



VIRAGE AMBULATOIRE : LE PRIX CACHÉ POUR LES FEMMES

Il ne se passe pas une journée au Québec sans que les médias ne fassent état des problèmes reliés à la santé et aux services sociaux, à la transformation du réseau de soins et de services amorcée depuis quelques années ou, plus particulièrement, aux aléas du virage ambulatoire qui en constitue l'une des dimensions centrales. Dans l'un des premiers documents publiés sur la question au Québec et intitulé *Virage ambulatoire : notes exploratoires*, le Conseil mettait justement en garde contre les conséquences négatives du virage qui risquaient de toucher particulièrement les femmes à la fois comme usagères, comme «aidantes» et comme travailleuses.

Qu'en est-il aujourd'hui des conséquences sur les femmes, quatre ans après la mise en œuvre du fameux virage? Quels sont plus précisément les effets du virage en santé physique et en périnatalité?

1. Le virage ambulatoire : de quoi s'agit-il?

Le virage ambulatoire permet de dispenser des soins et des services plus près des milieux de vie des personnes, en évitant ou en écourtant les hospitalisations dans les cas de chirurgie ou de maladie. On a parfois tendance à croire que tous les services ambulatoires sont donnés à domicile mais dans les faits, le terme ambulatoire renvoie à deux réalités : celle de services qui se déplacent au domicile du malade et celle du malade qui se déplace vers les services.

Les effets du virage ambulatoire sont parfois difficiles à distinguer des effets des autres transformations du réseau de la santé et des services sociaux, comme les fermetures et les fusions d'établissements. C'est que virage et transformations structurelles sont complémentaires et s'inscrivent dans la même rationalité économique : l'hospitalisation coûte cher, on peut fournir ailleurs, à moindre coût, une partie des services requis.

Le virage actuel se situe dans le prolongement de la désinstitutionnalisation des personnes âgées et des patients psychiatriques entreprise depuis de nombreuses années. Avec la «désins», on prétendait maintenir dans leur milieu naturel les personnes

âgées en perte d'autonomie et les personnes souffrant de troubles mentaux. Avec le virage ambulatoire, ce sont maintenant les malades que l'on cherche à garder dans la communauté. Après la désinstitutionnalisation, c'est la «déshospitalisation». L'analogie entre les deux mouvements permet de faire des mises en garde contre les effets potentiellement néfastes du virage.

2. Regard critique sur l'idéologie du virage

Le discours qui défend le virage ambulatoire s'appuie sur deux grandes justifications : le virage était inéluctable et le virage est bon pour la population. L'inéluctabilité du virage est d'abord économique car pour réduire la dette publique, il est nécessaire, nous dit-on, de diminuer rapidement les budgets consentis au système de santé. Le contrôle des coûts de santé est d'autant plus essentiel que la population vieillit. Or, une personne de 65 ans ou plus occasionne 3,8 fois plus de dépenses de santé que la moyenne de la population. Le virage, selon ses défenseurs, est aussi inéluctable parce que la science a permis de développer de nouvelles façons de traiter la maladie, ce qui a pour conséquence de réduire la période de convalescence.

L'autre grande justification du virage, c'est qu'il est bon pour la population, puisqu'il met fin à l'hospitalocentrisme et qu'il favorise l'autonomie des personnes. Bien que le discours sur l'autonomie rejoint, à certains égards, celui des féministes, ce concept recèle néanmoins des pièges. On demande d'être autonomes à des personnes qui ont en fait besoin d'aide. De plus, ce discours n'équivaut-il pas à vouloir troquer une source d'aide, en l'occurrence celle de l'État, pour une autre, celle qui provient de la famille? Et la famille, dans le contexte des soins aux personnes, c'est les femmes.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a souvent répété que la population est en accord avec le virage. Si l'idée de développer des services plus près des milieux de vie reçoit effectivement l'aval du public, les sondages témoignent néanmoins d'une conscience des objectifs avant tout économiques du virage et des conséquences négatives sur les services.

