

**PARTICIPONS  
A L'ASSEMBLEE GENERALE  
DE LA CLINIQUE**

**LUTTONS POUR LE DROIT  
À LA SANTÉ**



Le 12 décembre 1977.

RAPPORT DES ACTIVITES DE LA CLINIQUE DE POINTE ST-CHARLES  
POUR L'ANNEE 1977 -

I OBJECTIFS DE LA CLINIQUE -

Notre clinique vient de terminer sa 9ième année de fonctionnement. Avant d'expliquer ce qui s'y est passé, laissez-nous vous en rappeler les objectifs auxquels ce présent C.A. souscrit.

L'objectif fondamental de la clinique communautaire de Pointe St-Charles est de: "faire le lien entre la maladie et le système capitaliste", cela dans tous ses services, ses programmes et ses actions. Cet objectif a été voté en assemblée générale il y a déjà quelques années. Il implique donc que la clinique est d'abord un instrument de lutte pour les citoyens du quartier afin de promouvoir la santé à Pointe St-Charles, parfois à un niveau individuel (par ses services) mais surtout à un niveau collectif.

De cet objectif de fond découlent plusieurs objectifs secondaires comme:

- > - Donner de meilleurs services médicaux et sociaux, plus humains qu'ailleurs.
- > - Déprofessionnaliser et démystifier le travail des professionnels (médecins, infirmières et autres instruits).
- Favoriser la participation des citoyens à tous les niveaux, autant à la prise de décisions, comme au C.A. ou à d'autres comités qu'au travail même de la clinique, comme c'est le cas pour les travailleuses communautaires et l'aide médicale.
- Créer de nouvelles relations d'égalité autant entre professionnels et patients, entre les coordonnateurs et les autres permanents de la clinique et entre les citoyens et les salariés de la clinique.
- Etablir des liens de solidarité avec les travailleurs en lutte.

X On peut donc voir que la clinique, bien qu'elle ait les apparences d'une institution établie dans le quartier, 9 ans d'existence, 50 employés et près de \$1,000,000. de budget, est loin d'en être une. Nous ne favorisons pas la stabilité, l'organisation rigide, bien au contraire, à tout instant la clinique favorise l'éclatement des modèles et des schémas traditionnels pour en créer de nouveaux.

## II NOS DIFFERENCES D'AVEC AILLEURS -

On peut facilement affirmer que la clinique est unique en son genre. Des conditions bien particulières ont fait qu'en 1977, la clinique est la seule clinique de cette envergure au Québec qui veut à la fois aider les gens à régler leurs problèmes immédiats - par les services médicaux et sociaux - mais qui veut aussi transformer profondément le système dans lequel on vit, au travers des services et par des actions en groupe, puisque la maladie est causée par les conditions de vie et de travail. Celà est particulièrement visible à Pointe St-Charles.

Contrairement aux cliniques du gouvernement, les C.L.S.C., la clinique est née de la base, de l'interaction entre citoyens du quartier et professionnels venus y travailler.

Contrairement aux autres, la clinique a toujours favorisé une prise de décision collective entre employés impliqués et citoyens.

Contrairement aux autres, la clinique essaie d'intégrer les services et les programmes dans une perspective de changement social.

Contrairement aux autres, finalement, la clinique refuse les modèles et essaie d'en créer un qui lui soit propre.

On peut donc comprendre que la clinique, étant donné qu'elle fait partie d'une société bien déterminée dont les citoyens ont souvent comme schéma de référence pour la santé le bon Dr. Welby, aura aux yeux de plusieurs les qualités de ses défauts. Autrement dit, on l'appréciera pour ses services plus personnalisés (donc plus longs), mais on trouvera l'attente trop longue dans la salle d'attente. On sera d'accord avec la prévention si utile, mais sans rien changer aux services directs. On sera d'accord pour la participation des employés aux décisions, mais on trouvera qu'ils sont toujours en réunion. On sera d'accord à la participation des citoyens, mais sans penser à faire une démarche avec eux.

Par cette description, le C.A. n'essaie pas de justifier quoi que ce soit, mais il veut tout simplement faire prendre conscience aux citoyens du quartier et au personnel de la clinique des contradictions auxquelles la clinique doit faire face. Ce que l'on pourrait voir comme des problèmes, ne sont pas surtout dus au fait que les employés ne font rien ou que les citoyens ne comprennent rien, mais que ces contradictions sont surtout liées au type de projet que l'on s'est donné c'est-à-dire que l'on veut agir sur les causes de la maladie, nous seuls, isolés, à Pointe St-Charles tout en donnant des services, tout en sachant bien que c'est le système qu'il faut changer. D'autre part, nous ne voulons pas non plus qu'on dise "ah! mais il n'y a rien à faire, c'est le système qu'il faut changer". Ce serait trop facile. Le système va changer dans la mesure où les travailleurs et les citoyens seront impliqués (comme à

la clinique) et qu'ils auront des exemples, aussi petits soient-ils (comme à la clinique) de ce que ça peut être une clinique un peu plus au service du peuple. Mais pour celà il faut participer et ne pas craindre les contradictions et les affrontements, même s'ils sont douloureux. Il faut certainement faire des efforts pour sortir des cadres habituels professionnels-patients, patron-syndicat.

