



ACCÉSSS

Alliance des Communautés Culturelles pour
l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux

**Rapport de la rencontre du 7 février 2020 portant sur l'accès aux services de santé des
résidents de Parc-Extension**

Tenue au 7000 avenue du Parc, Montréal (Québec) H3N 1X1

Table des matières

Introduction	3
Objectif de la rencontre	3
Présentations	3
Ateliers et plénière	5
1 — Barrières à l'accès aux services	5
2 — Exemples concrets de ces barrières et de leurs conséquences sur la population mentionnée	8
Exemple 1	8
Exemple 2	9
Exemple 3	9
Exemple 4	9
Exemple 5	10
Exemple 6	10
3 — Pistes de solutions visant à éliminer ces barrières et en diminuer l'impact	11
Court terme (au cours de l'année)	11
À moyen terme (2 à 3 ans)	12
Annexe 1 : Présentation — certains articles de la LSSSS concernant les communautés culturelles	13
Annexe 2 : Extraits des principales lois en matière de santé et droits d'accès	15
I. Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS)	15
II. Extraits de la loi 10	27
III. Loi canadienne sur la santé	34
IV. Pacte international des droits économiques, culturels et sociaux (PIDECs)	34
Annexe 3 : Les enjeux de la nutrition des jeunes enfants issus de l'immigration à Parc-Extension	37
Annexe 4 : Services de Santé et Services sociaux au CLSC Parc-Extension en 2020	45
Annexe 5 : Guide d'animation sur les trajectoires de soins et services	50

Introduction

Parc-Extension est situé à l'ouest de l'arrondissement de Villeray–Saint-Michel—Parc-Extension. C'est un quartier étroit, enclavé de toutes parts par des infrastructures routières et ferroviaires, et le plus densément peuplé de l'arrondissement et de Montréal. On y retrouve 18 802 habitants au km² comparativement à 3 625 habitants au kilomètre carré à Montréal. Au total, 28 425 personnes représentant une centaine d'ethnies différentes cohabitent dans ce quadrilatère de 1,6 kilomètre carré. C'est dire qu'avec 57 % de sa population née hors Canada, on associe d'abord Parc-Extension à la multiethnicité et au multiculturalisme. Le nombre d'enfants est également élevé, 71,2 % des familles ont des enfants contre 63 % la moyenne montréalaise. On y dénombre en outre une quarantaine de langues maternelles autres que le français ou l'anglais.

(Étude CDEC 2004, chiffres ressortis des données de Statistiques Canada, 2016).

Objectif de la rencontre

Objectif général : discuter des besoins et défis de la population de Parc-Extension par rapport à son accès aux services de santé et services sociaux.

Objectifs spécifiques :

- Faire connaître la Loi sur la santé et les services sociaux (LSSSS) et explorer des aspects de la loi en lien avec les problématiques vécues dans le quartier
- Présenter les services offerts par le CLSC Parc-Extension
- Faire un état de la situation de la réalité de la population en matière d'accès aux services et difficultés inhérentes
- Partager les expériences terrain des différents acteurs

Présentations

La journée a débuté par des présentations sur des éléments relatifs à la LSSSS et les services offerts en CLSC.

La première présentation portait sur La LSSSS – Un outil d'intervention faite par M. Jérôme Di Giovanni, directeur général d'ACCÉSSS

Il débute sa présentation en soulignant que le système de santé et des services sociaux au Québec est une « assurance collective » que la société québécoise s’est donnée pour notamment éliminer les barrières économiques, sociales et géographiques d’accès aux services comme réponse aux besoins. La Loi des Services de santé et des Services sociaux établit les fondements et l’organisation des ressources pour assurer l’accès aux services. De plus, elle établit les niveaux de collaboration notamment entre le secteur public et le secteur communautaire.

Le cadre législatif qui régit l’ensemble des services de santé et des services sociaux ainsi que leur déploiement a été présenté, tout en attirant l’attention sur les articles qui régissent spécifiquement les services offerts en contexte de diversité. Ainsi, les articles 349, 2.5 et 2.7 ont été mentionnés et expliqués, ainsi que la notion d’intégrité telle que définie par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ). L’outil produit se trouve en annexe 1. L’annexe 2 présente des extraits de la LSSSS, de la Loi 10, la Loi canadienne sur la santé et le Pacte international des droits économiques, culturels et sociaux (PIDEC) et constitue un document de référence par rapport aux références qui seront effectuées en lien avec les problématiques présentées.

La seconde présentation abordait des enjeux de la nutrition des jeunes enfants issus de l’immigration à Parc-Extension – Mme Josiane Cyr, nutritionniste au programme Enfance-Famille CLSC Parc-Extension et Mme Audrey Gaboury, chef d’administration de programme de l’équipe Enfance-Famille

Les deux intervenantes ont fait état des lieux des services offerts au CLSC Parc-Extension en matière de nutrition aux jeunes enfants, présentant les besoins croissants et les ressources insuffisantes pour y répondre efficacement.

Il y a beaucoup de ressortissants de pays étrangers où le taux d’anémie est très élevé, notamment à cause d’une alimentation essentiellement végétarienne et peu variée. Dans le quartier, il a été rapporté que les jeunes enfants consomment des quantités excessives de lait de vache, ce qui coupe leur appétit et ne leur permet pas de manger d’autres aliments nutritifs et complémentaires. Il en résulte, ainsi, une carence en fer, qui peut compromettre leur développement global (surtout au niveau des dimensions cognitives, émotionnelles, sociales physiques et motrices). Une intervention précoce est donc requise, dans une optique préventive, qui se veut à ce stade-ci du développement de l’enfant, car le cerveau et les tissus se développent surtout durant la petite enfance (0-5 ans), puisque les dégâts engendrés par plusieurs facteurs dont une mauvaise alimentation (sous-alimentation) durant cette période sont irréversibles et affectent le développement global de l’enfant.

Par ailleurs, les intervenantes en nutrition déplorent le manque de suivi par rapport à leurs usagers qui ont effectué des tests pour le dépistage de la carence de fer et dont elles ne connaissent pas les résultats. Elles évoquent la difficulté et la complexité de l'accès aux dossiers médicaux électroniques de ces usagers leur permettant de recommander la prise de suppléments en fer, si nécessaire. La présentation se trouve en annexe 3.

L'accès aux soins médicaux des résidents du quartier Parc-Extension — Dr Juan Carlos Chirgwin, médecin au CLSC Parc-Extension

Le médecin fait état des différents services existants au CLSC de Parc-Extension et des modalités permettant d'y avoir accès. Il évoque également les problématiques et lacunes auxquelles font face les résidents de Parc-Extension par rapport à leur accès aux soins de santé. Le résumé de la présentation se trouve en annexe 4.

Un document résumant la trajectoire des soins est également annexé (voir annexe 5) au présent rapport.

Ateliers et plénière

L'objectif des ateliers était de se pencher sur les différents défis et obstacles vécus par la population de Parc-Extension quant à son accès aux services de santé, énoncer des cas concrets, et formuler des recommandations permettant de mettre fin à ces barrières, ou du moins, d'en atténuer l'impact.

1 — Barrières à l'accès aux services

De nombreuses barrières à l'accès aux services ont été identifiées par les participants, à savoir :

- La **complexité du réseau de la santé** et le manque de compréhension de son fonctionnement, autant par les usagers que par ceux qui y œuvrent quelquefois ;
 - Le **manque de compréhension** sur l'utilité de certains services. Par exemple, certaines personnes ne savent pas pourquoi ils ne peuvent pas directement consulter un médecin spécialiste ni quel est le rôle ou l'utilité d'un médecin de famille.
 - La **difficulté d'accès à l'information** sur les services existants et les modalités permettant d'y avoir accès. L'information est soit trop complexe (les textes sont

difficiles à comprendre, parfois diffusés dans des termes trop techniques), soit l'information est trop longue à lire ;

