



ACCÉSSS

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

MÉMOIRE D'ACCÉSSS

RACISME ET DISCRIMINATION SYSTÉMIQUES – SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

GRUPE DE TRAVAIL SUR LE RACISME ET LA DISCRIMINATION

JUILLET 2020

Table des matières

I. Introduction	3
II. La discrimination systémique suite à un effet préjudiciable et la norme	6
III. Un accès équitable aux ressources, services, institutions et espaces publics pour chaque Québécoise et chaque Québécois, et ce, sans discrimination – La problématique	12
IV. La santé publique et les communautés ethnoculturelles : H1N1 et COVID-19 (Législation et réalité)	17
Loi sur la Santé publique	17
Loi sur l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	18
Loi sur les Services de santé et des Services sociaux (LSSSS)	19
Charte des droits et libertés du Québec	20
1. Pandémie A (H1N1).....	21
2. Crise de santé publique et la COVID-19.....	22
V. Le Règlement sur le délai de carence en santé	26
Plainte à la CDPDJ	26
Décision de la CDPDJ	28
Exemple – La famille P (2014)	29
Le dossier des enfants nés au Canada qui ne sont pas couverts par l’assurance maladie provincial	30
Périnatalité et santé des femmes immigrantes enceintes	31
La Loi 10 – Deux catégories de citoyens	34
VI. Conclusion	36
VII. Recommandation	37
Annexe A – Directive surfacturation	42
Annexe B – Extraits de la loi de la santé et des services sociaux	46
Annexe C – 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	50

I. Introduction

Les interventions et programmes d'ACCÉSSS sont fondés sur l'analyse des demandes historiques faites par les organismes membres et partenaires, ainsi que sur une profonde connaissance du terrain. Soulignons le fait qu'ACCÉSSS est le seul regroupement d'organismes de communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux au Québec.

Cela se traduit par de nombreuses demandes de partenariat émanant du secteur communautaire, du réseau de la santé et du milieu universitaire à l'égard d'ACCÉSSS qui, de plus, travaille étroitement avec ses 131 organismes membres. ACCÉSSS est donc devenu un lieu de convergence du milieu communautaire, du réseau de la santé et du milieu universitaire.

Ainsi, les programmes et les interventions d'ACCÉSSS constituent une valeur ajoutée au développement de la société.

Par ailleurs, la manière dont la population immigrante s'intègre dans la société québécoise est déterminée, en partie, par son niveau de santé et de bien-être. Les interventions et les programmes d'ACCÉSSS en santé et en services sociaux visent, donc, l'établissement de conditions de réussite pour l'inclusion harmonieuse des communautés ethnoculturelles dans la société québécoise.

De plus, nos interventions et activités s'inscrivent dans la Loi des Services de santé et des Services sociaux, notamment les articles 2.5, 2.7, 100 et 349.

La recherche nous démontre que la citoyenneté comprend deux parties, la citoyenneté formelle et la citoyenneté effective (Paquet 2008).

La citoyenneté formelle réfère au statut légal de citoyen, tel qu'attribué par l'État soit à la naissance ou soit comme le résultat d'un processus de naturalisation. Le second volet de la citoyenneté se réfère à la pratique concrète des droits hérités du statut de citoyen.

En conséquence, nos interventions et nos propositions ont comme objet l'exercice de la citoyenneté formelle et effective, ainsi que l'application de la législation en situation de crise de santé publique sans discrimination, donc à toute personne vivant au Québec indépendamment de son statut migratoire.

Dans un contexte d'immigration, la définition de l'interculturel fait écho aux rapports entre groupes de cultures et de pratiques sociales différentes menant à de nouveaux rapports sociaux et, notamment, à l'émergence d'une nouvelle culture de gestion des services publics. Ainsi, l'interculturel conduit à des transformations dans nos façons de faire et d'agir. **Les relations interculturelles conduisent à la mise en place d'instruments de transformations sociales menant à la redéfinition de la société.**

Ces transformations sociétales provoquent des réactions de résistance au sein de la société, car la stabilité et l'équilibre des rapports sociaux sont en constante transformation.

En conséquence, il ne suffit pas d'élaborer une politique, d'édicter une loi, d'élaborer un plan d'action et de mettre en place des structures pour que les communautés ethnoculturelles et les groupes racisés puissent les utiliser en toute égalité. Il faut que le MSSS, la Santé publique et le réseau de la santé gèrent et développent le réseau différemment. C'est un changement de culture, un nouveau cadre de gouvernance, l'implantation de nouvelles pratiques de gestion, une nouvelle orientation de la formation du personnel et un nouveau cadre de recherche qui sont exigés ici.

