

Virage ambulatoire

IL FAUT REDRESSER LA

trajectoire

Le virage ambulatoire, aussi appelé « déshospitalisation », est un des principaux éléments de la transformation récente du système de santé au Québec. Il consiste principalement à écourter et même à éviter les séjours en milieu hospitalier en donnant davantage de services plus près des milieux de vie, au CLSC ou à domicile.

La recherche qu'a effectuée le Conseil du statut de la femme, comme bien d'autres organismes, confirme sans équivoque que les femmes, aidantes, usagères et travailleuses, subissent massivement et distinctement les effets négatifs du virage ambulatoire. Bien qu'il appuie la philosophie qui la sous-tend, celle de rapprocher les soins des milieux de vie et de favoriser l'autonomie des personnes, le Conseil demeure, à l'instar des femmes et des groupes de femmes en général, très critique à l'égard de l'actualisation du virage.

Par conséquent, le Conseil estime qu'il faut alerter le gouvernement du Québec pour qu'il apporte les changements qui s'imposent de sorte que le virage ambulatoire se réalise sans que les femmes continuent d'en payer le prix.

Par ailleurs, on ne peut laisser dans l'ombre les facettes des multiples problèmes liés au

financement des services de santé. Il importe en effet de savoir si le système est suffisamment financé et le demeurera pour conserver le caractère public et universel qui lui est propre et qui permet autant aux personnes riches qu'à celles moins bien nanties d'avoir accès à des soins et à des services de qualité.

Il faut que le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaisse que ses politiques et ses programmes ne sont pas neutres et qu'il examine plus attentivement les effets qu'ils ont sur les femmes, particulièrement en ce qui a trait aux actions touchant le virage ambulatoire.

Les aidantes-soignantes

Le virage ambulatoire a été pensé et mis en oeuvre dans un contexte social où les rôles des hommes et des femmes sont encore marqués par la tradition.

Il est reconnu que les femmes demeurent largement responsables des « soins aux personnes » et de la sphère domestique. On a en effet observé, au cours des dernières années, que non seulement les femmes sont les principales aidantes, mais aussi qu'elles soutiennent

une plus grande diversité de personnes que les hommes qui, eux, interviennent principalement auprès de leur conjointe malade. Qui plus est, des brues soignent désormais leurs beaux-parents, ce que ne font jamais les gendres. De toute évidence, la société québécoise n'a pas encore réussi à convaincre les hommes à s'investir autant dans l'aide aux proches. Il y a lieu d'envisager, à cet égard, d'importants changements de mentalité.

Les responsabilités qui incombent aux aidantes sont de plusieurs ordres : accompagnement de proches à l'hôpital ou au CLSC, soins personnels à donner dès le retour à

Milieu = Famille = Femmes

Selon diverses études, de 70 % à 80 % des soins personnels et des services dispensés aux personnes âgées le sont par la famille. Et la famille, cela veut dire, dans 70 % à 80 % des cas, des femmes.

la maison, préparation des repas, prise en charge des travaux domestiques, soutien psychologique, négociations avec le réseau de la santé, etc.

Le virage a aussi eu pour effet de transformer les aidantes en soignantes. Bien des femmes affirment avoir à donner des soins médicaux complexes : changements de pansements, injections, désinfection de plaies. C'est d'ailleurs un des paradoxes du virage ambulatoire : des personnes non qualifiées se voient confier des responsabilités d'ordre médical qui, en milieu hospitalier, sont assumées par des professionnels qui ont plusieurs années de formation spécialisée.

des femmes affirment avoir à donner des soins médicaux complexes : changements de pansements, injections, désinfection de plaies. C'est d'ailleurs un des paradoxes du virage ambulatoire : des personnes non qualifiées se voient confier des responsabilités d'ordre médical qui, en milieu hospitalier, sont assumées par des professionnels qui ont plusieurs années de formation spécialisée.

