



*Table des regroupements provinciaux
d'organismes communautaires et bénévoles*

MÉMOIRE
PORTANT SUR L'AVIS
DU CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME :

VERS UN NOUVEAU CONTRAT SOCIAL
POUR L'ÉGALITÉ
ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

17 DÉCEMBRE 2004

PRÉSENTATION DE LA TABLE

La Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (TRPOCB) en santé et services sociaux constitue une large coalition formée de près de 40 regroupements d'organismes communautaires et bénévoles actifs à la grandeur du Québec. Chacune de ces organisations coordonne et représente un nombre variable d'organismes de base, lesquels ont été mis sur pied autour d'une problématique sociale ou parce que s'intéressant à un secteur d'activité particulier relié au domaine de la santé et des services sociaux. Bien que réunissant des personnes, femmes et hommes, de tous les âges et de toutes les cultures, ces organismes ont surtout en commun de rejoindre des personnes démunies, souvent discriminées et marginalisées en raison de leur sexe, de leur statut social ou des problèmes dont elles souffrent. Au fil des années, le milieu communautaire s'est doté de nombreuses structures d'action, de concertation et de représentation. La TRPOCB joue ce rôle pour les regroupements œuvrant dans le secteur de la santé et des services sociaux.

La Table est composée aujourd'hui de plusieurs regroupements de femmes, mais aussi de regroupements mixtes ou masculin. Elle a toujours été préoccupée des questions concernant les droits des citoyennes et des citoyens et de la question des rapports sociaux qui sont au cœur des questions d'égalité. C'est pourquoi nous nous sommes sentis interpellés par l'Avis du Conseil du statut de la femme sur *Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes*.

À l'instar du mouvement des femmes, il nous importe tout d'abord de :

- reconduire rapidement une ministre en titre responsable des droits des femmes et de l'égalité;
- maintenir distincts le Conseil du statut de la femme et le Secrétariat à la condition féminine et de conserver leurs mandats respectifs tels qu'ils sont présentement;
- maintenir l'analyse différenciée selon les sexes ;
- assurer dans chaque ministère une direction des droits des femmes et de l'égalité ou l'équivalent;
- assurer au sein de tous les ministères et agences le maintien ou la création de postes de répondantes à la condition féminine et de «comités aviseur» en condition de vie des femmes;
- analyser tout projet de loi ou projet de règlement selon l'approche transversale.

Résumé

La Table est composée aujourd'hui de plusieurs regroupements de femmes, mais aussi de regroupements mixtes ou masculin. Elle est a toujours été préoccupée des questions concernant les droits des citoyennes et des citoyens et de la question des rapports sociaux qui sont au cœur des questions d'égalité. C'est pourquoi nous nous sommes sentis interpellés par l'Avis du Conseil du statut de la femme sur *Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes*.

Les inégalités sociales sont de plus en plus criantes au Québec. Elles touchent encore une fois les femmes de plein front.

Ces inégalités sociales de santé, dont nous n'avons relevé ici que quelques effets, ont été alourdies par les transformations du système de santé et de services sociaux. Nous analysons ces reculs selon cinq points de vue : les femmes en tant qu'utilisatrices de services, les femmes en tant que citoyennes, les femmes en tant que salariées ou bénévoles des groupes communautaires, envers les femmes en tant que travailleuses du réseau public, les femmes en tant qu'aidantes. On verra ici que les réformes récentes instrumentalisent l'apport des femmes dans une optique de réduction des coûts en participant activement au confinement des femmes dans un rôle domestique et familial.

Par la suite, nous voulons aussi rendre la notion d'égalité dans son sens le plus large. Le chapitre *Se donner les moyens d'une égalité réelle* propose des pistes pour ce faire. Enfin, nous proposons les recommandations suivantes

- Reconduire rapidement une ministre en titre responsable des droits des femmes et de l'égalité.
- Maintenir distincts le Conseil du statut de la femme et le Secrétariat à la condition féminine et de conserver leurs mandats respectifs tels qu'ils sont présentement.
- Maintenir l'analyse différenciée selon les sexes.
- Assurer dans chaque ministère une direction des droits des femmes et de l'égalité ou l'équivalent.
- Assurer au sein de tous les ministères et agences le maintien ou la création de postes de répondantes à la condition féminine et de «comités aviseur» en condition de vie des femmes.
- Analyser tout projet de loi ou projet de règlement selon l'approche transversale.
- Inscrire, dans la *Charte québécoise des droits et libertés*, l'obligation d'accommodement qui constitue un droit inhérent à l'égalité.
- Déssexualiser radicalement la question du « prendre soin ».
- Reconnaître formellement le droit à la santé et en y consacrant les ressources nécessaires pour le rendre opératoire en l'incluant comme un droit fondamental dans la *Charte québécoise des droits et libertés* avec les recours nécessaires.
- Inclure les grands principes (normes)¹ inclus dans la *Loi canadienne de la santé* et en les étendant aux services à domicile et aux médicaments.

¹ Les cinq grands principes garantis par la *Loi canadienne de la santé* sont l'intégralité, l'universalité, l'accessibilité (gratuité), la gestion publique et la transférabilité.

Mémoire portant sur l'Avis du Conseil du statut de la femme : Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes

1. Un système de santé basé sur l'inégalité des femmes

À l'heure où l'on assiste à une énième réorganisation majeure du système de santé et de services sociaux, sous le signe d'une réingénierie ouvrant la porte davantage au secteur privé, et qui reconsolide davantage le rôle de la médecine au sein du réseau (le transfert vers les cliniques médicales comme porte d'entrée privilégiée, le recentrage de l'hôpital comme établissement pivot des nouveaux centres de santé et de services sociaux (CSSS), la médicalisation accrue des pratiques, etc.), revenir 30 ans derrière, comme nous y invite le Conseil du statut de la femme, pour constater le chemin parcouru sur la route de l'égalité entre les femmes et les hommes peut s'avérer fort intéressant.

En effet, 1974² marque la parution du livre d'Ivan Illich, *Némésis médicale*, qui soutenait avec vigueur et brio la thèse selon laquelle la médecine fait souvent plus de mal que de bien. Sur la place publique était mis de l'avant le concept de maladie iatrogène, c'est-à-dire de maladie causée par le médecin ou causée par les traitements, concept difficile à avaler par les disciples d'Esculape.