### III IMAGE CHIFFREE DE LA CLINIQUE -

Malgré ou à cause de ces difficultés, la clinique a continué de fonctionner. Au niveau des services directs (médecins, dentaire et vision) il y a eu une augmentation de 6% des visites par rapport à l'an dernier de 19180 à 20325. Cependant, on peut noter que nos patients viennent plus souvent qu'avant, de 3.2 visites par an à 3.9 par an en moyenne, ce qui fait qu'il y a eu une baisse nette de 750 patients. En fait nous n'avons plus que 4250 au lieu des 5000 que nous avions. Mais il faut noter ici que la Pointe a perdu plus de 5000 citoyens depuis 1971.

A l'image du quartier, 60% des patients sont francophones et 40% sont anglophones. Celà parce que la proportion d'anglophones a diminué comparativement à l'an dernier, nous aurons à nous interroger là-dessus.

Les visites à domicile ont augmenté ainsi que les visites sur rendez-vous. Aussi le temps d'attente a légèrement diminué dans la salle d'attente. En fait 77% des gens n'attendent que 15 minutes et moins et 19% entre 15 et 30 minutes. Nous avons eu une augmentation des patients à leur retraite, des assistés sociaux (augmentation de 60%).

De nos patients de 16 ans et plus, 25% ont un revenu, 4% sont chômeurs, 19% sont assistés sociaux, 19% sont retraités, 17% sont étudiants et 17% sont ménagères.

Les groupes d'âge 0-25 ans reçoivent 48% des services, 26-65 ans 36% et 65 ans et plus 16%. Les problèmes de santé mentale, d'infection et de peau sont les plus souvent rencontrés.

A noter cependant que toutes les activités des travailleuses et des organisateurs communautaires ainsi que de la psychiatrie ne sont pas chiffrées ici. Il en va de même de toutes les réunions des programmes comme contraception, pré-natal, well-baby, etc.; des réunions de cuisine, des assemblées de cour cet été et des autres assemblées d'information de la clinique.

Pour toutes ces activités nous avons eu environ 50 permanents dont plus de la moitié ont changé au cours de l'année. Si l'on compte les départs, les temps partiels et les maladies, nous avons eu en moyenne que 4½ médecins au lieu de 6, que 7 infirmières au lieu de 9, que 4 travailleuses communautaires au lieu de 6. De nombreuses nouvelles figures dont nous

parlerons plus loin sont arrivées aux postes de secrétaires, de clinicienne en santé mentale, de commis-comptable, de responsable médicale et de coordonnateurs.

#### IV PROBLEMES AUXQUELS LE C.A. A FAIT FACE -

Le grand problème du C.A. a évidemment été d'essayer de mettre en pratique l'objectif fondamental de la clinique, tout en offrant un taux acceptable de services pour le quartier et en suscitant la participation des citoyens et des employés.

Ce problème d'objectif s'est concrétisé dans les 6 "sous-problèmes" suivants:

1. Absence de lutte de la clinique;
2. manque d'organisation interne;
3. diminution du contact avec le quartier (baisse de services);
4. difficulté d'articuler de nouvelles relations entre le C.A. et le syndicat de la clinique;
5. diminution de la participation des citoyens - désintéressement du quartier;
6. Roulement chez le personnel et le C.A.

Il est difficile de mettre le doigt sur le problème de la clinique. Il y en a plus qu'un et de toute façon ils se regroupent tous les uns les autres. Nous allons simplement tenter d'expliquer ce que nous entendons par chacun de ces six points et vous faire part des pistes que nous avons essayé de dégager pour en arriver à une meilleure compréhension.

Dès les premières semaines au C.A., les citoyens élus ont vite senti qu'ils se faisaient charrier par les événements. Souvent ils devaient jouer aux pompiers pour régler un problème de personnel, pour décider rapidement sur les nouveaux plans de la clinique ou pour mettre sur pied des comités comme le comité des services. Finalement pour s'apercevoir que plusieurs mois après, on n'avait à peu près rien changé faute de temps et d'énergie.

Le C.A. aussi devait se partager sur différents comités de la clinique comme sélection, finance, locaux, négociation, etc sans trop voir de plan d'ensemble. Il en était de même du côté du personnel. On avait beaucoup de difficulté à savoir à qui s'adresser et où devaient se prendre les décisions. Tout remontait invariablement aux deux coordonnateurs et finalement au C.A. Certains parlaient de "délire organisé".

nisé".

Il s'en suivait que souvent on devait décider et discuter ce qui avait déjà été convenu tant au C.A. que dans le personnel. A l'intérieur de ces quelques heures de réflexion sur la maladie et ses causes, le C.A. se rendit compte que la clinique avait l'air de celà: un ramassis de groupes, de personnes et de comités plus ou moins liés les uns aux autres ce que l'on appela alors "l'organigrouille"(1).

Ceci peut en partie expliquer certains des problèmes de la clinique, comme le grand roulement au C.A. et dans le personnel, ainsi que l'incapacité d'améliorer le service et de sortir de la clinique. → quartier...

