

Avis

Commentaires sur le
projet de loi n° 25
*Loi sur les agences
de développement de
réseaux locaux de
services de santé et
de services sociaux*

Décembre 2003

Le présent avis a été adopté lors de la 198^e assemblée des membres du Conseil du statut de la femme le 5 décembre 2003.

Les membres du Conseil sont Diane Lavallée, présidente, Michèle Taïna Audette, Lyse Brunet, Claire Deschênes, Ghyslaine Fleury, Christine Fréchette, Danielle Labrie, Chantal Maillé, Micheline Simard, Carolyn Sharp et Denise Trudeau.

Le Conseil du statut de la femme est un organisme de consultation et d'étude créé en 1973. Il donne son avis sur tout sujet soumis à son analyse relativement à l'égalité et au respect des droits et du statut de la femme. L'assemblée des membres du Conseil est composée de la présidente et de dix femmes provenant des associations féminines, des milieux universitaires, des groupes socio-économiques et des syndicats.

**Coordination à la Direction
de la recherche et de l'analyse**

Betty Guedj

Recherche et rédaction

Lucie Bélanger

Soutien technique et révision

Francine Bérubé

Éditeur

Conseil du statut de la femme

Service des communications

8, rue Cook, 3^e étage

Québec (Québec) G1R 5J7

Téléphone : (418) 643-4326 ou 1 800 463-2851

Télécopieur : (418) 643-8926

Internet : <http://www.csf.gouv.qc.ca>

Courrier électronique : publication@csf.gouv.qc.ca

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2003

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-550-41860-3

© Gouvernement du Québec

La traduction et la reproduction totale ou partielle de la présente publication à des fins non commerciales sont autorisées à la condition d'en mentionner la source.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER – DES QUESTIONNEMENTS SUR LES FUSIONS.....	7
1.1 La pertinence des fusions systématiques	7
CHAPITRE II – DES MOYENS POUR ASSURER UNE PARTICIPATION CITOYENNE, NOTAMMENT AUX FEMMES	9
2.1 La parité des hommes et des femmes sur les conseils d’administration	9
2.2 Une voix pour les citoyens et les citoyennes.....	9
2.3 Des structures de concertation.....	10
2.4 Des structures pour les besoins spécifiques des femmes	11
CHAPITRE III – L’IMPORTANCE DE LA FONCTION DE RÉGULATION.....	13
3.1 Le rôle des paliers national et régional.....	13
3.2 Un encadrement du partenariat avec le secteur privé.....	14
3.3 Des balises sur la place du secteur communautaire	15
CHAPITRE IV – REMARQUES COMPLÉMENTAIRES.....	17
CONCLUSION.....	19
LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME	21
BIBLIOGRAPHIE.....	23

INTRODUCTION

C'est avec un grand intérêt que le Conseil du statut de la femme a pris connaissance du projet de loi n° 25 intitulé Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Étant donné l'importance de ce projet de loi pour les femmes, il nous apparaissait essentiel de faire connaître les commentaires et les recommandations du Conseil.

Les femmes sont en effet très concernées par les changements qui touchent le système de santé et de services sociaux, changements dont elles font souvent les frais, et ce, pour plusieurs raisons. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles ont des ressources financières inférieures à ces derniers et à cause des caractéristiques spécifiques de leur fonction reproductive, elles utilisent plus fréquemment le système de santé et de services sociaux que les hommes. De plus, les femmes assument souvent une part plus grande des responsabilités parentales; elles constituent la majorité des proches-aidants et sont plus souvent des aidantes principales. Enfin les salariées et les bénévoles oeuvrant dans le secteur sont majoritairement des femmes.

Ce projet de loi s'attaque à des problèmes importants dans le secteur de la santé et des services sociaux : l'accessibilité, le morcellement et la discontinuité des soins et services ainsi que la difficulté pour une personne de cheminer dans le réseau.

Le Conseil du statut de la femme partage les objectifs visés par le ministre et espère qu'ils seront atteints. Il est favorable à une meilleure concertation des divers secteurs du réseau de la santé et des services sociaux permettant ainsi d'accroître l'efficacité du système et d'améliorer les services à la population. Il questionne cependant le besoin d'une telle restructuration, certains aspects du processus proposé ainsi que certains de ses impacts potentiels sur les femmes.