Le livre d'Illich avait comme sous-titre *L'expropriation de la santé* et il fut reçu comme un électrochoc. Il commençait ainsi : « L'entreprise médicale menace la santé. La colonisation médicale de la vie quotidienne aliène les moyens de soins. Le monopole professionnel sur le savoir scientifique empêche son partage. » Il expliquait que « la médicalisation de la vie est malsaine » et que « l'évaluation de l'entreprise médicale est une tâche politique ». Il s'en prenait à « l'illusion dangereuse d'une correction « naturelle » entre l'intensité de l'acte médical et la fréquence des guérisons ». Plus globalement, il montrait comment « l'aventure médicale cause d'autres dommages, dans l'ordre social cette fois. » Dommages qui ont été particulièrement dénoncés eu égard aux femmes et à la médicalisation des cycles normaux de la vie.

² Ce retour sur l'année 1974 est inspiré de Villedieu, Yannick, *Un jour la santé*, Boréal, Montréal, 2002.

1974 marque aussi la sortie du *Rapport Lalonde*, du nom du ministre fédéral de la Santé, et intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ce document de réflexion proposait une vision plus large de la santé et de ses déterminants, vision qui sera reprise en partie par l'OMS. Bref et incisif, et donc très peu gouvernemental dans son style, il l'était davantage encore dans son approche. On y affirmait notamment que les services médicaux n'étaient qu'une partie du casse-tête de la santé. Tout autant sinon plus importantes que les services médicaux, les trois autres composantes de la « conception globale » défendue dans ce rapport étaient la biologie humaine, l'environnement et les habitudes de vie. Dans *Némésis*, Illich notait d'ailleurs qu'on allait être « surpris par le degré d'accord entre ce document et les idées fondamentales de [s]on livre. »³

Contrairement à l'Avis du Conseil, qui n'en fait pas mention, la parution de ces deux ouvrages vient en quelque sorte constater et appuyer les luttes populaires et féministes pour l'humanisation des soins, pour une réappropriation de son corps et de sa santé, par des pratiques plus humaines et moins technocratiques. On l'a vu dans les luttes pour le droit à l'avortement, le mouvement antipsychiatrique, le mouvement pour la reconnaissance et l'inclusion des personnes ayant des limitations fonctionnelles, le mouvement pour la reconnaissance des sages-femmes, etc. Malgré certains progrès, ces luttes sont encore vives aujourd'hui. Et on assiste malheureusement à des reculs importants.

Un peu avant, la mise en place d'un système universel et gratuit représentait une avancée sociale capitale puisqu'elle libérait en partie les personnes de l'inégalité fondamentale qui existait jusqu'alors par rapport à la maladie et aux services sociaux et de santé. Est-il utile de rappeler que « qu'en 1964, 43,1 % de la population [québécoise] étaient protégés en vertu d'un régime d'assurance-maladie privé, ce qui représente un des plus bas taux du Canada, contre respectivement 70,9 % pour l'Ontario. De plus, au Québec, plus de 60 % des personnes assurées le sont en vertu d'un régime limité, ce qui place à cet égard le Québec au dernier rang des provinces. Si l'État intervient, c'est d'une part en fonction d'une aide financière directe aux institutions privées, destinée à l'entretien des indigents et d'autre part dans le cadre des prémices

³ Villedieu, Yannick, *Un jour la santé*, Boréal, Montréal, 2002.

d'une politique de santé publique : contrôle de l'hygiène publique, alimentaire, maternelle et vaccinations.⁴ »

« Au fondement du système de santé et de bien-être bâti par la société québécoise depuis les années 60 se trouve le choix collectif de la solidarité et de la redistribution de la richesse collective vers les plus défavorisés du point de vue de la santé ou de la situation de vie, quels que soient leur région, leur sexe, leur origine culturelle, leur âge, leur statut social et économique, leurs valeurs ou leur niveau d'instruction.⁵ »

Dans une certaine mesure, la mise en place des CLSC où la prévention et les approches curatives et sociales ont pu être réunies sous un même toit, représentait une avancée certaine, qui faisait alors du Québec un leader en la matière, reconnu internationalement. Est-il ici encore utile de rappeler que les femmes ont toujours été touchées davantage par la pauvreté que les hommes. Et que cette situation n'est pas naturelle mais conséquente, entre autres, du système patriarcal et social de domination.

« Dans les années 1960-1970, période politiquement progressiste et économiquement forte, un des objectifs publics était d'améliorer l'accès aux soins pour les plus pauvres. Ces efforts reflétaient une préoccupation sociale visant l'égalité en termes d'origine sociale, de travail, de sexe, et on a vu alors émerger progressivement une vision des soins comme un droit. Avec les années 1980 et la montée d'une crise économique, le problème sociopolitique central devenait celui du contrôle des coûts et, en découlant, celui de l'évaluation du système de soins. »

Source : Baszanger, Isabelle, « Sociologie », in Lecourt, Dominique (sous la dir. de), *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, Paris, 2004.

La pauvreté agit à la fois sur l'environnement et les habitudes de vie et sur les possibilités pour les femmes de reprendre du pouvoir sur leur vie et sur leur environnement. La réforme actuelle vient radicalement remettre en cause les avancées faites jusqu'ici en remédicalisant davantage la vision et les pratiques et en évacuant les avancées au niveau de la prévention et de la promotion de la santé.

Mais, déjà vers la fin des années 1970, inquiet des sommes investies dans le système de santé et de services sociaux, l'État reprenait certaines des idées de désinstitutionnalisation avancées par des groupes

⁴ Lesemann, Frédéric, *Du pain et des services. La réforme de la santé et des services sociaux au Québec*, Éd. coop. Albert St-Martin, Montréal, 1981

⁵ Conseil de la santé et du bien-être, *Pour définir la vision et les valeurs du Commissaire à la santé et au bien-être*, août 2004.

féministes et populaires, mais dans une perspective trop souvent comptable de contrôle et de réduction des coûts. Culminant avec le virage ambulatoire et la norme du déficit 0 des années 1990, le

gouvernement actuel poursuit dans la même voie en continuant de sous-financer le réseau⁶ et en voulant responsabiliser davantage les personnes et les familles.

Ces réformes ont marqué des reculs importants pour les femmes. Elles ont surtout accentué les inégalités sociales de santé, fragilisant davantage la situation des femmes.

1.1 Les inégalités de santé

Les inégalités sociales sont de plus en plus criantes au Québec. Elles touchent encore une fois les femmes de plein front. Le *Rapport sur la pauvreté à Montréal*⁷ révèle que les mères seules, les enfants et les immigrantEs sont les groupes les plus touchés par la pauvreté. Les femmes gagnent en général un revenu inférieur aux hommes. Elles doivent donc consacrer une proportion plus significative de leur revenu au logement, à l'alimentation et aux autres besoins essentiels. Souvent même, elles doivent en sacrifier une plus ou moins grande partie. Ces inégalités ont donc un impact important sur la santé des femmes.

