, p. 1).

La Ligue des droits s'inquiète dans son rapport de la violation du droit à la santé (article 12 du Pacte), qui est *le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre*.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (Comité DESC) de l'ONU a interprété la portée du droit de la santé. Selon le Comité, le droit à la santé : « est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international » (Comité DESC, 2000).

Cette interprétation du droit à la santé rencontre la vision féministe de la santé et milite en faveur d'une action intersectionnelle et globale, en faveur de la santé de la population.

Dans le *Rapport social*, la Ligue des droits dénonce les effets du sous-financement du système de santé québécois, *notamment* :

- Les orientations gouvernementales en matière de soutien à domicile (LDL, 2006, p. 18)
- Les politiques sociales de l'actuel gouvernement québécois (*Id.*)
- Les avenues envisagées pour répondre au jugement Chaoulli qui privilégie « l'accès rapide aux soins sur la base de la capacité financière des personnes plutôt que sur la base du besoin » (*Id.*, p. 19.)
- Le fait que la gratuité des médicaments n'ait pas encore été rétablie pour les personnes assistées sociales aptes au travail et pour les personnes âgées (*Id.*)

Ces actions et politiques gouvernementales ont des effets discriminatoires sur les femmes, dont le *Rapport social* dénonce la pauvreté particulière. (*Id.*, p. 4)

Discrimination envers les femmes

Malgré l'engagement du gouvernement et du ministère de la Santé et des Services sociaux d'appliquer l'**analyse différenciée selon le sexe** (ADS) dans la conception et la mise en œuvre de ses politiques, une telle approche est **complètement absente** du Livre Blanc. L'ADS est également absente du *Plan d'action en santé mentale* et du *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie*. Notons d'ailleurs que le mot « femmes » n'apparaît que deux fois dans l'ensemble du document soumis à la consultation (p. 11 et p. 13). Abordant sommairement les inégalités de santé (p. 13), le document ministériel évoque certaines disparités entre femmes et entre hommes de milieux socioéconomiques différents ; toutefois, il ne fait pas l'exercice de comparer la situation des hommes à celle des femmes.

Rappelons ce qu'est l'ADS, selon la définition du Secrétariat à la condition féminine (SCF) :

L'analyse différenciée selon les sexes est un processus qui vise à discerner, de façon préventive, au cours de la conception et de l'élaboration d'une politique, d'un programme ou de toute autre mesure, les effets distincts que pourra avoir son adoption par le gouvernement sur les femmes et les hommes ainsi touchés, compte tenu des conditions socioéconomiques différentes qui les caractérisent. L'analyse différenciée peut également être utilisée dans l'évaluation à des fins de révision ou de reconduction d'une politique, d'un programme ou d'une autre mesure. Il s'agit donc d'une approche génératrice de solutions bien adaptées aux réalités auxquelles elle s'applique et qui peut être aussi profitable aux hommes qu'aux femmes. Cette adéquation doit se traduire dans les interventions qui en découlent (SCF, 1997, p. 15).

L'absence d'analyse différenciée selon le sexe oblige un examen des impacts du Livre Blanc sur les femmes qui sont, rappelons-le, les **principales utilisatrices** de services sociaux et de services de santé, et les **principales dispensatrices** de ces services dans le réseau formel, en

tant que travailleuses, autant qu'à domicile, en tant qu'aidantes « naturelles ». Selon une analyse du Canadian Centre for Policy Alternatives - bureau de la Colombie-Britannique, les mesures favorisant la privatisation des soins de santé dans cette province ont eu pour effet de faire reculer de trente ans la situation en matière d'équité salariale pour les femmes qui travaillent dans les services de soutien en santé (Cohen et Cohen, 2004).

Les **femmes** sont plus exposées que les hommes à vivre les effets discriminatoires d'une plus grande ouverture au privé dans la santé :

- elles sont plus pauvres que les hommes (elles représentent, la très grande majorité de la main-d'oeuvre rémunérée au salaire minimum ou qui travaille à temps partiel, des chefs de famille monoparentale, par exemple) ;
- elles vivent plus longtemps que les hommes, mais elles sont plus nombreuses à éprouver des problèmes de santé chroniques ;
- elles sont victimes de multiples discriminations, les femmes issues des minorités ethnoculturelles, par exemple, sont encore plus désavantagées.

Les actions du gouvernement actuel, à partir des transformations du réseau des Centres de la petite enfance (CPE) jusqu'à celles du système de santé et de services sociaux, en passant par l'abolition de l'article 45 ouvrant la voie à une plus grande précarité au travail et par les retards dans l'application de l'équité salariale, ont de multiples impacts négatifs pour les femmes. La réforme représente un recul démocratique, les services s'éloignant de la population et de ses besoins. En modifiant la composition des conseils d'administration, qui seront maintenant nommés par le ministre, la loi 83 limite la participation citoyenne dans le réseau, qui, pourtant, de l'avis du Conseil de la santé et du bien-être, « contribue à la qualité de la gestion et à une meilleure planification des services, [les citoyennes et les citoyens] reflétant davantage les besoins, les valeurs et la culture de la collectivité » (CSBE, 2004, p. 17).