Quant aux sondages qui montrent des taux élevés de satisfaction chez les usagères et les usagers du système de santé, il faut s'interroger sur leur validité. Le concept de satisfaction est notoirement flou et difficile à mesurer, et la satisfaction peut varier en fonction des attentes.

3. Conséquences du virage sur les femmes patientes

À bien des égards, les effets du virage sur les femmes patientes sont similaires à ceux éprouvés par les hommes. Toutefois, les conséquences du virage ambulatoire sur les «bénéficiaires» risquent de toucher encore plus les femmes que les hommes puisque celles-ci vivent plus longtemps et en moins bonne santé, qu'elles sont plus souvent seules ou pauvres, qu'elles consomment davantage de soins de santé. De plus, la déshospitalisation rapide peut signifier pour les femmes de devoir combiner la convalescence avec les difficultés à accomplir les tâches quotidiennes, les soins aux enfants ou l'organisation du gardiennage pour ceux-ci.

– Des lacunes entre l'hôpital et le retour à domicile

On remarque des lacunes dans les ressources nécessaires pour répondre aux besoins des malades déshospitalisés. Des malades ont l'impression d'être renvoyés trop vite à la maison et de ne pas avoir la préparation et l'enseignement suffisants. Ils ressentent de l'insécurité face aux gestes à poser pour favoriser leur guérison et face aux risques de complications. Des sondages auprès de patientes et de patients du virage font état de problèmes nécessitant une consultation à l'hôpital à la suite d'un séjour écourté.

Plusieurs notent aussi le vide à combler entre l'hôpital et le domicile. À cet égard, il manque de lieux de convalescence pour les personnes qui ne requièrent plus les soins actifs de l'hôpital mais qui ne sont pas encore assez stables ou autonomes pour retourner à domicile. Il manque aussi d'endroits où les malades peuvent séjourner pendant quelque temps pour donner du répit aux proches qui s'en occupent à domicile.

Par ailleurs, l'un des problèmes persistants du virage est lié au manque de communication et de collaboration entre les établissements et les intervenants dispensant des services. L'arrimage entre l'hôpital, le CLSC qui assure généralement les services à domicile, les cliniques privées et les organismes communautaires pose des difficultés, particulièrement au moment du congé de l'hôpital. Le

transfert d'information entre l'hôpital et le CLSC ne se fait pas toujours et ceci occasionne un problème de discontinuité dans les services, avec l'insécurité qui s'ensuit. Le suivi vient parfois tard après le retour à domicile. De plus, les patientes et les patients manquent d'information sur les services disponibles et ne savent pas où s'adresser pour obtenir les renseignements.

– Des problèmes dans les soins et les services à domicile

Depuis le début du virage, l'augmentation de la clientèle ambulatoire et son alourdissement ne se sont pas traduits par une augmentation proportionnelle du personnel ni des ressources financières. Selon les intervenantes du milieu, les travailleuses sont surchargées et les services s'en ressentent. Ainsi, on espace les visites de suivi, on fait moins d'évaluations du milieu de vie et on consacre moins de temps à chaque patient. Les soins et les services ne sont pas toujours accessibles au moment requis, ils ne sont pas toujours assez nombreux, ils comportent souvent des coûts, ils requièrent des déplacements et obligent parfois les malades à poser eux-mêmes des gestes de nature professionnelle, ou à mobiliser les proches.

Les ressources insuffisantes des CLSC pour répondre aux besoins du virage forcent ceux-ci à établir des priorités. Les CLSC s'orientent de plus en plus vers l'assistance personnelle (lever et coucher, bain...) en délaissant l'aide domestique (ménage, lavage, préparation des repas...).

Un autre domaine délaissé dans le cadre du virage est celui de la réadaptation. On procède aux évaluations de besoins en physiothérapie, mais il n'y a pas assez de traitements et de suivis. Les services psychosociaux et la prévention sont aussi des parents pauvres du virage.