Dépenses publiques en soins à domicile par habitant 1997-1998

Québec :	37,80 \$
Ontario :	91,00 \$
Provinces maritimes :	86,40 \$
Canada (sans le Québec) :	79,20 \$

Source — Association des CLSC-CHSLD, Urgences : soins à domicile! Février 2000, p.21

« C'est comme vivre deux vies : notre vie, pis la vie de l'autre personne. (...) Faut gérer notre quotidien, faut gérer le quotidien d'une autre personne. »
(Aidante-soignante)¹

1. Tous les témoignages non signés sont tirés de la recherche *Qui donnera les soins ? Les incidences du virage ambulatoire sur les femmes du Québec*, AFEAS, et autres, Ottawa, Condition féminine Canada, mars 1998, 134 p.

« Je fais de
 l'arthrose à force de
 tirer mon mari, je le
 pousse et tout ça. (...)

Une chance que j'ai
 trois étages; des fois
 j'allais en haut
 pleurer... Mais,
 quand même, je ris
 tout le temps avec
 mon mari, mais, des
 fois, il le sent... »

(Aidante-soignante)

Le stress s'avère une autre des conséquences négatives que subissent les aidantes-soignantes : les responsabilités médicales qui leur sont données leur causent beaucoup d'anxiété et deviennent une source de culpabilité en cas d'erreur.

De plus, les femmes, comme les hommes d'ailleurs, ne peuvent pas toujours assumer ces responsabilités, car des obstacles se dressent sur leur route : contraintes liées à leur emploi, responsabilités familiales, ressources financières insuffisantes, incapacité

émotive de composer avec la situation d'aide, problèmes personnels de santé, etc. Il se peut aussi qu'elles ne veulent tout simplement pas assumer le rôle d'aidante-soignante ! Enfin, il est fréquent qu'en cours de route, une aidante éprouve des difficultés psychologiques, émotives ou familiales imprévisibles et qu'elle se sente submergée par l'énormité des tâches à accomplir, quand, par exemple, la situation s'aggrave et perdure.

Faut-il le répéter? Actuellement, ce sont les femmes qui subissent dans une très large mesure les effets négatifs du virage causés surtout par le sous-financement des services à domicile. À en juger par les directives qu'ils donnent, les établissements du réseau comptent bel et bien sur la famille pour le concrétiser. Ce faisant, l'État réalise des économies au détriment des aidantes.

POUR REMÉDIER À CES SITUATIONS, LE CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME PROPOSE DE :

■ reconnaître aux aidantes-soignantes un véritable droit au consentement;

■ garantir ce droit en offrant des ressources publiques suffisantes pour répondre aux besoins des usagères et usagers déshospitalisés;

■ demander aux établissements de ne plus confier d'actes infirmiers aux aidantes-soignantes;

■ faire vérifier régulièrement par des professionnels de la santé d'abord la capacité et la volonté des aidantes-soignantes de continuer à jouer ce rôle, puis le soutien dont elles ont besoin et, enfin, le consentement de la personne aidée aux modalités d'aide;

Bénévolat des femmes aidantes-soignantes = économies pour l'État

Coût global par jour des soins infirmiers, des soins personnels, du transport et des fournitures pour prendre soin d'une personne maintenue à domicile par le travail gratuit d'une femme : 5,60 \$

Valeur de ces services au coût du service public : 38,26 \$

■ modifier le Régime des rentes du Québec de manière à ce que soient reconnues équitablement les années durant lesquelles les aidantes et les aidants ont dû se retirer du marché du travail pour soutenir des proches;

■ modifier la Loi sur les normes du travail pour permettre au personnel salarié de s'absenter du travail pour prendre soin de leurs proches tout en maintenant leur lien d'emploi;

■ *personnaliser les services à domicile pour tenir compte des besoins particuliers des personnes des minorités culturelles, de celles ayant des enfants à charge, etc. ;*

■ *donner un soutien financier aux regroupements d'aidantes et d'aidants pour leurs activités de défense des droits.*

Les aidantes sont les oubliées du système.

*Pierre Leduc, organisateur communautaire,
Regroupement des aidantes et aidants naturel(le)s de Montréal*

« Les établissements les considèrent comme des ressources, au même titre que le centre de bénévoles de la place. On ne leur demande pas si elles peuvent ou si elles veulent s'occuper d'un proche en perte d'autonomie ou qui sort de l'hôpital. On leur refile les problèmes et on leur donne pratiquement aucune aide. Quand le gouvernement apporte des solutions, comme le nouveau crédit d'impôt, elles ont l'impression qu'on rit d'elles !