- Les changements dans les procédures administratives d'immigration ont engendré des retards dans les délais permettant d'obtenir le **certificat de sélection du Québec (CSQ)** et les coûts rattachés à une demande de résidence permanente au niveau canadien ont beaucoup augmenté. Tout cela provoque une augmentation du nombre de personnes sans statut, ou entre deux statuts légaux, qui ont peu ou pas accès aux services de santé lorsque nécessaire ;
- Les **assurances privées** ne couvrent pas les soins liés à la grossesse ou les maladies préexistantes. Se retrouvent dans cette situation surtout les étudiants étrangers, les titulaires de permis vacance-travail et les travailleurs contractuels de longue durée, de plus en plus nombreux au Québec. La grossesse est couverte uniquement pour les personnes munies d'une assurance privée durant le délai de carence (période d'attente de trois mois avant de recevoir la carte RAMQ) car il s'agit d'une exception selon la réglementation de la RAMQ ;
- La difficulté de tenir compte du **parcours migratoire** de la personne immigrante lors des interventions par manque de temps et de formation sur l'interculturel ou la diversité ;
- Les **barrières linguistiques** amènent des difficultés de communication entre les professionnels de la santé et les patients, ce qui a un impact sur la qualité des services et même l'accès à ces derniers ;
- Le **coût lié aux traitements**, notamment pour les enfants nés au Québec de parents non éligibles à la couverture médicale (RAMQ) ;
- Le **manque de ressources** financières et humaines, autant dans le milieu institutionnel que le milieu communautaire ;
 - **L'insuffisance de l'enveloppe budgétaire.** Les points de service sont pénalisés en ce qui a trait au financement de leurs opérations quotidiennes, parce qu'ils ne peuvent pas comptabiliser les patients couverts par le **Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)**, ce qui diminue grandement leur accès à des services de santé, pourtant indispensables.
- Le **manque de collaboration** entre le milieu communautaire et les services de santé : le communautaire n'a pas de point d'accès au CLSC. Les organisateurs communautaires qui existaient auparavant sont devenus des agents de programme et n'ont plus le mandat d'assurer la liaison avec les organismes du milieu. Il y a comme une cassure entre les deux milieux ;
- Il existe des **préjugés** par rapport à la population de Parc-Extension et certains médecins refusent d'y pratiquer ;

- **La santé est perçue** comme étant la responsabilité (seule) du **réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)**, et il n’y a pas de **coopération entre partenaires clés** de l’extérieur de ce réseau (ministères de l’Immigration, du Travail, responsable du logement, etc.). Ce qui fait que l’information sur le statut d’immigration du résident nécessitant des soins urgents, par exemple, est méconnue de l’agent de santé, qui n’en a d’ailleurs pas accès avant maintes procédures administratives, qui **engendrent, à leur tour, des délais et un grand gaspillage en ressources** (temps, argent, ressources humaines spécialisées, etc.) dans un **contexte d’austérité** résultant de la réforme de 2014-2015 (Loi 10) ;
 - **La santé est perçue** comme étant **l’absence de maladie** (approche curative versus préventive), généralement ;
 - Le lien entre **la santé et le bien-être**, rendu possible grâce à un équilibre entre différents **déterminants sociaux de la santé** (logement, travail, revenu, transport, etc.), n’est pas considéré dans la planification de l’accès aux services de santé ;
- Les résidents avec un certain statut d’immigration ne connaissent pas nécessairement **leurs droits à la santé**. Ils ne réclament les services de santé que lorsque c’est trop tard dans certains cas.

Les participants ont égrené de nombreuses barrières à l’accès aux services ci-dessus citées. Les trois principales barrières qui sont revenues dans la plupart des propos sont :

Barrière 1 : La complexité liée aux services offerts dans le réseau de la santé, les informations trop complexes, incomplètes, contradictoires et souvent méconnues par la population, d’une part, et certains partenaires du réseau, d’autre part ; l’absence d’un organisateur communautaire et d’un lien pérenne entre le CLSC et les organismes terrain ;
(Référence : LSSSS articles 2.3, 2.8, 4, et 8 ; Loi 10 article 122)

Barrière 2 : Les barrières linguistiques (peu d’outils traduits, services d’interprétariat peu disponibles et insuffisants) ;
(Référence : LSSSS articles 2.5, 2.7, 349 ; Loi 10 article 28, 122)

Barrière 3 : L’absence d’une couverture médicale inclusive couvrant les soins liés à la grossesse et les maladies préexistantes pour les personnes en attente d’un statut légal.
(Référence : LSSSS articles 1.2, 1.3, 2.6, 2.7, 3.4, 2.5, 3, 7, 349)

Toutes ces barrières sont en lien avec les déterminants sociaux de la santé : logement, faible revenu, etc. comme il est démontré dans les deux exemples suivants :

Exemple 1 : Intervenante communautaire : « Les personnes étant prestataires de l'aide de dernier recours ont droit à de billets d'autobus, mais peu le savent. Pour les demandeurs d'asile, c'est encore plus compliqué, ayant un faible accès aux médecins. C'est l'une des raisons pour lesquels plusieurs personnes négligent leur santé. Le patient a en effet besoin d'une prescription médicale pour pouvoir faire le test et prendre rendez-vous à un autre moment pour la prise de sang. Cela fait plusieurs déplacements en autobus et pour des gens qui ont parfois de la difficulté à acheter leur épicerie de la semaine c'est beaucoup d'argent à dépenser. »

Exemple 2 : Résident du quartier : « Je sais qu'on est sensé parler de l'accès aux services de santé, mais comme M. Di Giovanni a indiqué précédemment : **“la santé c'est plus large que ça”**. Je pense que c'est important juste de noter les **déterminants sociaux de la santé**. Moi, j'ai un voisin, le père de la meilleure amie de ma fille à l'école, qui a eu l'audace de contester sa hausse de loyer, et maintenant son propriétaire l'appelle tard la nuit, le harcèle chaque jour pour quitter son logement parce qu'il paie moins que ce que le marché pourrait demander comme loyer. Et là, lui, il travaille au Pizza-Pizza, il est toujours debout, il fait du diabète et sa pression monte parce qu'il est harcelé et ne peut pas dormir. Alors, c'est un vrai impact sur sa santé et sa santé mentale, et de toute sa famille, et c'est lié directement au logement. Alors, le travail, la pauvreté, le logement, il ne faut pas les oublier, ils sont aussi importants à considérer, même si ça déborde de l'objectif de cette discussion en cours ».

2 — Exemples concrets de ces barrières et de leurs conséquences sur la population mentionnée

Exemple 1 : « Je suis **intervenante sociale**, j'ai eu à travailler auprès des réfugiés syriens pendant un an. Parmi ma clientèle, j'avais une jeune fille de 20 ans qui avait besoin d'un orthophoniste en urgence. Et c'est là que j'ai réalisé qu'on ne pouvait pas avoir accès à un orthophoniste à partir d'un certain âge. Pour une personne de plus de 18 ans, c'est compliqué. Pendant six mois, j'ai tenté de contacter plusieurs personnes, j'ai frappé à toutes les portes, c'était difficile. Elle n'avait pas les moyens de se payer un/e orthophoniste au privé. La dernière personne qui m'a donné l'information a indiqué que pour consulter un orthophoniste, il fallait avoir une prescription médicale. Mais comment obtenir cette prescription médicale ? Je ne le savais pas. J'ai consulté le CLSC fréquenté par la jeune fille, mais personne ne voulait me donner cette prescription. J'ai pris l'initiative d'écrire une lettre à un médecin d'une clinique sans rendez-vous, en détaillant tout le parcours de la jeune fille. Je suis tombé sur la perle rare qui a finalement accepté de me donner la prescription, sans me connaître, sans connaître la jeune fille, pour qu'elle puisse avoir l'accès à l'orthophoniste. Donc c'est pour vous dire, c'est vraiment compliqué ce travail d'intervenante quand on n'a pas le soutien du CLSC. Si j'avais eu le soutien du CLSC, je n'allais

pas passer six mois sur ce problème de santé qui peut avoir un impact direct sur la santé mentale de la jeune fille, l'empêcher de travailler ou de fréquenter d'autres personnes. Je me suis retrouvée toute seule, frustrée et impuissante devant cette situation. Cela peut arriver, cela a bien abouti, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. »

Barrières linguistiques — difficulté d'accès aux services — travail en silo — complexité du réseau de la santé

Exemple 2 : Une intervenante communautaire indique que depuis les cinq derniers mois elle voit de nombreuses personnes sans statut au sein de son organisme, certaines vivant dans le quartier depuis au moins 15 ans. Elle les réfère à **Médecins du Monde** et des fois elle les envoie au bureau de Justin Trudeau (député fédéral de la circonscription de Papineau). Ces situations démontrent la vulnérabilité de certaines populations du quartier.