Pour illustrer cette situation, ACCÉSSS cite notamment en exemples, d'une part, le document du MSSS intitulé Accessibilité des services aux communautés culturelles – orientations et plan d'action 1989-1991 et, d'autre part, la législation en santé et la Charte des droits et libertés du Québec en lien avec la lutte aux pandémies.

Nous pouvons lire à la page 6 dans ce document du MSSS :

« Ce profil de la population québécoise a un impact sur plusieurs aspects de notre société. Nous assistons à de nouveaux rapports socioculturels et économiques entre les différentes composantes de la société. Nous constatons de nouveaux besoins et surtout de nouvelles façons d'exprimer des besoins sociosanitaires.

Des modifications sont nécessaires à plusieurs niveaux pour s'assurer que la clientèle issue des communautés culturelles qui ne se reconnaît pas toujours dans le système actuel puisse être desservie. Les pratiques de gestion, les pratiques professionnelles, ainsi que l'organisation des services, devront être révisées pour tenir compte du nouveau contexte. C'est le défi posé par la problématique de l'accessibilité des services aux communautés culturelles. »

À la page 13, nous lisons également :

« Les mesures du présent plan d'action visent essentiellement :

- L'intégration de la dimension interculturelle dans tous les programmes du Ministère;
- Une meilleure communication avec la clientèle sur les plans linguistique et culturel ;
- Une reconnaissance du rôle et de l'expertise culturelle des organismes communautaires des communautés culturelles;
- La diffusion d'une information adéquate aux communautés culturelles sur les services et le fonctionnement du réseau;
- La promotion de la recherche pour connaître les besoins particuliers en vue de développer des approches et des modèles d'intervention adaptés. »

Aujourd'hui, en 2020, à savoir 30 ans plus tard, ACCÉSSS constate que nous discutons des mêmes problématiques.

L'État québécois tient un discours sur la diversité de la société québécoise. Toutefois, ce discours ne s'est pas traduit en actions, en changements et en une meilleure inclusion.

Nous n'avons qu'à penser à l'échec des PAÉ en emploi, au refus de la reconnaissance des expériences et de la formation acquises hors Québec, au délai de carence de trois mois à l'accès à l'assurance maladie, à un manque de reconnaissance de l'expertise des organismes des communautés ethnoculturelles, la surfacturation des services de santé et l'exclusion des services de santé des enfants nés au Québec de parents sans statut.

De manière générale, les problèmes d'accès aux services collectifs et à l'emploi auxquels sont confrontés les immigrants et les réfugiés sont fréquemment considérés comme des difficultés de « nouveaux arrivants » qui se résoudront un jour par leur intégration dans la société d'accueil.

Il est très simple d'évaluer précisément les coûts reliés à l'exclusion sociétale des communautés ethnoculturelles (immigrants, minorités visibles et autres). Les composantes sont multiples et très bien connues, à savoir : le taux de chômage des immigrants, la discrimination en emploi des minorités visibles, le taux de décrochage scolaire, la maladie, les situations de handicap, l'inadéquation des soins de santé et des services sociaux, la formation et l'expérience acquise à l'étranger non reconnues, l'obligation de refaire des études.

En tant qu'organisme dont l'expertise se situe principalement dans l'interaction et la collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux, nous croyons pertinent de jeter un coup d'œil sur la façon dont ce réseau peut favoriser l'inclusion des immigrants dans la société québécoise, ou, au contraire, à les exclure.

II. La discrimination systémique suite à un effet préjudiciable et la norme

Dans le passage de « l'égalité de droit » à celui de « l'égalité de fait », la reconnaissance des préjugés est le premier pas dans la lutte contre la discrimination. Par conséquent, les changements de politiques et de programmes, la formation et la sensibilisation doivent être généralisés et doivent se faire dans un continuum incluant le personnel et le secteur public.

La Charte énonce dans le second « considérant » que les citoyens québécois sont égaux en valeur et que les lois du Québec s'appliquent, en toute égalité, à tous les citoyens. Ce « considérant » stipule :

« Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi. »

Par ailleurs, à l'insu de la plupart des gens, la société est organisée en fonction des besoins et des caractéristiques du groupe qui a le pouvoir d'en définir les règles. Au Québec, on pourrait dire sans risquer de se tromper, que la norme implicite est établie en fonction des besoins des hommes « blancs », hétérosexuels, d'origine européenne (sinon française et anglaise), de religion chrétienne, de langue française ou anglaise, de condition sociale favorisée (alphabétisés et scolarisés, exerçant une profession ou une activité générant un revenu bien au-delà du revenu minimum) et, surtout, « valides » (sans déficience et sans limitation fonctionnelle).