Par ailleurs, le projet de loi laisse place à beaucoup d'imprécisions. Ainsi, il n'est pas toujours évident, à la lecture du projet de loi, de conclure ou non au fait que la Loi sur les services de santé et les services sociaux continue ou non à s'appliquer. Plusieurs de nos interrogations découlent de ces imprécisions.

Plusieurs des commentaires et recommandations s'appuient sur la réflexion effectuée par le Conseil dans son mémoire à la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux¹, en octobre 2000, ainsi que dans son avis sur le virage ambulatoire².

¹ Conseil du statut de la femme. *Mémoire présenté à la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux*, [recherche et rédaction : Francine Lepage et Ginette Plamondon], Québec, le Conseil, 2000.

² Conseil du statut de la femme. *Pour un virage qui respecte les femmes*, [recherche et rédaction : Marie Moisan], Québec, le Conseil, 2000.

L'essentiel de nos réflexions portera sur trois points principaux : la pertinence des fusions pour atteindre les objectifs poursuivis, la participation des citoyens et citoyennes à l'organisation des services et l'importance de la fonction régulation aux paliers central et régional.

CHAPITRE PREMIER

DES QUESTIONNEMENTS SUR LES FUSIONS

1.1. LA PERTINENCE DES FUSIONS SYSTÉMATIQUES

Le Conseil est d'accord avec les objectifs de meilleure concertation et ainsi que d'intégration et de continuité des services; il se demande cependant si leur atteinte doit nécessairement passer par des fusions d'établissements et croit que des résultats équivalents pourraient être obtenus en passant par les structures actuelles.

Certaines expériences de fusion de l'ensemble des établissements publics dans des régions ayant une population de taille petite ou moyenne semblent s'être avérées positives pour une meilleure accessibilité des services. Cependant, comme l'engagement des partenaires paraît un facteur essentiel à la réussite des fusions, le Conseil craint que ces changements génèrent des insécurités et des résistances chez les différents partenaires du réseau et nuisent à l'efficacité recherchée.

Soulignons que, à plusieurs endroits, les objectifs poursuivis en termes de continuité et d'accessibilité ont ainsi été obtenus sans qu'une fusion ait été nécessaire, mais plutôt par une intégration des services autour de clientèles particulières, comme les personnes âgées. Selon les évaluations faites dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), c'est quand il s'agit de groupes ciblés présentant des maladies bien déterminées que ces expériences d'intégration sont le mieux réussies.

Le projet de loi reconnaît que les fusions ne peuvent à elles seules solutionner les problèmes de continuité et il affirme la nécessité d'instaurer des mécanismes visant à faciliter et à coordonner la prestation individuelle des services aux usagers. L'instauration, par exemple, de modalités de gestion de cas et, sous réserve d'une protection adéquate de la confidentialité, d'informatisation des dossiers peut contribuer à faciliter l'intégration des services et le cheminement de l'utilisateur dans le réseau en fonction de ses besoins.

Enfin, la constitution d'une instance locale de services de santé et de services sociaux dans certaines agglomérations urbaines où l'on constate l'absence d'un hôpital général semble difficilement réalisable.

Par ailleurs, étant donné leur mission traditionnelle, les hôpitaux sont pourvus de ressources humaines et financières sans commune mesure avec celles des CLSC et des CHSLD. Le Conseil craint que ce qui peut constituer un regroupement naturel de structures, à taille humaine en région, puisse parfois se transformer ailleurs en « mégastuctures hospitalocentristes ».

Les CLSC ont développé des forces spécifiques en termes d'approche plus globalisante de la santé, de multidisciplinarité de leur personnel, du mode de rémunération des médecins qui y pratiquent, de leur expertise dans le domaine de la promotion et de la prévention, de leur ancrage dans le milieu et de leur grande connaissance des ressources communautaires et des autres secteurs, tel le scolaire. Le Conseil du statut de la femme s'inquiète de voir fragiliser ces acquis au travers des fusions proposées. Une de nos principales craintes est de voir certaines missions plus propres aux CLSC (promotion, prévention, prestation de services de nature psychosociale, soutien à domicile) perdre de l'importance au profit de la mission curative plus traditionnelle des hôpitaux. Soulignons à cet effet l'absence de la notion de promotion dans la définition des services de première ligne telle qu'elle est présentée dans le projet de loi.