Concluant donc qu'il fallait se donner des outils pour ramasser la réalité et la vie de la clinique, le C.A., après une consultation de quelques citoyens et des travailleurs de la clinique, décida de mettre l'importance sur l'organisation, non pas comme une fin, mais comme un moyen un outil pour faire avancer la clinique. Il a été décidé en avril dernier d'instaurer la structure de travail suivante pour la clinique(2):

Dans cette structure, le C.A. a voulu tenir compte de 3 réalités de la clinique:

1. construire à partir de ce qui existe;
2. favoriser la co-gestion et la participation;
3. répondre aux désirs d'organisation.

Se retrouvent en effet dans la nouvelle structure tout ce qui se trouvait dans l'ancienne, mais chaque chose a une place. La seule nouveauté se retrouve au niveau des 4 grands comités pour chacun des 4 champs d'activités. Chacun de ces comités a le pouvoir de décider pour tout ce qui concerne son champs d'activité.

Sur chacun d'eux on retrouve des représentants de chacune de ces composantes. Ensemble ces représentants décident et mandatent le coordonnateur responsable qui exécute les décisions et anime le comité. A noter que sur les comités on peut retrouver des membres du C.A., d'autres citoyens du quartier, des membres du personnel et le coordonnateur. Celà pour répondre au désir de co-gestion et de participation. Plus haut se retrouve la plaque tournante de la clinique, le comité des coordonnateurs qui voit à ce que la consultation se fasse et que les décisions se prennent au bon endroit. Le C.A. parraine tout et par le fait même continue à donner les grandes orientations de la clinique et à en déterminer les politiques. La clinique a fonctionné partiellement avec ce "nouvel esprit" depuis mai et complètement depuis septembre, date de l'entrée en fonction du dernier coordonnateur.

- (1) Voir l'organigrouille en annexe
- (2) Voir l'organigramme en annexe

Une évaluation générale de tout cela est prévue pour mars prochain. Mais déjà certains changements sont aparus au niveau des comités depuis que les coordonnateurs ont commencé à animer leurs champs d'activité respectifs et que le C.A. et tous s'imprègnent lentement et parfois avec difficulté (on a toujours tendance à tout renvoyer en haut) de cette nouvelle façon de fonctionner. Nous élaborerons plus loin là dessus quand nous parlerons des comités.

En mars dernier, le C.A. par l'entremise de son comité de finance a pris conscience des problèmes financiers de la clinique. Le fonds social, produit des surplus de la RAMQ, ne pouvait plus financer tous les projets dont dentaire, vision, médicaments et psychiatrie. La réflexion a aussi permis de découvrir que le gouvernement n'avait pas augmenté ses subventions directes, le fonds d'exploitation, depuis deux ans et qu'il avait refusé de financer toutes nos demandes de fonds pour les programmes de prévention et de transport.

Suite à cette prise de conscience, on s'est aussi rendu compte que nos difficultés à rétablir le service médical réduit à l'été 76, n'était pas seulement due à des causes internes à la clinique, mais au fait qu'on essayait de faire le service et les programmes avec le même personnel et le même budget. Aussi, depuis 73, moment de l'adoption de la loi 65, la clinique, malgré elle, s'intégrait de plus en plus au réseau des CLSC du gouvernement.

En accord avec notre objectif de fond, le C.A., par l'entremise du comité de finance élargi et ensuite du comité de lutte, relança la bataille contre Québec dans la lutte pour le droit à la santé.

Concrètement cette lutte a pour objet de revendiquer l'autonomie complète de la clinique et un budget global et adéquat pour toutes les activités qu'elle jugera importantes pour la santé des citoyens de Pointe St-Charles.

Il s'en est suivi plusieurs actions d'information et de mobilisation dans le quartier. Cela, nous croyons, a permis à la clinique de commencer à retourner vers les citoyens et de les consulter. Autant pendant les réunions de cours l'été dernier qu'au cours des autres assemblées et des manifestations cet automne. La clinique a pu se rendre compte du désir des citoyens de l'appuyer, dans la mesure où elle répondrait à ses besoins au niveau des services et des programmes.

La lutte a indirectement permis à la clinique de réviser ses finances par une amélioration de ses méthodes de prévision budgétaire et de contrôle de la RAMQ. La clinique est aussi quelque peu sorti de son isolement de quartier en se joignant avec tous ceux qui luttent contre les coupures dans le secteur santé. Plusieurs syndicats nous ont appuyés et nous avons fait de même. Notre lutte a aussi été popularisée à

tout le Québec par les médias. Depuis la visite du ministre Lazure à la clinique le 14 novembre, nous avons continué notre information dans le quartier. Les représentants de la clinique rencontreront prochainement des gens du ministère des affaires sociales. La clinique est bien déterminée à être ferme dans ses revendications. Des actions d'éclats seront à prévoir si ces discussions n'aboutissent pas. Le comité de lutte vous fera un rapport détaillé jeudi prochain le 15 décembre.

Jusqu'à présent, les effets positifs de cette lutte ont été un renforcement de l'union clinique-citoyens et une amélioration de la communication. En plus des réajustements budgétaires d'environ \$160,000. ont été obtenus en juillet dernier. Cela est possiblement attribuable à la lutte. Pour finir, par deux fois la clinique a affirmé son autorité en transférant des fonds du fonds d'exploitation au fonds social pour lui permettre de financer des projets non-admissibles par Québec mais essentiels pour le quartier (médicaments, dentaire, vision, etc.)