Par ailleurs, rappelons que les services ambulatoires ne sont pas nécessairement des services à domicile. Les personnes qui peuvent se déplacer sont encouragées ou tenues à le faire pour recevoir leurs soins au CLSC ou à l'hôpital, entraînant parfois des problèmes de transport et de gardiennage importants. Les femmes risquent d'être particulièrement touchées, parce qu'elles disposent moins souvent d'une voiture que les hommes et qu'elles sont les premières responsables des enfants.

Enfin, dans le cadre du virage, l'accès à son médecin traitant, ou à un autre médecin dans les situations urgentes, pose des problèmes. Les médecins se déplacent peu à domicile. La pénurie de médecins dans les CLSC est aussi pointée du doigt : tant que

des CLSC n'auront pas de médecins, ou en auront trop peu, les services médicaux à domicile ne pourront se développer.

4. Les conséquences du virage sur les femmes aidantes

Le virage ambulatoire a des conséquences sur les femmes comme patientes, mais c'est comme aidantes que les femmes sont plus particulièrement touchées. Les rôles sociaux différents des hommes et des femmes, le rapport distinct à la parentalité, au travail, à leur corps et à leur santé et, plus globalement, l'inégalité persistante entre les sexes contribuent à faire des femmes des aidantes «naturelles».

– Les femmes jouent déjà le rôle d'aidantes

Une vaste étude québécoise mentionne que 67 % des aidants auprès des personnes âgées en perte d'autonomie sont des femmes. Par ailleurs, l'Enquête Santé Québec montre que 80 % des femmes aidantes sont aidantes principales, contre 46 % des hommes dans la même situation. Les aidants «naturels» sont déjà en majorité des femmes. Pousser les femmes à s'occuper en plus des personnes déshospitalisées, c'est les maintenir dans le prolongement du rôle traditionnel de soins gratuits aux autres, de *caring*, un rôle que, sur d'autres fronts, elles cherchent pourtant à faire éclater. C'est en plus leur imposer de nouvelles responsabilités qui ne sont pas nécessairement compatibles avec des réalités comme le travail salarié des femmes, le rétrécissement, l'éclatement ou la recomposition des familles, le vieillissement de la population.

– Les effets du rôle d'aidante sur les femmes

Les études pour évaluer les conséquences négatives du rôle d'aidante sur la vie des femmes ne portent pas spécifiquement sur les aidantes du virage, mais on peut en tirer tout de même certains enseignements. Par exemple, les tâches d'aidantes peuvent avoir un effet négatif sur la vie de travail. Une enquête montre que 9 % des aidants avaient réduit leur nombre d'heures de travail, 5 % avaient refusé des responsabilités professionnelles et 6 % avaient cessé de travailler. Une autre recherche rapporte que 9 % des Canadiennes entre 55 et 64 ans ont quitté leur emploi pour prendre soin d'un proche.

De plus, des aidantes vivent avec un stress considérable. Selon Santé Québec, les femmes aidantes qui cohabitent avec l'aidé ont une perception moins favorable de leur santé, elles sont plus nombreuses à utiliser des tranquillisants et elles

éprouvent plus de contraintes à la vie sociale que les non-aidantes.

– Virage et dérive des soins, des économies pour l'État

Depuis déjà plusieurs années, l'État définit les familles et les femmes comme des ressources plutôt que comme des partenaires. On compte sur les familles et les services de l'État sont vus comme complémentaires. Avec le virage ambulatoire, cette tendance va en s'accroissant. La participation à certains programmes ambulatoires requiert explicitement la disponibilité d'un proche. Dans d'autres cas, on parle de «l'usager/famille», montrant bien l'indispensabilité de l'engagement de la famille pour le virage.