LA CHARTE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ (1986)

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

« La question des inégalités de santé a été pensée presque exclusivement du point de vue de l'accès aux soins. Cette politique a un coût. Il n'est pas seulement dans l'accroissement des dépenses de santé qui fait l'objet de toutes les sollicitudes, il est aussi dans la faible efficience au regard de la réduction des écarts de santé entre les catégories sociales. [...] Or cet apparent

⁶ Est-il utile de rappeler encore que le Québec est la province canadienne qui finance le moins son système de santé et de services sociaux? Nous y reviendrons.

⁷ Ce rapport est publié par le Forum régional sur le développement social de l'île de Montréal et a été rendu public le 15 décembre dernier.

paradoxe tient précisément à ce que, dans les pays industrialisés, l'état de santé d'une population ne dépend en partie que de son système de santé, le reste relevant de facteurs proprement sociaux, à commencer par la structure plus ou moins inégalitaire de la société. [...] En n'intégrant que pas l'action contre les inégalités sociales et en limitant l'intervention à un seul système de diagnostic et de soins, on ne se donne la possibilité de jouer au mieux que sur 20 % des disparités de santé.

« L'égalité... de quoi ? Pour le dire brutalement, une politique publique qui réduit la durée et le montant des indemnités de chômage, qui introduit des formes de contractualisation plus précaires dans l'emploi ou qui réduit le volume de l'impôt sur le revenu en alourdissant les impositions indirectes produit mathématiquement une aggravation des inégalités devant la mort bien plus forte qu'il n'est possible de corriger par une amélioration du système médical. De même, une politique publique qui laisse se développer les pratiques de ségrégation dans le logement et de discrimination dans l'emploi, qui traite l'expérience de l'injustice par la seule répression et administre le sentiment d'insécurité en remplissant les prisons et qui fragilise les populations issues de l'immigration induit mécaniquement des disparités de santé que les programmes de prévention des dépendances et de réduction des risques auront bien du mal à rectifier.⁸ »

Un exemple : Le rapport à l'alimentation

« Ainsi [l'ethnologue] Pétronnet livre-t-il des notations fines sur les conditions d'existence, les modes de vie et les événements quotidiens dans des familles prolétaires de la région parisienne, notations qui ne portent pas explicitement sur la santé, mais qui en donnent des clés de compréhension en décrivant le rapport au corps, à l'alimentation, à l'hygiène, à la douleur, à la maladie, à l'hôpital, à la sexualité, à la mort dans ces milieux. L'observation de « l'acte de manger », par exemple, fait apparaître la réalité de l'accès irrégulier et sélectif aux aliments, susceptibles d'expliquer les carences nutritionnelles : « Le moindre incident, un simple retard de paiement, et la faim menace de nouveau, faisant revivre des situations anciennes : « Vous ne savez pas ce que c'est que de lécher en douce l'assiette des gosses pour avoir un peu de goût sur le pain », dit une femme française; et, à l'inverse, elle révèle le surinvestissement de l'alimentation, pouvant partiellement rendre compte de l'obésité : « Il faut manger beaucoup »,

⁸ Fassin, Didier, *Santé : les lois de l'inégalité*, *Mouvements* no 32, mars-avril 2004.

en compensation des jours anciens et en prévision des jours mauvais, chaque fois que l'occasion se présente; le manque réel et la peur du manque engendrent des rythmes alimentaires en dents de scie que récuse la société dominante régulièrement nourrie.» À travers cette monographie patiemment reconstituée d'une banlieue ordinaire, on comprend mieux que, face aux attraits du marché des biens de consommation, les recommandations de l'éducation pour la santé soient de bien peu d'effet : « Ils ne résistent pas aux sollicitations de la publicité qui leur offre des compensations d'ordre social; ils mettent au contraire leur point d'honneur à se montrer de bons consommateurs adaptés à la modernité. ⁹»

Ces inégalités sociales de santé, dont nous n'avons relevé ici que quelques effets, ont été alourdies par les transformations du système de santé et de services sociaux. En nous inspirant des travaux de la *Coalition féministe pour une transformation du système de santé et de services sociaux* et du *Centre d'excellence pour la santé des femmes*¹⁰, nous analyserons ces reculs selon cinq points de vue : les femmes en tant qu'utilisatrices de services, les femmes en tant que citoyennes, les femmes en tant que salariées ou bénévoles des groupes communautaires, envers les femmes en tant que travailleuses du réseau public, les femmes en tant qu'aidantes. On verra ici que les réformes récentes instrumentalisent l'apport des femmes dans une optique de réduction des coûts en participant activement au confinement des femmes dans un rôle domestique et familial.

1.2 Inégalités envers les femmes en tant qu'utilisatrices de services sociaux et de santé

Les femmes sont les premières utilisatrices du système de santé. Il est donc raisonnable d'estimer qu'elles sont les plus touchées par les conséquences des dernières réformes et du désengagement financier de l'État, notamment une dégradation de la qualité des soins, des délais d'attente accrus, la désassurance de certains services et le transfert des coûts; de même que par une certaine confusion causée par les fusions d'établissements et les changements de mission.

⁹ Fassin, Didier, Qualifier les inégalités », in Leclerc, Annette et al (sous la dir. de), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, Paris, 2000.

¹⁰ Nous nous inspirons ici en particulier de la recherche de Bernier Jocelyne et Martine Dallaire, *Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes. La situation au Québec*, CESAF, 2000.

La dégradation de la qualité des soins est observée avec beaucoup d'acuité dans les salles d'urgence des hôpitaux. La réduction des effectifs en soins infirmiers a aussi des effets sur l'état de santé des personnes hospitalisées. Même si le modèle biomédical a toujours été dominant, la charge de travail des professionnelles et des professionnels de la santé réduit le temps disponible et l'intérêt de recourir à des approches globales, qui tiennent compte de la réalité des femmes. Par exemple, dans les services en santé mentale et les services aux personnes âgées, la médicalisation, y compris un retour fulgurant des électrochocs, est souvent le seul mode de traitement offert dans le réseau public.

La pénurie des ressources affecte aussi la qualité des soins dans les services aux personnes âgées, des femmes en grande majorité. En milieu hospitalier, les pressions pour libérer des lits sont telles que les séjours sont écourtés. La réduction des durées de séjour et les congés hâtifs en périnatalité mènent parfois à des expériences difficiles pour la mère, surtout lorsqu'elle a peu de soutien à la maison. C'est une source d'anxiété accrue, notamment pour les jeunes mères et celles qui vivent avec un revenu modeste.