L'Association des CLSC et des CHSLD du Québec a publié cet hiver un chiffre qui dit tout : l'Ontario accorde 106 heures (par usager ou usagère par année) de services à domicile et le Québec... 15 heures !

Une aidante de 75 ans trouvait qu'on retournait trop rapidement son mari chez lui et elle ne se sentait pas en mesure de lui donner les soins que son état nécessitait. Elle a insisté auprès de l'hôpital pour qu'on lui signe un papier qui confirmerait que l'état de son mari était suffisamment bon pour retourner à la maison. L'hôpital a plutôt choisi de garder le mari deux jours de plus !

La grosse crainte de bien des aidantes, c'est de se tromper : on leur explique vite vite à la sortie de l'hôpital les soins à donner, alors que les aidantes sont stressées et préoccupées. Revenues à la maison, elles ne sont plus sûres des instructions à suivre. Bref, c'est affreux ! Pour nous, le véritable respect commence par un droit véritable au consentement. Pour cela, il faut qu'il existe des ressources universelles accessibles à tous. »

Les conséquences du virage ambulatoire sur les usagères et usagers déshospitalisés

Certains facteurs font des femmes des usagères importantes du système de santé, notamment leur longévité et le fait qu'elles mettent des enfants au monde.

« Après ma sortie [de l'hôpital], j'ai été une semaine chez ma fille, avec ses trois enfants, et elle était dans la peinture. (...) J'étais couchée dans un lit jumeau, j'avais de la misère, je ne pouvais pas bouger. »
(Patiente)

L'une des principales conséquences du virage ambulatoire est d'écourter les séjours en milieu hospitalier, grâce surtout aux avancées de la science médicale (médication, techniques opératoires, etc.). Toutefois, le virage ambulatoire a consisté aussi à déplacer la convalescence de l'hôpital vers la maison. Mais, selon le Conseil d'évaluation

des technologies de la santé (CETS), certains établissements auraient tendance parfois à surestimer l'efficacité et la sécurité des moyens mis en oeuvre pour permettre à la personne traitée de retourner rapidement chez elle. En effet, des patientes ont l'impression d'être renvoyées chez elles trop tôt. Elles notent aussi que l'on tient peu compte de leurs conditions de vie à domicile, du genre de logement dont elles disposent et de l'aide sur laquelle elles peuvent compter.

Diminution de la durée de l'hospitalisation	
Fracture de la hanche :	de 53 à 17 jours
Greffe hépatique :	de 104 à 48 jours
Accouchement vaginal :	de 3,5 à 2,5 jours

Pour les usagères et usagers déshospitalisés ainsi que pour leurs proches, les principales difficultés associées au virage ambulatoire résultent de l'absence de maisons de convalescence qui pourraient assurer la transition de l'hôpital à la maison, du manque de ressources pour obtenir du soutien dans le milieu et du peu de coordination

entre l'hôpital et le CLSC. À vrai dire, l'harmonisation centre hospitalier — CLSC est plutôt difficile, parfois plus en raison des différents territoires que dessert chacun des établissements. Seuls certains hôpitaux ont rédigé des protocoles de complémentarité avec les CLSC. Pour leur part, les organismes communautaires critiquent le fait que des établissements publics leur envoient, sans les consulter, des personnes qui nécessitent des soins spécialisés qu'ils ne sont pas toujours en mesure de dispenser.

D'autre part, la situation des personnes vivant seules est plutôt préoccupante, car elles doivent absolument compter sur l'aide domestique que fournit le CLSC. Comme toujours, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes à vivre ainsi (39 % des femmes de plus de 65 ans comparativement à 17 % des hommes, par exemple) ou à s'occuper d'enfants, sans conjoint.

L'aide sur laquelle elles peuvent compter à la maison après avoir subi une intervention médicale est donc essentielle. Pourtant, les CLSC prennent de plus en plus en considération le revenu des usagères et usagers avant de leur accorder des services domestiques pendant leur convalescence, malgré des directives contraires de l'Association des CLSC et des CHSLD. Cela veut dire que les femmes qui n'ont pas d'aidante ou d'aidant bénévole dans leur entourage doivent payer pour des services normalement fournis gratuitement.