Procédures administratives complexes — non-accessibilité aux soins

Exemple 3 : Une intervenante communautaire qui est également résidente de Parc-Extension depuis cinq ans indique que, malgré le fait qu'elle vive au Québec depuis 10 ans elle n'a toujours pas de médecin de famille. Pourtant elle est résidente permanente, mais effectivement, **le manque de ressources** est un aspect criant à Parc-Extension. L'accès aux soins ne peut pas se faire sans ressources suffisantes. Elle fréquente une clinique sans rendez-vous récemment ouverte sur le boulevard Jean-Talon. Elle a constaté que c'est cette clinique recevait énormément de demandeurs d'asile. Il est arrivé un moment où le CLSC ne pouvait couvrir certains examens médicaux qui demandaient un important dispositif médical et les patients étaient orientés vers la clinique en question. Mais les patients étaient renvoyés de la clinique vers le CLSC. Pourtant, **ces deux institutions se connaissent**, mais ne travaillent pas ensemble. Les patients sont renvoyés d'une institution à une autre. Finalement, en analysant la situation, elle et son équipe de travail ont pu comprendre qu'il s'agissait d'un problème de communication. « En somme on observe un manque de collaboration et de ressources en santé à Parc-Extension. »

Travail en silo — manque de collaboration et de ressources — manque de connaissances des services — absence d'un protocole de référence

Exemple 4 : Intervenante du réseau de la santé : « Il existe une **Banque interrégionale d'interprètes**, mais parfois pas d'interprètes disponibles au moment du rendez-vous (annulations fréquentes de dernière minute), ce qui cause des maux de tête aux intervenants/es. On essaie de communiquer malgré tout avec la personne avec le peu d'anglais qu'elle possède. **C'est difficile de trouver la bonne formulation pour parler à la personne.** Ce n'est pas facile, puisque

les interprètes sont vraiment essentiels dans certains cas. Les interprètes ne sont pas là en permanence. Ils bougent d'un CLSC à un autre. »

Difficultés de communication entre l'utilisateur et le professionnel de santé — barrières linguistiques — difficultés structurelles en lien avec la gestion même de la BII

Exemple 5 : Médecin : « Il y avait une femme indienne référée à la clinique, venue seule en juillet de l'année passée ici au Canada, son mari qui devait la parrainer est décédé au Canada. La famille de la femme a mis de la pression sur elle afin qu'elle quitte son pays pour venir demander l'asile au Canada. Ayant fait une crise, elle a dû être transportée depuis l'aéroport dans une ambulance vers un hôpital, elle n'a donc pas pu effectuer les démarches en lien avec l'immigration. Elle s'est donc rendue à l'hôpital, puis une fois stable, elle est retournée à l'aéroport. **Son statut n'était donc pas clair.** Elle a fait une visite à PRAIDA qui lui a donné les informations nécessaires, puis elle est revenue à Parc-Extension pour rester au sein d'une famille. Ensuite l'organisme l'a référée à moi. Cette femme est venue me voir en dépression. J'ai fait ma prescription médicale. Mais une fois à la pharmacie, elle s'est vue refuser ses médicaments, pourtant elle devait être couverte par la Médavie-Croix-Bleue (PFSI). Ce que j'aurai dû faire, puisque j'ai un compte avec la Croix-Bleue, c'était d'aller vérifier avec ses informations si elle était vraiment demandeuse d'asile et j'aurais alors appris qu'elle n'avait pas de statut. Ses papiers n'étaient plus valides. J'ai dû **appeler PRAIDA**, mais le **système téléphonique partout est pourri** (sic), c'est difficile d'avoir quelqu'un au téléphone, je n'ai pas pu joindre quelqu'un, je tombais sur des boîtes vocales, etc. Finalement après avoir écrit un courriel, quelqu'un m'a répondu pour me demander de la faire venir pour que l'on comprenne la situation. Mais la femme en question avait **trop peur, peur de prendre les transports publics.** J'ai essayé de lui expliquer le trajet, mais c'était trop complexe surtout qu'elle était toute seule. Cela a pris deux semaines avant qu'elle n'ose se présenter à PRAIDA et ils ont vu que ses papiers n'étaient plus valides et ont contacté à leur tour les **services d'immigration** pour comprendre le pourquoi de cette situation. Cela fait plus d'un mois et on n'a toujours pas de réponse. Je n'ose plus appeler la dame parce qu'elle ne me dit "personne **ne peut rien pour moi**", mais on essaie de comprendre pourquoi ses papiers ne sont plus valides. Pendant ce temps, elle déprime et la prescription des médicaments est restée comme cela (sans accès aux médicaments). »

Intervenant du réseau dans l'incapacité d'aider la personne malgré la connaissance du réseau de santé et services sociaux — procédures administratives complexes — difficulté à statuer sur le statut migratoire à cause du cas spécifique — manque de connaissances dans l'accès aux services de santé en fonction du statut migratoire — difficulté d'accès à l'information

Exemple 6 : Intervenant communautaire : « Les organismes communautaires ne reçoivent l'information (sur les services de santé auxquels ont droit les usagers) que très tard ou bien

l'information n'est pas correctement transmise. Il y a tellement de changements, de roulement de personnel que parfois lorsqu'on a tissé des liens avec une personne et on a un contact au sein du réseau de la santé, la personne s'en va. Ça nous ramène au point zéro. C'est un éternel recommencement. Le gros problème à Parc-Extension est qu'on n'a **pas d'organisateur ou d'organisatrice communautaire** qui normalement devraient assurer les liens entre les différents services disponibles dépendamment des besoins de la personne et mettre les informations à jour. »

Intérêt de l'intervenant — gestion des ressources : roulement de personnel

Ces constats sont basés sur trois problématiques dans le réseau de la santé et des services sociaux : services insuffisants, équité et accès.

3 — Pistes de solutions visant à éliminer ces barrières et en diminuer l'impact

Toutes ses solutions se doivent d'agir sur les **déterminants sociaux de la santé** (logement, travail, revenu, transport, etc.) pour favoriser la santé et le bien-être des résidents du quartier ;

Court terme (au cours de l'année)

Les trois mesures **immédiates** qui pourraient être mises de l'avant pour assurer un meilleur arrimage des services de santé aux besoins de la population de Parc-Extension sont :

- **Réimplanter le poste d'organisateur communautaire** et mettre en place un comité aviseur au CLSC (composé d'organismes des communautés ethnoculturelles) afin d'assurer un lien avec le milieu communautaire (première ligne pour de nombreux immigrants) et les institutions publiques de santé, tel que le CLSC ;

(Référence : LSSSS articles 2.1, 2.2, 2.3, 4)

- Mettre en place **une banque d'interprètes locale** à Parc-Extension : former et bien rémunérer les interprètes tout en tenant compte des enjeux de confidentialité et d'éthique. Dans cet esprit, il importe d'établir avec le réseau communautaire un protocole et un budget pour couvrir les services offerts ;

(Référence : LSSSS articles 2.2, 2.3, 3, 8, 9, 10)

- Mettre à disposition des **outils traduits en plusieurs langues**, notamment celles les plus présentes à Parc-Extension (Hindi, Ourdou, Pendjabi) pour mieux naviguer dans les services, les connaître et comprendre leur fonctionnement, par exemple ceux offerts par le CLSC, et distribuer ces informations dans le réseau communautaire local.

(Référence : LSSSS articles 2.5, 2.7, 4, 8)

À moyen terme (2 à 3 ans)

- Assurer une **planification efficiente de l'offre de soins** en tenant compte de la **trajectoire migratoire** de l'utilisateur dès le départ pour améliorer le suivi entre **l'agent de santé et l'utilisateur** (outils de communication adéquats) ; **l'agent de santé et ses partenaires clés** du réseau (CLSC, CIUSSS, Organisme communautaire) afin d'éviter les délais et pertes de temps dans ce **processus d'offre de services de santé** ;
- **Standardiser et simplifier le vocabulaire de pratique** dans le RSSS pour assurer une meilleure compréhension de ce qui est dit et fait dans le milieu (c'est la base de toute offre de **service efficiente et pertinente** pour assurer le bon agent de santé à la bonne personne, au bon moment et à la bonne place ;
 - Ex. : utilisation de pictogramme lors des ateliers de formations pour que tous puissent comprendre.
- Assurer une meilleure **littératie en santé et en droits à la santé** aux communautés du quartier par l'offre d'ateliers au niveau du CLSC et/ou communautaire.
- Mettre en place une **politique en partenariat** avec le CLSC, la Table du quartier et le milieu communautaire pour savoir réellement quels sont les besoins des populations ;
- Mettre plus d'accent sur la **prévention sur les populations immigrantes en collaboration avec les organismes communautaires et la DRSP** ;
- Offrir une **formation aux organismes communautaires et professionnels du réseau de la santé** pour qu'ils puissent mieux comprendre la loi régissant les services de santé et sociaux ;
- Mettre en place des **politiques de partenariat entre le RSSS et les Ministères provinciaux**, et leurs instances respectives, pour assurer les ressources (budgétaires, informationnelles et humaines) nécessaires à la planification des soins dans des délais raisonnables ;

(Référence : LSSSS articles 2.1, 2.2, 2.3, 5, 334, 335, 336, 349. Loi 10 articles 28, 122)

Notons que Santé Canada définit l'équité en santé comme suit :

« Dans le domaine de la santé, « équité » a trait à la répartition juste et équitable des ressources. Le principe d'équité n'est pas apparenté à l'égalité ; effectivement, on mesure l'équité non pas selon que tous les citoyens reçoivent le même service, ou le même nombre de services, mais que le service soit dispensé en fonction des besoins. Au Canada, on décrit généralement l'équité comme « l'égalité d'accès (ou des services) pour des besoins égaux ». Il est entendu que les plus malades ou ceux qui courent plus de risques d'être malades devraient recevoir des services plus intensifiés, de sorte que les groupes à faible revenu devraient recevoir plus de services.