## V RAPPORTS DES COMITES -

### 1. Comité de personnel -

Ce comité est composé de 3 sous-comités: sélection, plaintes et négociation (de la convention collective). Il est composé de citoyens et du coordonnateur du personnel.

#### a) Négociation:

Ce comité s'est réuni très très souvent au cours de l'année. Sa composition a passablement varié au gré des événements. Depuis l'été 76, la clinique négocie, souvent que par période, le renouvellement de la convention collective de ses travailleurs. Point n'est-il nécessaire de rappeler l'embarras et le malaise constant dans lequel se trouvent les négociateurs pour la clinique, qui pour la plupart, ont tous déjà été syndiqués et continuent de croire fermement au syndicalisme. Au cours de l'année, les médecins, le dentiste et les optométristes se sont affiliés au syndicat des travailleuses de la clinique. Ce qui fait qu'à la clinique, il n'y a qu'un syndicat (affilié à la C.S.N.) pour tous les travailleurs.

Les membres du C.A. et les coordonnateurs ont très souvent ressentis des frustrations lors de telles négociations. Ces frustrations étaient liées au fait que les deux parties devaient souvent, même malgré eux, se conformer au modèle traditionnel de la négociation, patron-syndicat. A ce sujet il faudra faire preuve de beaucoup d'imagination de part et d'autre pour essayer de sortir de ce carcan et donner à un organisme comme le nôtre des outils qui lui sont plus appropriés.

Nous nous sommes entendus sur une entente salariale avant de régler les clauses normatives. Une entente salariale temporaire a été convenue. L'entente permanente entrera en vigueur avec les gains de notre lutte. Les deux ententes seront divisées selon les échelles suivantes:

	Temporaire	Permanente
1 <sup>e</sup>	\$10962. + politique familiale	\$12337. + politique familiale
2 <sup>e</sup>	\$12262. + " "	\$13637. + " "
3 <sup>e</sup>	\$21287.	\$21287.

Au niveau des clauses normatives nous avons déjà convenu les ententes suivantes, celà pour innover et par respect pour les travailleurs: 4 semaines de vacances payées avec un salaire de 6 semaines pour tous (année 1978), le paiement entier de l'assurance pour chaque employé par la clinique et le congé de maternité payé pour 5 mois, même si l'assurance chômage n'en paie que 3. Il reste encore quelques clauses normatives à régler celà malgré un marathon de plusieurs jours de négociation en novembre dernier, après demande du syndicat et qui, malheureusement ne favorise pas la participation des citoyens.

Le nouveau C.A. devra probablement parapher la convention en janvier prochain.

b) Plaintes:

Ce comité surtout composé de citoyens du quartier fonctionne maintenant régulièrement. En 11 mois ils ont analysé quelques 24 plaintes et ils en tirent les conclusions suivantes:

que la plupart des plaintes relèvent d'un problème de communication entre le personnel et le patient. Celà se manifeste particulièrement chez les personnes âgées.

Ensuite que beaucoup reste à faire au niveau de la déprofessionnalisation et de la discussion politique entre patients et professionnels.

c) Sélection:

Ce comité a beaucoup fonctionné cette année avec ou sans organisation. Il est chargé de l'engagement du personnel de la clinique. Avec l'animation du coordonnateur du personnel, ce comité a commencé à dégager des pistes de travail pour l'évaluation et même les renvois éventuels.

S'y retrouve une majorité de citoyens du quartier.

Page 111 — Pourquoi est-ce qu'on veut remplacer le ~~comité~~ ...? agit-il? — prendre position sur le P.A. — pour être claire dans la lutte...

## 2. Comité des programmes -

Ce comité doit coordonner tous les programmes de la clinique. Une de ses grandes tâches est de favoriser l'implication des citoyens du quartier tant au niveau de la participation "consommation du service" que l'organisation et la conception de ceux-ci. Il y a beaucoup de pain sur la planche car la participation du quartier n'est pas quelque chose de facile. En plus, le comité fait face à toutes sortes de contraintes au niveau de la disponibilité du personnel (on est pris par le service direct) et des budgets. Raison de plus pour lutter. Actuellement la clinique a un programme de pré-natal, de clinique de bébé, de contraception, maigrir avec le sourire, d'action santé, du journal, du comité santé, un programme de santé usine qui ne peut démarrer faute de fonds et un tout nouveau programme de formation fait en collaboration avec l'Université de Montréal dont le but est de sensibiliser les citoyens du quartier et les travailleurs de la clinique sur les causes sociales de la maladie, cela en faisant des vidéos.

## 3. Comité de soutien -

Le comité de soutien regroupe les sous-comités des finances et des locaux ainsi que toute l'équipe des travailleurs de soutien de la clinique.

### a) Le comité de finance:

Ce comité est composé de citoyens et de travailleurs de la clinique. Ce comité voit à la bonne marche des finances de la clinique. C'est lui qui a fait prendre conscience au C.A. des problèmes financiers en mars dernier et qui a proposé des mesures à court terme (prévision budgétaire, poste de commis comptable) et à moyen terme la lutte pour faire face aux problèmes financiers: le comité fera son rapport jeudi prochain le 15.