POUR REMÉDIER À CES SITUATIONS, LE CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME PROPOSE, ENTRE AUTRES, DE :

■ *mieux évaluer les courts séjours et leurs conséquences possibles pour s'assurer que les usagères et usagers déshospitalisés sont en mesure de gérer ces nouvelles façons de poursuivre leur guérison;*

L'économie en vaut-elle la chandelle ?

Économie réalisée par le départ précoce d'une nouvelle accouchée : 259 \$

Coûts liés au court séjour (répétition de tests de maladies métaboliques, visites supplémentaires à domicile) : non chiffrés

Coûts transférés à la nouvelle mère (transport, aide à la maison, jours de congé supplémentaires du conjoint) : non chiffrés

■ *aménager des maisons de convalescence pour les usagères et usagers qui sortent de l'hôpital, mais qui ne sont pas prêts à retourner à leur domicile;*

■ *améliorer la concertation entre l'hôpital et le CLSC, surtout quand ils ne relèvent pas de la même régie régionale de la santé et des services sociaux;*

■ *sensibiliser les hôpitaux et leur personnel de liaison à l'importance de tenir compte des dimensions sociales et économiques du milieu de vie avant d'autoriser un congé de l'hôpital;*

■ *rappeler aux hôpitaux de s'assurer, avant de donner congé aux usagères et usagers, qu'ils ont assimilé l'information dont ils peuvent avoir besoin (consignes à suivre, évolution prévisible de leur état, ressources à contacter le cas échéant, etc.) et de la leur donner par écrit;*

■ *afficher bien en vue dans les hôpitaux les droits des personnes qui reçoivent des services de santé et de leur en remettre une copie au moment de leur admission;*

■ *fournir des services d'aide domestique gratuitement du CLSC aux usagères et usagers déshospitalisés qui vivent seuls ou avec de jeunes enfants et qui en ont besoin.*

Le cas de la périnatalité

En raison des priorités que se donne chaque régie régionale de la santé et des services sociaux, l'ensemble des services à domicile auxquels a droit la population peut différer. Par exemple, vu que dans la région de Québec la périnatalité est une priorité, le suivi des nouvelles mères est exemplaire. Par contre, certaines régies réservent les visites postnatales aux femmes dites à risques.

Or, les nouvelles accouchées ont été parmi les premières à subir les effets des séjours écourtés à l'hôpital. Les conseils pour bien allaiter, pour les soins à donner au nouveau-né et pour surveiller l'apparition possible de la jaunisse étaient fournis durant le séjour de la mère à l'hôpital, soit pendant presque quatre jours. Aujourd'hui, le suivi à domicile n'étant pas systématique, on peut penser que certaines nouvelles mères se sentent dépourvues de retour à la maison et qu'elles et leur nouveau-né peuvent avoir certaines difficultés que les services de santé ignorent.

Par ailleurs, on sait que le virage a forcé des CLSC à mettre l'accent davantage sur les services curatifs que sur la prévention. Or, en périnatalité, on parle surtout de prévention et de promotion de la santé, puisque les femmes qui ont accouché ne sont pas malades, mais vivent avec leur nouveau-né une période cruciale. Il faut espérer que les services offerts en périnatalité, notamment après l'accouchement, demeurent une priorité dans le système de santé.

POUR REMÉDIER À CETTE SITUATION, LE CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME PROPOSE :

■ *d'améliorer la concertation des services publics entre eux et avec les organismes communautaires sur tout le territoire du Québec pour que les nouvelles mères bénéficient, après leur départ de l'hôpital, d'un suivi rapide et aussi intense que leurs besoins le nécessitent.*

Les contrecoups du virage ambulatoire sur les travailleuses

Les femmes comptent pour les trois quarts du personnel salarié du réseau de la santé et des services sociaux.

Elles sont aussi majoritaires au sein des groupes communautaires qui interviennent dans ce domaine de même que dans les entreprises d'économie sociale qui offrent des services à domicile. Les changements apportés dans le réseau de la santé ont d'autres effets directs sur les femmes, cette fois, à titre de travailleuses.

La principale constatation quant aux conséquences du virage ambulatoire sur les travailleuses est la surcharge de travail, aussi bien dans les centres hospitaliers que dans les CLSC. Seules les personnes ayant des besoins élevés de soins sont maintenues à l'hôpital. L'alourdissement des cas est allé de pair avec la diminution des équipes de travail. Les conséquences sur les travailleuses ont été mises en relief à plusieurs reprises au cours des dernières années : stress, épuisement professionnel, détresse psychologique.