Cela nous amène à nous interroger sur les notions d'équité et d'égalité. Bien que ces termes soient parfois utilisés de façon interchangeable, il y a des distinctions importantes à faire entre les deux. **Égalité versus équité : où se situe notre ligne de départ ?** Les programmes et les politiques qui reposent sur des principes d'équité reconnaissent que les causes sous-jacentes sociales et économiques de la mauvaise santé donnent lieu à des besoins différents dans la population. L'équité fait en sorte que chaque individu dispose de ce dont il a besoin pour profiter d'une vie saine et pleine. En revanche, promouvoir l'égalité vise à traiter chacun de la même manière, sans reconnaître que les gens ont des besoins différents. (Référence : Santé – certaines circonstances, équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées. Recueil de documents et de rapports 2001, page 17.)

Annexe 1 : Présentation — certains articles de la LSSSS concernant les communautés culturelles

Respect des communautés culturelles

349. Une agence doit, en concertation avec les organismes représentatifs des communautés culturelles et les établissements de sa région, favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés culturelles.

Objectifs

1.7 atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

Réalisation des objectifs :

2.3 partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ;

2.5 tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions ;

2.7 favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec ;

Lignes directrices :

3. Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

1. la raison d'être des services est la personne qui les requiert ;
2. le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit ;
3. l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité ;
4. l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant ;
5. l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

Information

4. Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.

Droit aux services

5. toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

Consentement requis

9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

Participation

10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Plan d'intervention

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Modification

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

Exercice des droits

13. Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6 s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

NOTE : La CDPDJ définit la notion d'intégrité comme suit :

« L'intégrité : Le droit à l'intégrité vous protège entre autres contre les actions et les situations qui peuvent avoir des conséquences physiques, psychologiques ou émotives importantes sur vous. Il vous permet par exemple d'accepter ou de refuser des soins de santé. »

Annexe 2 : Extraits des principales lois en matière de santé et droits d'accès

I. Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS)

I. L.R.Q., chapitre S-4.2

PARTIE I OBJET DE LA LOI ET DROITS DES USAGERS

TITRE I OBJET

But :

1. Le régime de services de santé et de services sociaux institué par la présente loi a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

Objectifs :

Il vise plus particulièrement à :

1. réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps ;

2. agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion ;

3. favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes ;

4. favoriser la protection de la santé publique ;

5. favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale ;

6. diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes ;

7. atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

Réalisation des objectifs :

2. Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la présente loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :

1. assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services ;
2. favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être ;
3. partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ;
4. rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social ;
5. tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions ;
6. favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes ;
7. favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec ;
8. favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services ;
 - 8.1 assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux ;
9. assurer la participation des ressources humaines des établissements visés au titre I de la partie II au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités ;
10. promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population.

Lignes directrices :

3. Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux :

1 la raison d'être des services est la personne qui les requiert ;

2 le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit ;

3 l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité ;

4 l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant ;

5 l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.

TITRE II DROITS DES USAGERS

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Information

4. Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.

Droit aux services

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

Choix du professionnel

6. Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.

Acceptation ou refus

Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.

Soins appropriés

7. Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque la demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.

Informations

8. Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.

Droit à l'information

Il a également le droit d'être informé, le plus tôt possible, de tout accident survenu au cours de la prestation de services qu'il a reçus et susceptible d'entraîner ou ayant entraîné des conséquences sur son état de santé ou son bien-être ainsi que des mesures prises pour contrer, le cas échéant, de telles conséquences ou pour prévenir la récurrence d'un tel accident.

Définition

Pour l'application du présent article et des articles 183.2, 233.1, 235.1 et 431 et à moins que le contexte ne s'y oppose, on entend par :

« accident ».

« accident » : action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur, du personnel, d'un professionnel concerné ou d'un tiers.

Consentement requis

9. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.

Consentement aux soins

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'utilisateur ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.

Participation

10. Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Plan d'intervention

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Modification

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.

Accompagnement

11. Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.

Représentant

12. Les droits reconnus à toute personne dans la présente loi peuvent être exercés par un représentant.

Présomption

Sont présumées être des représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil :

- 1° le titulaire de l'autorité parentale de l'utilisateur mineur ou le tuteur de cet usager ;
- 2° le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'utilisateur majeur inapte ;
- 3° la personne autorisée par un mandat donné par l'utilisateur majeur inapte antérieurement à son inaptitude ;
- 4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur majeur inapte.

Exercice des droits

13. Le droit aux services de santé et aux services sociaux et le droit de choisir le professionnel et l'établissement prévus aux articles 5 et 6, s'exercent en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose.

Période d'hébergement

14. Un établissement ne peut cesser d'héberger un usager qui a reçu son congé que si l'état de celui-ci permet son retour ou son intégration à domicile ou si une place lui est assurée auprès d'un autre établissement ou de l'une de ses ressources intermédiaires ou d'une ressource de type familial où il pourra recevoir les services que requiert son état.

Congé de l'établissement

Sous réserve du premier alinéa, un usager doit quitter l'établissement qui lui dispense des services d'hébergement dès qu'il reçoit son congé conformément aux dispositions du règlement pris en vertu du paragraphe 28° de l'article 505.

Langue anglaise

15. Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348.1991, c. 42, a. 15.

Recours

16. Rien dans la présente loi ne limite le droit d'une personne ou de ses ayants cause d'exercer un recours contre un établissement, ses administrateurs, employés ou préposés ou un professionnel en raison d'une faute professionnelle ou autre. Un tel recours ne peut faire l'objet d'une renonciation.

Recours

Il en est de même à l'égard du droit d'exercer un recours contre une ressource de type familial.

Services offerts.

100. Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à résoudre les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

TITRE I LES ÉTABLISSEMENTS

CHAPITRE III ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS

SECTION I LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

1. Formation

Conseil d'administration unique.

128. Une agence peut, si elle estime que les circonstances le justifient et après avoir consulté les établissements concernés, proposer au ministre que deux ou plusieurs établissements qui ont leur siège dans le territoire de cette agence soient administrés par le même conseil d'administration. L'agence doit toutefois tenir compte des caractéristiques ethnoculturelles ou linguistiques des établissements concernés, particulièrement celles des établissements reconnus en vertu de l'article 29.1 de la Charte de la langue française (chapitre C-11).

Approbation.

La décision du ministre d'accepter la proposition de l'agence doit être approuvée par le gouvernement, lequel détermine le type de conseil d'administration qui doit être retenu pour administrer les établissements concernés de même que le jour et le mois où doivent être tenues l'élection et les désignations des personnes visées aux articles 135 et 137.

Décret.

Le ministre dépose chaque décret pris en vertu du deuxième alinéa devant l'Assemblée nationale dans les 30 jours de son adoption ou, si elle ne siège pas, dans les 30 jours de la reprise de ses travaux.

4. Pouvoirs et obligations du conseil

Responsabilité.

171. Le conseil d'administration établit les priorités et les orientations de tout établissement qu'il administre et voit à leur respect.

Priorités des soins.

Ces priorités portent sur les besoins de santé tant physique que psychique et les besoins sociaux à satisfaire, sur les clientèles à desservir et sur les services à offrir.

Particularités et ressources.

Elles doivent tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles et socio-économiques des usagers ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières mises à la disposition de l'établissement.

Conformité.

De plus, ces priorités doivent être conformes au plan des effectifs médicaux et dentaires approuvés par l'agence conformément à l'article 78.

Responsabilité.

172. Le conseil d'administration doit en outre pour tout établissement qu'il administre s'assurer :

1° de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés ;

2° du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes ;

3° de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières ;

4° de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

TITRE II LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Organisme communautaire.

334. Dans la présente loi, on entend par « organisme communautaire » une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives dont les affaires sont administrées par un conseil d'administration composé majoritairement d'utilisateurs des services de l'organisme ou de membres de la communauté qu'il dessert et dont les activités sont reliées au domaine de la santé et des services sociaux.

Subvention.

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

Critères d'attribution.

336. Une agence peut, suivant les critères d'admissibilité et d'attribution qu'elle détermine conformément aux règles budgétaires applicables, subventionner un organisme communautaire dans l'un ou l'autre des cas suivants :

1° s'il offre des services de prévention, d'aide et de soutien aux personnes de la région, y compris des services d'hébergement temporaire ;

2° s'il exerce, au niveau de la région, des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des utilisateurs de ses services ou des usagers de services de santé ou de services sociaux de la région.

Promotion de la santé.

Une agence peut également subventionner un organisme communautaire qui s'occupe, au niveau de la région, de la promotion de la santé et du développement social.

Organismes concernés.

337. Le ministre peut, conformément aux règles budgétaires applicables, subventionner :

1° des organismes communautaires qui s'occupent, pour l'ensemble du Québec, de la défense des droits ou de la promotion des intérêts des utilisateurs des services des organismes communautaires ou de ceux des usagers de services de santé ou de services sociaux ;

2° des organismes communautaires qui s'occupent, pour l'ensemble du Québec, de la promotion du développement social, de l'amélioration des conditions de vie ou de la prévention ou de la promotion de la santé ;

3° des organismes communautaires qui exercent des activités répondant à des besoins nouveaux, utilisant des approches nouvelles ou visant des groupes particuliers de personnes ;

4° des regroupements provinciaux d'organismes communautaires.