Avec les fermetures de lits et le manque de personnel, les listes d'attente pour obtenir des soins s'allongent et le temps d'attente pour des traitements requis augmentent. Pour le suivi externe en psychiatrie, il faut compter plusieurs mois d'attente. Les délais d'attente peuvent ainsi s'additionner les uns aux autres. Le résultat en est que de plus en plus de gens sont tentés de remplacer les services médicaux publics qui ne sont pas disponibles, par des services privés d'accès plus rapides ici ou à l'extérieur du Canada. Mentionnons par exemple que l'accès à des services d'avortement dans des établissements publics est limité et qu'il est soumis à des délais d'attente, ce qui incite à recourir à des cliniques privées où la femme enceinte doit assumer des coûts importants. Qu'en est-il alors des principes d'universalité, d'accessibilité et de gratuité qui sont à la base du système public ?

Une fois reçu le congé de l'hôpital, la continuité des soins est loin d'être assurée. On remarque aussi des reculs dans la mise en œuvre des programmes préventifs, tels les cours prénatals et les suivis postnatals qui, dans certains CLSC, sont offerts uniquement aux femmes présentant un certain nombre de «facteurs de risques»... Les services en santé sexuelle et reproductive sont le

plus souvent réservés aux femmes de moins de 25 ans. Comme si, par pensée magique, les besoins en cette matière disparaissaient au-delà de l'âge de 25 ans !

Sur un autre plan, le transfert de coûts, du réseau public vers les utilisatrices (principe cher au gouvernement actuel d'« utilisateur-payeur ») prend diverses formes. Ainsi, des personnes ayant des limitations fonctionnelles doivent payer pour des services d'entretien domestique, jusque-là fournis gratuitement. De plus, apprenait-on récemment, elles devront aussi payer pour les services directs à la personne (touchant les transferts, soit le lever et le coucher, l'hygiène, les repas, etc.). Seule exception à la règle, les personnes touchant moins de 8 450 \$ par année, soit moins que la moitié du seuil de faible revenu calculé par Statistique Canada.

Plusieurs utilisatrices des services de santé, notamment parmi les femmes âgées et celles vivant avec des prestations d'aide sociale, assument encore une plus grande part du coût des médicaments et des fournitures nécessaires aux soins, malgré les promesses électorales du Parti libéral.

Les femmes qui utilisent les services de santé sont donc particulièrement touchées par les tendances à la privatisation non seulement parce qu'elles consultent davantage, mais aussi parce qu'elles sont plus nombreuses à connaître la pauvreté et les inégalités sociales. Pour ces femmes, il est souvent plus difficile de se procurer des services de moins en moins accessibles, de mobiliser des ressources pour obtenir du soutien lors de congés hospitaliers hâtifs, de faire valoir leurs besoins lorsqu'elles sont âgées et seules à domicile et d'assurer les coûts supplémentaires pour se procurer les médicaments et les fournitures indispensables.

1.3 Inégalités envers les femmes actives dans le milieu communautaire

Travailleuses, militantes, bénévoles : les femmes sont très actives et composent la grande majorité des membres des organismes communautaires du secteur de la santé et des services sociaux. Les établissements du réseau public orientent de plus en plus les personnes qui ont besoin de soutien ou de services vers les groupes communautaires. Soumis à cette pression, de nombreux organismes communautaires et bénévoles tendent à perdre de vue leur mission et changent leurs pratiques. La logique de services s'y introduit au détriment du travail d'éducation

populaire, de mobilisation, d'émancipation. Les gens prennent l'habitude de s'adresser aux groupes communautaires pour obtenir des services sans voir la nécessité de leur propre implication.

Plusieurs organismes ont augmenté leurs services sans pour autant ouvrir de postes supplémentaires. L'augmentation des tâches des équipes de travail semble généralisée. Des responsables craignent que le débordement entraîne une détérioration du climat de travail et de la qualité des services. Plusieurs travailleuses font d'ailleurs une piètre évaluation de leur propre santé.

Les bénévoles, actives dans les groupes communautaires, voient aussi leurs tâches s'alourdir. De surcroît, on constate une démobilisation croissante face à des exigences venant pervertir les conditions du bénévolat, fondé sur la gratuité du don et le libre choix des personnes. Les demandes augmentent et sont parfois jugées abusives, comme l'accompagnement de personnes ayant subi une grave opération, ou des horaires de répit-gardiennage englobant les nuits et les fins de semaine. De plus, la professionnalisation accrue des bénévoles fait perdre de sens le caractère relationnel entre ces dernières et les personnes qu'elles accompagnent.

1.4 Inégalités envers les femmes en tant que travailleuses du réseau public

Les travailleuses du réseau public de la santé et des services sociaux, qui représentent trois employées sur quatre dans ce secteur, ressentent durement les contrecoups des réformes récentes : les fermetures d'établissements, les récentes fusions, les redéfinitions de tâches, les départs massifs à la retraite, les mouvements de personnel ont des impacts importants sur leurs conditions de travail.

Dans l'ensemble des établissements, les conditions de travail sont de plus en plus difficiles : il y a surcharge et intensification du rythme de travail, la nature des tâches se transforme, les risques d'erreurs augmentent. Plusieurs se plaignent de manquer de temps pour bien faire leur travail et s'inquiètent de la déshumanisation des soins...

La privatisation de certains services ou le recours à des agences privées ont transféré des emplois, occupés alors en grande majorité par des femmes, vers des entreprises privées ou à but non lucratif où les conditions de travail et les salaires sont nettement moins avantageux. Et la tendance se poursuit avec la volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux de ne plus fournir les services d'aide directe à la personne, donnés jusqu'ici par des auxiliaires familiales des CLSC, à une grande partie des personnes ayant des incapacités, et ce, quel que soit leur âge.

1.5 Inégalités envers les femmes en tant que citoyennes

Au Québec, ce sont le Conseil du statut de la femme et les groupes de femmes des différentes régions qui ont poussé la réflexion quant à la participation des femmes aux structures décisionnelles ou de consultation créées au sein du système de santé. Les représentantes des groupes de femmes se veulent partenaires de la régionalisation, mais elles font l'expérience du choc des cultures : le discours technocratique domine et les questions relatives à la santé des femmes et aux conséquences des transformations du système de santé sur leurs conditions de vie et de santé semblent susciter peu d'intérêt et font rarement l'objet de discussions.

Plus encore la privatisation du financement et de la prestation des services, et les reculs démocratiques instaurés, entre autres, par la loi 25, n'augurent rien de bon pour favoriser la participation des femmes aux décisions concernant le système de santé et de services sociaux. De même, l'exercice de la citoyenneté que devait faciliter la démocratisation des instances régionales et locales et des processus décisionnels est aujourd'hui remise en cause.