D'aidantes qu'elles étaient, les femmes sont devenues soignantes malgré elles. On compte désormais sur elles pour poser des actes professionnels : changer un pansement, donner une injection, administrer un médicament... Si ce recours aux aidantes «naturelles» représente indéniablement des économies pour l'État, les soins professionnels qui sont donnés par une catégorie précise d'intervenants lorsqu'ils sont offerts à l'hôpital doivent être laissés aux professionnels. Il en va de la qualité des soins. Quant aux soins de nature plus générale, certains apparaissent simples à des aidantes mais sont compliqués pour d'autres. Une enquête auprès d'aidantes mentionne le sentiment d'insécurité et le stress d'avoir à poser des gestes pour lesquels elles ne se sentent pas compétentes.

La famille et les femmes ne veulent pas renoncer à rendre service et à s'engager auprès des leurs, mais elles veulent le faire sur une base volontaire et en toute sécurité. C'est pourquoi il est essentiel, autant pour les patientes que pour les aidantes, d'assurer la disponibilité de services variés, accessibles et de qualité qui répondent à des besoins divers et qui prennent en considération les particularités de certains groupes, comme les minorités ethnoculturelles, par exemple.

5. Les effets du virage sur les femmes comme travailleuses

Il est très difficile de départager les effets du virage de ceux des transformations plus générales du réseau de la santé, et surtout des réductions budgétaires qui les accompagnent. Si les tâches s'alourdissent en milieu hospitalier, si les infirmières n'ont plus le temps de faire de la prévention et de la promotion en CLSC alors que le discours sur le virage promettait justement de redonner sa place à la prévention, doit-on y voir des conséquences du virage ou plutôt du

manque de ressources consenties pour bien prendre le virage? Quoi qu'il en soit, certains effets négatifs du virage touchent plus particulièrement les travailleuses du réseau public de la santé et des services sociaux.

– Les travailleuses du réseau

Dans le cadre du virage, un certain nombre de travailleuses des hôpitaux a été transféré vers les CLSC. Le personnel a aussi été réduit par le biais des mises à la retraite. Pour le personnel restant en milieu hospitalier, l'un des principaux résultats est l'augmentation de la charge de travail. Il y a moins de personnel pour prodiguer les soins, alors même que les personnes hospitalisées ont des besoins plus grands. Avant le virage, les infirmières comptaient par exemple parmi leurs patients des personnes subissant des examens préopératoires, alors que d'autres récupéraient à la suite d'une intervention ou d'une maladie. Comme le virage vise justement à maintenir ces personnes dans leur milieu, les patients hospitalisés sont généralement en phase aiguë et demandent beaucoup de soins. Les transferts vers les CLSC, qui ont entraîné une déstructuration des équipes de travail et une perte d'expertise, ont également contribué à la surcharge du personnel hospitalier restant.

Dans les CLSC, les transferts ont aussi signifié des bouleversements d'équipe et l'adaptation à de nouvelles pratiques pour les travailleuses transférées. De plus, les infirmières de CLSC travaillent en lien avec des hôpitaux qui ont des protocoles et des équipements différents pour les services ambulatoires. Ces variations sont sources d'insécurité. La formation est insuffisante, la prévention et la promotion sont délaissées. En milieu autochtone, on appréhende les conséquences sur les centres de santé qui sont explicitement voués à la prévention et à la promotion, mais qui héritent de responsabilités curatives avec le virage. Sans pouvoir affirmer un lien de cause à effet entre la transformation du réseau et la santé mentale détériorée des infirmières, des chercheurs n'en constatent pas moins chez celles-ci un taux de détresse psychologique et de consultation d'un professionnel de la santé plus élevé que pour la population générale.

De plus, le virage ambulatoire retourne dans le lieu privé du domicile une certaine partie des soins et des services qui étaient auparavant donnés dans les établissements publics. Ceci peut avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des travailleuses. Déplacer des personnes malades ou en perte d'autonomie pour leur donner le bain, les lever, les habiller, les coucher sont autant d'occasions de se blesser. Le respect des procédures sécuritaires est

parfois difficile à domicile : les auxiliaires travaillent seules et font souvent face à des personnes qui ne saisissent pas l'importance des précautions mises de l'avant pour éviter les blessures et qui font pression pour s'en dispenser. L'isolement relatif des travailleuses à domicile peut aussi favoriser un sentiment d'insécurité et la manifestation d'incidents violents à leur endroit. Certaines sont soumises, comme femmes, à une violence spécifique qui peut aller jusqu'à l'exhibitionnisme et au harcèlement sexuel.