Pour les travailleuses des CLSC, de même que pour toutes les travailleuses à domicile, le surcroît de responsabilités n'a pas été accompagné d'un

90% des emplois dans les entreprises d'économie sociale (EES) vouées au travail domestique sont occupés par des femmes et 41% d'entre eux sont à temps partiel.

ajout suffisant de ressources humaines. Elles doivent donc faire des heures supplémentaires, ont moins de temps à consacrer à la prévention, éprouvent de la difficulté à se libérer pour suivre des cours pourtant nécessaires vu leurs nouvelles tâches ou pour se familiariser avec les technologies de pointe, etc.

Le transfert partiel des soins habituellement donnés dans les hôpitaux au domicile des usagères et usagers déshospitalisés signifie également que les travailleuses du réseau courent plus de risques qu'avant du point de vue de la santé et de la sécurité au travail. En effet, les maisons sont rarement aménagées en fonction des accidents qui peuvent survenir en donnant des soins personnels ou infirmiers à une personne malade, faible ou peu mobile. Les travailleuses peuvent également se retrouver dans des situations assez particulières et même violentes. Seules au domicile d'un patient, elles peuvent ressentir de l'insécurité et elles sont parfois, effectivement, victimes d'exhibitionnisme et de harcèlement sexuel.

« J'ai travaillé en maintien à domicile pendant six ans, puis on visitait deux personnes par jour. Là, je regarde aujourd'hui les auxiliaires sont rendues qu'elles [en] voient cinq ou six par jour. Comment peut-on rentrer en relation quand on arrive chez quelqu'un et une heure plus tard on est parti ? Elles ont l'impression d'être des donneuses de bain... »
(Auxiliaire familiale)

POUR REMÉDIER À LA SITUATION, LE CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME PROPOSE, ENTRE AUTRES, DE :

■ *donner aux établissements les moyens de recruter suffisamment de personnel;*

■ *dispenser une meilleure formation aux travailleuses et aux travailleurs qui doivent maîtriser de nouvelles habiletés en raison du virage ambulatoire;*

■ *sensibiliser les CLSC à l'importance de trouver des moyens pour briser l'isolement des travailleuses à domicile et pour assurer leur sécurité.*

Les travailleuses dans les entreprises d'économie sociale

On le sait, le virage ambulatoire a coïncidé avec la décision gouvernementale de mettre sur pied des entreprises d'économie sociale (EES) vouées notamment au travail domestique.

Ce secteur d'activité économique représente aussi un bassin d'emplois pour de nombreuses personnes non qualifiées, y compris pour des femmes. Dès le départ, on a exprimé des inquiétudes quant au danger de substituer des emplois du secteur public au secteur privé qui fait payer les services rendus et où les conditions de travail sont inférieures à celles du secteur public.

Or, certaines entreprises d'économie sociale, délaissant le principe de non-substitution, demandent à l'État d'étendre leur champ d'action aux services de gardiennage et même aux soins personnels qui relèvent normalement des CLSC.

POUR REMÉDIER À LA SITUATION, LE CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME PROPOSE, ENTRE AUTRES, DE :

■ *mieux soutenir financièrement les entreprises d'économie sociale pour qu'elles puissent offrir de meilleures conditions de travail à leur personnel, tout en restant accessibles aux personnes les plus démunies;*

■ *limiter leur champ d'action à l'aide domestique définie dans le programme d'exonération qui permet aux utilisatrices et aux utilisateurs de bénéficier d'une réduction et de ne pas étendre les services qu'elles offrent au gardiennage et aux soins personnels fournis gratuitement par les CLSC jusqu'à maintenant.*

« C'est toujours la peur de ne pas arriver; la peur de se tromper; la peur de ne pas avoir le temps de faire ce que tu as à faire. [...] Et ça va augmenter avec le fardeau de la tâche. »
(Infirmière)

La privatisation de services et de dépenses de santé

Le contexte de compressions budgétaires qui a accompagné le virage ambulatoire a créé une situation où l'offre de services est inférieure aux besoins des usagers, qui alors ont recours à des services privés.