DES SOLUTIONS : CHANGER DE PARADIGME

Pour résoudre les problèmes d'accès aux services de santé et pour ramener les délais d'attente à un niveau médicalement acceptable, le gouvernement doit sortir de la logique néolibérale et d'une conception biomédicale de la santé. Le gouvernement doit revoir sa vision de la prévention et adopter une approche globale de la santé. Nous croyons que pour s'attaquer avec fermeté aux causes des problèmes qui ont présidé à l'arrêt Chaoulli, d'autres solutions que la levée de l'interdiction du recours à l'assurance privée pour payer certains services de santé existent.

Une vision réductrice de la prévention

À première vue, il apparaît intéressant que le gouvernement consacre tout un chapitre sur l'importance de la **prévention** comme « facteur d'évolution du système de santé » (chapitre 1). Le Mouvement pour la santé des femmes réclame depuis des décennies qu'une priorité soit accordée à la prévention par les gouvernements en place.

Toutefois, la vision de la prévention qui est présentée dans le document ministériel nous apparaît réductrice. Bien qu'importantes, les mesures proposées sont disparates et peu intégrées : une « campagne gouvernementale pour la promotion de saines habitudes de vie », le « renforcement de la *Loi sur le tabac* », l'ajout de vaccins pour les enfants, un Plan d'action pour la santé mentale.

Nous appuyons des mesures concrètes en faveur d'une meilleure alimentation et de l'activité physique. Toutefois, nous questionnons le fait que nulle part, et il s'agit là d'une lacune importante, la **pauvreté** n'est mentionnée en tant que **facteur le plus déterminant de la santé**. Un seul court paragraphe de 11 lignes traite des inégalités de santé. Les inégalités de santé sont ici réduites à l'espérance de vie différente selon qu'une personne soit plus ou moins favorisée socioéconomiquement, sans référence au fait que les femmes sont plus pauvres que les hommes.

Ainsi, plusieurs politiques et actions du gouvernement actuel agissent en sens contraire d'une action préventive en matière de santé, comme nous l'avons mentionné dans la partie précédente.

Des propositions pour une autre approche de la santé

Alors que la question du **financement** du système de santé est posée comme fondamentale, pas une seule ligne n'est accordée aux **médicaments**, parmi les grands responsables de la hausse des coûts du système de santé. Il est d'ailleurs assez étonnant que le gouvernement n'ait pas inclus le médicament dans son « rapport d'étape ». Le gouvernement doit maintenant composer avec les effets pernicieux d'un régime mixte d'assurance-médicaments, public-privé. Un régime public universel aurait certes permis d'agir en faveur de la santé publique à long terme et, ce, de façon moins coûteuse. Cette mixité du système assure des profits exceptionnels aux compagnies d'assurance et aux compagnies pharmaceutiques tout en ayant pour effet de restreindre l'accessibilité des médicaments et de gonfler les coûts pour l'État.

Selon la Coalition solidarité santé, les médicaments sont cause d'appauvrissement (CSS, 2005). Avec une augmentation moyenne de 15% par année (sept fois plus que l'inflation), les coûts des médicaments sont devenus prohibitifs. La contribution annuelle des personnes couvertes par le régime public est passée de 175\$ à 494\$ (une hausse de 182% en 8 ans), souligne la Coalition.

Le système de santé semble se diriger à toute vitesse vers une impasse. Devant une conception restrictive de la santé favorisant une approche curative, le Mouvement pour la santé des femmes propose une autre approche, globale et préventive. Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE), qui a joué pendant plus de 10 ans un rôle de conseiller auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être, ainsi que sur les moyens les plus appropriés pour les atteindre, défendait également une telle approche globale. Malheureusement, le Conseil disparaîtra dès le mois prochain, en avril 2006, avec l'entrée en vigueur du projet de loi 38 adopté le 16 juin 2005. Le Conseil cessera d'exister pour être remplacé par le Commissaire à la santé et au bien-être.

Comme nous le soulignons déjà il y a un an, lors de la commission parlementaire sur l'égalité entre les femmes et les hommes, une approche de promotion de la santé suppose non seulement de placer l'activité physique et une saine alimentation au premier plan, comme le laisse entendre le document ministériel, mais elle nécessite également de placer la réduction du stress et la réduction de la consommation de médicaments comme des mesures nécessaires. **Toutefois, il ne s'agit pas tant de modifier les habitudes de vie de la population que de modifier les facteurs qui les conditionnent** (RQASF, 2004a). Et c'est ici que le gouvernement actuel néglige un aspect important de la question, celui de la lutte contre la pauvreté. Prenant acte de l'impact majeur de la pauvreté sur la santé, la Coalition des médecins pour la justice sociale trouve «irresponsable» de l'ignorer pour prévenir les maladies (Kalant, 2001, p. 29).

