

Le pelletage des établissements publics ...



...
**les communautés
et les organismes
communautaires
en ont plein
le dos!**

DÉCEMBRE 1997

*Mémoire sur la transformation du réseau
de la santé et des services sociaux de Québec*



MC

Me

00-051

Mémoire

Le pelletage des établissements publics

**Les communautés et les organismes
communautaires en ont plein le dos!**

Gros remerciements dédiés

**aux travailleuses, travailleurs et
bénévoles du communautaire et à la
population**

**Le Regroupement des organismes
communautaires de la région 03**

1 décembre 1997

Table des matières

Introduction	3
Les Rendez-vous de la Santé	3
Un bilan-perspectives	4
1. Notre système de santé et de services sociaux	5
1.1 Un démantèlement en règle de notre patrimoine collectif	5
1.1.1 La création et le maintien d'un système de santé et de services sociaux universel, accessible et gratuit	5
1.1.2 Des opposants de taille: les médecins et l'industrie pharmaceutique	5
1.1.3 Le courant idéologique de la privatisation	6
1.1.4 La santé: une responsabilité individuelle?	7
1.2 La transformation du réseau: une atteinte au droit à la santé	7
1.2.1 Des questions fondamentales à se poser	7
1.2.2 La santé: un droit	7
1.2.3 Des politiques de solidarité: un préalable à la santé	7
1.2.4 Deux orientations majeures de la Commission Rochon	8
1.2.5 Un glissement dans les mandats et une confusion des rôles	8
1.2.6 Le virage ambulatoire pose la question des ressources	9
2. L'enjeu de la communautarisation	11
2.1 Le pelletage	11
2.1.1 Le plan I nous préoccupait déjà	11
2.1.2 L'avalanche des références	11
2.1.3 Une pression importante sur les groupes	11
2.1.4 Des problèmes de vie de plus en plus lourds	12
2.1.5 Des collaborations librement consenties à la subordination au réseau public	12
2.1.6 Un communautaire alternatif et non supplétif aux services publics	13
2.1.7 Des services curatifs et ponctuels au détriment de la mission des groupes	13
2.1.8 L'accessibilité aux ressources dans la communauté: un problème réel	14
2.1.9 Attention le «Club Price» nous guette!	15
2.1.10 Un communautaire non plus utile, mais utilisé	15
2.1.11 La sous-traitance des organismes communautaires: une menace à leur autonomie	16
2.1.12 La santé est à la privatisation ce que les services sont au communautaire	16
2.1.13 Les CLSC: agents de circulation et de santé au détriment du social	16
3. De la pauvreté traitée comme une maladie	18
3.1 La Régie régionale de la santé a oublié les services sociaux	18
3.1.1 La politique de santé et de bien-être: aux oubliettes	18
3.1.2 Les politiques et programmes: une approche biomédicale des problèmes sociaux	19
3.2. Le gouvernement du Québec et ses politiques antisociales	19
3.2.1 L'impact des conditions de vie sur l'état de santé de la population	19
3.2.2 Le clivage entre les «pauvres méritants» et les pauvres «non-méritants»	20
3.2.3 L'assurance-médicaments a déstabilisé une bonne partie de la population	20
3.2.4 La non-accessibilité à de l'hébergement pour les personnes âgées est dramatique	21
3.2.5 La pénurie d'emplois de qualité: source de pauvreté	21
3.2.6 L'aide alimentaire associée à la faim, présente partout	21
3.2.7 La diminution des allocations d'aide sociale: un impact direct	22
3.2.8 La santé n'est plus un droit	22

4. L'apport et les limites des organismes communautaires autonomes ...	23
4.1 Un communautaire de dernier recours plutôt qu'une alternative visant le mieux-être des personnes	23
4.1.1 L'apport des organismes communautaires autonomes	23
4.1.2 Le communautaire pallie à l'incurie du réseau	24
4.1.3 La vision de la Régie régionale quant aux rôles des organismes communautaires	25
4.1.4 L'autonomie des groupes: c'est incontournable!	26
4.1.5 Les limites et les responsabilités légales des organisations: les établissements publics hors-la-loi	26
5. Une réforme de la santé indéniablement sexiste	28
5.1 De «l'État-providence» à Mômman-providence: le miroir de l'âme de l'État est peu reluisant.....	28
5.1.1 Un double rôle pour les femmes: les «subissantes» et les «supportantes»	28
5.2 Derrière le mot, l'image	28
5.2.1 Le soin est nécessaire au mieux-être	29
5.2.2 Un appel à la «colère des douces»	29
5.2.3 Un véritable appel aux femmes comme au temps de la guerre 1939-1945!	30
5.3 De la médecine humaine à la médecine pilule	30
5.3.1 Des peines d'amour traitées comme une maladie	30
5.4 La femme, pilier de la famille, productrice et reproductrice: une valeur marchande	30
5.4.1 La famille: une responsabilité de la femme	31
5.5 La femme supporte la terre!	32
5.2.5 Le dernier acte	32
6. Les organismes communautaires en ont plein le dos!	33
6.1 Accessibilité, universalité, gratuité... ..	33
Pour le secteur itinérance	33
Pour le secteur personnes handicapées	33
Pour le secteur santé mentale	34
Pour le secteur personnes âgées	34
Pour le secteur jeunes	34
Pour le secteur femmes	34
Pour le secteur maintien à domicile	34
Pour les secteurs femmes, jeunes, itinérance	34
6.2 Le pelletage de responsabilités.....	34
Pour le secteur jeunes	34
Pour les secteurs jeunes, familles	35
Pour les secteurs femmes, itinérance	35
Pour le secteur femmes	35
Pour le secteur maintien à domicile	35
Pour le secteur personnes handicapées	35
Pour le secteur santé mentale	36
Pour le secteur personnes âgées	36
Pour tous les secteurs	36

6.3 La dégradation des conditions de vie et de santé.....	36
Pour les secteurs soutien matériel, femmes	36
Pour le secteur femmes	36
Pour le secteur jeunes	36
Pour le secteur itinérance	37
Pour le secteur autres	37
Pour le secteur personnes âgées	37
Pour le secteur familles	37
Pour le secteur santé mentale	37
Pour tous les secteurs.....	37
Conclusion	38
Imaginez.....	38
La santé est un droit... ..	38
...les organismes communautaires ne sont ni des sous-traitants, ni un dernier recours	38
...la pauvreté n'est pas une maladie	39
...les établissements publics ont des responsabilités légales	39
...la mise à contribution des femmes est inacceptable	40
...les secteurs d'organismes communautaires soulèvent des questions préoccupantes	40
Matière à réflexion.....	41
Les Recommandations	42
La Régie régionale	42
...quant à la déresponsabilisation des établissements publics, doit:.....	42
...quant aux conditions liées à la santé, doit:.....	42
...quant à l'humanisation des soins, doit:	42
...quant aux rôles des femmes, doit:.....	43
...quant à l'apport des organismes communautaires autonomes, doit:.....	43
Le Gouvernement du Québec	43
...quant au système de santé et de services sociaux, doit:.....	43
...quant à l'amélioration des conditions de vie de la population, doit;.....	43
...quant au financement du système, doit;.....	43
BIBLIOGRAPHIE	44

Les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la paix, le logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, le revenu, l'émancipation des femmes, un écosystème stable, une utilisation judicieuse des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme et l'équité. La plus grave menace pour la santé est la pauvreté.

Quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé, Jakarta, juillet 1997

Introduction

LES RENDEZ-VOUS DE LA SANTÉ

Les Rendez-vous de la santé, la tournée de l'automne 1997 du ministre Rochon dans les régions, avait pour but officiel de déterminer les orientations ministérielles en matière de santé et de services sociaux jusqu'en 2001. C'est dans ce contexte que la Régie régionale de Québec est à bâtir son plan de transformation II, c'est-à-dire la 2e étape de la reconfiguration du réseau qui guidera son action pour les trois prochaines années, de 1998 à 2001. Et cela, avant même d'avoir fait un véritable bilan qualitatif du plan de transformation I et des résultats de la première étape de ce virage.

La précipitation avec laquelle s'est déroulée cette «vaste» consultation des régions était loin de nous rassurer. Pour le Regroupement des organismes communautaires de la région de Québec (ROC 03), l'heure était plutôt au bilan. Un tel bilan était impossible à effectuer dans le cadre prévu par la consultation du ministre, notamment en raison du peu de temps et du peu d'espace accordés aux groupes communautaires. Parce qu'il nous semblait prématuré et hasardeux de se lancer dans une opération ayant des conséquences aussi importantes, nous avons décidé de ne pas participer au Rendez-vous de la région Québec du 26 octobre dernier. Nous avons besoin d'un temps d'arrêt pour consulter les groupes et, ainsi, effectuer un réel bilan qualitatif.

Il nous semblait qu'il y avait beaucoup à dire sur les ratés de la première étape du plan de transformation du réseau, sur les impacts qu'il a eu sur les organismes communautaires et les populations qu'ils desservent. Particulièrement lorsque l'on prend en compte que la réforme du réseau de la santé et des services sociaux se fait dans un contexte globale de réformes et de nouvelles politiques qui ont, elles aussi, des impacts considérables sur la population, sur sa santé physique et mentale aussi bien que sur sa santé sociale et économique; que l'on pense seulement à l'assurance-médicaments, à la nouvelle politique familiale, à la réforme de l'aide sociale et au chantier de l'économie sociale.

Au cours des mois d'octobre et de novembre, nous avons entrepris une consultation auprès de l'ensemble des groupes communautaires de la région 03 (Portneuf, Québec et Charlevoix). Nous leur avons fait parvenir un questionnaire-guide servant d'outil de base à la réflexion. Nous avons identifié dix secteurs ciblés par la transformation et invité les groupes à participer à des ateliers pour le secteur qui les interpellait le plus. Dans ce cadre, nous avons animé des rencontres d'ateliers sur une période de 10 jours. Enfin, nous avons effectué de nombreuses entrevues téléphoniques.

Les groupes ont fortement répondu à cette invitation. Ils ont pris cette occasion pour nommer: l'impact des politiques et des programmes dans le quotidien des organismes communautaires; ce dont ils sont témoins à travers ce que vivent les personnes qu'ils côtoient; ce qu'ils peuvent et ne peuvent pas faire; ce qui leur appartient et ce qui appartient aux établissements publics. Et finalement, en quoi l'état de santé et de bien-être de la population se détériore dramatiquement.

Nous nous sommes donné le temps et l'espace pour parler des problèmes bien réels et des questions de fond, ce qui avait été omis par les Rendez-vous de la Santé. L'importance de la participation des groupes à cette consultation témoigne du besoin urgent de parler des vrais problèmes. Au total, une centaine d'organismes communautaires ont participé à la consultation. Il ne s'agit pas d'une minorité. C'est une proportion considérable du milieu communautaire de la santé et des services sociaux dans la région 03.

Un bilan-perspectives

Ce mémoire constitue la première étape de notre démarche de recherche. De façon générale, nous avons ressorti les réalités qui sont communes à tous les groupes consultés. Néanmoins, les divers secteurs d'action et d'intervention ciblés sont également confrontés à des réalités qui leur sont spécifiques. Pour l'instant, nous avons identifié des enjeux propres à chacun de ces secteurs. Face à l'ampleur des problèmes qui ont été identifiés sur le terrain, beaucoup de questions restent à approfondir. Le présent mémoire est un premier bilan-perspectives. Il est issu directement de la consultation réalisée auprès des organismes communautaires. Pour situer ce bilan dans son contexte, nous l'avons complété d'une recherche littéraire afin d'identifier les enjeux en cause.

En première partie, nous avons recomposé les éléments fondamentaux qui ont défini le système public de santé et de services sociaux au Québec à la lumière de la parole des groupes. Dans les deuxième et troisième parties, nous avons décrit ce que vivent les organismes communautaires et les populations qu'ils desservent en dégageant les enjeux qui se posent actuellement. En quatrième partie, nous tenions à rappeler l'apport et les limites des organismes communautaires tout en saisissant l'occasion pour réitérer l'importance de reconnaître le mouvement communautaire autonome. Par ailleurs, nous constatons, tout secteurs confondus, que l'impact sur les femmes était omniprésent. Ainsi, en cinquième partie, nous avons tenu à alerter nos lectrices et lecteurs sur la réalité vécue par plus de la moitié de notre population: les femmes. Enfin, la dernière partie rend compte des principaux enjeux qui se dégagent des synthèses de rencontre de secteur. L'ensemble du mémoire est ponctué des commentaires livrés par les groupes lors de la consultation. Ainsi, lorsque les citations, en marge ou dans le texte, ne sont pas suivies d'une référence, il s'agit de la parole des travailleuses, travailleurs et bénévoles des organismes communautaires.

Les résultats de ce bilan-perspectives commandent une sérieuse réflexion sur notre système public de santé et de services sociaux de même que sur les conditions préalables et incontournables de la santé et du bien-être de la population. Vous êtes conviés à lire et à relire ce mémoire. Vous découvrirez que la réalité dépasse parfois toutes les prédictions...