Il importe que des assurances soient données pour s'assurer de la disponibilité des services liés à des problématiques comportant de fortes composantes psychosociales telles que la violence conjugale, les agressions sexuelles, la santé mentale, le suicide, la périnatalité, la planification des naissances, la toxicomanie, le soutien à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie ou avec des incapacités.

Les CLSC constituent une formule dont la mission est, entre autres, de gérer les services de base et d'être la porte d'entrée du réseau. Le Québec est, à cet effet, souvent cité en exemple. Ce rôle leur a été confié dès leur création et c'est généralement faute d'un financement correspondant à leurs responsabilités que les CLSC n'ont pu le jouer de façon satisfaisante.

Pour ces raisons, le Conseil se questionne sur la nécessité d'implanter partout au Québec un même type de structure issue de la fusion du CLSC, du CHSLD et de l'hôpital.

Si le gouvernement décide d'aller de l'avant avec le projet de loi, il serait important qu'il tienne compte de certains points quant à la participation de la population et au rôle des divers paliers responsables du secteur.

CHAPITRE II

DES MOYENS POUR ASSURER UNE PARTICIPATION CITOYENNE, NOTAMMENT AUX FEMMES

Pour le Conseil, l'objectif de rapprocher les services de la population doit se traduire non seulement sur le plan de la prestation, mais également par des structures qui permettront à la population de se prononcer sur ces services et de contribuer à leur planification.

2.1 LA PARITÉ DES HOMMES ET DES FEMMES SUR LES CONSEILS D'ADMINISTRATION

Le projet de loi est muet sur la question de la représentation des femmes sur les conseils d'administration, des agences régionales et des instances locales. Le Conseil s'inquiète de ce qu'il advient des dispositions législatives qui permettent aux femmes de faire entendre leur voix sur les conseils d'administration, en y en favorisant la parité des hommes et des femmes. Rappelons à ce titre que la Loi sur les services de santé et les services sociaux (art. 397.0.1) se prononçait sur le principe selon lequel la composition de chacune des catégories de membres formant le conseil d'administration d'une régie régionale doit tendre à une parité entre les hommes et les femmes. De même, l'article 138 de cette même loi précise que la cooptation doit permettre d'assurer une représentation la plus équitable possible des femmes et des hommes sur les conseils d'administration des établissements publics du réseau.

En conséquence, le Conseil recommande :

- 1. Que l'équivalent des articles (art. 397.0.1 et 138) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui favorisent la parité des hommes et des femmes sur les conseils d'administration des régies et des établissements s'appliquent dans les nouvelles structures.**

2.2 UNE VOIX POUR LES CITOYENS ET LES CITOYENNES

À l'exception de quatre postes (le président-directeur général de l'agence, un membre de la commission médicale régionale, un membre de la commission infirmière régionale et un membre de la commission multidisciplinaire régionale), les critères de choix pour la nomination des membres des conseils d'administration des agences par le ministre ne semblent pas encore déterminés. En ce qui concerne les membres du conseil d'administration des instances locales, aucune précision n'est apportée sauf pour ce qui est du directeur général. Il n'est pas clair si le ministre a ou non l'intention d'assurer une représentation de la population sur les conseils d'administration. Le forum de la population constitue, dans le projet de loi, le seul élément qui réfère nommément à la population, et il s'agit d'un rôle exclusivement consultatif. Nous croyons que pour que le système de santé soit réellement au service de la population, la voix de cette dernière doit se faire entendre dans les structures décisionnelles.

Le Conseil recommande donc :

- 2. Que les conseils d'administration fassent une place non seulement au personnel administratif et professionnel des établissements, mais aussi à des représentants de la population. En ce qui concerne l'instance locale, une participation spécifique des usagers devrait aussi être prévue.**

2.3 DES STRUCTURES DE CONCERTATION

Le projet de loi décrit, aux articles 23 à 26, la nature, les composantes et les fonctions des réseaux locaux; il précise que ces réseaux doivent être conçus de manière à permettre l'implication des divers secteurs d'activité et des divers groupes de professionnels. Il parle aussi de la conclusion d'ententes bipartites entre l'instance locale et les divers partenaires : cliniques privées, familles d'accueil, ressources intermédiaires, entreprises d'économie sociale, groupes communautaires... La concertation doit cependant constituer plus qu'un ensemble d'ententes bipartites. Elle doit refléter la dynamique de l'ensemble des éléments qui composent le réseau local et qui sont appelés à collaborer non seulement avec l'instance locale, mais aussi à développer des liens entre eux et à agir dans un esprit de collaboration et de complémentarité. Le projet de loi ne prévoit cependant aucun lieu, aucune instance formelle pour organiser cette concertation, qui semble ainsi laissée à la bonne volonté de l'instance locale.