1.6 Inégalités envers les femmes en tant qu'aidantes

Les réformes récentes, comme celle présentement en cours, se réclament d'un nouveau «partage de responsabilités» entre les familles et l'État. Or, pour ne donner qu'un exemple, dans le domaine du soutien à domicile des personnes ayant des limitations fonctionnelles, quel que soit leur âge, ce sont les familles, un euphémisme pour désigner trop souvent les femmes, qui sont la principale sinon l'unique source d'aide. La famille dispense au-delà de 80 % de l'aide et ne reçoit des CLSC que 7,4 % de l'aide nécessaire.¹¹

¹¹ ISQ, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités*, 1998.

Avec le virage ambulatoire, on a assisté à un changement de paradigme : le domicile est devenu un lieu de soins reconnu formellement et l'aidante devient de plus en plus une «soignante». Ces changements accroissent de plus en plus la pression sur les familles, et surtout sur les femmes. Ainsi, la complexité des soins augmente sans préparation adéquate des personnes aidantes qui voient leurs responsabilités accrues. Et pourtant, la reconnaissance de leur droit au libre choix de donner ou non de l'aide, inscrite formellement dans la nouvelle Politique québécoise de soutien à domicile, ne change rien à cet enrôlement forcé.

Faut-il encore rappeler ici que les rapports de la personne aidante avec la personne aidée se situent dans un cadre fort différent d'une intervention professionnelle balisée par des évaluations et des normes professionnelles. La dimension affective indissociable de la relation d'aide au sein de la famille implique une charge émotive et rend plus difficile toute tentative de faire reconnaître ses propres limites. La responsabilité d'assurer le soutien et les soins aux membres de leur famille est assurée principalement, et de loin, par les femmes.

1.7 Des inégalités multipliées contre les femmes

« L'émancipation féminine reste donc une œuvre inachevée. Le principal obstacle de sa poursuite demeure, au vu de notre analyse, la perpétuation de la division inégalitaire des tâches et des fonctions au sein du couple et de la famille, qui assigne encore en priorité les femmes à l'univers domestique. C'est en elle, en effet, que nous avons situé la matrice des rapports inégalitaires repérables ailleurs. Elle est l'origine de l'autoréduction par nombre de jeunes femmes de leurs ambitions scolaires et professionnelles. Ultérieurement, elle fait parfois obstacle à leur maintien sur le marché du travail ou plus souvent à des carrières aussi continues et prestigieuses que celles des hommes, en les reléguant à des positions subalternes de la division du travail ou dans des formes d'emplois « atypiques » (emplois précaires ou à temps partiel). Elle contraint les femmes actives à payer leur autonomie professionnelle et financière du prix d'une « double journée » de travail. Elle est également responsable du moindre investissement par les femmes de la sphère publique, etc. De quelque

Les réformes du système de santé et des services sociaux ont donc des effets fort différents sur les femmes et les hommes, renforçant insidieusement la pression sur les rôles sociaux attendus des femmes. Diverses études confirment que, si la personne aidante est un homme, le recours au soutien formel et informel diffère. Un exemple parmi d'autres : les hommes aidants recevront davantage d'aide des autres membres de la famille, et même plus d'attention du personnel du CLSC que les femmes aidantes. Une fille qui ne veut pas ou ne peut pas s'occuper d'un parent âgé se sent coupable et doit fournir des excuses valables.

Malgré l'entrée massive des femmes sur le marché du travail au cours des dernières décennies, la division des tâches domestiques ne s'est pas modifiée de façon significative, bien que l'on constate une lente évolution. Les exigences liées aux responsabilités de l'aidante viennent donc accentuer les difficultés de conciliation des différents temps sociaux : travail, loisirs, responsabilités familiales, études, etc. Ainsi, des recherches démontrent que plus de 10 % des femmes aidantes sur le marché du travail doivent quitter leur emploi. D'autres sont partagées entre leurs responsabilités familiales et les soins à leurs propres parents. On note aussi un impact de la prise en charge sur la santé des femmes aidantes : stress, anxiété, épuisement...

Malgré ces faits aujourd'hui bien connus, une analyse des politiques et programmes de services à domicile révèle un désintérêt à l'égard de la santé et de la qualité de vie des aidantes. Ceci se manifeste dans les outils d'évaluation utilisés¹², par la vision largement instrumentale de l'aide. On ne se préoccupe trop souvent du sort des personnes aidantes que pour éviter leur épuisement. On en devine aisément la raison.

Un rapport récent du Vérificateur général (novembre 2002) estime que l'aide instrumentale fournie par les proches ou les familles à une personne ayant des limitations fonctionnelles, quel que soit son âge, équivalait à 4 milliards de \$ par an. À titre de comparaison, pour la même année, le budget total des services à domicile de l'ensemble du Québec atteignait alors à peine 550 millions \$. La situation n'a guère évolué depuis.

Une enquête de Statistique Canada révèle que près de 11 % de la population canadienne, soit plus de 2,1 millions de personnes, en majorité faut-il encore une fois le souligner des femmes, dispensent des soins ou de l'aide à une personne âgée ayant des limitations fonctionnelles. Le nombre d'heures qu'elles consacrent à cette tâche est équivalent au nombre d'heures de travail de 276 509 employées à plein temps. Au pro rata de la population du Québec, cela représente plus de 60 000 postes à temps complet. Le réseau des CLSC ne comptaient même pas 50 000 employées à cette époque.

¹² À titre d'exemple, un instrument d'évaluation de la situation des personnes aidantes est attendu depuis des années, mais le MSSS ne l'a pas encore rendu public.

2. Se donner les moyens d'une égalité réelle

La notion d'égalité est une notion complexe. Comment la définir en lui donnant, comme le souhaite le Conseil du statut de la femmes, sa dimension la plus large possible ?

Le Petit Robert donne de l'égalité la définition suivante : 1. Caractère de ce qui est égal. Voir équivalence, parité. 2. Le fait pour les humains d'être égaux devant la loi, de jouir des mêmes droits.

Le *Dictionnaire de sociologie*, du même éditeur, sous la plume d'André Akoun explique : « L'égalité, conçue comme civique et politique, consiste à considérer que chacun égale chacun en tant que citoyen. C'est évidemment une égalité symbolique, qui n'implique pas une égalité réelle des conditions sociales, des « chances » de départ, etc.

Il continue : « Si on considère que la *Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* [et de la femme et de la citoyenne] française, elle-même précédée de la *Déclaration d'indépendance* américaine, est l'acte de naissance de la modernité, il importe donc de voir ce que cette notion d'égalité, qu'accompagne la notion de liberté et de droit au bonheur¹³, signifie comme avènement, comme rupture et comme futur.