Et si on parlait des vrais problèmes pour faire changement !

1. Notre système de santé et de services sociaux

1.1 Un démantèlement en règle de notre patrimoine collectif

1.1.1 La création et le maintien d'un système de santé et de services sociaux universel, accessible et gratuit

Les années 1960 constituent une période charnière dans le développement de l'intervention étatique au Québec. En matière de santé et de services sociaux, elles conduiront à l'élaboration d'une politique intégrée se traduisant par la création d'un système public en 1971: système intégré regroupant des services de santé, physique et mentale, des services sociaux et des services communautaires.

«Près de trois personnes sur quatre (72,3%) considèrent que le système de santé au Québec tend à devenir un système à deux vitesses, l'une pour les riches et une pour les autres citoyennes et citoyens du Québec.

Alors, que le virage ambulatoire repose essentiellement sur la famille, moins d'une personne sur trois (31,3%) est actuellement en mesure et prête à prendre en charge une personne en convalescence ou en perte d'autonomie.» (Sondage Léger et Léger, réalisé pour le compte de la Coalition Solidarité Santé, oct 97. -1002 personnes de toutes les régions du Québec ont participé au sondage)

La pertinence de cette intégration a souvent été relevée par de nombreux observateurs et dans une certaine mesure, elle est inscrite dans l'histoire même du développement de la politique sociale québécoise. «En 1940, la Commission sur l'assurance-maladie avait reçu le mandat de préparer un plan complet d'assurance-maladie intégré à un plan général de sécurité sociale». (Turgeon-Ancil, 1994.) Encore aujourd'hui, les derniers sondages le démontrent, malgré l'obsession des déficits étatiques, la population tient à son système public et craint les impacts des grandes brèches ouvertes à la privatisation.

Avant 1960, la santé n'est pas considérée comme un droit, ni individuel, ni collectif. Les gens, qui le peuvent, doivent avoir recours à des assurances privées, sinon... En 1960, début de la «Révolution tranquille», la santé et l'éducation deviennent des droits collectifs confiés sous la responsabilité de l'État. Il y a à peine trente ans, l'assurance-hospitalisation est instaurée. La Commission Castonguay-Nepveu recommandera par la suite un système de santé public, gratuit, accessible et universel et des modifications majeures pour orienter l'action sur les déterminants de la santé.

1.1.2 Des opposants de taille: les médecins et l'industrie pharmaceutique

«Si les gens progressistes des années soixante étaient en faveur d'un système de santé public, gratuit et universel, ils avaient de féroces opposants, à commencer par les médecins eux-mêmes. Après avoir combattu en vain l'assurance-hospitalisation, l'universalité et la gratuité des soins de même que la venue des

CLSC, le corps médical a posé ses exigences: rémunération à l'acte (la «castonguette»), équipements sophistiqués et coûteux (sous l'influence de l'industrie de la technologie médicale) et omniprésence dans les postes de pouvoir et de contrôle.» (L'R des centres de femmes du Québec, juin 1997).

C'est dans cette même conjoncture et sous les mêmes influences, auxquelles s'ajoutent les pressions exercées par les compagnies pharmaceutiques, qu'a débuté, en 1985, la vaste consultation de la Commission sur la santé et les services sociaux, sous la présidence de l'actuel ministre de la santé, Jean Rochon. Les grandes lignes qui sous-tendent la réforme actuelle, amorcée en 1990, y furent tracées.

1.1.3 Le courant idéologique de la privatisation

«[...] la persistance des inégalités et parfois même l'accroissement des disparités, quinze ans après l'avènement de l'assurance-maladie et la mise en œuvre de toute une série de réformes, ont de quoi étonner et soulever bien des interrogations.» (Commission Rochon, 1988, p.81). Malgré ce constat qui avait permis d'identifier les causes sociales des problèmes, l'État a plutôt préparé le terrain idéologique pour mettre de l'avant la privatisation des services médicaux et sociaux en conjuguant habilement:

- les critiques face à la médecine;
- les limites de plus en plus évidentes de la médecine face à l'actuelle production sociale des «maladies» (toxicomanies, sida, sous-alimentation, itinérance, sur-médicamentation, etc.);
- l'augmentation des coûts du système médical auquel s'ajoutent la crise économique et l'objectif du déficit zéro;
- le «contrôle» des coûts par des coupures importantes dans les services sociaux et médicaux;
- le bénéficiaire devenant client (client = payeur);
- avec une «véritable campagne d'inculcation» du sens des responsabilités individuelles en matière de santé et une attaque en règle contre les habitudes de vie et de comportements à risques.» (Crawford, 1981).

Dans cette tornade qu'est devenue cette réforme de la santé, des modifications profondes sont banalisées sous le couvert de la réorganisation des services et surtout, en toile de fond, la transformation se fait par une approche comptable loin d'être axée sur le citoyen!

«Si les conditions de logement sont médiocres, ça devient une obsession pour la personne. Et l'obsession tourne en un problème de santé mentale!»

1997: augmentation de demandes d'accompagnement et de suivi communautaire. Or, «entre l'hôpital et la maison, il y a un vide sinon, il faut payer!»

1.1.4 La santé: une responsabilité individuelle?

Nous tenons à faire une mise en garde des dangers résultants d'une telle approche sur la santé des individus, principalement des femmes, car «on demande aux gens d'être individuellement responsable à un moment où ils deviennent de moins en moins capables en tant qu'individu de maîtriser les facteurs du milieu qui affectent leur santé. La vision d'une vision «psychologiste» du monde contribue à masquer les causes sociales.» (Crawford, 1981)

1.2 La transformation du réseau: une atteinte au droit à la santé

1.2.1 Des questions fondamentales à se poser

Préoccupé par l'accessibilité et la gratuité à des services de santé, le mouvement populaire avait soulevé à l'époque quatre grandes questions: la sur-spécialisation qui résulte dans le morcellement de la personne, l'absence de dimension collective dans la manière traditionnelle de poser les problématiques, l'importance démesurée du curatif au détriment de la prévention et, enfin, la nécessité de démocratiser davantage le système: l'organisation et la distribution des services.

1.2.2 La santé: un droit

Aujourd'hui, les organismes communautaires réaffirment que la santé est un droit et que les services doivent être accessibles à toutes et à tous, sans aucune discrimination. Du paiement à l'acte des médecins, à la «contribution mensuelle» pour «l'assurance-médicaments», des soins désassurés à la tarification des soins à domicile, c'est l'accessibilité qui se fait gruger, c'est la privatisation qui fait son ancrage et c'est la perte de contrôle des dépenses publiques qui prend son ampleur! L'universalité des services médicaux et sociaux et l'accessibilité à ceux-ci doivent être liées à des principes de justice redistributive et d'équité; principes auxquels la privatisation dans un système de concurrence «néolibérales» ne peut adhérer.

1.2.3 Des politiques de solidarité: un préalable à la santé

Comment parler de santé sans prendre en considération la «vulnérabilité de certains milieux ou groupes de la population, les problématiques sociales et économiques comme l'isolement, la violence, la pauvreté; la capacité et la volonté des personnes de s'occuper de leur santé et de leur bien-être, de même que de la santé et du bien-être de leurs proches.» (RRSSSQ, 1995)

Actuellement, les CLSC -qui devraient avoir une approche globale- et les organismes communautaires qui ont cette approche globale et préventive de la santé tout en tenant compte des conditions socio-économiques des personnes, ramassent les miettes de l'entonnoir. *«En d'autres mots, la notion même de risque semble changer de sens. Alors que la Commission Castonguay-Nepveu et les mouvements sociaux qui la supportaient, parlaient de «risque» pour dire qu'il fallait s'en protéger par des politiques de solidarité collective, voilà que le contrôle idéologique et les contraintes de l'État semblent avoir donné à cette notion le sens de «facteur de risque» souvent pour imputer moralement la responsabilité aux individus, c'est-à-dire comme disent les sociologues américains pour culpabiliser la victime.»* (Renaud, 1981).

1.2.4 Deux orientations majeures de la Commission Rochon

Depuis les premiers travaux de la *Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (Commission Rochon, 1987), le Québec a rendu publiques plusieurs politiques en matière de santé et de services sociaux. Deux orientations reviennent de façon récurrente: la responsabilisation des individus et la recherche de solutions dans le milieu de vie des personnes. Ces deux orientations sous-tendent la politique de santé mentale tout comme *Une réforme axée sur le citoyen*. Mais tout a été introduit à la pièce.

1.2.5 Un glissement dans les mandats et une confusion des rôles

En consultant *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec* (1989), *La politique de la santé et du bien-être* (1992), *Les services à domicile de première ligne* (1994), *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, *La chirurgie d'un jour et son organisation* (1995) à la *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux* (1995) on peut saisir le revirement idéologique: parce que celui-ci se traduit par un glissement dans les mandats des établissements publics et parce qu'il se traduit également par l'institutionnalisation des «milieux de vie naturels» comme lieux dispensateurs de services de santé. Cette redistribution des responsabilités correspond à une remise en question profonde du système de santé et s'ouvre sur les «partenariats privé/public».

Et «Il est clair que les femmes se retrouvent toujours au coeur de l'action communautaire comme aidantes naturelles et se retrouvent dans une situation souvent très difficile quant à leur santé physique et psychologique et très isolées socialement»

«On demande beaucoup à nos bénévoles par exemple, conduire une personne à son rendez-vous d'hémodialyse malgré le mauvais temps, parce que sinon elle va mourir... transporter un malade incontinent ... aller coucher chez une personne angoissée, quasi en crise ...»

1.2.6 Le virage ambulatoire pose la question des ressources

Et, finalement, la réorganisation des services entraîne des transformations profondes de l'organisation du travail et de l'organisation du quotidien des femmes qui portent encore aujourd'hui la responsabilité des soins à leurs proches.

La complexité du virage ambulatoire entraîne la reprise de la réflexion sur la «démédicalisation» des soins de santé. Jusqu'à maintenant les ressources sont concentrées dans la spécialisation, la haute technologie et la «pilulisation» à tous les stades de nos vies, particulièrement pour les femmes. Dans le dernier sondage sur la question de la toxicomanie au Québec, on rapporte «qu'une personne sur dix» a un proche vivant un «problème de toxicomanie» (drogue, alcool, médicament). Verra-t-on encore une fois apparaître une priorité nationale pour baisser le pourcentage de l'indice de toxicomanie au Québec ou y aura-t-il quelqu'un qui réfléchira sur les causes? Investirons-nous sur le contrôle des drogué-e-s ou investirons-nous pour lutter contre les causes de cette souffrance?

Qui assume l'entière responsabilité des soins donnés au «malade ambulatoire»? La responsabilité des actes faits à la maison par les intervenant-e-s ou la famille qui n'appartiennent pas à l'hôpital, revient à qui? L'encadrement prévu se fait-il par le médecin traitant? Quelle garantie y a-t-il de sa disponibilité en tout temps pour une intervention à domicile? Comment un gouvernement, dans un État moderne, peut-il faire porter la responsabilité des soins sur le volontariat de bénévoles?!

L'absence d'un cadre unique de référence amène cette impression de fractionnement de l'information et d'improvisation à la pièce. Mais ce qui est en jeu est bien plus une réorientation idéologique de ce qu'est le recouvrement de la santé qu'un simple changement dans la gestion des «ressources sanitaires». Et quand l'État se désengage, c'est le «milieu de vie naturel» -lire famille et, entre les lignes, lire à nouveau: les femmes- qui devient la ressource la plus importante.



Qui, entre l'hôpital et la maison, est responsable de ce qui s'y passe? Qui assure le suivi? Qui s'occupe de comment les gens vivent le virage ambulatoire?

2. L'enjeu de la communautarisation

2.1 Le pelletage ...

2.1.1 Le plan I nous préoccupait déjà ...

Le constat principal de la consultation que nous avons menée auprès des organismes communautaires de la grande région de Québec est: le pelletage des responsabilités des établissements publics vers le réseau communautaire, les aidantes naturelles, les familles ... le néant... ou la «libre entreprise».

Déjà en mai 1995, le ROC 03 se questionnait sur les impacts possibles du plan de transformation I sur les organismes communautaires de la région 03: *«Le virage ambulatoire se fera-t-il au détriment des groupes de bénévoles ou d'accompagnement? Pelletterons-nous dans la cour des groupes, les services que les constituantes du réseau public ne peuvent plus assumer?»* (ROC 03, 1995)

2.1.2 L'avalanche des références

Force nous est de constater aujourd'hui que le virage ambulatoire se réalise, non seulement au détriment des groupes de bénévoles ou d'accompagnement, mais au détriment de l'ensemble des organismes communautaires. Face à ce «virage ambulatoire», les organismes communautaires se retrouvent dans une position inconfortable. En effet, tous les groupes ayant participé à la consultation ont témoigné d'une augmentation importante des demandes d'aide provenant de références du réseau public en santé et service sociaux (CLSC, CH, centre jeunesse, centre de réadaptation) et des gens qui subissent indirectement ou directement les effets conjugués du désengagement de l'ensemble des services étatiques (Emploi et Solidarité, Justice, Assurance-médicaments via la Régie de l'Assurance-maladie, Société d'Habitation du Québec, Assurance-Emploi).