Organismes mandatés.

Le ministre peut également subventionner un organisme communautaire à qui il a confié un mandat d'assistance et d'accompagnement en application du premier alinéa de l'article 76.6, pour l'exercice de ce mandat.

PARTIE III COORDINATION, SURVEILLANCE ET RÉGLEMENTATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

TITRE I LES INSTITUTIONS RÉGIONALES

CHAPITRE I LES AGENCES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

SECTION II FONCTIONS PARTICULIÈRES

3. Fonctions reliées à l'organisation des services

Programme en langue anglaise.

348. Une agence doit élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de sa région dans les centres exploités par les établissements de sa région qu'elle indique ou, le cas échéant, conjointement avec d'autres agences, élaborer un tel programme dans les centres exploités par les établissements d'une autre région.

Importance des ressources.

Un tel programme d'accès doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières des établissements et inclure tout établissement de la région qui est désigné en vertu de l'article 508.

Approbation.

Ce programme doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les trois ans.

Respect des communautés culturelles.

349. Une agence doit, en concertation avec les organismes représentatifs des communautés culturelles et les établissements de sa région, favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés culturelles.

II. Extraits de la loi 10

LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT PAR L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES

PREMIÈRE SESSION QUARANTE ET UNIÈME LÉGISLATURE

Projet de loi no 10

(2015, chapitre 1)

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

Présenté le 25 septembre 2014

Principe adopté le 28 novembre 2014

Adopté le 7 février 2015

Sanctionné le 9 février 2015

Éditeur officiel du Québec

2015

1. La présente loi modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau.

À cet effet, elle prévoit l'intégration territoriale des services de santé et des services sociaux par la mise en place de réseaux territoriaux de services de santé et de services sociaux visant à assurer des services de proximité et leur continuité, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques.

15. Avant de procéder à la nomination des membres indépendants d'un conseil d'administration, le ministre doit établir des profils de compétence, d'expertise ou d'expérience dans chacun des domaines suivants :

- 1° compétence en gouvernance ou éthique ;
- 2° compétence en gestion des risques, finance et comptabilité ;
- 3° compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines ;
- 4° compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité ;
- 5° expertise dans les organismes communautaires ;
- 6° expertise en protection de la jeunesse ;
- 7° expertise en réadaptation ;
- 8° expertise en santé mentale ;
- 9° expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux.

16. Afin de procéder à la nomination des membres indépendants des conseils d'administration, le ministre constitue un ou plusieurs comités d'experts en gouvernance chargés de lui faire des recommandations, notamment en ce qui concerne les candidats à considérer et la correspondance de leur profil avec ceux établis en application du premier alinéa de l'article 15.

Un comité d'experts est constitué de sept membres nommés par le ministre. Quatre de ces membres sont nommés sur recommandation d'un organisme reconnu en matière de gouvernance d'organisations publiques identifié par le ministre. Les trois autres membres doivent, au moment de leur nomination, avoir été présidents de conseil d'administration d'un établissement. Les membres d'un comité d'experts ne peuvent, à quelque titre que ce soit, être désignés ou nommés membres d'un conseil d'administration.

Le processus de sélection des candidats par le comité d'experts doit comprendre un appel de candidatures général. Le comité propose au ministre deux candidats par poste à combler.

17. Lorsqu'il procède aux nominations, le ministre doit s'assurer de la représentativité des différentes parties du territoire desservi par l'établissement.

Il doit également tenir compte de la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble des usagers que l'établissement dessert.

En outre, le conseil d'administration doit être constitué en parts égales de femmes et d'hommes. Lorsque la différence entre les femmes et les hommes est d'au plus deux, l'égalité entre eux est présumée.

Le président-directeur général n'est pas pris en compte aux fins de ce calcul.

28. Le conseil d'administration d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné administre les affaires d'un tel établissement et, le cas échéant, celles d'un établissement regroupé et en exerce tous les pouvoirs, à l'exception de ceux attribués aux membres d'une personne morale visée à l'article 139 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour l'application des articles 180, 181.1, 262.1, 322.1 et 327 de cette loi.

De plus, le conseil d'administration d'un centre intégré doit obtenir l'accord d'au moins les deux tiers des voix exprimées par les membres d'un établissement regroupé qu'il administre pour toute décision relative à l'accès aux services de nature culturelle ou linguistique rendus dans les installations de cet établissement.

29. Le conseil d'administration organise les services de l'établissement dans le respect des orientations nationales.

De plus, le conseil d'administration répartit équitablement, dans le respect des enveloppes allouées par programme-service, les ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'il dessert et s'assure de leur utilisation économique et efficiente.

30. Le conseil d'administration d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doit tenir, au moins une fois par année, une séance publique d'information à laquelle est invitée à participer la population. Cette séance peut être tenue en même temps que l'une des séances prévues à l'article 176 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Un avis public d'au moins 15 jours, qui indique la date, l'heure et le lieu de la tenue de cette séance, doit être donné à la population par le conseil d'administration.

Les membres du conseil d'administration doivent alors présenter à la population les renseignements contenus au rapport d'activités et au rapport financier annuel de l'établissement.

Le rapport sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits visé à l'article 76.10 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux doit également être présenté à la population lors de cette séance publique d'information.

Les membres du conseil d'administration doivent répondre aux questions qui leur sont adressées relativement aux rapports présentés à la population.

Le mode de convocation de cette séance de même que la procédure qui doit y être suivie sont déterminés par règlement de l'établissement.

55. Un établissement public doit conclure avec le ministre une entente de gestion et d'imputabilité.

L'entente de gestion et d'imputabilité contient une définition de la mission de l'établissement, les objectifs visés pour la durée de l'entente et les principaux indicateurs qui permettront de rendre compte des résultats atteints.

L'établissement doit élaborer un plan d'action qui contient les moyens pris pour donner suite à l'entente et les ressources disponibles pour y arriver.

Cette entente et le plan d'action qui en découle doivent permettre la mise en œuvre des orientations stratégiques déterminées par le ministre.

71. Sous réserve des dispositions particulières de la présente loi, les fonctions d'une agence prévues à l'article 340 de cette loi sont exercées par le centre intégré de santé et de services sociaux ou le ministre selon ce qui suit :

1° le centre intégré de santé et de services sociaux doit s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau de la santé et des services sociaux et s'assurer du respect des droits des usagers ;

2° le centre intégré de santé et de services sociaux doit s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers ;

3° le ministre est responsable d'allouer les budgets destinés aux établissements ;

4° le centre intégré de santé et de services sociaux est responsable d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées au premier alinéa de l'article 454 ;

5° le ministre est responsable d'attribuer les subventions aux organismes communautaires visées au deuxième alinéa de l'article 454 de cette loi ;

6° le centre intégré de santé et de services sociaux doit s'assurer de la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 de cette loi ainsi que des activités des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 de cette loi et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu ;

7° le ministre s'assure de la coordination des activités des établissements au sein d'une même région, de même que de la coordination des services entre les établissements des régions avoisinantes ;

8° le centre intégré de santé et de services sociaux doit mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes ;

9° le centre intégré de santé et de services sociaux doit s'assurer d'une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition ;

10° le centre intégré de santé et de services sociaux exerce les responsabilités confiées à une agence par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2) ;

11° le centre intégré de santé et de services sociaux doit s'assurer de la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ;

12° le ministre est responsable de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements ;

13° le ministre doit permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 12°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types ;

14° le ministre doit s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels ;

15° le ministre peut développer des outils d'information et de gestion pour les établissements et les adapter aux particularités de ceux-ci ;

16° le centre intégré de santé et de services sociaux doit prévoir des modalités et développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction au regard des résultats obtenus ; il doit rendre compte de l'application du présent paragraphe dans une section particulière de son rapport annuel de gestion ;

17° le centre intégré de santé et de services sociaux doit développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits.

76. Tout établissement public doit élaborer, dans les centres qu'il indique, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise ou, le cas échéant, conjointement avec d'autres établissements publics, élaborer un tel programme dans les centres qu'il indique qui sont exploités par ces établissements.

Le programme doit identifier les services accessibles en langue anglaise dans les installations indiquées. Il doit, de plus, prévoir les exigences linguistiques pour le recrutement ou l'affectation du personnel nécessaires à la dispensation de tels services.

Un établissement public peut, avec l'accord d'un établissement privé conventionné, indiquer dans son programme d'accès des services pouvant être dispensés par cet établissement à ses usagers en vertu d'une entente.

Le programme doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement. Il doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les cinq ans.

122. Le plan d'action régional élaboré par un centre intégré de santé et de services sociaux en application de l'article 11 de cette loi doit comprendre des mesures qui tiennent compte des spécificités locales de la population de la région. Ces mesures sont élaborées en concertation, notamment, avec les établissements publics de la région, le cas échéant, ainsi qu'avec les organismes communautaires concernés.