### b) Locaux:

Ce comité, formé de membres du C.A. et du personnel de la clinique a fonctionné régulièrement à partir de septembre. Son mandat est de voir les possibilités d'achat et de rénovation de la clinique et de coordonner ensuite la rénovation et le déménagement. Son travail avance, les plans ont été fait en collaboration avec les étudiants d'architecture de l'Université de Montréal. Pour l'achat et la rénovation, la clinique est fort avancée dans ces démarches. Le gouvernement ne sera pas consulté.

Le comité fera son rapport au sujet de l'achat et du déménagement ce soir.

#### 4. Comité des équipes -

Ce comité regroupe un représentant de chacune des équipes de la clinique. Les 3 équipes multidisciplinaires, le dentaire, vision et santé mentale plus dernièrement un représentant du groupe soutien.

Les équipes sont l'unité de base de la clinique. A ce sujet, il faut noter qu'elles ont passablement varié dans leur composition. En effet, 4 des 6 médecins ont moins de 1 $\frac{1}{2}$  an d'ancienneté, 7 des 9 infirmières sont nouvelles de cette année ainsi que 2 des 6 travailleuses communautaires et 5 des 6 secrétaires.

Le coordonnateur des équipes, en plus d'animer son comité, fait partie d'un comité ad-hoc sur les services dont la tâche est d'analyser toutes les hypothèses pour améliorer le service. Leurs premières suggestions ont résulté à une réorganisation des services. Ce qui a permis d'avoir un service d'urgence tous les soirs, les samedis et dimanche matin. Ils ont étudié d'autres hypothèses pour offrir encore plus de meilleurs services. Le nouveau C.A. aura à prendre une décision là-dessus en janvier. Le comité s'expliquera un peu plus là dessus ce soir.

#### VI CONCLUSION

La clinique est certainement plus vivante que jamais. Malgré nos conflits et nos querelles, nous avons progressé en 1977 autant au niveau des services, des programmes et notre reprise de contact avec le quartier.

Au niveau des perspectives, le nouveau C.A. aura vraiment à articuler les outils que la clinique s'est donné pour mieux fonctionner. En plus pour la lutte il est important plus que jamais de refuser les coupures et l'ingérence de Québec et de continuer à informer le quartier sur nos actions pour aller de l'avant.

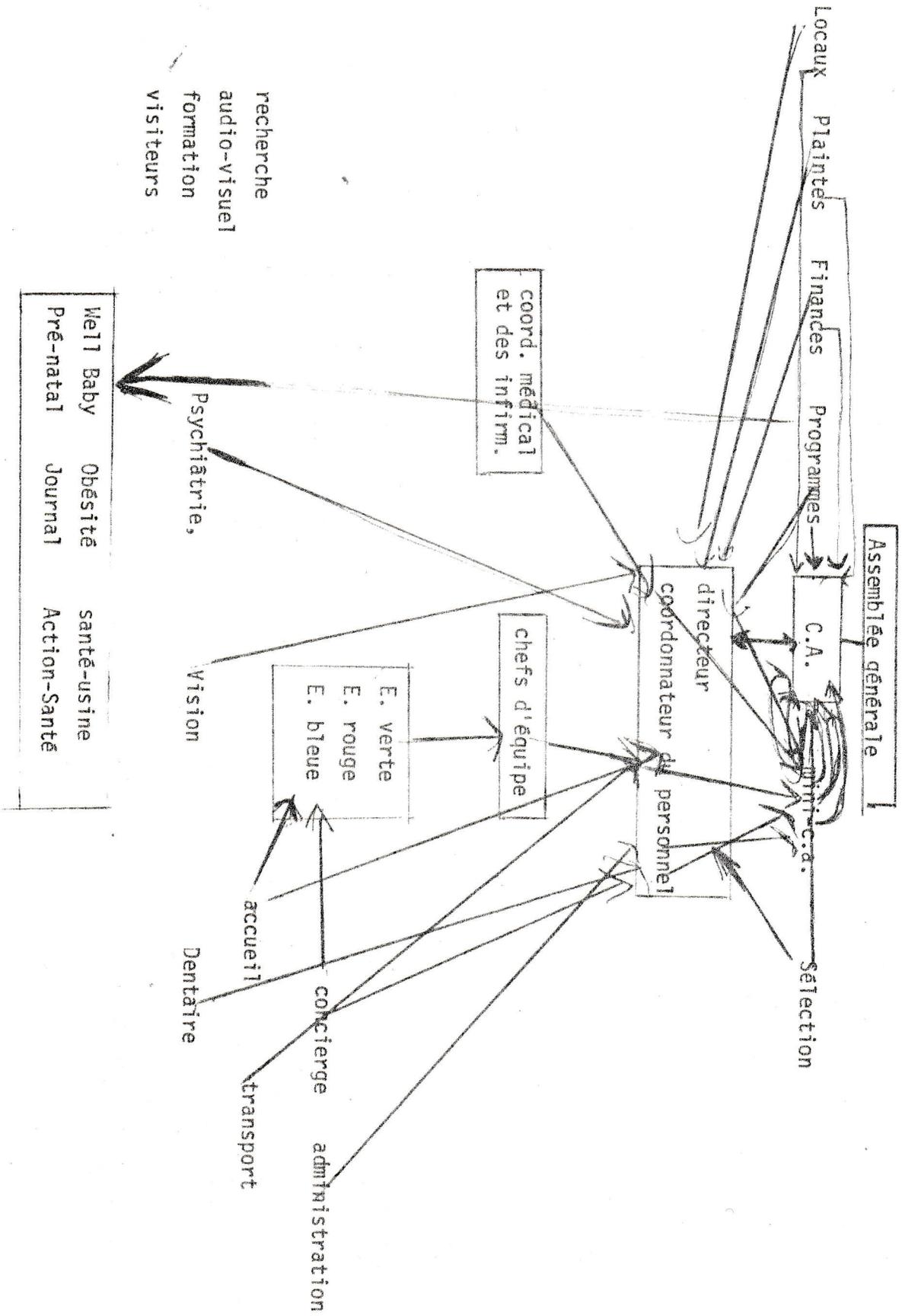
Notre plus grand déficit sera de continuer et d'augmenter la participation des citoyens à tous les niveaux dans la clinique.