Pour des solutions réellement constructives

Nous appuyons, en les bonifiant, les recommandations du groupe « Médecins pour l'accès à la santé ».

Médecins pour l'accès à la santé est un regroupement de 125 médecins, résidents et étudiants en médecine, de diverses régions du Québec. Le mandat de ce groupe est de promouvoir des solutions concrètes et équitables au problème des délais d'attente dans le système de santé. Leurs propositions sont les suivantes (les commentaires ajoutés en italiques sont de nous) :

1. La mise en place d'un système intégré de surveillance des délais d'attente et de ses conséquences sur la santé

2. Renforcer la première ligne

La réforme initiée avec les lois 25 et 83 ont fait de l'hôpital le centre du système de santé. Le RQASF n'est pas d'avis que la disparition des CLSC, dont la mission était axée sur la prévention, au profit de l'hôpital, centrée sur le curatif, est de bon augure.

3. Miser sur le développement de centres de chirurgie ambulatoire publics

Des expériences fructueuses menées à Toronto (Ontario) et à Winnipeg (Manitoba) ont démontré la supériorité du secteur public pour régler le problème des listes d'attente, et à des coûts moindres que dans le privé. Le Dr Michael M. Rachlis en fait état dans un rapport bien documenté du Canadian Centre for Policy Alternatives (CCPA) (Rachlis, 2005).

4. Mieux intégrer les cabinets privés existants et remettre en question la pertinence des cliniques spécialisées affiliées

Le modèle des cliniques spécialisées affiliées n'est pas nouveau. Nous avons publié en 2004 un rapport d'évaluation sur le soutien social nécessaire pour réduire l'anxiété des femmes en attente de résultats d'examen complémentaires à la suite d'un résultat anormal de la mammographie de dépistage du cancer du sein (RQASF, 2004b). Alors que le Programme québécois de dépistage du cancer du sein prévoit que les participantes effectuent leurs examens complémentaires à l'hôpital, la majorité des 631 participantes (soit trois sur cinq) ont passé leurs examens complémentaires dans des Cliniques de dépistage désignée (CDD), qui sont des cliniques privées de radiologie, plutôt qu'à l'hôpital. Des frais ont été exigés aux participantes, pour la plupart de ces examens. De plus, des participantes n'ont pas été avisées, par le personnel du CDD, de la gratuité de ces examens s'ils étaient effectués à l'hôpital (Id., p. 52).

Selon les résultats de l'étude, le statut socio-économique des participantes semble déterminer, en partie, leur parcours au sein du Programme. Ce constat va à l'encontre de la volonté affirmée du Programme d'assurer un service équitable et accessible à tous les sous-groupes de la population et soulève d'importantes inquiétudes en ce qui a trait à l'universalité de ce programme public. Est-il équitable que le cheminement ou le choix des participantes du Programme soit tributaire de leur statut socio-économique ?

Les résultats de l'étude ont permis de constater plusieurs autres lacunes au PQDCS, particulièrement en ce qui a trait à la qualité des services dans les cliniques de radiologie privées (CDD).

5. Maintenir l'étanchéité entre médecins participants et non participants
6. Ne pas considérer l'assurance privée comme une solution profitant à l'ensemble de la population
7. Encourager la participation des citoyens au débat
Il faudrait corriger les reculs démocratiques provoqués par les lois 25 et 83, qui ont été dénoncés par plusieurs organismes et groupes sociaux lors des commissions parlementaires précédant l'adoption de ces projets de lois.

CONCLUSION

Dans ce mémoire, nous avons examiné et commenté le Livre Blanc que le gouvernement propose à la consultation pour répondre à l'arrêt Chaoulli. Nous avons soulevé des contradictions entre les objectifs de protection du système public de santé, affirmés dans le document ministériel, et les impacts possibles de la solution de l'ouverture au privé qui a été proposée. Selon nous, le gouvernement a présenté un bilan de son action exagérément positif, dont les effets sur les femmes n'ont pas été pris en considération. La réforme proposée se situe en continuité avec l'action du gouvernement actuel, dont les impacts sociaux ont été dénoncés dans le *Rapport social* récemment produit par la Ligue des droits et libertés à l'attention du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. La Ligue dénonce la violation du droit à la santé (article 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*) et ses effets discriminatoires à l'égard des femmes. L'absence d'analyse différenciée selon le sexe (ADS) dans le Livre Blanc comme dans les dernières politiques gouvernementales est selon nous préoccupante. Selon notre analyse, la réponse à l'arrêt Chaoulli que le gouvernement a choisi de privilégier représente davantage une opportunité de poursuivre son plan de « réingénierie » de l'État et des services publics. Plutôt que de proposer un réel débat sur la question de la place du privé dans le secteur de la santé et des services sociaux, le gouvernement propose une solution apparemment mitoyenne, mais dont les effets à long terme risquent de nous diriger vers une plus grande fragilité du système public et vers un accès moindre aux services pour les personnes les plus démunies.