2.1.3 Une pression importante sur les groupes

Certains refusent ces références, au risque de passer pour de mauvais «collaborateurs», parce qu'ils n'ont pas les structures nécessaires, les ressources ou l'expertise pour répondre à ces nouvelles demandes. D'autres tentent d'établir une collaboration équitable avec les établissements du réseau, dans la mesure de ce qui leur est possible de faire et malgré la tâche supplémentaire que cela demande. Et l'on sait que le «possible» du milieu communautaire repose largement sur des

«Les organismes communautaires ne sont pas des «contractuels» du réseau, des prestataires de services uniquement...» (ROC 03, 1996)

«Quelques fois, on se laisse persuader que telle personne est déjà stabilisée et pourrait fonctionner dans notre maison parce que, maintenant il ne lui reste qu'un problème psychosocial. La plupart du

temps, ça ne marche pas et, entre temps, ça dérange le fonctionnement normal de notre ressource et finalement c'est encore l'hospitalisation dont elles ont besoin et y retournent.»

«Actuellement, on fait face à une augmentation des demandes d'aide ou de support et les problématiques sont de plus en plus lourdes.»

«Quand c'est hors-norme, on nous les réfère. Quand c'est compliqué, on nous les réfère.»

«Un établissement donne un coupon de taxi à une femme sur le bord d'une crise et nous l'envoie, un vendredi en fin de journée... arrangez-vous.»

Ouf!
Où sont les CLSC ?
Et non, ce ne sont plus des situations anecdotiques, des cas isolés, mais bien des exemples parmi d'autres.

heures de travail non comptabilisées et bénévoles auprès d'une communauté qui lui tient à coeur. Enfin, nombreux acceptent de répondre à ces demandes face à l'absence évidente de d'autres ressources puisque, se disent-ils, «si on ne les prend pas, qui va s'en occuper?». Selon toute évidence, quelle que soit la réponse des groupes à toutes ces nouvelles réalités, la pression qu'exerce actuellement le réseau public sur le milieu de vie communautaire est belle et bien présente. Les organismes communautaires portent le poids d'un virage qui retombe sur leurs épaules.

2.1.4 Des problèmes de vie de plus en plus lourds

Les groupes communautaires ont non seulement connu au cours des dernières années une augmentation des demandes d'aide et de soutien de leurs populations, mais un alourdissement généralisé des problèmes que rencontrent ces dernières. Tous les groupes offrant des activités et interventions directes ont témoigné d'une augmentation inquiétante des personnes confrontées à des problèmes multiples, dont les problèmes de santé mentale, liés au virage ambulatoire et à l'accessibilité des services.

2.1.5 Des collaborations librement consenties à la subordination au réseau public

Le «pelletage» des responsabilités des établissements publics vers le communautaire correspond à un glissement rapide d'une collaboration librement consentie à une subordination pure et simple au réseau public. Sur le terrain, il n'existe plus aucune nuance entre la complémentarité d'approche et de ressources et la complémentarité de services. C'est le règne du besoin flagrant de services primaires qui cogne aux portes des ressources communautaires. La nature bien concrète du «pelletage» qui s'exprime quotidiennement pour les organismes communautaires c'est:

«Un établissement magazine chez nous, à prix modique, les activités qu'il n'offre plus pour ses bénéficiaires.»

«Un établissement nous demande si on peut prendre une femme qui a un besoin de convalescence lié à sa santé physique. Il y a plus de pression lorsqu'il s'agit d'un besoin lié à sa sortie d'hospitalisation pour des problèmes de santé mentale.»

«Des personnes lourdement handicapées se retrouvent maintenant chez nous, en civière ...»

«Un établissement nous fait des demandes d'accompagnement, pour l'entrée ou la sortie de l'hôpital, ou la première nuit à la maison ... de chambre.»

«On a beaucoup de demandes d'urgence pour des personnes âgées qui doivent quitter l'hôpital, qui sont sur la longue liste d'attente pour une résidence publique, qui n'ont pas les moyens de se payer un centre privé et qui, «en attendant», vont se retrouver dans de petites «résidences» non réglementées.»

«Un hôpital a convenu d'un rendez-vous à 15h00 avec un intervenant pour prendre le relais à la sortie d'un patient sans-abri, sans carte et avec une prescription, mais ce dernier lui a donné son congé à 11h00...»

Le constat majeur du délestage des responsabilités du réseau vers le communautaire nous amène à un questionnement, bien légitime. Veut-on l'institutionnalisation des organismes communautaires par leur intégration non volontaire au réseau de la santé et des services sociaux? Or, en 1995, le ROC 03 stipulait que: *«Le partenariat entre les groupes et le réseau public ne doit en aucun cas signifier la subordination des groupes à ce réseau.»* (ROC 03, 1995, p. 7)

Le réseau, par la voie de ces établissements, demande actuellement aux organismes communautaires de dispenser les services de base, nécessaires au maintien des personnes dans leur «milieu de vie naturel», parce qu'il n'est pas lui-même en mesure de les assumer. Rappelons que les établissements publics ont des responsabilités légales à l'égard de la population. Un enjeu majeur, dénoncé depuis le début des années 90, est que les organismes communautaires deviennent des sous-traitants du réseau.

«Avant, on disait venez vivre l'alternative et développer un mieux-être. Maintenant, on a plus le temps ...»

«Ce qui était secondaire est devenu primaire.»

«On n'est plus utile, on est utilisé!»

«Le service est un moyen, pas une fin!»

2.1.6 Un communautaire alternatif et non supplétif aux services publics

«Aujourd'hui, on valorise davantage le communautaire, mais en fait l'État veut surtout se décharger sur des services privés et gratuits des obligations qu'il avait contractées pendant la période précédente [années 70]. Et on en vient à la sous-traitance ... Dans le contexte actuel, malheureusement, ce n'est pas leur côté alternatif qui est reconnu, c'est plutôt leur côté complémentaire ou supplétif aux services publics. On compte sur le communautaire pour donner des services qui autrement seraient donnés par des établissements publics.» (Doré, 1991, p. 4)

2.1.7 Des services curatifs et ponctuels au détriment de la mission des groupes

Sans vouloir faire de la rhétorique, sommes-nous en train d'assister à un renversement où les organismes ne seraient plus une réponse sociale et préventive aux besoins des communautés, mais deviendraient une réponse curative et économique aux besoins de l'État? En d'autres mots, en plus de pelleter, le réseau commande aux organismes communautaires non pas d'agir sur les causes, mais de pallier aux effets des problèmes sociaux et de santé. La forme de sous-traitance que l'on voit apparaître confine les groupes dans une marge étroite qui converge

«On est happé vers le curatif au détriment de la prévention ...»

vers la dispensation de services curatifs et ponctuels, éclipsant les aspects préventifs et sociaux propres à l'action communautaire et pourtant nécessaires au développement des communautés. Devant l'ampleur des besoins, créés ou amplifiés par le «virage milieu», les organismes communautaires sont entraînés rapidement dans le cercle vicieux de la gestion permanente du provisoire où le service ne serait plus un moyen d'agir pour et avec la communauté, mais deviendrait une fin en soi.

2.1.8 L'accessibilité aux ressources dans la communauté: un problème réel

C'est non seulement le maintien d'un système public universel, accessible et gratuit qui est menacé, mais tout le tissu social qui s'effrite. Dans le contexte de la reconfiguration du réseau et des nouveaux rôles attribués aux établissements, l'on peut se demander où sont passés les services de base garantis à la population et qui étaient traditionnellement assurés par l'État? L'actuel virage milieu et le manque des ressources sont en continuum avec les réformes appliquées depuis 1990. Sur le terrain, les impacts de cette insuffisance, de l'absence et de la perte d'un ensemble de ressources et de services sociaux se traduisent par:

«À cause, entre autres, de la désinstitutionnalisation de centres de réadaptation et du jeu de ping-pong entre la Régie régionale et le TAQM, le nombre de demandes de transport adapté a beaucoup augmenté. Elle entraîne un paquetage des personnes en plus d'un «triage» selon le motif de déplacement.»

«Les visites d'amitié sont devenues du soutien-gardiennage pour s'occuper de cas de démence, de déprime, d'attente de placement, pour soulager les proches, s'occuper des vieux parents ...»

«Nous faisons face à une augmentation des références provenant des écoles, du CPEJ, du milieu judiciaire, des CLSC, tout simplement parce qu'ils n'offrent plus de services d'aide et de soutien.»

«On a des problèmes d'accès à du support technique (appareils visuels et documents media-substituts, appareils auditifs, etc.). Comment peut-on se bâtir une qualité de vie et s'engager auprès de la communauté dans ces conditions?»

«Le virage ambulatoire avec ses traitements et chirurgies d'un jour et toute la réorganisation des services amènent de nombreux déplacements et souvent pour rien et dans ces cas, les personnes doivent en payer les coûts ...»

«Le territoire d'où proviennent les demandes et les références, incluant celles des établissements publics, s'est élargi.»

«En orthophonie, il y a un problème grave de priorisation des «clientèles» en fonction de leurs «chances» de réadaptation.»

«Avec les listes d'attente démesurément longues pour du répit-dépannage alors qu'il y a un besoin flagrant, c'est une chance qu'il n'y ait pas eu plus de drames familiaux... mais on peut pas compter éternellement sur la chance.»

2.1.9 Attention le «Club Price» nous guette!

Face au désengagement de l'État à l'égard des services de santé et des services sociaux, c'est une dynamique de privatisation et de communautarisation qui s'installe. L'enjeu est de taille. Et ce n'est qu'une des multiples facettes d'un système à deux vitesses. Les services publics assurent des services qui sont épurés à leur plus simple expression (donner un traitement, changer un pansement, faire une prescription), mais pour combler leur incapacité à répondre aux besoins insatisfaits, il retourne les gens dans la communauté et l'ailleurs...

«La réforme est basée sur ce qu'on pense du client et non sur les réels besoins des gens.»

«Ce n'est plus une réforme axée sur le citoyen, c'est le citoyen au coeur de la responsabilité.»

2.1.10 Un communautaire non plus utile, mais utilisé

La rareté des ressources financières engendrent des opérations de camouflage où le recours à des projets gouvernementaux (programmes d'exonération par exemple) sert à pallier la désorganisation des services publics et la lourdeur des tâches dans le communautaire. La concurrence s'installe entre le communautaire et le marché privé.

Le gouvernement mise sur le développement de l'économie sociale, sur ses partenaires privés et sur le milieu communautaire. Le soutien aux familles doit être le moins coûteux possible. Tant mieux si, pour quelques dollars, les groupes communautaires peuvent organiser des services de maintien à domicile par des bénévoles et des «assistés sociaux en réinsertion». Tant mieux si les CLSC, avec les élites locales, peuvent superviser des petites entreprises d'économie sociale de soutien aux personnes et ainsi enrayer le travail au noir. Tant mieux si le privé embauche des professionnels de la santé, malheureux dans le réseau public pour certains, écopés de la rationalisation pour d'autres, pour vendre des services à ceux et celles qui ont encore les moyens de payer.

Au Québec, quelques 400 000 personnes oeuvrent actuellement comme travailleuses et/ou bénévoles dans les organismes communautaires en santé et servi-

«Nous faisons de la réduction des méfaits causés par les incohérences du réseau!»

«Ce sont les CLSC qui évaluent les besoins et la capacité de payer ...mais les critères se resserrent ... au bout de la ligne, de moins en moins de personnes ont accès aux services gratuits de maintien à domicile ... dans notre projet, les heures prévues à être remboursées ne sont pas comblées. Le CLSC ne respecte pas le protocole du projet et c'est la rentabilité de notre projet d'économie sociale qui est menacée!»

«Il y a urgence à réfléchir sérieusement sur le sens même des pratiques sociales. Dans le contexte social actuel, il me semble de plus en plus que la misère humaine devient, ou risque de devenir, une industrie. Je me demande parfois si cette misère n'est pas inconsciemment banalisée par plusieurs de ceux qui en tirent profit. (...) Or les différentes formes d'engagement social, qu'elles s'inscrivent dans les milieux institutionnels ou qu'elles soient le fait d'organismes communautaires autonomes, ne sauraient se limiter à n'être que des pratiques de gestion de l'intolérable. Elles ne sauraient, sans se dénaturer dramatiquement, s'insérer dans une logique d'industrie de la misère humaine.» (Lamoureux, 1996)

ces sociaux. Cela représente environ 7% de la population adulte du Québec (Bé langer-Desrosiers, 1995). Ce sont 30 millions d'heures de bénévolat qui, en maintien à domicile, qui, en soutien scolaire, qui, en transport de «malades ambulants», qui, au comptoir alimentaire, qui, en écoute téléphonique, qui, en accompagnement de mourants, qui, en défense des droits, sont investies pour soulager la misère et la détresse en attendant l'atteinte de l'objectif du déficit zéro!