Malgré les difficultés vécues par un grand nombre de travailleuses du réseau, il faut mentionner quelques effets positifs du virage. Pour certaines travailleuses, le virage a permis de relever de nouveaux défis et de disposer d'une plus grande autonomie. Elles ont pu aussi développer de nouveaux liens avec d'autres partenaires du réseau et à l'extérieur de celui-ci. Certaines infirmières apprécient le fait que leurs tâches comportent une part importante d'enseignement aux patientes et aux patients et d'autres sentent leur compétence mieux respectée dans un contexte de plus en plus multidisciplinaire.

– Les travailleuses hors réseau

Parce que le degré de développement des services à domicile publics promis par le virage n'est pas à la hauteur des besoins, parfois aussi parce que des nouveaux besoins se font sentir avec le virage, on voit surgir et croître d'autres organismes dispensateurs de services de santé et de services sociaux dont les femmes constituent la main-d'œuvre principale : des entreprises privées à but lucratif, sur lesquelles on a peu d'information, mais également des entreprises d'économie sociale (EES) et des organismes communautaires.

Lors de la Marche des femmes contre la pauvreté, en 1995, les femmes ont demandé des investissements publics pour la production de biens et de services non étatiques mais socialement utiles. Ces infrastructures sociales se sont incarnées dans les EES. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, le nombre des entreprises d'économie sociale qui offrent des services à domicile a littéralement explosé. Pour les travailleuses concernées, il y a des aspects intéressants dans l'économie sociale tels que l'accès rapide à des emplois. Toutefois, on évoque souvent le danger que l'économie sociale n'entraîne le remplacement d'emplois du secteur public par des emplois moins rémunérés, instables et temporaires, qui constitueraient de plus des ghettos d'emplois féminins. Les données disponibles sur les entreprises d'économie sociale en services à domicile montrent que la main-d'œuvre y est essentiellement féminine, employée dans 4 cas sur 10 à temps partiel et

recevant un salaire qui oscille entre le salaire minimum et 8,30 \$ l'heure.

Le virage a aussi des effets sur les organismes communautaires. Plusieurs d'entre eux se sont élevés contre le *dumping* de clientèles du virage qui ne reçoivent pas de services suffisants, entre autres des services sociaux, de la part du réseau public, et qui se tournent en dernier recours vers les groupes communautaires. Ceux-ci se plaignent de l'augmentation des demandes d'aide qui leur arrivent, notamment les demandes de transport entre le domicile et le CLSC ou l'hôpital, de l'alourdissement des clientèles, du manque de consultation de la part des établissements publics et de la faiblesse des informations quand ils leur réfèrent des personnes déshospitalisées, des budgets insuffisants dont ils disposent. Pour les bénévoles, les conséquences sont l'insécurité, l'impuissance, l'épuisement.

Les organismes communautaires craignent aussi pour leur autonomie : ils ressentent des pressions directes et indirectes du réseau de la santé pour modifier leur action et leurs services en vue de mieux combler les «trous» dans les services étatiques. On peut s'inquiéter des conséquences de ce *dumping* sur le travail salarié des femmes. Au lieu de créer les postes requis pour donner des services publics, postes qui sont occupés surtout par des femmes, l'État se décharge sur les organismes communautaires qui fonctionnent essentiellement grâce au bénévolat des femmes. On peut aussi s'inquiéter pour l'action bénévole elle-même, qu'on est en train de vider de son sens d'engagement *volontaire*.