« Quand il est déclaré à la face du monde que les hommes naissent libres et demeurent égaux en droits, de quelle égalité s'agit-il ? Non pas d'une égalité abstraite, comme Marx en fait le reproche (dans *La Question juive*), mais d'une égalité symbolique : l'égalité qui fait que chacun est législateur et sujet. Car chacun est également libre, une égalité originaire que ne peut ni définir ni satisfaire aucune positivité et qui laisse ouverte la différenciation de chacun dans l'espace social (qui est espace des *inégalités sociales*). Mais puisque désormais l'homme se pense source de son propre état civique et social, toutes les inégalités réelles, et en particulier l'inégalité qui fait qu'il y ait des riches et des pauvres, changent de sens. Hier considérées comme relevant de la nature des choses, de la volonté de Dieu ou du simple mauvais sort, elles n'étaient pas politisées a priori. Désormais elles le sont. Comme dit Hannah Arendt (*Essai sur la*

¹³ On peut dire que cette notion de droit au bonheur se retrouve aujourd'hui inclus dans le concept de qualité de vie.

révolution, 1963), il y a politisation de la misère. Désormais naît un mouvement social qui organise son utopie autour de la revendication d'une égalité concrète. »

Bref, parler d'égalité, c'est parler de justice sociale. Nous sommes ici à l'antipode des néolibéraux pour qui « l'égalité est une source d'inefficacité : en tentant de garantir à chacun une égale condition sociale, elle démotive les individus et ruine les bases de l'émulation par la concurrence¹⁴ ». De plus, le concept d'égalité n'est pas statique. Au contraire, sous la pression des mouvements sociaux, il est une notion en évolution constante.

2.1 L'égalité des chances : répondre à une inégalité par une autre

« Un des paradoxes essentiels de l'égalité des chances scolaires est de mettre en présence des individus égaux d'un côté, et des performances et des places inégales de l'autre. Comment rester égaux tout en étant produits comme inégaux grâce à la sélection par le mérite ? » C'est à cette question que tente de répondre François Dubet dans un essai récent¹⁵. Sans remettre en cause le principe de l'égalité des chances¹⁶, il « propose de réfléchir différemment sur les moyens de s'en approcher. » Pour ce, il propose d'ajouter « trois additions à la figure cardinale de l'égalité méritocratique » :

- *l'égalité distributive des chances*

Elle doit « veiller à l'équité de l'offre scolaire, parfois en donnant plus aux défavorisés, en tout cas en essayant d'atténuer les effets les plus brutaux d'une compétition pure. »

- *l'égalité sociale des chances*

« Elle invite à se soucier du sort des vaincus et, par là même, à se demander si l'égalité des chances doit commander toute la scolarité ou si l'on doit suspendre les épreuves du mérite et de sélection le temps de la scolarité obligatoire. Si l'on adopte ce point de vue, l'égalité des chances doit être pondérée par un principe de garantie commune, par la création d'un bien scolaire partagé par tous, indépendamment de la réussite de chacun.

¹⁴ Keslassy, Eric, *Démocratie et égalité*, Bréal, Paris, 2003.

¹⁵ Dubet, François, *L'école des chances. Qu'est qu'une école juste ?*, Le Seuil, Paris, 2004.

¹⁶ Il constate que jamais le modèle de l'égalité des chances n'a été totalement réalisé, loin s'en faut : aucun système scolaire n'est jamais parvenu à se protéger parfaitement des inégalités sociales.

- *l'égalité individuelle des chances*

« Sur le registre de l'utilité des études d'abord. Ce n'est rien céder à la « marchandisation » de la culture et de l'éducation que de rappeler que les qualifications scolaires sont des biens utiles à ceux qui les acquièrent puisque les diplômes « paient » plus ou moins sur le marché du travail. Faut-il maintenir ou accroître l'influence des diplômes sur le destin social des individus, ou faut-il, au contraire, l'atténuer afin que la scolarité ne soit pas seule à forger le destin des individus? »

2.2 L'égalité indépendamment de toute discrimination

« Bien que la garantie d'égalité dans la *Déclaration canadienne des droits* par le Parlement en 1960 ait certes constitué un pas positif, il n'en est pas résulté immédiatement un progrès vers l'égalité substantielle. La *Déclaration canadienne des droits* n'était en effet qu'une loi ordinaire. Elle n'avait pas l'autorité d'un texte constitutionnel et par conséquent a été interprétée strictement. La *Déclaration canadienne des droits*, telle qu'elle a été complétée par la Cour suprême, ne garantissait l'égalité que dans la mesure où les personnes étaient dans les mêmes situations. Les femmes, les minorités et les handicapés étaient pleinement « égaux » mais uniquement s'ils n'étaient pas différents des hommes blancs valides. Pour ceux qui étaient désavantagés parce qu'ils ne correspondaient pas à ce que la société considérait comme la « norme », cette route vers l'égalité était sans issue.

« Malgré le caractère comparatif du concept d'égalité, celui n'exige pas toujours l'identité de traitement. Contrairement en effet à sa contrepartie américaine, notre Charte ne consacre pas simplement le droit d'être « égal ». Elle consacre l'« égalité indépendamment de toute discrimination ». À mon avis, le fait de reconnaître qu'égalité et discrimination sont inextricablement liées revêt une grande importance. C'est le signe d'une meilleure compréhension des valeurs qui sous-tendent la notion d'égalité. Car celle-ci ne concerne pas seulement l'identité de traitement. Ce n'est pas non plus une équation mathématique à résoudre. Il s'agit plutôt d'égalité dans la dignité humaine et la pleine appartenance à la société. D'égalité dans l'estime de soi. D'égalité dans la considération et le respect. Telles sont les valeurs qui

sous-tendent l'égalité. Telles sont les valeurs auxquelles il est porté atteinte lorsque nous faisons preuve de discrimination, consciemment ou non.¹⁷ »

« Penser l'égalité, ce n'est pas simplement analyser les allégations de discrimination ou interpréter les codes des droits de la personne. Penser l'égalité suppose une connaissance des désavantages historiques subis par les membres de certains groupes, une compréhension des différences et des expériences uniques de ces groupes, et une sensibilité au fait qu'une grande partie des règles de droit ont été conçues en fonction et à l'avantage des puissants et des privilégiés. *Dans presque chaque domaine du droit, il faut que notre analyse prenne en considération diverses perspectives, que nous réfléchissions aux expériences et aux réalités des groupes défavorisés et que nous examinions les postulats sur lesquels nos lois et notre jurisprudence sont fondées.*¹⁸ »

L'obligation d'accommodement

Une décision récente de la Cour suprême¹⁹ confirme que l'obligation d'accommodement s'impose désormais dans tous les cas de discrimination tant directe qu'indirecte, ce qui constitue une avancée majeure en matière de protection contre la discrimination sous toutes ses formes.