2.1.11 La sous-traitance des organismes communautaires: une menace à leur autonomie

Aujourd'hui les groupes communautaires sont considérés non pour leur approche globale, non pour leurs pratiques alternatives, non pour leurs analyses et leurs expertises ... mais parce qu'ils sont des «ressources valables» qui apportent des réponses à des besoins non comblés par le réseau public. Par exemple, les CLSC peuvent transférer leur «clientèle» à un groupe, non pas en raison de son approche, mais parce que ses employées sont elles-mêmes débordées. Et c'est à leur corps défendant que les organismes communautaires se transforment en sous-traitants de l'État. De là, le rempart est mince pour résister aux pressions de redéfinir leur mission, pour les cloisonner à des clientèles-cibles et pour les amener à changer leurs pratiques.

2.1.12 La santé est à la privatisation ce que les services sont au communautaire

Le gouvernement du Québec a laissé en plan un immense chantier, le système universel de santé et de services sociaux, et s'est tourné vers le commerce. Le chantier est squatté! Les familles et les organismes communautaires essaient de sauver les fondations, mais l'entrepreneuriat y fait son nid. Y'a encore des gens, qui, pour sauver leur vie et leur santé sont prêts à payer. Y'a des affaires à faire là! Quant aux autres, ceux et celles qui n'ont rien de saisissable par le syndic, ceux et celles qui semblent «irrécupérables» parce qu'à «hauts facteurs de risques», on leur préparera un parcours de réinsertion dans le communautaire pour pas cher!

2.1.13 Les CLSC: agents de circulation et de santé au détriment du social

Le virage ambulatoire est un renversement majeur de la façon de concevoir tant l'organisation que la prestation des soins de santé au Québec. Bref, le virage ambulatoire vise à remplacer l'hospitalisation en même temps qu'il vise à donner des soins infirmiers, médicaux et chirurgicaux dans «l'habitat naturel des personnes». L'hôpital est transformé en un lieu de séjour de courte durée pour des soins spécialisés. Afin d'assurer le suivi des services de santé physique, l'hôpital

«Il y a une dichotomie entre la définition du problème par le réseau et la volonté de trouver des solutions dans le communautaire»

doit mettre en place un réseau «interactif» de services avec les CLSC de son territoire. C'est le mandat originel des CLSC qui est encore remis. En effet, le CLSC, établissement autonome, associé à l'organisation communautaire locale et à une approche globale et préventive en santé s'est vu investi de charges médicales qui doivent répondre aux besoins des hôpitaux. Dorénavant, l'hôpital, établissement longtemps et presque qu'exclusivement associé à la guérison des personnes, se voit remplacé dans cette vocation par autant de lieux qu'il y aura de «milieux naturels» prêts à se substituer à lui et que les CLSC doivent dénicher.

3. De la pauvreté traitée comme une maladie

3.1 La Régie régionale de la santé a oublié les services sociaux

« ... la Commission réaffirme la finalité fondamentale du système de services de santé et de services sociaux, à savoir l'amélioration de la santé et du bien-être. Elle identifie en outre deux conditions préalables: la recherche d'une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social.» (Commission Rochon, 1988, p. 685)

3.1.1 La politique de santé et de bien-être: aux oubliettes

La Commission Rochon a effectivement mené à l'élaboration d'une politique de la santé et du bien-être (PSBE) qui a vu le jour en 1992. Si cette politique avait seulement réussi à agir sur les conditions de vie de la population, un grand pas serait fait aujourd'hui. Elle aurait pu être un outil de transformation sociale profonde, elle ne l'a pas été. On a oublié son but initial: agir sur les causes des problèmes sociaux et de santé.

Pourtant les résultats de l'enquête de Santé Québec sur les aspects sociaux reliés à la santé de 1992-93, spécifiquement quant au lien entre le statut socio-économique et la santé, amenaient ses auteurs à abonder dans le même sens que la PSBE:

« ... les améliorations de la santé et du bien-être les plus spectaculaires sont largement associées à de meilleures conditions de vie, à la qualité du milieu social et, en général, à une répartition plus équitable de la richesse collective.» (Santé Québec, 1995, p. 154)

Comme les auteurs de cette enquête et de la politique de la santé et du bien-être, nous affirmons que la réduction des inégalités de santé et de bien-être constitue un défi important.

«La réduction des inégalités sociales de santé physique et mentale commande non seulement d'adapter les services aux besoins des personnes défavorisées, mais de déborder le cadre strict du système de services afin de concevoir des mesures sociales capables d'affecter la santé et le bien-être de la population. Deux types de mesures seront nécessaires: des politiques visant à réduire tant les inégalités sociales et économiques que les effets de ces inégalités sur la santé et le bien-être.» (Ibid)

3.1.2 Les politiques et programmes: une approche biomédicale des problèmes sociaux

Mais il y a eu perversion. Avec les orientations et politiques actuelles du ministère, de même qu'avec les priorités et les programmes développés par les régies, on assiste aux conséquences du phénomène dénoncé par Michel Parazelli, l'épidémiologie sociale. En effet, depuis une dizaine d'années, l'amélioration de la santé et du bien-être de la population s'est détachée de ses conditions préalables pour entrer dans une logique de performance des scores épidémiologiques et de réduction des taux de morbidité, physique et sociale. Les outils d'analyse, □ déjà «questionnables», des problèmes sociaux et de santé sont devenus une fin en soi.

«L'État utilise une métaphore biomédicale, «d'épidémiologie sociale», pour guider son analyse de la société; et il fait appel aux techniques utilisées pour le traitement des maladies, violence et rougeole confondues. Pourtant l'analogie est douteuse: les rapports sociaux ne fonctionnent pas comme un organisme vivant susceptible d'être infecté ou de développer des pathologies. La normalisation médicale des problèmes sociaux revient alors à traiter les personnes en responsables de leurs «pathologies»: plutôt que d'acquérir un pouvoir sur leur existence sociale, on les invite à suivre une thérapie qui modifiera leur comportement à risque. C'est là que le dérapage se produit: on occulte les causes collectives et on met l'accent sur la culpabilité individuelle. (Parazelli, 1995)

Le défi à l'heure actuelle pour l'État, auquel est subordonnée la réforme de la santé, c'est le déficit zéro. Le défi actuel du communautaire et des communautés, c'est de survivre à la décomposition du tissu social jusqu'à ce que l'État prenne conscience de ses profondes contradictions et des conséquences de son désengagement généralisé. En attendant, le pire se réalise....

3.2. Le gouvernement du Québec et ses politiques antisociales

3.2.1 L'impact des conditions de vie sur l'état de santé de la population

Est-il besoin de rappeler que la société québécoise est loin d'être homogène et qu'elle présente toute une mosaïque de situations dans lesquelles l'appartenance à un sexe, à un groupe d'âge, à un état matrimonial, à une classe sociale, à une catégorie socioprofessionnelle, à un groupe ethnique, à un quartier ou à une région est souvent déterminante sur les conditions de vie?

«Les politiques du «workfare» (projet de loi de la ministre Harel ou le programme d'assurance-emploi du fédéral) expriment avec éclat la prégnance nouvelle de l'imposition d'une contrepartie dans les transferts sociaux puisqu'elles équivalent clairement à l'imposition d'un nouveau devoir là où existait auparavant un droit.» (Morel, 1996)

3.2.2 Le clivage entre les «pauvres méritants» et les pauvres «non-méritants»

L'organisation sociale des soins (prévention et protection sociale) qui tient compte de ces réalités est complètement morcelée. Des projets d'économie sociale aux parcours de réinsertion, un seul objectif: l'enrôlement pour la lutte au déficit et la charité pour les pauvres exclus. *«Au lieu de s'articuler, comme auparavant, autour du seul critère de l'insuffisance de ressources, l'assistance a changé de nature et est devenue une aide liée. En effet, désormais, le soutien de l'État s'assortit d'un ensemble de conditions de comportement qui transforment la «relation assistancielle» en une relation «d'obligations» réciproques.»* (OCDE, 1990)

L'OCDE définit les politiques actives en opposition aux mesures de garantie de revenu, qui sont dites «passives». Ainsi, la mise en place des réformes consiste à compléter ou à remplacer les programmes de garantie de revenu par des mesures occupationnelles (formation, aide à la recherche d'emploi, programmes de placement), soit la logique américaine du «workfare».

Deux dimensions sont implacablement présentes dans toutes les politiques sociales. Une dimension protectrice et une dimension intégratrice. L'une qui représente l'inscription de la logique du «droit» et l'autre de la «dette sociale». Le problème de l'exclusion, conçu sur la base de la thématique de la solidarité, interpelle l'ensemble de la collectivité en identifiant cette dernière à la fois, comme responsable du problème et comme lieu de résolution. Le clivage actuel entre les «pauvres méritants» et les «pauvres non-méritants» ne fait qu'accentuer l'exclusion et la précarité d'une grande partie de la population devenue plus vulnérable. Ainsi, pour le «bien-être» de tous, le contribuable a l'assurance du bon usage des fonds publics. Il soulagera sa conscience en contribuant aux collectes de fonds en retour de reçus d'impôt et les malades devront fournir l'effort pour recouvrer leur santé. La santé n'est plus un droit, c'est un devoir pour tout individu méritant.

3.2.3 L'assurance-médicaments a déstabilisé une bonne partie de la population

Non seulement les politiques sociales ne préviennent plus les situations de crises, mais elles en créent d'autres. La mise en place, par exemple, de l'assurance-médicaments a déstabilisé une bonne partie de la population. D'abord par un impact sur leur budget, mais également sur leur santé qui, pour certains, aura été d'éliminer l'achat d'un médicament qui, pour d'autres, aura été de couper sur l'alimentation et de retarder le paiement du loyer, de l'électricité ou du téléphone.

«Il y a encore des résidences où l'on met des chaînes après une chaise pour hisser une personne à l'étage»

Le phénomène le plus sensationnel – médiatiquement parlant puisqu'il ne semble pas faire encore la manchette du journal des débats de l'Assemblée nationale – ressorti de nos consultations auprès de l'ensemble des organismes communautaire de la région 03 est la faim.

3.2.4 La non-accessibilité à de l'hébergement pour les personnes âgées est dramatique

Autre situation de crise, aussi affolante, est la «sortie» des personnes âgées convalescentes ou en perte d'autonomie dans «leur milieu naturel» ... Si nous sommes assommés de «pubs» de résidences privées de rêve tous services inclus, il en est autrement des centres d'hébergement publics. Les listes d'attente sont longues à n'en plus finir. Le résultat est facile à deviner: des centaines de personnes âgées, en attente d'un «placement», sont parquées dans des «résidences» privées, sans permis ni contrôle, dans des conditions effarantes!

3.2.5 La pénurie d'emplois de qualité: source de pauvreté

Des besoins sociaux émergent de l'ensemble de ces transformations et toutes les réponses ne peuvent être individuelles. Si nous pouvions penser que le contexte est en mutation vers une diminution des disparités ... Mais c'est loin d'être notre sentiment! On constate une pénurie d'emplois de qualité, ce qui est d'ailleurs source de pauvreté. Les gens n'ont pas les revenus suffisants pour assurer leurs besoins de base, pour se nourrir et pour se loger convenablement. L'adaptation à l'ensemble des réalités actuelles passe par un emploi décent et de qualité. Il demeure le moyen le plus efficace d'atteindre l'autonomie. Mais le taux de chômage québécois est supérieur à la moyenne canadienne et 450 000 ménages sont prestataires de l'aide sociale. **En fait, 1,5 million de Québécoises et de Québécois survivent sous le seuil de pauvreté.**

3.2.6 L'aide alimentaire associée à la faim, présente partout

Les ménages sous le seuil de «faible revenu» consacrent environ le cinquième de leur budget disponible à l'alimentation, le poste principal des dépenses demeurant le logement. En 1992, le budget consacré à l'alimentation équivalait à 27\$ par semaine... Une personne vivant seule dispose d'un revenu mensuel de 546\$ par mois alors qu'une famille de quatre personnes aura un revenu annuel inférieur à 14 385\$.» (Côté et al, 1996.)

«Si l'intensité de la pauvreté peut représenter un élément qui explique le recours à l'aide alimentaire, sa persistance dans le temps en est une autre. L'analyse des récits a dévoilé que le recours à l'aide sociale comme principale source de revenu peut être «suffisant» temporairement, mais à long terme, dès que survient une période plus difficile ou une dépense imprévue (rentrée scolaire, fêtes de Noël, besoin de médicaments, etc.) il est presque inévitable de tomber dans

-Tous les organismes communautaires consultés ont souligné l'ampleur de la dégradation de la santé mentale des personnes qui fréquentent leurs groupes ou demandent de l'aide!

l'endettement sous diverses formes et dans la réduction du poste budgétaire le plus facilement compressible: celui alloué à l'alimentation. La récurrence de ces situations «de crises», générée par le contexte que nous connaissons explique le recours de plus en plus systématique aux services d'aide alimentaire comme pratique habituelle de dépannage.