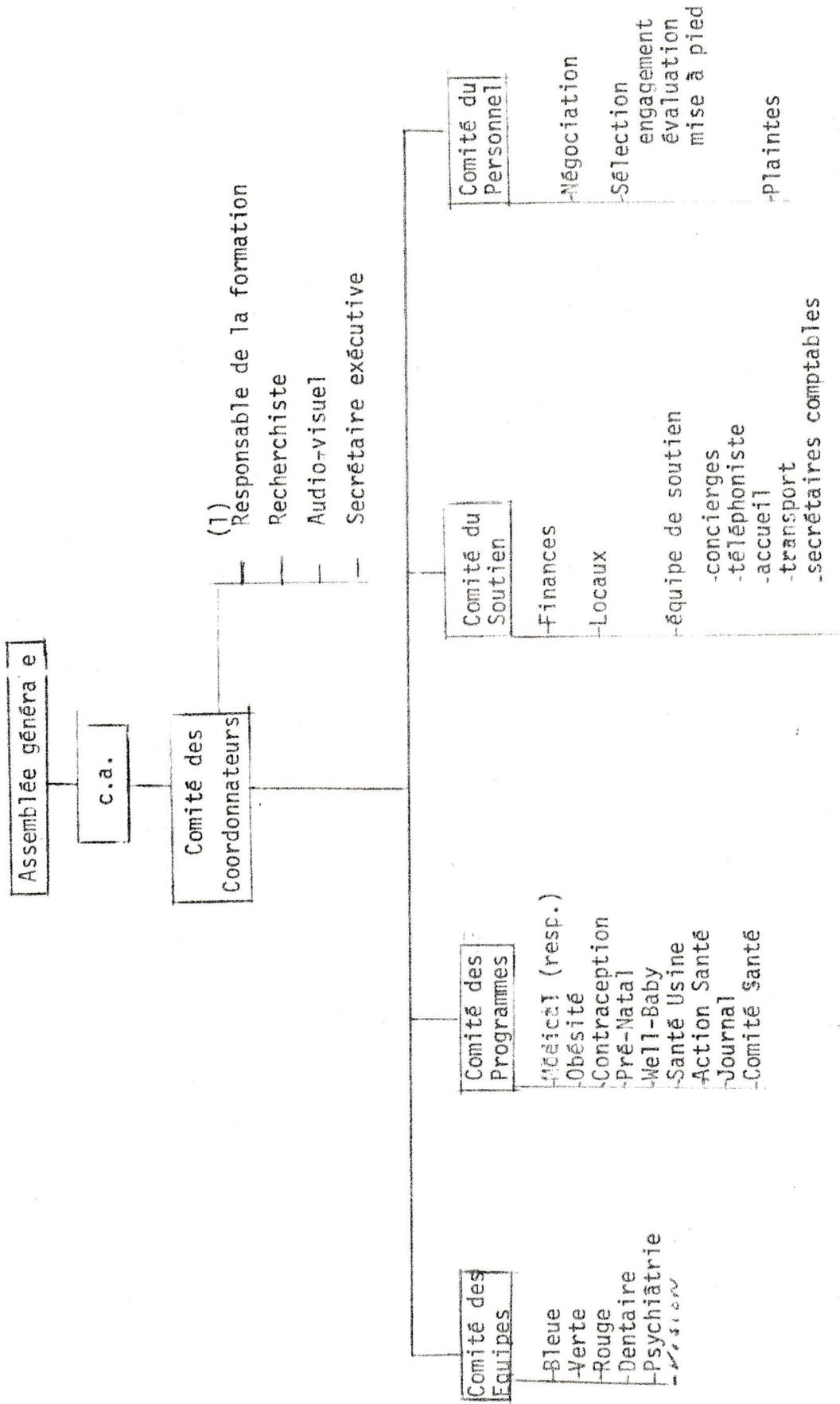
Le déficit que les citoyens ont est celui de faire en soi que la clinique serve leurs intérêts. C'est difficile et pénible, mais c'est faisable.

Celà ne se fera sûrement pas en restant chez soi... Il y a 6 postes ouverts au C.A. ne l'oubliez pas.

Le conseil d'administration de la clinique pour l'année 1977.