6. Périnatalité : incidence du virage sur les femmes comme usagères de services

Certains effets du virage en santé physique — le manque de préparation au retour à domicile, l'arrimage parfois déficient entre les hôpitaux et les CLSC, le suivi insuffisant... — touchent aussi les femmes qui donnent naissance à un enfant. La période périnatale présente cependant des particularités qui méritent une attention spéciale. La grossesse et l'accouchement ne sont pas des maladies et les femmes revendiquent depuis longtemps une démédicalisation, une «normalisation» du processus de la naissance. Parce que la clientèle de périnatalité est en santé, parce qu'elle a besoin de services préventifs et promotionnels surtout, et parce que le contexte est aux compressions budgétaires, le danger est grand cependant de négliger la période périnatale dans le virage, alors qu'il s'agit d'une période cruciale d'adaptation.

– Le congé précoce et ses conséquences

Le virage ambulatoire en périnatalité se manifeste d'abord et avant tout par la réduction de la durée de séjour à l'hôpital au moment de l'accouchement. Dans les programmes de congé précoce, le séjour est généralement de deux jours pour un accouchement vaginal et de quatre jours pour une césarienne.

Le Conseil d'évaluation des technologies de la santé s'est penché sur la question des risques et des bénéfices possibles du court séjour en périnatalité. À la lumière des écrits disponibles, il n'y aurait pas de lien concluant entre le congé précoce et les complications, les réadmissions ou l'utilisation des services de santé pour l'enfant ou la mère. Les conséquences psychologiques ou sociales sont toutefois peu étudiées et les recherches portent généralement sur des femmes qui ont *choisi* le congé précoce. Il n'y a pas de données disponibles sur les catégories vulnérables telles que les femmes pauvres ou les minorités culturelles.

Les experts s'entendent sur la nécessité d'un suivi systématique des mères et des bébés comme élément clé d'un bon programme de congé précoce. Le suivi doit se faire très rapidement après la sortie de l'hôpital, assurer le soutien à l'allaitement et permettre de rejoindre toutes les mères et leur bébé. Les dimensions psychosociales de la venue d'un enfant doivent aussi recevoir l'attention requise. Or, le suivi postnatal n'est pas systématique sur tout le territoire du Québec. Parfois l'hôpital a des ententes avec les CLSC et les organismes communautaires précisant les rôles de chacun dans le suivi, parfois non. Tantôt le suivi est effectué par le CLSC, tantôt par l'hôpital. Parfois, il s'adresse à toutes les femmes, d'autres fois il est réservé à des groupes cibles, d'autres fois encore la mère contacte l'établissement au besoin.

7. Des nouveaux coûts pour les patientes et les patients du virage ambulatoire

Dans le contexte des compressions budgétaires qui caractérisent le virage, les services publics universels et gratuits ne suffisent pas à répondre aux besoins. Quand les personnes ne reçoivent pas tous les services ambulatoires dont elles ont besoin après une déshospitalisation hâtive, elles doivent se passer des services, les obtenir gratuitement de leurs proches ou de bénévoles, ou se les acheter. Ainsi, les patientes et les usagères sont désormais obligées d'assumer privément des coûts qui étaient pris en charge par l'État.

La privatisation des soins et des services en santé n'est pas un phénomène nouveau, elle a commencé bien avant le virage. La part des dépenses privées en santé au Québec représente maintenant le tiers des dépenses totales. Elle risque de s'accroître encore dans le cadre du virage, notamment avec l'expansion du rôle des assureurs privés et des dispensateurs privés de soins et de services.

– Assurances privées, assurance publique : des coûts pour les individus

Avec le virage ambulatoire, les compagnies d'assurances couvrent de plus en plus de services tels que les maisons de convalescence, les services d'infirmières à domicile, les soins personnels et l'aide domestique posthospitalisation. Elles continuent de plus de couvrir les médicaments des personnes (et de leur famille) qui ont une assurance collective dans le cadre d'un emploi.