La société civile, en particulier, doit trouver une place pour s'exprimer et être écoutée. Les groupes communautaires et les entreprises d'économie sociale, par exemple, ont développé des modes d'intervention originaux et répondent à des besoins essentiels (maisons de la famille, soutien en santé mentale, insertion sociale...); les femmes y sont particulièrement actives et ces groupes ont développé une expertise dont on a avantage à tenir compte dans toute organisation de services. Certains groupes de femmes (centres de femmes, CALACS, centres de santé des femmes, maisons d'hébergement pour femmes violentées...) s'adressent par ailleurs à des problématiques plus spécifiques et ont un apport unique dans ces champs d'activité.

Le Conseil recommande :

- 3. Que le projet de loi prévoie, au niveau du réseau local, l'implantation statutaire d'une structure de concertation où on retrouve la présence des divers partenaires. Cette structure doit notamment inclure des représentants de la société civile comprenant des groupes de femmes.**

2.4 DES STRUCTURES POUR LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES FEMMES

Une récente étude³ s'est penchée sur l'expérience de participation des femmes dans les structures régionales. L'étude montre la difficulté à intégrer les politiques ministérielles qui touchent les conditions de vie des femmes dans l'organisation régionale des services. Elle conclut que la présence d'une structure de coordination en condition de vie des femmes rattachée à la région régionale, par exemple un comité aviseur, ainsi que, dans le personnel de la région, d'une responsable de la condition féminine sont des éléments d'une grande importance pour une prise en compte adéquate des besoins des femmes dans la planification régionale des services. On retrouve actuellement des répondantes en condition féminine et/ou des structures de coordination, du type comité aviseur, dans la plupart des régions. Puisque le projet de loi indique que c'est principalement au niveau local que sera structurée l'organisation des services, nous souhaitons que ces éléments clés pour la prise en compte des besoins des femmes puissent aussi être intégrés dans les nouvelles structures.

En conséquence, le Conseil recommande :

- 4. Que puisse être assurée la présence d'une structure de représentation des femmes au sein des agences et du réseau local de services de santé et de services sociaux.**

³ Jocelyne BERNIER, Bilkis VISSANDJÉE et Marlène DALLAIRE. *L'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec*, Ottawa, Condition féminine Canada, 2003.

CHAPITRE III

L'IMPORTANCE DE LA FONCTION DE RÉGULATION

3.1 LE RÔLE DES PALIERS NATIONAL ET RÉGIONAL

Le projet de loi ne précise pas si on doit s'attendre à une révision des fonctions jouées par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le Conseil trouve essentiel que le Ministère continue, au travers de ses politiques et ses orientations, à imprimer une direction claire à son réseau, lui détermine des objectifs à atteindre en termes de santé et de bien-être et veille à l'évaluation du système et des objectifs qu'il poursuit.

Il devrait aussi lui fournir des balises, comme nous le préciserons plus loin, dans ses rapports avec ses partenaires, ainsi qu'en ce qui concerne le panier de services auquel a droit la population.

À ce titre, le Conseil comprend que, dans un esprit d'équité, la diversité des modèles d'organisation locale devra assurer un accès à la gamme des services pour tous les citoyens et les citoyennes quel que soit leur lieu de résidence. La définition de la gamme de services de première ligne qui devra être offerte de façon universelle à la population n'est pas encore connue. Nous souhaitons que la réflexion en cours à ce sujet demeure sensible aux besoins des femmes et soit reflétée dans les choix effectués.