ORGANIGRAMME





(1) ces personnes relèvent directement du comité des coordonnateurs et sont sous la responsabilité d'un coordonnateur

CLINIQUE COMMUNAUTAIRE DE POINTE ST-CHARLES

RAPPORT STATISTIQUE POUR L'ANNEE 1977

- I. Aperçu général.
- II. La crise frappe durement les patients de la clinique.
- III. Qui sont les patients de la clinique ?

Décembre 1977.

## I APERCU GENERAL

Pendant notre neuvième année, les services médicaux de la clinique ont servi deux-tiers des familles et 35% (quelques 5000 personnes) de la population de Pointe St-Charles.

Il y avait une augmentation de 6% dans le nombre de visites médicales à la clinique (après la baisse importante de l'année passée). Et les visites avec rendez-vous ont aussi augmenté - ce qui permet une meilleure organisation du service.

Nombre de visites:

	1976	1977
Visites avec rendez-vous	11,991	13,757
Visites sans rendez-vous (inclus les urgences)	5,116	3,053
Toutes les visites	19,205	20,325

Les patients viennent plus souvent:

	1976	1977
Moyenne des visites par année	3.2	3.9

Le nombre de visites à domicile a augmenté de 57%:

	1976	1977
Visites à domicile	1118	1753

Et la situation dans la salle d'attente continue de s'améliorer:

Attente en minutes	% de visites	
	1976	1977
0-15 min.	70%	77%
15-30 min.	21%	19%
30-60 min.	8%	4%
60 min. et plus	1%	1%

Cependant, toutes les statistiques de cette année ne sont pas si encourageantes que ça.

## II LA CRISE FRAPPE DUREMENT LES PATIENTS DE LA CLINIQUE

Un taux "officiel" de chômage de 11% et le niveau des prix qui monte au rythme de 8% sont des indicateurs importants de la crise économique. Mais dans un quartier ouvrier comme Pointe St-Charles, la crise frappe encore plus durement qu'ailleurs. Et les statistiques de la clinique nous donnent une confirmation concrète de ce fait. Les patients de la clinique ressentent la crise par une disponibilité réduite de notre service de santé et par la détérioration des conditions de vie.

### 1) Moins de services, moins de patients -

La détérioration des conditions de vie qui résulte de la crise économique fait que les besoins pour des services de santé sont plus grands que jamais ! Mais il y a un an et demi, les patients de la clinique ont subi une réduction dans les services. Et certaines familles ont donc décidé d'aller ailleurs. Ainsi, malgré une hausse de 6% dans le nombre de visites, il y avait une baisse de 10% dans le nombre de familles qui sont venues à la clinique cette année. C'est là l'importance de la revendication d'un plus grand budget dans la lutte de la clinique: ça prend plus de personnel pour suffire aux plus grands besoins.

Mais il y a aussi une autre raison pour une baisse dans le nombre de patients à la clinique - la population de Pointe St-Charles est en baisse rapide. A cause des feux, des démolitions et le peu de réparations des logements, la population a baissé de 20% entre 1971 et 1976 selon Statistiques Canada. Evidemment, un fort pourcentage des familles qui déménagent de la Pointe sont des patients de la clinique.

### 2) Les conditions de vie se détériorent -

On voit que les conditions de vie des patients à la clinique se détériorent rapidement pendant la crise par le fait que plus de nos patients sont soumis à l'assistance sociale cette année, ainsi que par un plus grand nombre de problèmes de santé liés aux conditions de vie difficiles.

Ainsi, selon nos statistiques, les assistés sociaux ont fait 60% de visites de plus cette année que l'année passée. Au même temps, le nombre de nos patients sur l'assurance chômage avait diminué - ce qui explique en partie l'augmentation des assistés sociaux, car après que les prestations de chômage sont épuisées et qu'on ne trouve pas de travail, on grossi les rangs des assistés sociaux.

Par ailleurs, le nombre de visites pour les problèmes de santé mentale avaient augmenté de 20% - généralement, c'est aussi le reflet d'une détérioration des conditions de vie. Voilà d'autres exemples du lien entre la maladie et le système capitaliste qui clarifient le sens de la lutte pour le droit à la santé.

### III QUI SONT LES PATIENTS DE LA CLINIQUE ?

#### 1) C'est surtout la classe ouvrière -

Occupation des patients\* à la clinique:

Travailleur	24%
Petit bourgeois	1%
Chômeur	4%
Assisté social	19%
Retraité	19%
Etudiant	17%
Ménagère	17%
	<hr/>
	100%

(\*) Pour les patients qui ont 16 ans et plus.

Selon ces statistiques, on peut conclure que la grande majorité des patients - plus que 80%\*\*, appartiennent à la classe ouvrière. Ils sont obligés de vendre leur force de travail à la bourgeoisie pour vivre, ne participent pas à l'organisation du travail et vivent des revenus relativement bas.

Les petits bourgeois sont des propriétaires de petites entreprises, des professionnels, des artisans, des cadres comme les gérants ou contremaîtres, etc. Tout comme les travailleurs (mais à des degrés différents), les petits bourgeois peuvent aussi se retrouver dans les autres types d'"occupations" sur notre tableau (chômeur, assisté social, retraité, étudiant, ménagère). Ils ne comptent pas pour plus que 5 à 10% de l'ensemble de nos patients .