3.2.7 La diminution des allocations d'aide sociale: un impact direct

C'est principalement ce processus d'enlèvement qui semble être à l'origine de la demande d'aide. La diminution des allocations d'aide sociale, en réduisant le degré de couverture des dépenses essentielles à leur plus simple expression provoque l'accroissement de ces situations «de crises».» (Côté et al, 1996)

Alors, quand on annonce encore des millions de dollars de coupures dans la santé et les services sociaux et qu'on accuse les pauvres de mal gérer leur budget, y'a de quoi avoir un haut le coeur!

«(...) Ces personnes seraient soumises à des conditions de vie et de stress qui touchent à leur santé en la détériorant précocement. Souvent, elles présentent des indices de santé comparables à ceux des personnes âgées de 65 ans et plus des groupes moyens et favorisés.» (Colin et al, 1989)

3.2.8 La santé n'est plus un droit

La santé n'est plus un droit. Le mieux-être n'est plus au sein des valeurs de notre patrimoine collectif. À quoi sert un ministère de la santé et des services sociaux? Si ce n'est que pour gérer le déficit, pourquoi ne pas envoyer tout ça dans un département du Conseil du trésor? La quête du dimanche et les femmes à la maison s'occuperont du reste!

Cette partie (4.1.1) du mémoire est issue de la Politique de reconnaissance des organismes communautaires autonomes de la région 03 adoptée par plus de 120 groupes communautaires en 1996.

4. L'apport et les limites des organismes communautaires autonomes

4.1 Un communautaire de dernier recours plutôt qu'une alternative visant le mieux-être des personnes

4.1.1 L'apport des organismes communautaires autonomes

Le mouvement communautaire se situe au sein de l'ensemble de la société québécoise. Il est issu de la communauté, donc davantage qu'une simple composante des réseaux de la santé, de l'éducation, de la justice, etc. La place du communautaire réside dans la communauté d'abord et avant tout, dans ce vaste champ social où se nouent les relations entre citoyennes et citoyens, où se tissent les solidarités sociales, où naissent les grands mouvements de transformations sociétaux, où se construit finalement la cité. C'est par rapport au tissu social, toujours en construction et en évolution, que le communautaire se façonne et qu'il façonne en retour la communauté.

Les organismes communautaires mettent de l'avant que le contexte économique, politique, social et culturel dans lequel les gens vivent, constitue un des déterminants majeurs de leur état de santé et de bien-être. Les organismes communautaires cherchent donc à intervenir directement sur les aspects sociaux, personnels, économiques, politiques et culturels et les facteurs qui les déterminent, donc avec une conception globale des personnes.

De par leur histoire, les organismes communautaires ont développé une analyse et une pratique articulées et rigoureuses, souvent novatrices, basées sur les besoins de la communauté, et offrant une intervention proprement alternative à celle du réseau public. Faisant appel à la capacité des communautés locales de se prendre en main et d'orienter leur développement, ceux-ci contribuent à créer des lieux d'appartenance et à bâtir des réseaux de solidarité sociale.

Que ce soit dans un cadre d'entraide, de prévention, de défense des droits, d'intervention collective, féministe ou interculturelle, l'action des organismes communautaires dans leur milieu en est une qui tient compte de la situation globale

de la vie des personnes, à la fois dans l'analyse et dans les choix de solutions, et ce, dans le respect de la langue, de la religion, du sexe, de l'ethnicité et de l'orientation sexuelle.

Étant donné leur spécificité, les organismes communautaires sont au premier rang pour saisir les besoins de la communauté. Ils ont démontré leur flexibilité et leur rapidité d'adaptation aux besoins toujours changeants des communautés et des personnes. Devant les besoins nouveaux, les organismes communautaires ont su identifier et mettre en oeuvre des solutions novatrices, agissant tant sur les causes que sur les conséquences, et des solutions correspondant davantage aux besoins de la communauté.

Les organismes communautaires ont un rôle et une pratique différente de celle des établissements du réseau public. Leur travail en est un de mobilisation visant à habilitier la population et à mettre en place, dans la communauté, des solutions aux problèmes rencontrés. Ce travail se fait avec les personnes engagées en respectant leur rythme et leur culture et vise leur mieux-être. Les solutions peuvent prendre la forme d'une action de pression, de promotion, de défense de droits, d'entraide ou celle de la mise sur pied de ressources d'hébergement ou d'intervention alternatives. Quel que soit le mode choisi, cette action s'inscrit dans une perspective de réappropriation individuelle et collective du pouvoir des personnes sur leur vie.

Enfin, l'apport des organismes communautaires autonomes à la société québécoise va bien au-delà de la dimension sociale ou économique. Par la mobilisation d'un nombre grandissant de personnes qui les fréquentent, qui y oeuvrent, qui y travaillent, les organismes communautaires autonomes constituent un mouvement collectif incontournable dont les luttes et dont l'expertise pratique-critique-évolutive se répercute dans tous les aspects de la société civile.

4.1.2 Le communautaire pallie à l'incurie du réseau

La désorganisation du réseau se traduit par un pelletage de responsabilités vers les organismes communautaires. Qu'ils se présentent sous la forme de la désinstitutionnalisation, du virage ambulatoire ou de l'approche intersectorielle, les changements en profondeur qui se vivent présentement au sein du système public de santé et de services sociaux ont pour conséquence pratique de solliciter

«Nous sommes des pare-chocs pour la société!»

d'avantage les organismes communautaires. À cet égard, les organismes communautaires sont débordés de toutes parts et doivent prendre en charge, sans en avoir les moyens, des «clientèles» que le réseau public ne veut plus soutenir et, ce faisant, pallier à l'incurie du réseau. À ce titre, les organismes communautaires nous disent:

«Actuellement nous gérons des situations de crise plutôt que de faire de la promotion/prévention»

«Nous, travailleuses et bénévoles, sommes épuisées»

«Les organismes communautaires sont considérés par la population comme le dernier recours au droit à la santé»

«Avant nous affirmions pouvoir offrir une alternative au réseau public et un lieu pour vivre un mieux-être et non un bien-être, maintenant nous «patchons» les bobos de notre monde»

4.1.3 La vision de la Régie régionale quant aux rôles des organismes communautaires

Plutôt que de prévenir les risques sociaux en facilitant l'accès aux services et leur développement, la Régie régionale et les organismes communautaires sont poussés à privilégier des «objectifs de résultats» dans une perspective médicale et épidémiologique. Cette perspective vise à atténuer la «prévalence» (les conditions d'apparition) de comportements non désirés et à agir sur les «déterminants environnementaux». Dans certains cas, les résultats sont estimés en pourcentage de réduction de problèmes: «D'ici 2001, réduire de 15% la consommation d'alcool et de drogue chez les jeunes et augmenter le nombre de jeunes qui ne consomment jamais de drogues illégales». (PROS en toxicomanie).

«Cette manière de procéder revient en effet à analyser et à traiter les problèmes sociaux comme on procéderait pour les pathologies biologiques, les épidémies virales ou les catastrophes écologiques. Outre les facilités de gestion qu'elle procure, une telle approche permet de circonscrire la réalité sociale non désirée en l'isolant (tel un virus) et de normaliser les types de problèmes sans se soucier de leurs contextes socioculturels, afin de calculer leur «taux de réduction» grâce à un suivi informatique («monitoring»)). (Parazelli, 1995)

Cette façon de concevoir les problèmes sociaux comme une maladie plutôt que de favoriser la réappropriation du pouvoir des personnes sur leur vie démontre clairement que la Régie régionale et le ministère ne veulent pas agir sur les grands déterminants de la santé et du bien-être; alors que les organismes communautaires le font depuis des années avec de maigres budgets.

«La transformation du réseau a été associée à des compressions budgétaires qui ont eu pour effet de réduire l'accessibilité aux services publics: la «trajectoire des clientèles» se traduit par un atterrissage dans les organismes communautaires.»

«La réduction des budgets des établissements publics s'est traduite par un désengagement des réseaux officiels au détriment des milieux de vie naturel sans suffisamment de ressources publiques pour y faire face.»

«Le débordement des établissements publics, la non-gestion de crise, le manque d'expertise et de ressources du réseau font en sorte que les organismes communautaires sont reconnus, plus souvent qu'autrement le vendredi à 16 heures pour des interventions qui ne leur appartiennent pas.»

4.1.4 L'autonomie des groupes: c'est incontournable!

En ce sens, l'article 335 de la loi doit être respecté:

«... un organisme communautaire qui reçoit une subvention en vertu du présent titre définit librement ses orientations, ses politiques et ses approches»

L'intégration des organismes communautaires au réseau public et l'institutionnalisation de leurs pratiques vise à les dénaturer. Aussi les organismes communautaires ont tenu à réaffirmer haut et fort le principe suivant, que...

«Les organismes communautaires ne sont pas des contractuels du réseau, des prestataires de services uniquement, des instruments de réalisation des politiques de l'État, tenus de s'inscrire dans les priorités de la Régie régionale... en échange d'un financement. Ils n'ont pas à être intégrés au réseau via, entre autres, les programmes et les PROS.»

La société québécoise risque de perdre un élément essentiel à sa vitalité si l'État, sous prétexte de rationalité et de complémentarité, oriente, récupère ou utilise à ses fins les organismes communautaires. L'action des organismes communautaires est indépendante des politiques de l'État et des programmes du réseau public. L'État doit respecter leur autonomie et les soutenir dans leur action de façon à assurer une plus grande qualité du tissu social.

4.1.5 Les limites et les responsabilités légales des organisations: les établissements publics hors-la-loi

Le pelletage de responsabilités du réseau vers les organismes communautaires fait en sorte que ces derniers vivent des situations dramatiques quant à la réponse à donner aux personnes qui se présentent chez eux sans avoir les moyens et l'expertise requise pour faire face à ces situations. D'ailleurs plusieurs organismes communautaires nous ont dit que les établissements publics n'assument plus leurs responsabilités légales et que ceux-ci devraient être dénoncés. À ce sujet la loi est très explicite:

L'article 437 indique très clairement que: *«Nul ne peut exercer des activités propres à la mission d'un centre local de services communautaires, d'un centre hospitalier, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou d'un centre de réadaptation s'il n'est titulaire d'un permis délivré par le ministre.»*

Et l'article 108 quant à lui indique qu'«*Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes:*

- 1) la prestation de certains services de santé ou de services sociaux;*
- 2) la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.*

Dans le cas d'une entente conclue entre un établissement et un organisme communautaire (...), celui-ci doit respecter les orientations, les politiques et les approches que se donne l'organisme communautaire».

5. Une réforme de la santé indéniablement sexiste

5.1 De «l'État-providence» à Mômman-providence: le miroir de l'âme de l'État est peu reluisant

5.1.1 Un double rôle pour les femmes: les «subissantes» et les «supportantes»

Dans le contexte du désengagement actuel des services sociaux et de la santé, nous subissons une réforme indéniablement sexiste. L'État s'est offert une poseologie de choix, *l'un des remèdes commodes de la faillite de «l'État-providence» est la main-d'œuvre, le savoir-être, le savoir-faire «naturel» des femmes par rapport aux personnes dépendantes ayant besoins de soins.* (Saillant, 1991)

Malgré la détermination des femmes à se battre contre l'imposition des rôles, le message véhiculé par l'État est clair: les femmes jouent un double rôle soit: les «subissantes» et les «supportantes»! L'entrée sur la scène de la transformation des services de la santé nous offre un spectacle peu enviable. Une remontée épouvantable de la pauvreté crève le décor de la «reprise économique», non pas seulement à travers les statistiques, mais dans la rue, dans les maisons d'hébergement pour femmes, dans les centres de femmes, à travers la vie associative du communautaire et au quotidien des femmes.

L'apparition des multiples «problématiques» que vivent les femmes qui prend de l'ampleur, l'itinérance des jeunes femmes, l'épuisement et l'essoufflement des intervenantes sont des signes d'alarme récents. La dénonciation et l'action restent les ultimes moyens pour que «l'État-providence» assume ses responsabilités.