Ainsi, le Conseil recommande :

- 5. Que les services relatifs à la santé reproductive tels la planification des naissances, la prévention des MTS, les services des sages-femmes et l'interruption volontaire de grossesse soient accessibles dans tous les territoires.**

Par ailleurs, le projet de loi (art. 40) indique que, de façon générale, l'agence exerce les mêmes pouvoirs, fonctions et devoirs que la régie régionale. Une certaine incertitude quant aux fonctions des agences à la suite de la phase d'instauration des réseaux locaux demeure cependant. Le Conseil souhaite que soient maintenues au palier régional des fonctions au regard de l'évaluation des services et de l'atteinte des objectifs poursuivis par les réseaux locaux et celle de s'assurer que les interventions effectuées dans ces réseaux respectent les politiques et orientations élaborées par le Ministère. Le Conseil demande aussi que soit précisé à qui sera confiée la responsabilité de la protection de la santé publique.

Enfin, le Conseil veut rappeler que le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans ses objectifs ministériels et sa stratégie d'action en santé et bien-être des femmes, s'est engagé à sensibiliser le personnel de direction du Ministère et des régies régionales à l'analyse différenciée selon les sexes (ADS). Le mandat d'organisation des services étant dévolu aux instances locales, les responsables doivent donc être capables d'appliquer cette approche, chacun dans leur milieu. L'ADS s'avèrera en effet un outil des plus

précieux pour adapter les services aux besoins spécifiques des hommes et des femmes et leur donner un maximum d'efficacité.

Le Conseil recommande donc :

6. Que le Ministère réitère son intention d'implanter une analyse différenciée selon les sexes dans l'ensemble des réseaux locaux et qu'il dote les instances locales d'un soutien adéquat pour qu'elles puissent accomplir ce mandat.

L'ampleur du nouveau mandat qui est confié aux agences, soit celui de développer les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est considérable. C'est une opération qui nécessitera un niveau élevé de concertation et des arbitrages complexes. Le Conseil souhaite que le temps accordé aux conseils d'administration des agences soit suffisant pour mener cette tâche à bien et que le ministre n'hésitera pas, tel qu'il est prévu à l'article 40, à se prévaloir de la possibilité de prolonger le mandat des membres du conseil d'administration si nécessaire.

3.2 UN ENCADREMENT DU PARTENARIAT AVEC LE SECTEUR PRIVÉ

Le CSF s'est prononcé à plusieurs reprises sur le rôle du secteur privé dans le domaine de la santé et des services sociaux. Toute augmentation de la participation du secteur privé à but lucratif dans les réseaux locaux doit s'accompagner d'une grande prudence.

En effet, pour s'assurer du maintien de la qualité des services, cette augmentation devra nécessairement être accompagnée d'une réglementation et de mécanismes de suivi appropriés.

De plus, en ce qui concerne le financement des services, il faut rappeler que les dépenses totales de la santé sont mieux contrôlées quand l'État joue le rôle d'assureur principal. Le recours au secteur privé pour donner certains services, qui demeurent en principe gratuits pour les usagers, doit aussi être envisagé avec circonspection. La production de services privés a parfois comme effet un moins bon contrôle des coûts puisque le secteur privé ne peut bénéficier des économies générées par l'achat au volume, comme le secteur public.

Le Conseil questionne donc l'augmentation potentielle de la privatisation à l'heure où on tente de contenir l'explosion des coûts du système. La situation des États-Unis, qui font une utilisation extensive de services produits par le privé et où les coûts de santé globaux sont beaucoup plus élevés qu'au Québec et au Canada, doit inciter à la prudence.

Les usagers doivent souvent assumer en cabinet privé des frais qui ne sont couverts que dans les établissements publics (fournitures, médicaments, produits anesthésiants, analyses de laboratoire...). Dans ce contexte, la privatisation des services a pour effet de faire augmenter les dépenses assumées par les usagers et elle pénalise davantage les femmes, celles-ci étant comme groupe moins riches que les hommes.

Dans le secteur particulier de l'hébergement des personnes âgées, une étude sur la comparaison des coûts reliés aux différentes possibilités d'hébergement⁴ a montré que l'avantage évoqué de la privatisation des services n'était pas supporté. Selon cette étude, les ressources d'hébergement privées conventionnées ne génèrent pas d'économie par rapport aux ressources publiques de même type. Les centres d'accueil autofinancés sont moins coûteux, mais au prix soit d'une contribution majeure d'organismes religieux ou à but non lucratif, soit d'une contribution importante des usagers et des usagères. Soixante-quinze pour cent des résidents des CHSLD étant des femmes, le Conseil s'inquiète des impacts négatifs qu'on pourrait attendre d'une plus grande privatisation des services, notamment dans ce secteur.