RÉFÉRENCES

BRETON, Gaetan (2005). *Tout doit disparaître. Partenariats public-privé et liquidation des services publics*. Montréal, Lux Éditeur.

COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ (CSS) (2005). *Médicaments... il faut agir maintenant*. 17 mai.
<http://www.solidaritesante.qc.ca/articles/documents/CSSD%E9pliantm%E9dicaments05.pdf>

COALITION SOLIDARITÉ SANTÉ (CSS) (2004). *La nouvelle Politique de soutien à domicile est une violation du droit à la santé !* 2 décembre.
<http://www.solidaritesante.qc.ca/articles/documents/Coa.Pol-revue-29.pdf>

COHEN, Marjorie Griffin et Marcy COHEN (2004). *A Return to Wage Discrimination. Pay Equity Losses Through the Privatization of Health Care*. Canadian Centre for Policy Alternatives – B.C. Office. April.
http://www.policyalternatives.ca/documents/BC_Office_Pubs/bc_pay_equity.pdf

COMITÉ DESC (2000). *Observation générale no 14, Le droit à la santé*, 11 août, Doc ONU E/C.12/200/4, 11.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2004). *Participation et consultation des citoyennes et citoyens en matière de santé et de bien-être*, Août.
<http://www.csbe.gouv.qc.ca/site/download.php?id=276863.36.1>

CONSEIL DU TRÉSOR (2005). *Pour des services de qualité aux citoyens : Premier rapport d'étape. Plan de modernisation 2004-2007*. Secrétariat du Conseil du Trésor. Mai.

LAMARCHE, Paul, CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre, TROTTIER, Louise-Hélène et BÉLAND, François (2006). *La cohabitation public-privé : les leçons à tirer des expériences étrangères*, Département d'Administration de la santé, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, 9 février.
<http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/docs/chaoulli/experiencesetrangeres.pdf>

LIGUE DES DROITS ET LIBERTÉS (2006). *Rapport social*. Montréal, Ligue des droits et libertés. Mars.
http://www.liguedesdroits.ca/documents/desc/LDLrapport_social_31p.pdf

MAÏONI, Antonia et MANFREDI, Christopher P. « Quand les tribunaux se mêlent de politique », *Le Devoir*, 18 février 2006.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*. Document de consultation.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-721-01.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-830-01.pdf>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Chez soi : le premier choix. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. Juillet.

<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/a71804248795cb7c85256cd3000ec44f?OpenDocument>

MEHRA, Natalie (2005). *Flawed, Failed, Abandoned : 100 P3s. Canadian & International Evidence*. Ontario Health Coalition. March.

<http://www.web.ca/ohc/P3s/Flawed,%20Failed,%20Abandoned%20-%20Final.pdf>

MORRIS, Marika (2001). *Études sur les soins offerts à domicile et en milieu communautaire réalisées dans une perspective sensible aux différences entre les sexes*. Rapport commandé par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada, p. iii.

http://www.cewh-cesf.ca/PDF/health_reform/synthese.pdf

PRÉMONT, Marie-Claude (2006). *La décision Chaoulli et l'assurance santé au Québec*. Faculté de droit, Université McGill. 15 février.

http://www.santepop.qc.ca/chaoulli/docs/chaoulli/jugement_premont.pdf

RACHLIS, Michael M. (2005). *Public Solutions to Health Care Wait Lists*. Canadian Centre for Policy Alternatives (CCPA). December.

http://www.policyalternatives.ca/documents/National_Office_Pubs/2005/Health_Care_Waitlists.pdf

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) (2004a). Mémoire sur l'avis du Conseil du statut de la femme intitulé «Vers un nouveau contrat social entre les femmes et les hommes », Présenté à la Commission des affaires sociales, Décembre.

http://www.rqasf.qc.ca/Memoire_commission.pdf

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ACTION POUR LA SANTÉ DES FEMMES (RQASF) (2004b). *Dépistage du cancer du sein : ce que vivent les femmes en attente d'un diagnostic : rapport d'évaluation*. Recherche : Patricia Pineault. Montréal : RQASF, 127 p.

http://www.rqasf.qc.ca/Rapport%20depistage/rapport_depistage.pdf

SECRÉTARIAT À LA CONDITION FÉMININE (SCF) (1997). *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*. Québec, Gouvernement du Québec.