Ainsi, le monde du travail devra revoir ses normes d'emploi de manière à y intégrer, dans leur formulation même, des adaptations permettant de composer avec les besoins de certains groupes et personnes. Par exemple, dans le cas d'une travailleuse enceinte, les employeurs devront faire des efforts réels et sérieux pour prendre des mesures d'accommodement afin de répondre aux trois principaux besoins des travailleuses enceintes : celui d'assurer la sécurité de leur grossesse, celui de leur permettre de s'absenter du travail et celui de conserver les avantages liés à leur emploi. Changement important : « Les employeurs sont maintenant requis, dans tous les cas, de tenir compte dans leurs normes des caractéristiques des groupes touchés, au lieu de maintenir des normes discriminatoires complétées par des mesures d'accommodement pour ceux qui ne peuvent pas y satisfaire. »

¹⁷ L'Heureux-Dubé, Claire, « Une question d'égalité », in Borillo, Daniel (sous la dir.de), *Lutter contre les discriminations*, La Découverte, Paris, 2003.

¹⁸ Idem.

¹⁹ Il s'agit de l'arrêt *Meiorin*.

L'obligation d'accommodement constitue donc un droit inhérent à l'égalité qui doit être inscrit dans la *Charte québécoise des droits et libertés* : elle impose de mettre en place des mesures s'adaptant aux besoins d'accommodement des personnes bénéficiant de la protection de ce texte fondamental²⁰. Il pourrait, par exemple, s'appliquer à la prestation des différents services gouvernementaux pour éliminer, de façon préventive, toute forme de discrimination envers les groupes défavorisés dont trop souvent les femmes.

2.3 L'égalité et les « capabilités »

Philosophe et économiste indien, Amartya Sen a développé une théorie de la justice sociale qui cherche notamment à concilier égalité et liberté. Il considère qu'une société juste doit permettre à tous les individus de choisir réellement leur mode de vie. Elle se doit d'offrir un même ensemble étendu de « capabilités ». La « capabilité » représente la totalité des libertés formelles et matérielles qui permettent aux personnes de disposer de plusieurs types de fonctionnement humain, de sorte que l'individu puisse choisir son type de vie en fonction de ses options philosophiques.

« Mais tous les individus sont différents : âge, sexe, aptitudes ou milieu social (fortune et culture), ce qui crée des distinctions entre les êtres humains. Dès lors, des droits identiques n'accorderaient pas une même liberté à tous les individus car, par exemple, la faiblesse du revenu est un obstacle à la concrétisation de ses choix. Mais accorder un même revenu à toutes et à tous ne peut garantir une même liberté car, par exemple, une personne handicapée a besoin de plus de ressources matérielles qu'une personne sans incapacité pour s'assurer une même liberté réelle. Aussi, la justice sociale consiste à accorder à tous les individus les mêmes libertés, mais aussi une « égale liberté d'accès aux moyens externes et aux aptitudes personnelles grâce auxquelles une personne peut mettre en œuvre ses libertés ». A. Sen considère qu'il faut égaliser les possibilités (« capabilités ») d'accès à des « fonctionings » (pouvoir sortir sans honte ou sans

²⁰ L'article 10 de la Charte stipule que : *Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grosseur, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.*

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.

risque, être correctement nourri...) qui renvoient à la vie elle-même et non aux ressources qui permettent de la mener. ²¹»

2.4 L'égalité complexe

Pour sa part, Michael Walzer²² défend, contre l'égalitarisme simple, une conception de la justice reposant sur l'idée qu'il existe autant de sphères de justice que de types de biens, recherchés par les différentes communautés. Chacun de ces biens sociaux obéit à des critères spécifiques de distribution : famille, éducation, religion, ou pouvoir politique et ne sauraient être pensés sur le seul modèle de distribution de la « sphère économique ». C'est pourquoi dans notre présentation, la TRPOCB, compte tenu de son expertise propre, a orienté sa réflexion sur les inégalités portées et renforcées par notre système de santé et de services sociaux envers les femmes, particulièrement depuis les réformes en cours depuis le début des années 1990.

²¹ Keslassy, Eric, *Démocratie et égalité*, Bréal, Paris, 2003.

²² Walzer, Michael, *Sphères de justice. Une défense du pluralisme et de l'égalité*, Seuil, Paris, 1997.

3. Se donner les moyens d'une égalité réelle dans le domaine de la santé

Comme on l'a vu précédemment, les réformes successives du système de santé et de services sociaux depuis les années 1980 ont accentué « les réalités différenciées selon les sexes » en reconfinant les femmes dans leurs rôles traditionnels et en n'évitant surtout pas « les stéréotypes sexuels et sexistes ».

Dans sa 3^e *Orientation*, le Conseil du statut de la femme propose de « susciter la reconnaissance de la parentalité et du soutien aux personnes dépendantes et mettre en place les conditions pour une meilleure articulation des temps sociaux ». Fort bien, mais en nous inspirant de l'axe 2, on **doit, de toute urgence, s'attaquer au fait que le ministère de la Santé et des Services sociaux ne s'est pas assuré, de toute évidence, que ses réformes ne « suscitent pas des inégalités et des injustices envers les femmes »**, d'autant plus que ces dernières ont creusé les « disparités entre la situation socioéconomiques des femmes et celle des hommes ». De plus, bien qu'inscrite formellement dans la *Politique de soutien à domicile*, on **doit rapidement permettre la concrétisation du libre-choix des personnes** à agir comme aidante et de leur permettre de mettre des limites à leur engagement si elles y consentent volontairement. Cette revendication a été gagnée de haute lutte par des groupes de femmes, et il ne faudrait pas qu'elle reste lettre morte. Rappelons les premières phrases du *Manifeste des proches aidants*²³ :

Nous ne sommes pas des préposés aux bénéficiaires, ni des auxiliaires familiales, et encore moins des infirmières. Pourtant, bon gré, mal gré, nous effectuons trop souvent toutes ces tâches.

Nous ne sommes pas non plus des bénévoles bien que notre contribution soit gratuite, sans aucune compensation et même sans reconnaissance aucune.

On nous appelle des « aidantes naturelles », ce qui cache trop souvent le fait que nous sommes la plupart du temps des femmes, quelquefois des hommes, qui sommes obligés, faute d'aide disponible, de consacrer tout notre temps et toute notre énergie à soutenir l'un de nos proches malade ou ayant des limitations fonctionnelles.

²³ Regroupement des aidantes et aidants naturels de Montréal, *Le Manifeste des proches aidants*, avril 2003.

C'est cette situation que nous voulons transformer. Ce que nous sommes vraiment, c'est la conjointe, le conjointe, la fille... d'un proche qui est malade, qui a des incapacités ou qui est en fin de vie. Nous ne voulons plus, à rabais, effectuer des tâches qui relèvent du réseau de la santé et des services sociaux. Oui, nous voulons soutenir un parent ou un conjoint en difficulté. Mais à notre rythme, sans être forcées. Nous ne voulons plus, comme aidantes, y laisser notre santé physique et mentale.