III. Loi canadienne sur la santé

3. La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

10. La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

IV. Pacte international des droits économiques, culturels et sociaux (PIDECES)

Voici un des articles à considérer :

Article 12

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :

- a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;
- b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ;
- c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;
- d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

Soulignons que le Canada a adhéré, en 1976, au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Le Québec a adopté au mois d'avril de la même année le décret 1438-76 pour marquer son adhésion à ce pacte.

En adhérant à ce Pacte, les gouvernements acceptent de rendre compte de son application de façon périodique aux Nations Unies. Ils s'engagent à adopter des moyens appropriés, en particulier des mesures législatives, pour assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le Pacte. Parmi ceux-ci, il y a le droit au travail et le droit de jouir de conditions de travail justes et raisonnables, le droit à un niveau de vie suffisant pour soi-même et sa famille, le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale que l'on est capable d'atteindre, ainsi que le droit à l'éducation.

Cette adhésion crée pour le gouvernement québécois des obligations de résultats, notamment en matière de services sociaux et de santé.

V. NOTE :

La CDPDJ définit la notion d'intégrité comme suit :

« L'intégrité

Le droit à l'intégrité vous protège entre autres contre les actions et les situations qui peuvent avoir des conséquences physiques, psychologiques ou émotives importantes sur vous. Il vous permet par exemple d'accepter ou de refuser des soins de santé. »

Les enjeux de la nutrition des jeunes enfants issus de l'immigration à Parc-Extension

- **Josiane Cyr, nutritionniste**
- **Audrey Gaboury, CAP** (Parc-Extension et Métro)

Programme Enfance-Famille
CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CLSC de Parc-Extension



But de la présentation:

- Faire connaître les services en Enfance-famille du CLSC
- Enjeux concernant les jeunes enfants issus de l'immigration du quartier Parc-Extension
- Lien entre nutrition et développement du jeune enfant
- Recommandations
- Projet de recherche

Enfance-Famille

... femme enceinte, papa, enfant et famille, au cœur de l'intervention

Mandat:

- Aider les femmes enceintes à vivre une grossesse sereine et en santé
- Favoriser la santé, le bien-être et le développement optimal de l'enfant
- Soutenir les mères et les pères dans leur nouveau rôle et dans le développement de leurs habiletés parentales

Des services de promotion de la santé et de prévention.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Ouest
de l'Île-de-Montréal

Québec



3

Équipe Enfance-famille (EF)

- Infirmières
- Travailleuses sociales
- Psychoéducatrices, éducateur spécialisés
- Nutritionnistes
- Orthophonistes
- Ergothérapeute
- Psychologue
- Auxiliaires de santé et services sociaux (ASSS)

4

Offre de services Enfance-famille:

Prénatal

- Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance (SIPPE)
- Programme OLO (Œufs, Lait, Orange = multivitamines)
- Cours prénataux (en groupe, LOV, en ligne)

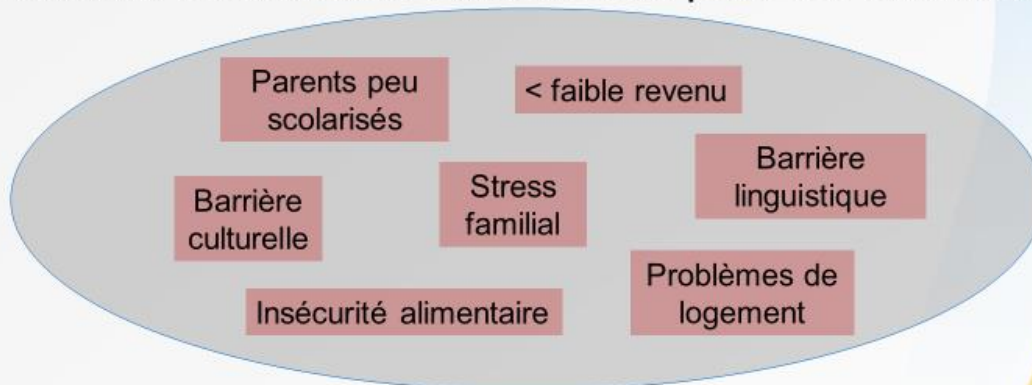
Groupes

- Renforcement des habiletés et rôles parentaux et informations sur le développement de l'enfant
- Groupe de stimulation
- Ateliers sur l'alimentation de l'enfant
- Halte-allaitement pour les nouvelles mères (parents)

Postnatal

- Avis de naissance
- Vaccination (0-6 ans)
- Suivi nutritionnel de la mère et des enfants (0-5 ans)
- Clinique Bébé-dent
- Aide à domicile (ASSS)
- Services et suivis psychosociaux
- Interventions éducatives
- Interventions éducatives précoces (IÉP)
- Orthophonie et ergothérapie
- Clinique de développement
- Partenariat avec le milieu communautaire

Plusieurs facteurs de vulnérabilité pour les familles:



Demandeurs d'asile :

- (< 3 an)



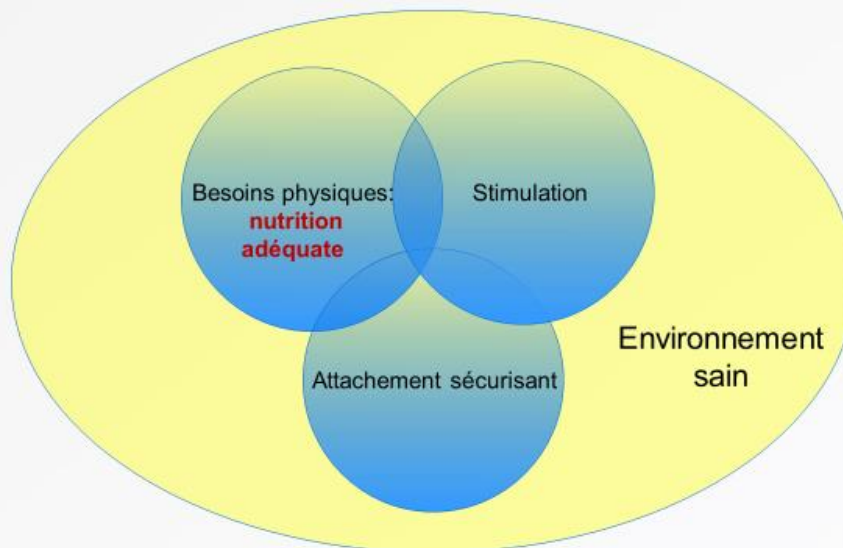
Développement des enfants:

Les facteurs de vulnérabilité s'additionnent:

- Risques nutritionnels
 - Ex. consommation excessive de lait de vache
- Sous-stimulation à la maison
 - Ex. temps de TV



Besoins de l'enfant pour son développement :



Une nutrition adéquate


Rôle crucial pour le développement du jeune enfant sur les plans:

- physique
- social
- émotionnel
- **cognitif**



Maalof-Manasseh, 2016

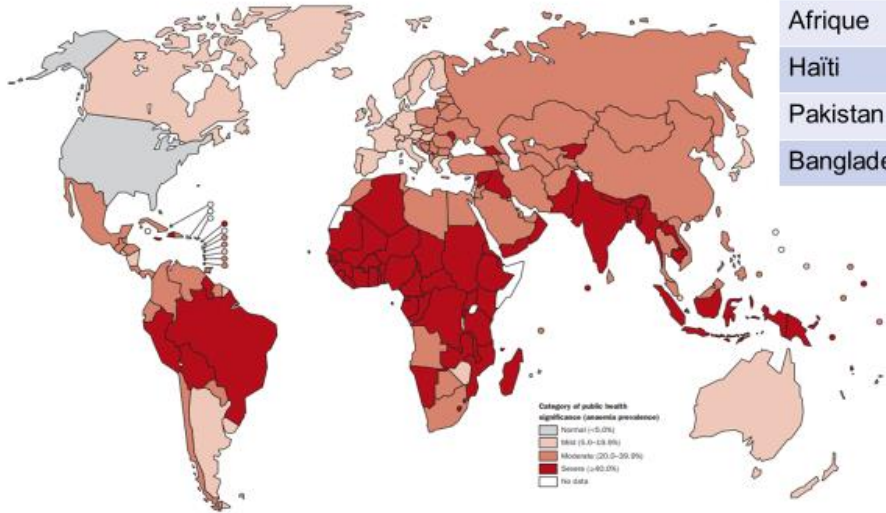
Implication des nutriments dans le développement cérébral

	Prolifération des neurones	Croissance des axones et dendrites	Formation des synapses, élagage et fonction	Myélinisation	Apoptose
Protéine/énergie	✓	✓	✓	✓	✓
Acides gras	✓		✓	✓	
Fer	✓	✓	✓	✓	
Iode	✓	✓	✓	✓	
Zinc	✓	✓	✓		✓
Choline	✓		✓		✓
Vitamines B	✓	✓	✓	✓	

Adapté de Prado, 2014

Taux d'anémie chez les 0-5 ans...