Par ailleurs, l'État a créé un régime public d'assurance-médicaments pour ceux et celles qui n'ont pas d'assurance privée. Ce régime était devenu nécessaire avec le virage ambulatoire : puisqu'on retournait les gens chez eux plus rapidement après une hospitalisation, ils devaient souvent prendre des médicaments qui étaient auparavant fournis par l'hôpital. Or, beaucoup de personnes n'avaient pas d'assurance privée et devaient payer entièrement leurs médicaments, à moins de bénéficier de la gratuité si elles étaient prestataires de la sécurité du revenu ou âgées de 65 ans et plus. Le régime public, instauré en 1996, ne laisse plus personne sans protection. Il n'est cependant pas gratuit. Même les plus démunis doivent payer une partie des coûts des médicaments, en plus de défrayer une franchise. Les conséquences sont lourdes : les personnes âgées et les assistés sociaux ont diminué leur consommation de médicaments essentiels, entraînant non seulement une augmentation des consultations chez un médecin ou à l'urgence, mais aussi des hospitalisations, des admissions en centre d'hébergement et même des décès. Le gouvernement est en voie de réviser le programme.

Le virage favorise aussi la multiplication des soins et des services rendus par les entreprises privées. Dans certains cas, les listes d'attente pour des services publics spécialisés forcent les personnes déshospitalisées à recourir au privé. Les personnes traitées dans les centres ambulatoires et qui ont besoin d'hébergement près des lieux de leur traitement doivent défrayer des coûts. Les maisons de convalescence privées se développent, ainsi que les agences donnant toute une gamme de soins et de services à domicile. Le Québec comptait environ 70 de ces agences à l'été 1998. Par ailleurs, on note

aussi une augmentation constante des infirmières en pratique privée : même si leur nombre reste faible, il s'est accru de 11 % entre 1996 et 1997. En janvier 1999, une université annonçait d'ailleurs le début du premier programme québécois de sciences infirmières en pratique privée. Il y a aussi explosion du nombre d'entreprises d'économie sociale oeuvrant dans le domaine de l'entretien domestique. Si elles ne sont pas des entreprises privées à but lucratif, il n'en demeure pas moins que les usagers doivent payer pour leurs services.

Autre exemple de privatisation, le nouveau crédit d'impôt pour aider les personnes âgées en perte d'autonomie à s'acheter des services personnels (aide pour s'habiller, se laver, se nourrir...) et des services d'entretien domestique. Si le crédit d'impôt ne vise pas directement les personnes déshospitalisées, on peut craindre son extension éventuelle à cette clientèle. Or, sous le couvert d'un «cadeau» équivalent à 23 % des dépenses admissibles, le crédit d'impôt masque le fait que 77 % des coûts incombent à l'individu, alors que les services personnels étaient jusqu'ici donnés gratuitement par les CLSC.

– Des services publics universels et gratuits à redéfinir

L'expansion de la part du privé dans le champ de la santé, aussi bien par le biais de l'augmentation des couvertures d'assurances privées que par la multiplication des dispensateurs privés de soins et de services, nous force à reposer la question fondamentale du «panier» de services qui devraient être universels et gratuits dans le cadre du virage ambulatoire. Car l'expansion du privé est possible dans la mesure où les services publics répondent trop peu, trop imparfaitement ou trop tard aux besoins liés au virage. La garantie de gratuité actuelle vise les services qui sont donnés à l'hôpital et ceux rendus par les médecins. La gratuité d'autres services de plus en plus nécessaires avec le virage ne devrait-elle pas être inscrite dans la loi? Faudrait-il l'étendre aux soins infirmiers, aux soins personnels et, dans certains cas, aux services domestiques? La question du coût des médicaments doit aussi être reposée. Un débat public semble nécessaire sur ces enjeux de société.

Pour un virage en santé...

Au cours des premiers mois de l'année 1999, l'injection d'argent neuf a été annoncée en santé. Une part de cet argent ira aux soins et aux services à domicile et devrait donc permettre d'améliorer le virage. La mise en place du virage sur fond de compressions budgétaires avait lourdement

handicapé celui-ci. L'argent accordé à la santé permettra-t-il vraiment de résoudre des problèmes tels que le manque de ressources de convalescence, l'arrimage déficient entre les hôpitaux et les CLSC pour assurer la continuité dans le suivi, l'insuffisance des services à domicile, la place de plus en plus grande occupée par le privé?