Dans sa 4^e orientation, le Conseil propose un système sociosanitaire qui réponde aux besoins des femmes et des hommes en matière de santé et de bien-être. Nous rappelons que le droit à l'égalité dépasse de loin l'unique adaptation des services aux femmes et aux hommes. Et, au vu de ce qui précède, cette orientation n'est pas suffisante. Le Conseil, en prônant « la responsabilisation des familles », risque fort de consacrer ce que nous constatons depuis longtemps : déresponsabiliser l'État et accentuer le transfert des responsabilités et des coûts vers ces mêmes familles, trop souvent un euphémisme pour parler des femmes, avec toutes les inégalités que cela engendre.

C'est pourquoi la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles, tout en voulant tenir compte des besoins spécifiques des femmes et des hommes, croit qu'il n'est possible d'y arriver :

1. **qu'en désexualisant radicalement la question du « prendre soin »**, considéré encore comme l'apanage des femmes. On peut se demander ici quelle serait la situation des proches aidants si la grande majorité, au lieu d'être des femmes, étaient des hommes ? En effet, le Québec est la province canadienne qui enrôle le plus les femmes dans ce qu'on pourrait appeler une « conscription des femmes à donner des soins » puisqu'il est aussi la province qui finance le moins les services à domicile. Pourrait-on en conclure ici que le Québec est plus sexiste que le Canada anglais dans ce domaine ?
2. **qu'en adoptant enfin une véritable perspective de genre**, c'est-à-dire à faire en sorte que toute politique, législation, réglementation, orientation et action d'un État prenne en compte

*les différences entre les sexes*²⁴. Bien que promise depuis longtemps par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ce dernier a raté de belles occasions de le faire en ce qui a trait aux transformations et réformes du réseau depuis plusieurs années.

3. qu'en reconnaissant formellement le droit à la santé et en y consacrant les ressources nécessaires pour le rendre opératoire .

Au moment où le Ministère vient de rendre public des amendements importants à la *Loi sur la santé et les services sociaux*, via le projet de loi 83, il doit donc y inclure les grands principes (normes)²⁵ inclus dans la *Loi canadienne de la santé* et en les étendant aux services à domicile et aux médicaments. De plus, comme le demande instamment la *Commission des droits de la personne*, il faut **inclure le droit à la santé comme un droit fondamental dans la Charte québécoise des droits et libertés avec les recours nécessaires.**

Rappelons qu'en 1976, le gouvernement de l'époque, libéral de surcroît, adopte la *Charte des droits et libertés* et la présente comme « le symbole des valeurs de la société québécoise. », à savoir un Québec fondé sur les valeurs de dignité, d'égalité, de liberté, de solidarité et de démocratie. Bien plus, un an plus tard, il accepte que le gouvernement fédéral signe en son nom le *Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels* (PIDESC) qui reconnaît formellement le droit à la santé comme un droit fondamental de l'être humain. Il y va de sa dignité. En signant ce Pacte, le Québec s'imposait des obligations qu'il serait temps qu'il mette en œuvre, à savoir respecter, protéger et promouvoir l'ensemble des droits fondamentaux de la personne.

L'obligation générale des États de **respecter** les droits économiques et sociaux doit être comprise en relation d'interdépendance avec le respect de la dignité humaine. Ainsi, l'État, tout comme ses agents, devra s'abstenir de prendre des décisions qui portent atteinte à l'intégrité physique et psychologique des personnes, entravant ainsi leur capacité d'exercer leur liberté individuelle et collective.

²⁴ Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes (Beijing, 1995).

²⁵ Les cinq grands principes garantis par la *Loi canadienne de la santé* sont l'intégralité, l'universalité, l'accessibilité (gratuité), la gestion publique et la transférabilité.

L'obligation générale de **protéger** les droits économiques et sociaux de la personne entraîne pour l'État et ses agents l'obligation de faire en sorte que d'autres acteurs sociaux soient soumis à des règles juridiques leur interdisant à leur tour de porter atteinte à l'intégrité, à la liberté et à la jouissance paisible des biens par les bénéficiaires de droits.

L'obligation des États de **promouvoir** les droits économiques et sociaux de la personne est au cœur du PIDESC. Généralement, elle emporte pour l'État l'obligation d'agir en vue d'assurer à sa personne le bénéfice de chaque droit protégé par le PIDESC. Cet engagement pourra comporter les mesures positives nécessaires afin que les groupes les plus vulnérables de la population ne soient pas privés du bénéfice de ces droits.

À titre de protecteur, de promoteur et de pourvoyeur, dans certains cas, des droits économiques et sociaux, nous rappelons que le rôle de l'État n'est pas interchangeable. Il ne peut donc, comme semble le suggérer l'Avis du Conseil, faire porter à d'autres acteurs sociaux sa responsabilité fondamentale.

4. Conclusion

C'est donc avec inquiétude que nous avons analysé l'Avis du Conseil du statut de la femme, et ce, dans un contexte où les inégalités sociales augmentent et où l'égalité entre les femmes et les hommes est loin d'être résorbée. Nous avons porté notre réflexion sur les inégalités sociales de santé et sur les inégalités engendrées par les différentes réformes récentes du système de santé et de services sociaux sur les femmes.

5. Nos recommandations

- Reconduire rapidement une ministre en titre responsable des droits des femmes et de l'égalité.
- Maintenir distincts le Conseil du statut de la femme et le Secrétariat à la condition féminine et de conserver leurs mandats respectifs tels qu'ils sont présentement.
- Maintenir l'analyse différenciée selon les sexes.
- Assurer dans chaque ministère une direction des droits des femmes et de l'égalité ou l'équivalent.
- Assurer au sein de tous les ministères et agences le maintien ou la création de postes de répondantes à la condition féminine et de «comités aviseur» en condition de vie des femmes.
- Analyser tout projet de loi ou projet de règlement selon l'approche transversale.
- Incrire, dans la *Charte québécoise des droits et libertés*, l'obligation d'accommodement qui constitue un droit inhérent à l'égalité.
- Désexualiser radicalement la question du « prendre soin ».
- Reconnaître formellement le droit à la santé et en y consacrant les ressources nécessaires pour le rendre opératoire en l'incluant comme un droit fondamental dans la *Charte québécoise des droits et libertés* avec les recours nécessaires.
- Inclure les grands principes (normes)²⁶ inclus dans la *Loi canadienne de la santé* et en les étendant aux services à domicile et aux médicaments.

²⁶ Les cinq grands principes garantis par la *Loi canadienne de la santé* sont l'intégralité, l'universalité, l'accessibilité (gratuité), la gestion publique et la transférabilité.