Outre tout le travail gratuit qu'accomplissent les aidantes-soignantes et les bénévoles des organismes communautaires pour assurer des services jusque-là rendus par l'État, la privatisation se manifeste aussi par l'obligation qu'ont les personnes déshospitalisées de payer elles-mêmes pour obtenir des services fournis jusqu'ici par l'hôpital.

Parmi les coûts transférés aux individus, il faut prendre en considération les frais de transport entre l'hôpital et le domicile qui sont en tout ou en partie à la charge de la personne déshospitalisée, les fournitures, les dépenses liées à l'aide domestique, le suivi en physiothérapie, l'oxygénothérapie, etc. Sans compter qu'en raison des listes d'attente et de la disponibilité réduite des services publics, de plus en plus de médecins dirigent d'office leurs patientes et patients vers des services privés s'ils ont des assurances.

Augmentation des dépenses privées en santé

Fin 1970 :	18 %
1994 :	27 %
1997 :	33 %

Ainsi, au lieu d'être payés à même les taxes et les impôts, les coûts de certains services sont graduellement transférés aux individus. La capacité de chacun d'entre eux de les absorber devient un facteur prépondérant.

Les médicaments comptent aussi pour une très large part

des nouveaux coûts engendrés par le virage ambulatoire. À ce sujet, le Conseil a déjà exprimé son appui à l'instauration d'un système public universel d'assurance médicaments². Le système actuel, basé sur la coexistence d'un régime privé pour les uns et d'un régime général pour les autres, a fait reposer le financement du régime

général sur les épaules des contribuables qui ont des revenus modestes. En effet, 80 % des personnes qui y cotisent ont des revenus n'excédant pas 30 000 \$. Or, il est démontré qu'une grande part d'entre elles ont besoin de prendre des médicaments. Ce sont donc des citoyennes et citoyens venant de milieux socio-économiques peu favorisés qui soutiennent le régime le plus coûteux.

Dépenses moyennes en santé par personne en 1999

Canada	2 815 \$
Québec	2 453 \$
Nouveau-Brunswick	2 702 \$
Ontario	2 989 \$

Source — *La Presse*, 6 mai 2000, selon une étude de l'Institut canadien de l'information sur la santé.

2. Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales sur le rapport d'évaluation du régime d'assurance médicaments, Québec, février 2000, 39 p.

Répartition des cotisantes et cotisants au régime général d'assurance médicaments et des cotisations versées, selon la tranche de revenu global des contribuables, 1997. ³

Tranche de revenu global des contribuables	Régime général d'assurance médicaments	
	% cotisantes et cotisants	% cotisations versées
De moins de 10 000 \$	6,8	5,6
De 10 000 et 19 999 \$	50,9	41,3
De 20 000 et 29 999 \$	22,9	28,0
De 30 000 et 39 999 \$	9,8	12,8
De 40 000 et 49 999 \$	4,1	5,3
De 50 000 \$ et plus	5,5	6,9
	100,0	100,0

Il faut rappeler que le Conseil a aussi plaidé en faveur de l'application d'une politique du médicament qui, notamment, privilégierait l'achat des médicaments les moins coûteux.

Le développement d'entreprises d'économie sociale est également rendu possible notamment à cause de l'insuffisance des soins et services autrefois assumés par les CLSC et de nouveaux besoins émanant du virage ambulatoire. Même si ces entreprises sont à but non lucratif, elles exigent d'être payées pour les services qu'elles fournissent, car elles devront s'autofinancer à moyen terme.

De plus, si le gouvernement décide d'aller de l'avant avec le principe de l'utilisateur-payeur pour tous les soins à domicile⁴, il faut prévoir une hausse appréciable des dépenses auxquelles les gens auront à faire face.

DES SERVICES PUBLICS UNIVERSELS À REDÉFINIR

De nombreuses recherches démontrent que la privatisation des services n'engendre pas nécessairement d'économies ni ne contribue à diminuer les listes d'attente. Ainsi, bien que la Grande-Bretagne ait largement ouvert la porte au secteur privé, il n'en demeure pas moins que c'est le pays européen qui a les plus longues listes d'attente⁵.

3. Ibid. p.27.

4. DUTRISAC, Robert. « Services de maintien à domicile : Marois remet en question la gratuité », *Le Devoir*, 2 mai 2000.