À cause de leurs conditions sociales et économiques, les femmes sont particulièrement touchées par le virage comme patientes. Si les problèmes que nous venons de décrire perdurent, elles risquent donc d'en être affectées. De plus, il est des domaines, comme celui de la périnatalité, où les principaux usagers sont des usagères. Les déficiences dans les services prénatals et postnatals touchent au premier chef les femmes.

Par ailleurs, l'idéologie de la responsabilisation et de l'autonomie mise de l'avant dans le virage est suspecte pour les femmes patientes. Les femmes ont intérêt à remettre en question l'hospitalocentrisme de notre système de soins, à sortir de la dépendance à l'endroit du savoir expert, à se réapproprier leur santé. Mais l'autonomie revendiquée par les femmes semble bien éloignée de l'autonomie mise de l'avant par le virage.

L'effet le plus pernicieux du virage pour les femmes est de les confirmer encore un peu plus dans leur rôle d'aidante/soignante «naturelle» auprès des proches déshospitalisés. Les mesures de soutien aux «aidantes», qu'il s'agisse de services ou d'aide économique, sont largement insuffisantes. Mais avant d'en revendiquer davantage, les femmes doivent se demander si elles veulent jouer ce rôle dont l'État se déleste à leurs dépens. Il faut se demander si l'argent nouveau consenti au virage permettra d'offrir assez de services aux patients et aux patientes pour cesser de «forcer» l'engagement des aidantes.

Enfin, les travailleuses du réseau et les bénévoles des groupes communautaires vivent aussi les effets du virage. Si pour certaines il a été l'occasion de relever de nouveaux défis et de se sentir plus utiles et reconnues dans leur travail, le contexte du virage a créé des conditions très difficiles pour un grand nombre de travailleuses et de bénévoles. La surcharge et le stress sont dénoncés de toutes parts. Encore une fois, l'argent que l'État commence à réinvestir permettra-t-il de redonner des conditions acceptables aux travailleuses? Les groupes communautaires bénéficieront-ils de la marge de manœuvre dont ils ont besoin pour remplir leur mission?

La fin des compressions budgétaires devrait aider à atténuer les effets néfastes du virage sur les femmes patientes, les femmes aidantes et les femmes

travailleuses. Toutefois, l'argent à lui seul ne suffira pas. Il faut d'abord reconnaître l'existence de ces effets pervers sur les femmes et démontrer la volonté politique de s'y attaquer en priorité. L'État devra prendre des mesures concrètes dans ce sens. Au cours des prochains mois, le Conseil du statut de la femme produira un avis, faisant part de ses recommandations au gouvernement pour assurer un virage ambulatoire respectueux des besoins des femmes.

La publication

Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes, [recherche et rédaction : Marie Moisan], Conseil du statut de la femme, juin 1999, 121 p.

Où se procurer les publications

Toutes les publications éditées par le Conseil du statut de la femme peuvent être commandées en écrivant à l'adresse suivante (numéro de téléphone requis avec les coordonnées pour l'expédition) :

Conseil du statut de la femme
Service de la production et de la diffusion
8, rue Cook, 3^e étage
Québec (Québec) G1R 5J7

Téléphone : (418) 643-4326
Téléphone : 1 800 463-2851
Télécopieur : (418) 643-8926
Courrier électronique : csf@csf.gouv.qc.ca
Internet : <http://www.csf.gouv.qc.ca>

En outre, les publications du Conseil peuvent être consultées dans ses bureaux régionaux. Enfin, la reproduction totale ou partielle des publications du Conseil du statut de la femme est autorisée à condition d'en mentionner la source.

Rédaction de la synthèse

Sylvie Desjarlais
Marie Moisan
Juin 1999

Cette synthèse est aussi disponible en anglais.

Dépôt légal — 1999
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN : 2-550-34662-9

© Gouvernement du Québec