5.2 Derrière le mot, l'image

Un retour à l'histoire nous apprend que l'étymon du mot «soin» fait état du «souci constant». On sait que du douzième au seizième siècle, le mot «soin», correspond à «avoir des soucis», «être préoccupé». D'ailleurs, on retrouve dans le

Litré (édition 1878) diverses notifications du mot «soin»:

- 1) *attention, application de l'esprit à faire quelque chose;*
- 2) *charge, devoir de prendre soin de quelque chose;*
- 3) *souci, inquiétude, préoccupation;*
- 4) *sollicitude;*
- 5) *services que l'on rend à quelqu'un, attention qu'on a pour lui.* (Saillant, 1991)

«L'État utilise notre
générosité à offrir
notre disponibilité»

5.2.1 Le soin est nécessaire au mieux-être

Aujourd'hui, le mot soin englobe tous ces qualificatifs en ajoutant celui associé à l'occupation du bien-être de quelqu'un, du bon état de quelque chose! Le geste de donner un soin à quelqu'un est fait nécessairement pour le mieux-être, en vue de guérir et de l'amélioration de la santé de la personne. Le soin est un droit à la santé, *un élément reconnu comme facteur de développement et de l'évolution des sociétés.*

Paradoxalement, un nouveau cri d'alarme nous arrive des groupes de femmes:

«On n'a plus le droit à la santé!»

Pire encore, non seulement l'État considère que les femmes possèdent les «capacités naturelles» à s'occuper d'autrui, mais la société l'endosse. Dans cette mauvaise pièce, le «premier rôle» dispense des soins à sa famille, «sa» mère, «sa» belle-mère, «ses» personnes âgées, «ses» personnes handicapées, «ses» personnes déficientes intellectuelles, *elle contribue directement à la production de la santé, incluant la promotion, la prévention, le maintien et le recouvrement.*

L'actrice, de ce rôle imposé, est essoufflée, elle ne dispose plus des ressources nécessaires, le prochain acte doit être réécrit!

Au Québec, 65% à 85% des soins dispensés par les femmes sont faits sans recours à des ressources professionnelles. (Saillant, 1991, p.15)

Le service des «soins» par les femmes se mesure financièrement. Il en coûte moins cher à l'«État-Providence» d'utiliser les sous-traitantes, les mômans-providence, au lieu d'investir dans les structures étatiques en place (matérielles, sociales et dans la masse salariale) qui sont tellement insuffisantes.

5.2.2 Un appel à la «colère des douces» ...

Nous sommes en train de mettre dans la fosse la gratuité des services de santé, férocelement revendiquée dans les années 1960; pensons seulement à la «Colère des Douces» où les infirmières ont combattu pour la gratuité des soins. Tout ce fait au détriment de la santé des femmes, des familles, d'un environnement sain pour nos enfants et nos femmes de demain.

«Je vois des femmes
malades, et je me
rappelle que l'une d'elles,
enceinte, ne pouvait pas
se payer des
médicaments et elle
endurait.»

«Pour le réseau, la complémentarité c'est: tu fais bien mon affaire!»

«Le soin devient une expérience dans laquelle chaque femme s'identifie elle-même comme la première et la dernière personne sur qui on puisse compter, et au delà de laquelle il n'y a plus de recours possible.» (Graham 1985, p. 35)

«On soigne même la première peine d'amour avec des pilules.» Dans les groupes de femmes, les intervenantes nous lancent un autre cri d'alarme: «On n'est pas capable de trouver une seule femme qui n'est pas médicamentée.»

«Si l'on se lève chaque jour pendant vingt ans à cinq heures au lieu de se lever à sept heures, on gagne en vingt ans, 14 600 heures, ce qui donne à peu près six années de journées de huit heures. C'est comme si l'on ajoutait à la vie six années, pendant lesquelles on pourrait disposer de huit heures par jour. Augmenter sa vie de six ans sur vingt c'est énorme. Songez-y!» (source: *L'économie domestique à l'école élémentaire, 1942, p. 47*)

5.2.3 Un véritable appel aux femmes comme au temps de la guerre 1939-1945!

Il est devenu essentiel de regarder les vraies réalités qui sont vécues par les centaines d'intervenantes du «milieu naturel», de dénoncer les vrais dommages que subissent des milliers d'individues quotidiennement et d'établir des limites au pelletage de responsabilités récurrentes vers la femme. Comme dans les années quarante les femmes sont appelées à servir l'État en tant qu'aidantes-naturelles, mères, travailleuses dans le mouvement communautaire, travailleuses dans le réseau public, travailleuses dans les entreprises sociales. Elles sont aussi usagères des services sociaux et de santé, citoyennes et pauvres. C'est un véritable appel comme au temps de la conscription!

5.3 De la médecine humaine à la médecine pilule

5.3.1 Des peines d'amour traitées comme une maladie

Un virage marquant face «aux soins» s'est effectué au moment où l'on a substitué le savoir traditionnel des femmes, à l'arrivée de la médicalisation et de son apothéose: la «médecine spectacle». La montée du modernisme et des experts s'est faite au détriment des réseaux de collaboration de femmes, qui ont quasiment disparus conséquemment à leur dépendance et à leur isolement. Il n'est pas surprenant d'apprendre que les experts ont associé le savoir traditionnel des femmes à la superstition, à un savoir populaire, à un savoir de bonne femme et même au charlatanisme. Aujourd'hui, nous subissons une médecine masculine, payable à l'acte, spécialisée, réductrice et unitaire. La malade n'est plus auscultée comme une personne entière et humaine, mais plutôt fractionnée et pilulisée dans le temps, comme une période menstruelle, contraceptive, ménopausée; dans son corps, comme «une migraine», «une mal de pied», «une déprime», «une numéro Z»...

5.4 La femme, pilier de la famille, productrice et reproductrice: une valeur marchande

Le gouvernement Bouchard, dans la même lignée que les Harris et Klein, mise sur la famille pour éponger les contrecoups de son «gouverner autrement». La femme, pilier de la famille, joue le premier rôle à l'intérieur du système de santé. La femme est devenue une valeur marchande parce que gratuite ou peu coûteuse. La femme a été reconduite dans la spécialisation du maternage.

5.4.1 La famille: une responsabilité de la femme

Dans l'appellation «unité familiale» les deux acteurs principaux, la femme et l'homme, interprètent leurs monologues dans des décors différents. Pour l'homme, les préoccupations envers sa famille sont liées en fonction de son travail. De façon générale, l'homme s'engage auprès de sa famille pour une période moins longue et moins émotive. De son côté, la femme, réfère à la «phénoménologie du soin», voire à un engagement moral qui guide sa performance par *un ensemble de soins qu'elle dispense de façon directe aux siens*. En ce sens:

«La division sexuelle du travail qui marque la pratique des soins tels qu'ils prennent forme dans les sociétés modernes ne constitue que l'un des processus de séparation, produit du pouvoir médical.» (Saillant, 1991, p. 18)

La famille est importante, elle est le théâtre où l'on est éveillé aux valeurs humaines, si importantes pour une société effritée comme la nôtre. Il y a un danger de perdre cette forteresse que représente la famille en regard des valeurs humaines si, dans notre société, elle n'en vient qu'à être un instrument de l'État pour parvenir à ses fins!

On fait appel à la famille, à vrai dire, à un ou deux de ces membres, membre = femme, pour: laver sa mère à l'hôpital, l'accompagner lors de son séjour à l'hôpital, s'occuper de sa convalescence à la maison, pour la soigner de l'infection apparue après l'opération, dû probablement à sa sortie précipitée de l'hôpital, quoi d'autre ... Est-ce des situations étrangères à nos histoires familiales? Et on peut remplacer mère par frère, soeur, belle-mère, fils, filles, amies ... **ON Y PASSE TOUTES ET TOUS!**

Et la femme à l'intérieur du noyau familial, des groupes communautaires, de centres de femmes est prise en otage.

«À chaque mois, on se demande qui d'entre nous fera un «burn out»!»

«Une mère s'est fait retirer son enfant parce qu'elle allait à la soupe populaire! On a considéré le fait qu'elle n'était pas apte à s'en occuper adéquatement et de bien nourrir son enfant!»

«C'est étrange, le vendredi à 16 heures, le CLSC se souvient de nous!»

«On est considéré comme le dernier recours, mais quand on n'a plus de place...!»

«La distribution alimentaire qui était secondaire est devenu primordiale. C'est certain, lorsqu'on fait une activité avec de la «bouffe» il y a plus de monde!»

«Les femmes subissant des sévices dûs à la violence conjugale sont rendues tolérantes à la violence. Avant, quitter la maison c'était pour un mieux!»

Est-ce que vous vous reconnaissez ou encore, vous retrouvez-vous dans l'une ou l'autre des ces affirmations? Si oui, la situation est encore pire que nous le pensions!

5.5 La femme supporte la terre!

La charge est lourde pour les femmes, «subissantes» et «supportantes», ses épaules sont courbées, la situation est maintenant à la limite du supportable! Combative, mais épuisée, essouffée, tendue, émotive!

La femme n'est plus libre de son temps! L'État l'a enrôlée.

Voilà donc, la vraie réalité, les situations auxquelles les femmes et les familles font face à cause du pelletage des responsabilités de l'État et de son obsession pour l'objectif du DÉFICIT ZÉRO.

5.2.5 Le dernier acte

Le rideau tombe sur la pauvreté, comme le disait un groupe:

**«SI LES ENFANTS
ONT FAIM,
IMAGINEZ ...
IMAGINEZ
LES FEMMES!»**

Les hommes ont marché sur la lune il y a de cela 30 ans.

Les femmes marchent sur la terre.

Pendant 100 ans, on a marché pour le droit de vote; on a marché pour du pain et des roses; on a fait une vigile au Parlement il y a deux ans ...

Pour quoi marcherons-nous à l'an 2000?

«Le temps est une richesse, une chose précieuse entre toutes qu'on évacue rarement à sa juste valeur.» (source: Économie domestique. 1942:47)

6. Les organismes communautaires en ont plein le dos ...

Cette partie du mémoire vise à faire ressortir la spécificité des secteurs d'organismes communautaires que nous avons rencontrés. Des questions fort préoccupantes ont été posées par les groupes à partir de leur vécu et de leur expertise. Les enjeux soulevés en atelier et repris en synthèse collective par l'ensemble des groupes par secteur devront être approfondis et trouver réponse. Vous trouverez donc des constats pour chacun des grands enjeux soulevés par les groupes.

6.1 Accessibilité, universalité, gratuité ...

Pour le secteur itinérance

Il n'y a pas de services adaptés à la réalité des personnes itinérantes et des personnes mal-logées. Il y a un manque de ressources: de suivi et d'accompagnement, d'hébergement pour convalescence, de logements supervisés. Il y a une lourdeur dans l'accès aux services de 1ère, 2e et 3e ligne. Il y a un manque de formation pour répondre à la problématique sida-itinérance.

Pour le secteur personnes handicapées

Il y a discrimination dans l'accès aux services de transport adapté dû, entre autres, à la désinstitutionnalisation des centres Barbara-Rourke et de la Triade. La liste d'attente est trop longue pour obtenir des services de répit-dépannage afin de soutenir les familles. Il y a un problème de cohérence, de continuité et d'accessibilité aux services qui est lié à la non-implantation d'un véritable système d'accès aux services. Il n'y a pas de service de réadaptation dans les établissements pour les personnes vivant avec un problème d'autisme. Il y a un problème d'accès et de restrictions à l'aide technique pour les personnes sourdes et malentendantes et les personnes aveugles et amblyopes. Il y a un problème d'accès et de restrictions à des ressources spécialisées pour les personnes ayant des problèmes de déficience intellectuelle, pour les personnes ayant un handicap de naissance ou lié à une maladie.

«Une personne en phase terminale se voit accorder son congé de l'hôpital. Elle sort, se retrouve seule dans son logement, sans téléphone et isolée. Elle décède!»

«Un organisme de suivi prend charge d'une personne. Elle a besoin de soins. On doit suivre la filière. Au CLSC, on lui donne un rendez-vous dans trois jours. Entre temps, elle s'est enlevée la vie!»

Pour le secteur santé mentale

Le modèle de pratique des CLSC ne répond pas toujours aux besoins.

Le réseau public devrait agir en «backup» à l'action des organismes communautaires notamment pour les situations de crise.

Pour le secteur personnes âgées

Il y a un manque flagrant de ressources d'hébergement public pour les personnes âgées.

Pour le secteur jeunes

Il y a une priorisation des jeunes de «0 à 12 ans» et les «15 ans et plus» sont laissés pour compte. Les jeunes sont ballottés d'une place à l'autre. Il y a un besoin pour un lieu de transit pour les 25 ans et moins au centre-ville de Québec.

Pour le secteur femmes

Il y a une augmentation des demandes d'accompagnement et de suivi communautaire. Or, entre l'hôpital et la maison, il y a un vide, sinon il faut payer. Les femmes en région vivent de l'isolement parce qu'elles n'ont pas de transport, accès à des services de gardiennage, accès à l'éducation. Les femmes ont besoin d'un réseau public 24/7.

Pour le secteur maintien à domicile

Les gens doivent payer pour avoir accès à des services. Pour les projets d'économie sociale, les CLSC évaluent les besoins et les capacités de payer... mais actuellement ils ne respectent pas les protocoles. Ce qui a pour conséquence que les heures possibles remboursées ne sont pas comblées et la «rentabilité» des projets est menacée. Alors pourquoi, en plus, les CLSC font-ils pression pour que nous «embarquions» sur le programme d'exonération.