#### 2) C'est surtout les couches les plus pauvres de la classe ouvrière -

Le tableau précédent nous démontre que si on ne compte pas les étudiants et retraités, c'est à peu près 60% des adultes qui n'ont pas de travail rémunéré.

(\*\*) Même si on tient compte de certaines erreurs dans le choix des catégories au moment de remplir la feuille statistique, et des personnes qui vivent à la marges de la société depuis longtemps (sous-prolétariat).

Par ailleurs, le tableau suivant nous montre que 60% des ouvriers qui sont patients de la clinique travaillent dans les petites ou moyennes entreprises qui dans la plupart des cas ne sont pas syndiquées, donc les salaires sont plus bas. De plus, deux-tiers des travailleurs sur ce tableau font un travail qui n'exige pas de formation ou d'expérience particulière (non-spécialisé); donc encore une fois pour des salaires plus bas.

Pourcentage de visites par différentes catégories de travailleurs:

	Usine ou construction avec 200+ travailleurs	Usine ou construction avec moins de 200 trav.	Transport et autres svc. écon. de base (1)	Santé idéologie (2)	Autres (3)	Total
Travailleur spécialisé	5%	5%	7%	10%	8%	34%
Travailleur non-spécialisé	7%	13%	18%	9%	18%	66%
						100%

3) Il y a plus de personnes âgées -

Répartition des patients selon l'âge:

	Patients de la clinique (1977)	Population du Québec (1974)*
0-15	28%	26%
16-25	20%	20%
26-35	12%	16%
36-50	12%	17%
51-65	12%	13%
65 et plus	16%	7%

On remarque surtout que parmi les patients de la clinique, il y a une forte proportion de personnes de 65 ans et plus et une faible proportion de personnes entre 26 et 50 ans.

- (1) Transport en commun, camionnage, chemin de fer, débardeurs, entreposage, etc. ainsi que l'Hydro-Québec, le gaz, téléphone, les postes, etc.  
 (2) Santé, service social, éducation, journalisme, arts, religion, etc.  
 (3) Finance, commerce, travail de bureau, etc.  
 (\*) Ministère des Affaires Sociales du Québec, Statistiques des Affaires Sociales, vol.3, no.6 (avril, 1976), p.20.

4) Il y a plus de femmes que d'hommes -

Pourcentage de patients de la clinique:

Hommes	43%
Femmes	57%

5) Anglophones/francophones -

Rappelons qu'à ses débuts, la clinique qui était mis sur pied avec l'aide des étudiants de McGill, servait en majorité des anglophones du quartier. Avec le temps et à la mesure que la clinique servait la majorité des familles du quartier, l'augmentation du nombre de patients francophones était naturellement plus rapide que pour les anglophones. Ainsi, la répartition de nos patients se rapprochait de plus en plus de celle du quartier. Ce qui est une bonne chose car la politique de la clinique c'est de lutter pour le droit à la santé du peuple - de tout le peuple, sans aucune discrimination.

Langue parlée par les patients:

	1971	1977	Recensement fédéral pour Pointe St-Charles, 1971
Français	44%	59%	58%
Anglais	56%	40%	36%
Autres	-	1%	6%

Par contre, il faut indiquer une baisse importante dans le nombre de patients anglophones cette année. Plus des deux-tiers des patients que nous avons perdus cette année sont des anglophones. Le départ des anglophones est une tendance réelle et il faut en tenir compte. La politique de la clinique est d'offrir les services dans les deux langues. S'il y a des faiblesses à ce niveau, il faut les corriger. Donc, dans l'année qui vient, il faut essayer de voir les causes de cette baisse.

6) Quels sont nos problèmes de santé les plus communs ?

	% de diagnostics totaux
Problèmes de santé mentale	14%
Rhumes et otites	11%
Maladies de peau	10%
Maladies du système génito-urinaire (surtout infections et contraception)	6%
Maladies des os, muscles, articulations	6%
Hypertension	5%
Accidents et violence	3%

NOTES TECHNIQUES

Les données sont compilées à partir de feuilles qui sont normalement remplies pour chaque visite à la clinique, ainsi que pour chaque visite à domicile.

Certaines visites ne sont pas enregistrées sur les feuilles, comme beaucoup des visites des travailleuses communautaires et les visites faites par l'équipe psychiatrique. De plus, toute une série d'activités faites par le personnel de la clinique qui dépasse le domaine de la médecine traditionnelle, ne paraissent pas dans les statistiques. Ceci inclus notamment tout le travail de groupe fait par les organisateurs communautaires et l'équipe de l'Action-Santé.

Les statistiques contiennent des erreurs dues principalement au remplissage des formules, mais aussi aux autres niveaux dans le processus de la compilation de données (poinçonnage et programmation pour l'ordinateur). Vous remarquez que les chiffres sont généralement arrondis. Ceci est justement fait pour ne pas donner l'impression d'être trop précis. Cependant, nous pensons qu'ils demeurent suffisamment valables pour saisir le niveau et le genre d'activités à la clinique, ainsi que pour faire des comparaisons pertinentes.

Pour être précis, les périodes comparées dans ce rapport sont les périodes du 1er novembre 1975 au 31 octobre 1976 et celle du 1er novembre 1976 au 31 octobre 1977.

---

Santé!