5. RIOUX, Christian. « Grande-Bretagne : à l'hôpital des riches », *Le Devoir*, 2 mai 2000.

Pour sa part, le Conseil de la santé et du bien-être affirme que, quand l'État n'a pas le rôle d'assureur principal, les dépenses globales sont moins bien contrôlées et que l'iniquité devant la maladie s'accroît entre les citoyennes et les citoyens.

De nombreux organismes ont lancé des cris d'alarme devant la part grandissante dévolue au secteur privé en ce qui a

trait à la santé. Ce phénomène nous oblige à nous demander quels services devraient être universels et gratuits dans le cadre du virage ambulatoire. Tous les services pour le maintien à domicile doivent-ils être financés selon le principe de faire payer les utilisatrices et les utilisateurs? Peut-on penser que celles et ceux qui paient pour des services publics réservés aux personnes les plus démunies seront d'accord pour continuer de les financer alors qu'eux-mêmes n'en bénéficient plus?

UN CHOIX ÉTHIQUE DE SOCIÉTÉ

Pourrait-on accroître les dépenses dans le domaine de la santé à partir d'un pourcentage donné du PIB, qui est actuellement de 6,5%? Devrait-on dépenser davantage pour la prévention? Comment mieux agir sur les déterminants de la santé? Devrait-on privatiser des soins de santé? Voilà quelques questions à se poser à l'heure où une vaste réflexion sociétale s'engage au Québec sur le financement du système de santé.

La mère qui vient d'accoucher doit-elle payer pour avoir un suivi postnatal ou des conseils pour allaiter?

Les soins d'hygiène que requiert une personne déshospitalisée, les changements de pansements et les injections doivent-ils être confiés à des femmes de la famille, payables directement à l'infirmière d'une entreprise privée ou dispensés gratuitement par le CLSC?

En fait, la question cruciale est celle-ci: qui doit payer? L'État, en tant que redistributeur de la richesse collective, ou les individus? On sait qu'un système qui favorise le paiement des soins à même les taxes et les impôts permet de redistribuer la richesse entre les personnes les mieux nanties et les plus démunies. En revanche, lorsque les individus paient eux-mêmes une grande part des soins

qu'ils reçoivent, les inégalités entre eux s'accroissent. Il s'agit donc d'une question d'éthique sur laquelle la société doit se pencher.

« L'avantage évoqué de la privatisation des services n'est pas supporté par la présente recherche.

Les ressources d'hébergement privées conventionnées ne génèrent pas d'économie par rapport aux ressources publiques de même type. »

(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, Québec, (Collection Études et analyses), ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, p. 269.)

Favoriser l'égalité entre les hommes et les femmes

L'absence de ressources de toutes sortes pour actualiser convenablement le virage ambulatoire a eu des conséquences coûteuses pour les femmes, comme le démontre l'analyse du Conseil du statut de la femme.

C'est pourquoi le Conseil souhaite que l'État apporte, au nom de l'égalité entre les hommes et les femmes, les modifications nécessaires pour redresser la situation.

Par ailleurs, les transformations à venir dans le système de santé ne devraient pas être amorcées sans que l'on tienne compte de toutes les données, y compris des effets négatifs possibles sur les femmes.

Sinon, elles devront encore en payer le prix.

Ce document est une synthèse de deux publications
du Conseil du statut de la femme :

MOISAN, Marie.

Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes,
Québec, 1999, 121 p.;

*Pour un virage ambulatoire qui respecte les femmes :
avis sur le virage ambulatoire*, [collaboration : Ginette
Plamondon], Québec, 2000, 55 p.

La présente publication a été réalisée par le Conseil
du statut de la femme. La traduction et la reproduction
totale ou partielle de cette publication sont autorisées,
à la condition d'en mentionner la source.

Direction : **Thérèse Mailloux**

Rédaction : **Diane Guilbault**

Révision linguistique : **Diane Grégoire**

Traitement de texte : **Gaétane Laferrière**

Suivi de production : **Louise Boissonneault**

Conception graphique et mise en page : **Graphissimo**

Dépôt légal 2^e trimestre 2000

Bibliothèque nationale du Québec

ISBN : 2-550-36162-8

Gouvernement du Québec