Enfin, comme le souligne le rapport de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada⁵, un élargissement de la prestation de services de santé par le secteur privé à but lucratif ouvre la porte à l'inclusion de ces services dans les accords commerciaux de libre échange avec tous les risques que cela comporte pour restreindre la liberté future du gouvernement en matière de politique de santé et pour le maintien d'un système public de qualité.

En conséquence, le Conseil recommande :

- 7. Que, au travers de cette réorganisation, l'État garde une place centrale dans le financement, l'administration, le contrôle et la dispensation des services. Dans une optique de contrôle des coûts totaux consacrés à la santé et de maintien de la qualité des services, il souhaite que des balises soient données aux réseaux et aux agences pour que ce partenariat privé-public n'amène pas le secteur public à se désengager de ses responsabilités.**

3.3 DES BALISES SUR LA PLACE DU SECTEUR COMMUNAUTAIRE

L'apport des organismes communautaires dans le système de santé est réel. Leur rôle est différent et complémentaire à celui du réseau, et c'est en raison de cette complémentarité qu'ils peuvent jouer un rôle majeur dans la dispensation de services de qualité aux usagers. Le Conseil croit tout d'abord que les organismes ne doivent pas se voir confier des responsabilités qui vont bien au-delà des expertises et des compétences développées.

La question du financement des organismes communautaires, dans un contexte où l'allocation budgétaire relèverait probablement de l'instance locale, crée auprès des groupes de femmes certaines inquiétudes. Les organismes craignent que leur financement soit déterminé uniquement à partir des ententes de services conclues avec les instances locales et ne tienne pas compte de l'ensemble de la mission que les organismes se donnent comme entités autonomes particulièrement en ce qui a trait à des fonctions d'information, d'éducation populaire et de défense de droits. Il est essentiel

⁴ Réjean HÉBERT et autres. *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie : évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie*, collection Études et analyse, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

⁵ Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada - rapport final*, Ottawa, la Commission, 2002.

que des organismes tels que, par exemple, les centres de femmes, les centres de santé des femmes, les CALACS ou les maisons d'hébergement pour femmes violentées puissent continuer à assurer leur mission avec un financement adéquat.

Le Conseil souhaite donc :

- 8. Que le Ministère donne des balises claires concernant le financement des organismes communautaires; ce financement doit aller au-delà de la compensation directement liée aux services rendus dans le cadre des ententes et inclure un financement de base permettant de respecter la mission globale de l'organisme.**

Par ailleurs, nous estimons aussi que les responsabilités actuellement assumées dans le cadre d'emplois syndiqués jouissant de conditions de travail adéquates ne devraient pas être confiées à des bénévoles ou à des travailleurs moins bien payés et dans un contexte de plus grande précarité. Les femmes, qui forment la majorité des personnes travaillant dans la secteur de la santé, seraient les premières à souffrir de cette situation. Le Conseil rappelle donc que **la participation des secteurs communautaires et de l'économie sociale ne doit pas donner lieu à des substitutions d'emplois qui se feraient au détriment des gens qui oeuvrent actuellement dans le réseau et que la même logique doit aussi être appliquée au secteur privé.**

CHAPITRE IV

REMARQUES COMPLÉMENTAIRES

On sait que, pour améliorer l'accessibilité des services à la population, des changements dans les façons de faire et les structures ne suffiront pas. Ils exigeront des ressources humaines et budgétaires adéquates pour répondre aux besoins de chacun des territoires, et ce, tant pour les services donnés actuellement par les hôpitaux que par les CLSC ou les CHSLD. Déjà, par exemple, les CLSC ne parviennent pas à répondre aux besoins en services de soutien à domicile, laissant les proches-aidants, majoritairement des femmes, prendre la relève. Le Conseil souhaite donc que des ressources humaines et financières adéquates soient accordées aux établissements du réseau pour mener à bien leur mission.

Par ailleurs, l'instauration d'un réseau local ne devrait pas avoir pour effet de confiner l'ensemble d'une population à l'intérieur d'un territoire donné et de restreindre le libre choix du médecin tel qu'il existe actuellement.