MORISSEAU UNIVERSITÉ



Canada	8%
Inde	74%
Afrique	68%
Haïti	65%
Pakistan	51%
Bangladesh	47%

OMS, 2006

Quartier Parc-Extension, Montréal

- 47% d'immigrants en provenance de pays ayant de forts taux d'anémie:

- 21% de l'Inde
- 10% du Pakistan
- 9% du Bangladesh
- 8% d'Haïti



Facteurs de risques de l'anémie ferriprive	Références
Prématurité	AAP, USPSTF, SCP
Faible poids de naissance	AAP, USPSTF, SCP
Exposition au plomb	AAP
Enfant d'origine asiatique ou autochtone	SCP
Problèmes d'alimentation, retard de croissance	AAP
Aliments complémentaires contenant peu de fer	AAP, CDC
Lait de vache introduit avant l'âge de 12 mois	SCP, CDC
Consommation excessive de lait de vache (>24 on)	CDC
Immigration récente	USPSTF
Statut socioéconomique faible	AAP, SCP

Cheriet, 2016

Un enjeu important:

- **Difficulté de dépister les jeunes enfants en bas âge**

Pourquoi???

- Enfants qui n'ont **pas de prise en charge médicale, donc pas de suivi**

Recommandations

Accès à un médecin de famille

Infirmière praticienne spécialisée en périnatalité et petite enfance

Prescription infirmière pour les tests sanguins

Accès au DSQ par les nutritionnistes

Consultation en nutrition pour toutes les femmes enceintes vulnérables



Projet de recherche **en attente de financement:**

- Dépistage des enfants de 12 mois à risques de carence en fer avec ou sans anémie
- Grille basée sur les pratiques alimentaires inadéquates
- Enfants de milieux vulnérables vus en clinique de vaccination
- Collaboration 2 GMF, 2 CLSC et 2 universités

Avec le soutien de Réseau-1 Québec et de
l'Institut Universitaire SHERPA

Merci!



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Ouest-
de-l'île-de-Montréal
Québec

SHERPA
Recherche. Immigration. Société.
Parce que notre monde bouge

Annexe 4 : Services de Santé et Services sociaux au CLSC Parc-Extension en 2020

Le CLSC (Centre Local de Santé communautaire) a le mandat d'offrir des services de santé et services sociaux à la population locale de son territoire ou des services en proximité. Ces services seront donnés par une équipe interdisciplinaire pouvant inclure des médecins, des infirmières, et des travailleurs sociaux. D'autres professionnels de la santé seraient des psychologues, d'orthophonistes, des ergothérapeutes, des kinésiologues, des nutritionnistes, des éducateurs spécialisés de l'enfance, des médecins consultants spécialisés, et des infirmières praticiennes spécialisés dans les soins de première ligne (IPS-SPL). Un CLSC est un établissement public et ses programmes reçoivent le financement du ministère de la santé provincial. Donc, le CLSC dépend aussi des équipes non cliniques telles que des gestionnaires et les personnes responsables des programmes, ainsi que d'un soutien clérical essentiel pour servir à la population.

Division des services courants

Les professionnels de la santé du CLSC travaillent dans plusieurs domaines cliniques et dans différents programmes. La division des « 'services généraux/services courants' », est une porte

d'entrée dans le système de santé. Cette division offre des soins à la population du territoire, sur l'étendue des heures d'ouverture (soit de 8 h à 20 h, en semaine).

Les services généraux du CLSC Parc-Extension comprennent un **centre de prélèvements** (7 h 30 à 15 h, en semaine) où la population de 16 ans et plus peut aller faire la plupart des tests sanguins, sans rendez-vous (à condition d'avoir en mains une requête d'un médecin).

Les services généraux se situent au premier étage du CLSC. La population du territoire (tout âge) ayant un problème de santé peut toujours voir une infirmière clinicienne, en **sans rendez-vous** afin d'être évalué, traité (si possible), conseillé et/ou redirigé (cliniques, hôpitaux, etc.) si cela s'avère nécessaire.

Les hôpitaux, cliniques et autres peuvent faire parvenir des demandes de soins au CLSC. Des **rendez-vous** seront donnés aux patients pour certains soins.

La réception du CLSC peut aussi faire parvenir la demande d'un patient au moment de sa visite vers une infirmière pour :

- Évaluation et soins d'une plaie (Ex. coupure, plaie chronique),
- Pilule contraceptive d'urgence et autre contraception,
- Mise à jour vaccinale pour les adultes
- Dépistage pour la tuberculose latente
- Administration et enseignement pour injections de médication (sous-cutané, intramusculaire, intraveineux) (ex : B12, fer, antibiotique)
- Soins de drains et autres appareillages spécialisés (cathéter urinaire, pessaire, etc.)
- autres problèmes de santé

L'infirmière pourra, à sa discrétion, demander l'avis d'un médecin ou traiter la demande elle-même. Pour des cas urgents ou si un médecin n'est pas disponible, l'infirmière peut appeler l'ambulance pour un transfert aux soins d'urgence d'un hôpital.

L'équipe des services généraux peut compter sur les professionnels de la santé du GMF pour un avis ou une collaboration si cela s'avère nécessaire ou en cas d'urgence.

Certains programmes spéciaux pour des conditions de santé chroniques sont aussi offerts par les professionnels de la santé des services généraux/courants :

- **Programme Maladies Chroniques** : pour hypertension artérielle, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et diabète (conseils et instructions par infirmières, nutritionnistes incluant un test de dépistage de rétinopathies diabétiques avec photo-scan). Une référence par le médecin traitant du patient assure son suivi dans cette clinique pour un nombre limité de sessions d'apprentissage afin de devenir autonome dans la gestion d'une condition chronique.
- **Centre d'abandon du tabac** pour préparer et soutenir un client qui veut cesser de fumer. L'infirmière pourra aussi prescrire des traitements de remplacement de nicotine.
- Le programme de **virus de l'hépatite C** est géré par une infirmière clinicienne qui assure l'évaluation de cette condition par un spécialiste, et ce pour une population d'un territoire plus large que celle du CLSC. Les patients auront leurs traitements et suivis grâce à la coordination offerte par l'infirmière.
- Les services généraux/courants offrent également des **services sociaux** aux adultes principalement. L'Accueil Psycho-Social (premier étage) offre un travailleur social de garde, de jour, pour répondre à leurs besoins. Un client avec un problème de logement, de finances ou légal peut se présenter à la réception du CLSC et demander à voir un travailleur social.

Division Santé mentale adulte

Le programme de **Santé mentale adulte** offre des soins interdisciplinaires, et un patient référé par l'hôpital ou par un médecin (via le Guichet Accès Santé mentale ou GASMA) pourra recevoir des traitements mensuels injectables pour une période indéfinie. L'infirmière assurera que le patient tolère bien le traitement et que celui-ci fonctionne bien en général.

Aussi dans Santé mentale adulte, une équipe de travailleurs sociaux assure le suivi pour un nombre limité de sessions aux adultes ayant eu une référence par le GASMA. Cette équipe a une bonne connaissance des ressources et des références pouvant aider la personne souffrant de dépendances, ayant besoin de réinsertion sociale ou nécessitant des services de deuxième ligne.

Les psychiatres pour adultes dans le programme GASMA vont rencontrer leurs patients référés au CLSC Parc-Extension. Les psychiatres sont Dre. Georgina Zahirney et Dr Sigman. Ils agissent comme consultants et ne font pas de prise en charge ou suivi au CLSC.

Division de Enfance-Famille-Jeunesse (présenté par Mmes. Josiane Cyr et Audrey Gaboury)

Division de SAPA

Un autre programme typique d'un CLSC qui nécessite la participation de plusieurs intervenants de santé est le maintien à domicile pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie. Ce programme s'appelle SAPA (Soutien à l'autonomie pour les personnes âgées). L'équipe comprend des infirmières, infirmières-auxiliaires, travailleurs sociaux, techniciens en travail social, physiothérapeutes, technicien en réadaptation physique, ergothérapeutes, commis, secrétaires, auxiliaires familiales et aussi une équipe de soins palliatifs pour les clients en fin de vie. La demande pour une évaluation ou un suivi à domicile peut provenir soit de l'hôpital ou d'un médecin, de la communauté, de la famille ou du client lui-même. Les intervenants vont faire une évaluation globale et donner des soins et services appropriés. Des exemples de services possibles sont l'évaluation pour la démence, soins d'hygiène, popote roulante, soins de pansements et prise de sang, évaluation de la mobilité et équipements pour maintenir l'autonomie, etc. Les gestionnaires et le soutien clérical coordonnent les services. Les gestionnaires de cas assurent aussi la communication entre les médecins traitants et les partenaires dans la communauté.