Pour les secteurs femmes, jeunes, itinérance

Il y a beaucoup de demande d'aide pour l'achat de médicaments.

6.2 Le pelletage de responsabilités...

Pour le secteur jeunes

Les groupes subissent des pressions pour faire de la sécurité publique. «Nous sommes utilisés pour faire le contrôle des jeunes. L'arrêt d'agir dans notre pratique se fait une base volontaire... le réseau veut l'arrêt d'agir par le contrôle.»

Pour les secteurs jeunes, familles

Il y a une augmentation des références des écoles, CPEJ, CLSC, Centre jeunesse, du milieu judiciaire, etc.

Pour les secteurs femmes, itinérance

Il y a une augmentation des référence du réseau (CLSC et CH), notamment des «cas lourds», ce qui a un impact important sur les organismes. Les groupes refusent lorsqu'il s'agit de convalescence lié à la santé physique mais les pressions sont fortes lorsqu'il s'agit de problèmes de santé mentale.

Pour le secteur femmes

«Il y a des expertises que nous ne possédons pas». Les femmes doivent s'occuper de leurs parents à l'hôpital, par exemple leur donner un bain. Les organismes ne veulent pas être un gîte et couvert mais des lieux d'aide et de réinsertion. Il y a un constat général de la pauvreté des femmes et par conséquent, de la précarisation de leurs conditions de vie ayant des effets sur: leur santé mentale et physique; leur tolérance face à la violence (conjugale, familiale, psychologique); leur dépendance; la surconsommation de médicaments («elle prennent des pilules de plus en plus jeunes.»). Il est clair que les femmes se retrouvent toujours au coeur de l'action communautaire comme aidantes naturelles et se retrouvent dans une situation souvent très difficile quant à leur santé physique et psychologique et très isolées socialement.

Pour le secteur maintien à domicile

La charge de travail qui est demandé aux bénévoles est beaucoup trop lourde. Par exemple, un directeur général de CLSC demande à des groupes de donner des soins physiques aux personnes et leur dit que pour les assurances on pourrait leur prêter une infirmière qui, en siégeant sur leur conseil d'administration, réglerait ce problème.

Pour le secteur personnes handicapées

On réfère des personnes lourdement handicapées à des groupes dont ce n'est pas la mission. *«On est en train de devenir des petits centres hospitaliers, mais autrement où iraient-ils ?»*

«Des bénévoles accompagnent des personnes pour toute la journée à l'hôpital. Un bénévole a accompagné une personne qui est morte durant son traitement!»

Pour le secteur santé mentale

Il faut développer des protocoles d'entente avec le réseau et des projets communautaires par rapport aux situations de crise afin d'éviter l'engorgement. Les CLSC n'ont pas seulement un problème de budget mais aussi d'expertise: *«ils nous envoient les «plus poqués» ou ils s'occupent des adultes mais pas des autres»*. Quel va être le rôle des organismes communautaires dans un contexte de désinstitutionnalisation ?

Pour le secteur personnes âgées

Il y a une augmentation des références du réseau public liée à un manque de ressources.

Pour tous les secteurs

Les membres des conseils d'administration vivent des pressions quant à leur degré de responsabilités légales et, ces dernières, mettent de la pression à leur tour sur la permanence. *«Oui nous acceptons des responsabilités nouvelles, mais nous voulons les ressources financières qui vont avec et ce, dans le respect de notre mission.»* L'alourdissement des problématiques amène à la démobilisation des équipes, à l'essoufflement, à l'épuisement et au *burn out*. La culture organisationnelle des organismes communautaires est à préserver (vie associative, philosophie, etc). Il faut faire attention pour ne pas professionnaliser les bénévoles parce que ce sont des gens qui interviennent avec leur coeur. Les pratiques des groupes sont de plus en plus curatives au détriment de la prévention.

6.3 La dégradation des conditions de vie et de santé...

Pour les secteurs soutien matériel, femmes

Avec l'augmentation de la pauvreté, on constate un rajeunissement de la population pour les demandes d'aide alimentaire. Non pas parce qu'il y a moins d'adultes, mais parce qu'il y a de plus en plus d'adolescent-es et d'enfants. Il y a une augmentation des demandes des familles monoparentales.

Pour le secteur femmes

La distribution de la bouffe est devenue le point central des activités. *«Si les enfants ont faim, imaginez, imaginez les femmes.»*

Pour le secteur jeunes

Les organismes sont débordés à cause de l'alourdissement des problématiques. La multiplication des lieux de concertation s'ajoute à ce débordement.

«La police nous demande parfois d'identifier une personne décédée en nous montrant «la photo de la morgue». On a trouvé la personne dans la rue, sans papier. On la reconnaît, elle venait souvent ici!»

«Y'a des personnes âgées qui passent leur journée dans «leur chambre de sous-sol» et qui en sortent qu'à l'heure des repas...»

Pour le secteur itinérance

Il y a une augmentation et une diversification des personnes itinérantes et mal-logées dues aux effets de la désinstitutionnalisation, de la non-institutionnalisation, de l'appauvrissement et des personnes réfractaire au réseau.

Pour le secteur autres

Les conditions matérielles d'existence ont des effets sur la santé mentale et physique des personnes. *«Si les conditions de logement sont médiocres, ça devient une obsession pour la personne et l'obsession tourne en un problème de santé mentale.»*

Pour le secteur personnes âgées

Il y a un problème de réglementation et de contrôle sur les conditions de vie dans les petites résidences privées, accueillant neuf personnes et moins. Dans ce contexte, il y risque d'abus et d'insécurité. Les gens connaissent mal leur droits et particulièrement les personnes âgées. La majorité des personnes qui font appel aux organismes pour personnes âgées sont des femmes.

Pour le secteur familles

Les familles vivent des situations de plus en plus complexes et lourdes. La majorité des personnes qui font appel aux organismes familles sont des femmes.

Pour le secteur santé mentale

Il faut développer une société plus conviviale par de la prévention/promotion plutôt que de donner des pilules.

Pour tous les secteurs

Il y a une augmentation des personnes ayant des problèmes de santé mentale et ils ne sont pas liés à la désinstitutionnalisation. La pauvreté est devenue un problème central.

Conclusion

Imaginez...

Ce mémoire est un bilan-perspectives. Il a été fait à partir de la synthèse des informations que nous avons recueillies sur une période d'un mois. Il ne s'agit pas d'un rapport exhaustif, mais des principaux «faits saillants» de notre consultation. En clair, cela veut dire que ce n'est que la pointe de l'iceberg qui a émergé. Ce que nous avons identifiés comme les principaux enjeux de la transformation du réseau des services de santé et des services sociaux, à partir d'une recension de la littérature, n'est rien en regard de ce que nous a révélé l'enquête terrain. La réalité dépasse de très loin la littérature, c'est un coup de massue sur la tête. Comment ne pas en être profondément indigné !

Face à cette situation, nous affirmons que :

La santé est un droit...

Un système public de santé et de services sociaux universel, accessible et gratuit, est un bien collectif. Il nous appartient à toutes et tous, dans le respect de la langue, de la religion, du sexe, de l'âge, de l'ethnie, de l'orientation sexuelle, et sans discrimination quant aux réalités vécues, aux conditions sociales et économiques, aux types de problèmes sociaux et de santé rencontrés, aux besoins à satisfaire ...

Les femmes, les familles, les personnes âgées, les jeunes, les personnes handicapées, les personnes confrontées à des problèmes d'itinérance, de santé mentale, de santé physique, de maintien à domicile et de soutien matériel -ce qui fait beaucoup de monde- n'ont pas à être les boucs émissaires du démantèlement d'un système public que nous avons mis plus de trois décennies à mettre en chantier. Peut-être serait-il temps de modifier le tir et d'en mettre d'autres - lire les médecins et les industries pharmaceutiques - à contribution. Nous disons oui à l'amélioration d'un système de services sociaux et de santé, nous disons non à sa déconstruction.

...les organismes communautaires ne sont ni des sous-traitants, ni un dernier recours

Le retour des institutions publics vers les milieux de vie ne doit aucunement signifier l'institutionnalisation bon marché des organismes communautaires. Le

mouvement communautaire n'a pas à pallier l'incurie du réseau public. La place du communautaire réside dans la communauté, les organismes communautaires agissent pour et avec elle. La poursuite de l'action nécessaire des organismes communautaires dans la communauté exige le respect de l'approche globale qui les caractérise, de leurs pratiques et de leur mission. Peut-être est-il temps de redire haut et fort que, dans l'intérêt de toutes et tous, nous tenons à notre autonomie. Nous disons oui à des collaborations librement consenties, nous disons non à notre dilution dans le réseau public et aux transferts de ses responsabilités.

...la pauvreté n'est pas une maladie

Certes, la pauvreté peut causer la maladie et le désœuvrement social. On ne peut pas pour autant la traiter comme on soigne une rougeole. La raison est simple, il n'y a pas de vaccin contre la pauvreté, c'est-à-dire contre la perte d'emploi, la «faim» de son «assurance-emploi», le recours à l'assistance sociale, les facteurs d'exclusion, etc.. Par contre, on peut travailler sur ses causes. Il n'y a pas de remède miracle, il faut agir sur les conditions préalables à la santé et au bien-être : une plus grande équité sociale et le développement de l'équilibre social. L'obsession du déficit zéro passe actuellement par des réformes qui touchent les services sociaux et la santé, l'aide sociale, la famille. Il est temps de modifier le tir et de mettre d'autres réformes à contribution - par exemple fiscale - et de faire valoir les grands principes de la sociale démocratie à notre gouvernement. Nous disons oui à une meilleure utilisation de nos richesses collectives, nous disons non au déficit social.

... les établissements publics ont des responsabilités légales

«Nul ne peut exercer des activités propres à la mission d'un centre local de services communautaires, d'un centre hospitalier, d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou d'un centre de réadaptation s'il n'est titulaire d'un permis délivré par le ministre.» (Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 437)

«Un établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour l'une ou l'autre des fins suivantes:

- 1) la prestation de certains services de santé ou de services sociaux;*
- 2) la prestation ou l'échange de services professionnels en matière de services de santé ou de services sociaux.*

Dans le cas d'une entente conclue entre un établissement et un organisme communautaire (...), celui-ci doit respecter les orientations, les politiques et les approches que se donne l'organisme communautaire.» (Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 108)

«[...] la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à:

[...]

2 favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être;

[...]

4 rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social;» (Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 2 (alinéas 2 et 4)

«Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain, social, avec continuité et de façon personnalisée.» (Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 5)

Que dire de plus sinon que nous disons oui «au maintien et à l'amélioration de la capacité [...] des personnes d'agir dans leur milieu [...]» (Article 1 de Loi sur les services de santé et les services sociaux), et nous disons non au désengagement du réseau de la santé et des services sociaux.

...la mise à contribution des femmes est inacceptable

Parce que les travailleurs de la santé et des services sociaux et du mouvement communautaire sont en majorité des travailleuses, parce que les femmes sont reconduites dans la spécialisation du maternage en tant que mère, conjointe, fille, soeur et aidante naturelle, parce que les femmes sont aussi des usagères des services sociaux et de santé et parce qu'elles sont généralement plus pauvres que les hommes: nous affirmons qu'elles sont doublement touchées par les transformations du réseau de la santé et des services sociaux et que les effets conjugués des réformes en cours contribuent à la détérioration des conditions de vie des femmes. Nous disons oui à un engagement de l'État auprès de sa population, nous disons non à un «môman-providence».

...les secteurs d'organismes communautaires soulèvent des questions préoccupantes

Nous avons consulté 10 secteurs d'organismes communautaires au cours des rencontres d'atelier. Des questions fort préoccupantes ont été amenées par les groupes lors de ces rencontres en regard : de l'accessibilité, l'universalité et la gratuité des ressources publiques; du pelletage des responsabilités des réseaux publics (santé et services sociaux, justice, centre de réadaptation, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, etc.) vers les organismes communautaires; de la dégradation des conditions de vie et de santé des populations qu'ils desservent. C'est incontournable, nous aurons à approfondir ces questions au cours des prochains mois.

Matière à réflexion...

Dans une perspective spécifique... Nous croyons qu'il n'est pas du tout anodin que les deux principaux constats qui ressortent de la consultation soient: la détérioration de la santé mentale et la précarité des conditions économiques des communautés que les organismes côtoient. De la détresse psychologique à des problèmes plus sévères allant jusqu'à la pathologie, de la perte d'un emploi au recours obligé à l'aide alimentaire, nous voyons apparaître une relation vicieuse entre la santé mentale et la pauvreté sur laquelle nous devons, toutes et tous, réfléchir.