CONCLUSION

Le Conseil accorde donc tout son appui au ministre par rapport aux objectifs qu'il poursuit. Il soutient cependant que les fusions systématiques d'établissements ne constituent pas le meilleur moyen d'obtenir une intégration efficace et efficiente des services. Elles comportent, dans le contexte présent, un risque majeur : celui de voir l'approche médicale curative prendre le pas sur une approche qui inclut des aspects telles la promotion, la prévention et la prestation de services d'ordre psychosocial, et ce, pour l'ensemble des services de santé et des services sociaux.

Le Conseil demande aussi au ministre de prévoir des moyens pour que la population, entre autres les femmes, ait voix au chapitre dans les décisions concernant l'organisation des services. Il souhaite que soient implantées dans les réseaux locaux des structures formelles de concertation pour permettre la participation de tous les partenaires, dont les groupes communautaires, de même que des structures de représentation des femmes.

Le Conseil rappelle au ministre l'importance de maintenir le rôle essentiel de l'État dans le financement, la planification, l'administration, le contrôle et la dispensation des services. En ce sens, des balises sur l'encadrement des relations avec les partenaires communautaires et privés doivent être données. Il souligne enfin que la diversité des modèles devra respecter l'équité entre les territoires pour ce qui concerne l'accessibilité aux services, notamment en ce qui concerne les services relatifs à la santé reproductive.

Le Conseil du statut de la femme espère que ses recommandations seront utiles et pourront contribuer à faire en sorte que l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux accroisse son efficacité et puisse ainsi mieux répondre aux besoins des hommes et femmes qui vivent sur tout le territoire du Québec.

LISTE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

1. Que l'équivalent des articles (art. 397.0.1 et 138) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, qui favorisent la parité des hommes et des femmes sur les conseils d'administration des régies et des établissements s'appliquent dans les nouvelles structures.
2. Que les conseils d'administration fassent une place non seulement au personnel administratif et professionnel des établissements, mais aussi à des représentants de la population. En ce qui concerne l'instance locale, une participation spécifique des usagers devrait aussi être prévue.
3. Que le projet de loi prévoie, au niveau du réseau local, l'implantation statutaire d'une structure de concertation où on retrouve la présence des divers partenaires. Cette structure doit notamment inclure des représentants de la société civile comprenant des groupes de femmes.
4. Que puisse être assurée la présence d'une structure de représentation des femmes au sein des agences et du réseau local de services de santé et de services sociaux.
5. Que les services relatifs à la santé reproductive tels la planification des naissances, la prévention des MTS, les services des sages-femmes et l'interruption volontaire de grossesse soient accessibles dans tous les territoires.
6. Que le Ministère réitère son intention d'implanter une analyse différenciée selon les sexes dans l'ensemble des réseaux locaux et qu'il dote les instances locales d'un soutien adéquat pour qu'elles puissent accomplir ce mandat.
7. Que, au travers de cette réorganisation, l'État garde une place centrale dans le financement, l'administration, le contrôle et la dispensation des services. Dans une optique de contrôle des coûts totaux consacrés à la santé et de maintien de la qualité des services, il souhaite que des balises soient données aux réseaux et aux agences pour que ce partenariat privé-public n'amène pas le secteur public à se désengager de ses responsabilités.
8. Que le Ministère donne des balises claires concernant le financement des organismes communautaires; ce financement doit aller au-delà de la compensation directement liée aux services rendus dans le cadre des ententes et inclure un financement de base permettant de respecter la mission globale de l'organisme.

BIBLIOGRAPHIE

BERNIER, Jocelyne, Bilkis VISSANDJÉE et Marlène DALLAIRE. L'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec, Ottawa, Condition féminine Canada, 2003.

COMMISSION SUR L'AVENIR DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA. Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada - rapport final, Ottawa, la Commission, 2002.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. Mémoire présenté à la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, [recherche et rédaction : Francine Lepage et Ginette Plamondon], Québec, le Conseil, 2000.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. Pour un virage qui respecte les femmes, [recherche et rédaction : Marie Moisan], Québec, le Conseil, 2000.

HÉBERT, Réjean et autres. Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie : évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie, collection Études et analyse, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.