Médecins de Famille et Infirmières Praticiennes (IPS-SPL)

Depuis 2011 les médecins du CLSC ont adopté le modèle du Groupe Médecin de Famille (GMF) et en même temps ont créé l'Unité de Médecine familiale pour la formation des futurs médecins (résidents en médecine familiale) dans un programme de deux ans. Ce GMF-U fait partie du plus grand GMF Village représenté par les médecins des CLSC Parc-Extension, Côte-des-Neiges et Metro. Tous ensemble le plus que trente médecins devaient inscrire des patients à leur nom et assurer des cliniques rendez-vous (RV) avec du sans rendez-vous (SRV). La clinique SRV serait accessible uniquement aux patients inscrits avec un médecin du GMF Village entre 8 h et 16 h durant la semaine. Le plus grand des trois CLSC, le CLSC Côte-des-Neiges, offre le SRV de lundi au vendredi entre 16 h et 20 h et les fins de semaine et jours fériés de 9 h à 13 h. Les de médecins des trois CLSC couvrent les soirs, fins de semaine et jours fériés à tour de rôle.

Le GMF reçoit le financement du ministère de la Santé pour du matériel, soutien clérical et pour engager d'autres professionnels de la santé tels qu'une pharmacienne, infirmière clinicienne et travailleuse sociale pour répondre aux besoins de la population inscrite à un médecin du GMF.

Pour ne pas entrer dans les détails, il suffit de dire qu'en octobre 2018 les médecins du GMF au CLSC Parc-Extension ont pris la difficile décision de ne plus prendre des patients non-inscrits (au GMF) dans la clinique SRV. Ceci voulait dire que les personnes sans médecin de famille au GMF et les nouveaux demandeurs d'asile s'installant à Parc-Extension ne pouvaient plus voir un médecin au SRV. Ces personnes seraient dirigées aux nouvelles cliniques SRV financées par le ministère : les GMF-réseaux. Ces cliniques devaient être ouvertes 12 heures par jour et sept jours par semaine. Si un patient non-inscrit au GMF Village se présente à l'Accueil du CLSC Parc et demande de voir un médecin au SRV, le patient maintenant reçoit une liste des cliniques GMF-réseaux, ou le patient devra se diriger.

Comme dans le reste de Montréal un patient avec résidence permanente et une carte assurance maladie pourra se mettre sur une liste d'attente pour avoir son propre médecin de famille (une prise en charge) en consultant le site web www.gamf.qc.ca pour le Guichet Accès Médecin de Famille (GAMF). Les demandeurs d'asile et leurs enfants nés au Québec ne peuvent pas s'inscrire sur le GAMF.

Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL ou simplement IPS) travaillent aussi au CLSC Parc-Extension. Elles peuvent poser des diagnostics pour des conditions communes, faire des ordonnances pour des investigations (bilan sanguin et imagerie) et prescrire certains médicaments dont la liste augmente avec le temps. Les IPS travaillent souvent en partenariat avec les médecins pour suivre les patients inscrits dans le GMF.

Il existe actuellement deux cliniques au CLSC Parc-Extension qui sont ouvertes à la population non inscrite au GMF Village :

1. Clinique Infections transmises sexuellement par le sang (Clinique ITSS) : les lundis de 13 h à 16 h pour les hommes et les femmes. Les médecins, les résidents en formation, les IPS et les infirmières du CLSC ou du GMF évaluent les patients, font les investigations,

fournissent des traitements et assurent un suivi cas par cas. Celle-ci n'est pas une clinique de prise en charge.

2. Clinique de Dépistage pour les Demandeurs d'Asile : cette clinique est dirigée par un médecin de famille, Dr Chirgwin, qui ensuite dirige les nouveaux demandeurs d'asile aux Services courants pour des bilans sanguins, dépistage pour tuberculose latente, mise à jour vaccinale et autres services dans le CLSC ou dans d'autres établissements externes. Celle-ci n'est pas une clinique de prise en charge.

Conclusion

L'accès aux services de santé et services sociaux du CLSC Parc-Extension dépend de la diffusion de l'information dans la communauté. Même s'il n'y a pas accès à un médecin de famille (pour une prise en charge) actuellement au CLSC, plusieurs services sont disponibles pour la population du quartier dans plusieurs domaines de la santé fournis par une équipe interdisciplinaire.

Auteur : Dr Juan Carlos Chirgwin avec l'assistance de Shélanie Cardinal (Services courants), Josée Bouchard (Santé mentale), Cristiana Anghelescu (EFJ), Josiane Cyr (EFJ nutrition) et Georgia Papadopoulos (SAPA).

Annexe 5 : Guide d'animation sur les trajectoires de soins et services

PAR LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

VERSION 1.0 : DÉCEMBRE 2017

(EXTRAIT)

QU'EST-CE QU'UNE TRAJECTOIRE DE SOINS ET SERVICES ?

C'est une succession d'étapes interdépendantes, cliniques ou administratives, à travers des lieux et des installations (dont celles des partenaires) que parcourt l'utilisateur à l'occasion d'un ou de plusieurs épisodes de soins et services et visant des résultats pour répondre, au final, à son ou ses besoins.

Cette définition de trajectoire sous-entend plusieurs principes fondamentaux sous-jacents à « l'animation de trajectoire ».

La « succession d'étapes interdépendantes » implique :

- Du temps et des occasions de rencontres formelles pour développer une vision partagée de la part des directions, de l'ensemble des employés, ainsi que des partenaires et usagers concernés par les étapes cliniques et administratives ;
- Une collaboration et une communication régulière pour assurer la cohérence et la standardisation des actions réalisées entre les étapes.

Des « épisodes de soins et services visant des résultats » impliquent :

- Une approche centrée sur l'amélioration continue et la mise en place d'une culture de la mesure et de l'innovation ;
- Un leadership transformationnel fort des gestionnaires, conseillers-cadres, superviseurs cliniques, médecins et autres intervenants impliqués dans l'animation d'une trajectoire ;
- Un soutien régulier et formel des équipes cliniques et administratives pour assurer le développement professionnel.

Le fait de « répondre aux besoins de l'utilisateur » implique :

- De placer les usagers et la population au cœur des préoccupations et des décisions stratégiques, cliniques et administratives ;

- De favoriser le pouvoir d’agir de l’usager et de ses proches, et ce, en les reconnaissant comme des experts de leur expérience et en les invitant à jouer un rôle actif complémentaire à celui des intervenants ;
- De favoriser la mobilisation et la participation communautaire.

Cette définition de trajectoire de soins et services s’inscrit en cohérence avec les travaux de plusieurs auteurs qui soulignent l’importance :

- De décrire le parcours et le service optimal à offrir à la bonne personne, dans le bon ordre, au bon moment, au bon endroit, avec les bons résultats, tout en prêtant une attention particulière à l’expérience de l’usager ;
- D’engager les parties prenantes dans une approche collaborative axée sur les résultats ;
- D’utiliser la trajectoire comme un outil pour faciliter la prise de décision mutuelle et l’organisation de soins d’un groupe d’usagers bien défini durant une période donnée ;
- De définir les meilleurs processus pour la prise en charge coordonnée de populations particulières d’usagers basée sur les guides de bonnes pratiques, les données probantes et les attentes des usagers.

QUELLES SONT LES VISÉES DES TRAVAUX LIÉS AUX TRAJECTOIRES ?

Les travaux des trajectoires visent à :

- Améliorer l’expérience des soins et services des usagers et de leurs proches.
- Améliorer l’accessibilité, la fluidité, la qualité, l’équité et l’efficacité des soins et services offerts, en s’inspirant de cette expérience, tout en optimisant l’utilisation des ressources.
- Harmoniser l’offre de services et la prise en charge de 70 à 80 % des personnes visées à travers les étapes de soins et services, de la conception à la fin de vie. Il s’agit ici d’agir sur les situations vécues par le plus grand nombre possible d’usagers atteints d’une même condition clinique.
- Diminuer la variation dans les soins et services, ce qui peut entraîner des économies de coûts et la diminution des temps d’attente.

Le RSSS est confronté à une multitude de problèmes, dont certains doivent être résolus par une multitude d'acteurs qui doivent se concerter pour contribuer à la solution. Les travaux des trajectoires s'adressent à des enjeux complexes pour lesquels une action concertée est requise pour atteindre les objectifs.

Les travaux sur les trajectoires permettent donc de générer, expérimenter, évaluer, adopter de nouvelles modalités d'organisation du travail en réseau et permettent d'améliorer la collaboration interdisciplinaire.

En somme, les travaux liés aux trajectoires visent à combiner les efforts pour optimiser les activités cliniques et les services, à réduire les délais d'attente, à évaluer la pertinence de certains tests et examens, à centrer les actions sur ce qui apporte de la valeur à l'utilisateur, à favoriser la communication avec l'utilisateur et ses proches et, finalement, à évaluer les résultats des soins et des services sur la santé et le mieux-être de l'utilisateur tout au long de la trajectoire.