Dans une perspective globale... Ce qu'une centaine d'organismes communautaires nous ont dit est déjà trop et dépasse largement le récit anecdotique! Peut-être serait-il temps de penser sérieusement à notre avenir. Il est même urgent de réfléchir aux conséquences des réformes conjuguées et de réviser le choix gouvernemental de l'atteinte du déficit zéro pour l'an 2001. Nous disons OUI à un engagement collectif et responsable. Quant à l'hypothèque qui se fait actuellement sur la tête des communautés et des organismes communautaires, notre NON est catégorique.

Les Recommandations

À partir de la consultation et de la recherche que nous avons menées, nous sommes d'avis que la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et le Gouvernement du Québec doivent s'engager face à la population pour améliorer leur conditions de vie et de santé. Ceux-ci doivent inscrire les recommandations suivantes dans l'élaboration de leurs politiques et programmes :

La Régie régionale

... quant à la déresponsabilisation des établissements publics, doit:

...s'engager à respecter les articles 2 (alinéa 2 et 4), 5, 108 et 437 de la loi sur les services de santé et des services sociaux quant aux responsabilités des établissements publics. ...s'engager à doter les CLSC, les centres d'accueil et les centres de réadaptation de ressources financières suffisantes pour qu'ils assument leurs responsabilités et qu'ils développent des expertises qui garantissent une accessibilité au réseau public pour la population de la région sans discrimination. La mise en place de ressources dans la communauté ne doit pas se faire pour répondre au désengagement du réseau public.

... quant aux conditions liées à la santé, doit:

...s'engager à reconnaître dans ses décisions que les conditions préalables à l'instauration de la santé sont la *«paix, le logement, l'éducation, la sécurité sociale, les relations sociales, l'alimentation, le revenu, l'émancipation des femmes, un écosystème stable, une utilisation judicieuse des ressources, la justice sociale, le respect des droits de l'homme et l'équité. La plus grave menace pour la santé est la pauvreté »*. Pour ce faire, la Régie régionale doit aborder les problèmes sous une approche globale de la santé et des problèmes sociaux.

... quant à l'humanisation des soins, doit:

...s'engager à ce que les pratiques respectent le vécu et les valeurs des personnes, leur permettant une démarche d'autonomie et de contrôle sur leur corps. Ceci nécessite le droit à la connaissance, des rapports égalitaires, une perspective de santé et des lieux de collectivisation.

... quant aux rôles des femmes, doit:

...s'engager à reconnaître l'ampleur des responsabilités des femmes et de la détérioration des conditions de vie et de santé de celles-ci (violence, agressions, pauvreté, santé mentale et physique) ... s'engager à reconnaître que l'État ne doit pas demander aux femmes de se substituer à lui ... s'engager à doter la région d'un centre de santé pour les femmes alternatif avec une approche globale et d'une commission femme qui aurait pour mandat de donner des avis aux instances politiques concernées.

... quant à l'apport des organismes communautaires autonomes, doit:

...s'engager à soutenir financièrement les organismes communautaires pour leur apport à la communauté en respectant l'article 335 de la loi sur les services de santé et des services sociaux qui stipule qu'ils sont libres de déterminer leurs orientations, leurs approches et leurs pratiques. Pour ce faire, 85% de l'enveloppe totale du financement destinée aux organismes communautaires, par la Régie régionale, doit servir au financement de base de l'organisme et ce, d'ici l'an 2000-2001.

Le Gouvernement du Québec

... quant au système de santé et de services sociaux, doit:

...s'engager à ce que le système de santé et de services sociaux redevienne public, universel, accessible et gratuit.

... quant à l'amélioration des conditions de vie de la population, doit:

...s'engager à ce que toute personne ait droit à un revenu décent qui permette de vivre dans la dignité. Pour ce faire, le Gouvernement du Québec doit établir le revenu décent au dessus du seuil de pauvreté reconnu.

... quant au financement du système, doit:

...s'engager à abolir la rémunération à l'acte au profit des approches collectives. Les coûts de la santé et des services sociaux doivent être liés à des principes de justice distributive - lire couper dans les profits de l'industrie pharmaceutique - et d'équité, principes auxquels la privatisation dans un système de concurrence ne peut adhérer. On veut votre «bien» et nous l'aurons n'a pas la même signification pour le privé et le public.

BIBLIOGRAPHIE

- Anctil, Hervé; Turgeon, Jean, «Le Ministère et le réseau public», dans Lemieux, Vincent (sous la direction de), *Le système de santé au Québec: Organisations, acteurs et enjeux*, PUL, 1994, pp. 79-106.
- Assemblée nationale, *Projet de loi no 33 (1996, chapitre 32) Loi sur l'assurance-médicaments et modifiant diverse dispositions législatives*, Sanctionné le 20 juin 1996, Éditeur officiel du Québec, 1996.
- Assemblée nationale, *Projet de loi no 116 (1996, chapitre 36) Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Sanctionné le 20 juin 1996, Éditeur officiel du Québec, 1996.
- Assemblée nationale, *Projet de loi no 11 (1995, chapitre 66) Loi modifiant la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et la Loi sur la Société des loteries du Québec*, Sanctionné le 15 décembre 1995, Éditeur officiel du Québec, 1995.
- Bélanger, Jean-Pierre; Desrosiers, Gilles, «La consolidation et le développement des organismes communautaires: un élément de solution à la pauvreté», *Service social*, volume 44, no. 3, 1995, pp. 145-164.
- Coalition Solidarité Santé (le Bulletin de la), volume 2, numéro 3, juin 1997.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport Rochon, Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 1988.
- Commission populaire, *Présentation de la réflexion des militantes du Centre de santé pour les femmes du Québec*, document, 31 janvier 1987.
- Conseil de la santé et du bien-être, *L'harmonisation des politiques de lutte contre l'exclusion. Avis au ministre de la santé et des services sociaux*, Gouvernement du Québec, 1996.
- Conseil du statut de la femme, *Partenariat État/communautaire Les groupes de femmes y gagnent-ils au change?*, Gouvernement du Québec, juillet 1996.
- Conseil canadien pour la coopération internationale, *Documents en matière de genre et de développement*, février 1992.
- Conseil du statut de la femme, *Virage ambulatoire : notes exploratoires*, Gouvernement du Québec, février 1996.
- Côté, Éline; Racine, Sonia; Rouffignat, Joël, «Appauvrissement, aide alimentaire et organismes communautaires. De la compréhension à l'action», *Service social*, volume 44, no. 33, 1995, pp. 95-114.
- Couillard, Marie-Andrée; Côté, Ginette, *Les groupes de femmes de la région de Québec et l'implantation de la régie régionale de la santé et des services sociaux*, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 1997.
- Crawford, «C'est de ta faute: l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de la santé», dans *Médecine et Société, les années 80*, Édition coopérative Albert St-Martin, 1981.
- Doré, Gérald, «Les relations réseau-communautaire: vers la coopération conflictuelle?», *Circuit socio-communautaire*, vol. 3, no.: 1, 1991, pp. 4-10.
- Économie domestique à l'école élémentaire (L')*, Édition révisée CND, manuel scolaire au Québec entre 1942 et 1944.
- Économie locale et territoire (La revue), numéro consacré à l'économie sociale, volume 1, no.: 3, avril 1997.
- Ehrenreich, Barbara; English, Deirdre, *Sorcières, sages-femmes et infirmières, une histoire des femmes et de la médecine*, Les éditions du remue-ménage, 1976.
- Fédération Internationale pour la planification familiale, *Rapport annuel 1996-1997*, 1997.
- Ferland, Marc; Paquet Ginette, L'influence des facteurs sociaux sur la santé et le bien-être, dans Lemieux, Vincent (sous la direction de), *Le système de santé au Québec: Organisations, acteurs et enjeux*, PUL, 1994, pp. 53-72.
- Fournier, Jacques, «Splendeurs et misères du virage ambulatoire», *Possibles*, volume 20, numéro 3, été 1996, pp. 66-83.

- Gibran, Khalil, *Les miroirs de l'âme, Livre premier*, publié sous la direction de André Dib Sherfan, Presses Sélect Ltée, 1979.
- Groupe de Lisbonne, *Limites à la compétitivité. Vers un nouveau contrat mondial*, Les Éditions Boréal, 1995.
- Guyon, Louise, *Réalités féminines*, Les publications du Québec, 1990
- Lamoureux, Henri, *Le citoyen responsable. L'éthique de l'engagement social*, VLB éditeur, 1996.
- L'R des centres de femmes du Québec, *Femmes Santé et régionalisation: visionnaires et partenaires, cahier-synthèse des séminaires*, juin 1997.
- Mahain, Annik; Holt, Alix, Heinen, Jacqueline, *Femmes et mouvement ouvrier: Allemagne d'avant 1914, Révolution russe, Révolution espagnole*, Éditions La Brèche, 1979.
- Ministère de la santé et des services sociaux, *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 1992.
- Morel, dans *Revue Française des Affaires sociales*, ministère du travail et des affaires sociales, no.: 4, octobre-décembre 1996.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *La réforme des systèmes de santé, Étude de dix-sept pays de l'OCDE*, Études de politique de santé no.: 5, Les publications de l'OCDE, 1994.
- Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *La réforme des systèmes de santé, Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, Études de politique de santé no.: 2, Les publications de l'OCDE, 1992.
- Parazelli, Michel, «À travers la «tourmente», que reste-t-il des alliances?», dans les Actes du colloque du regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CLSC et en centre de santé (RQIIAC), *Au-delà de la tourmente... des alliances à bâtir*, Université du Québec à Chicoutimi, 1996, pp. 19-30.
- Parazelli, Michel, «De la pauvreté traitée comme une maladie», article paru dans *Le Monde diplomatique*, décembre 1995.
- Parazelli, Michel, «La productique sociale, Un point de vue communautaire sur les risques sociaux du chapitre 42 des lois du Québec (loi 120)», *Service social*, volume 41, no.: 1, 1992, pp. 127-142.
- Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), *Rapport mondial sur le développement humain 1997*, Édition Economica, 1997.
- Québec (gouvernement du), *Loi sur les services de santé et sur les services sociaux*, à jour au 27 août 1996, dernière modification: 1er août 1996, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (gouvernement du), *Stratégies du Québec pour les femmes, Bilan Constats Perspectives 1985-2000*, Rapport établi par le Québec à l'occasion de la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unie sur les femmes " Lutte pour l'égalité, le développement et la paix ", Beijing, Chine, du 4 au 15 septembre 1995, Bibliothèque nationale du Québec, 1995.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *Plan triennal de transformation du système régional des services de santé et des services sociaux*, juin 1995.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, *Plan régional d'organisation de services en toxicomanie 1996-2002*, juin 1996.
- Regroupement des centres de santé des femmes du Québec, *Santé préjudice... pour la santé des femme*, Édition spéciale, 1995.
- Regroupement des centres de santé des femmes du Québec, *Représentation écrite présentée à la Commission d'Enquête sur les services de santé et les services sociaux*, 5 mars 1986.
- Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC 03), *Politique de reconnaissance des organismes communautaires autonomes du Regroupement des organismes communautaires de la région 03*, 1996.

- Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROC 03), *La reconfiguration: un délestage vers de haut des responsabilités de la Régie*, Mémoire du regroupement des organismes communautaires de la région 03 présenté à la Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 17 mai 1995.
- Regroupement de organismes communautaires jeunesse du Montréal métropolitain (ROCJMM), *Pour ajouter de la misère à la vie*, Mémoire sur l'avant projet de loi (Loi sur les services de santé et les services sociaux au Québec), janvier 1990.
- Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM), *Les rendez-vous de la santé et les groupes communautaires, analyse sommaire des principaux enjeux*, document, 6 octobre 1997.
- Renaud, M. «Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un état narcissique», *Médecine et Société, les années 80*, Édition coopérative Albert St-Martin, 1981.
- Saillant, Francine, «Les soins en péril: entre la nécessité et l'exclusion», *Recherches féministes*, volume 4, no. 1, 1991, pp. 11-29.
- Santé Québec; Lavallée, Claudette; Bellerose, Carmen; Mirand, Jocelyne; Caris, Patricia (sous la direction de), *Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 2, Montréal, ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 1995.
- Simard, Paule, *Espaces d'autonomie des femmes Bambara du Manghadié (Mali)*, Série Mémoires et thèses no. 7, Centre Sahel, Université Laval, août 1997.
- Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, *Le projet de loi 116: une menace à la démocratisation du système de santé et de services sociaux*, Mémoire sur les modifications proposées à la loi de la santé et des services sociaux, février 1996.
- Tables régionales de concertation des groupes de femmes, Cahier de participation des Tables régionales de concertation des groupes de femmes à la réflexion organisée dans le cadre de l'élaboration du Programme d'action 1997-2000 du gouvernement du Québec en matière de condition de vie des femmes, Gouvernement du Québec, Secrétariat à la condition féminine, avril 1996.
- Vaillancourt, Yves, «Éléments de problématique concernant l'arrimage entre le communautaire et le public dans le domaine de la santé et des services sociaux», *Nouvelles pratiques sociales*, volume 7, no. 2, 1994, pp. 227-248.