Cela a comme effet de générer des politiques et des pratiques discriminatoires à caractère systémique.

Ces considérations aident à comprendre le fait que, dans les chartes des droits et dans les lois antidiscriminatoires, on ait identifié des motifs de discrimination. En fait, ces motifs sont « choisis » à partir des principales composantes de cette norme implicite : le sexe, la

couleur de la peau, l'origine ethnique et nationale, le handicap, etc., caractéristiques qui constituent autant d'occasions d'être « hors normes ».

La conséquence en est que les personnes qui ne répondent pas à la norme implicite risquent tôt ou tard d'être victimes d'exclusions ou de distinctions qui porteront atteinte à leurs droits et à leur épanouissement, en rendant l'exercice du droit à l'égalité plus difficile, à moins que l'on se donne la peine de relativiser cette norme ou d'adapter l'organisation des services pour neutraliser cet effet d'exclusion. Nous faisons ici référence à l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, ainsi qu'à l'Arrêt Meiorin de la Cour suprême (1999).

Ainsi, la Charte stipule dans son premier « considérant » que :

« Considérant que tout être humain possède des droits et libertés intrinsèques, destinés à assurer sa protection et son épanouissement. »

Cela nous amène à évoquer ce que certains auteurs ont nommé le « paradoxe de la différence pour éviter la stigmatisation, lorsqu'on présente un écart par rapport à la norme, on doit à la fois revendiquer un traitement « égal » et un traitement « différent ».

Une personne issue des communautés ethnoculturelles ou racisée demande à la fois qu'on lui donne accès au cadre et aux services que l'on procure à une personne issue de la majorité et qu'on adapte ce cadre pour qu'il lui soit accessible et lui permette un plein accès aux services.

Pour résoudre le « paradoxe de la différence », il faut donc toujours garder à l'esprit que pour traiter en toute égalité, il faut parfois traiter différemment. C'est de cette façon que l'on fera reculer les différentes formes d'exclusion, faisant ainsi émerger une nouvelle culture de gestion des services publics.

Rappelons que la discrimination systémique se définit comme suit :

Des politiques, des lois, des procédures ou des pratiques, apparaissant neutres, mais qui ont ou peuvent avoir des effets d'exclusion en raison de caractéristiques appartenant à un groupe donné.

Dans le cas des communautés ethnoculturelles et des groupes racisés, ces caractéristiques sont « la race, la couleur, la religion, la langue, l'origine ethnique et nationale ». Nous nous référons ici notamment à l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec.

Les différences religieuses, linguistiques et culturelles se répercutent dans le dépistage, le diagnostic, le traitement et les suivis liés au traitement, ainsi qu'à l'adhésion au traitement. La Charte des droits et la Loi des Services de santé et des Services sociaux exigent des établissements de santé qu'ils créent les conditions permettant à chaque personne de bénéficier d'un accueil, d'un traitement et d'un suivi médical adaptés à sa situation, indépendamment de sa culture d'origine, de sa race, de sa langue, de son sexe, de sa religion, ainsi que de sa situation sociale et économique. Ceci doit se faire dans le respect de son intégrité, sa dignité et toute personne doit être traitée avec courtoisie dans le processus d'obtention des services de soins. La Loi des Services de santé stipule dans les articles 2.8, 2.8.1 et 3.3 :

« 2.8. Favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services ;

2.8.1 Assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux ;

3.3 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 ; »

De plus, la Charte des droits et libertés de la personne stipule dans son article 4 :

4. Toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation.

Dans le document intitulé « Charte simplifiée » (2016) la CDPDJ explique le respect de l'intégrité en santé ainsi :

« (droit) à 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. »

Cela nous amène à nous interroger sur l'accès équitable aux soins de santé de qualité des Québécois issus de l'immigration ou des minorités visibles par rapport aux Québécois d'origine française et anglaise. Les services sont disponibles, mais pas nécessairement accessibles. Cela a comme conséquence que les communautés ethnoculturelles et minorités visibles tardent à se prévaloir des services de soins préventifs et à se présenter aux services médicaux pour se faire soigner.

De plus, en raison de ces différences, cela peut donner lieu à de mauvais diagnostics, à des retards dans le diagnostic et à des difficultés à l'adhésion au traitement.

En dernier lieu, nous posons la question suivante :

Actuellement, la qualité des soins pour les communautés ethnoculturelles et des groupes racisés correspond-t-elle à celle dont bénéficient les patients de la société d'accueil ?

Pour qu'un membre des communautés ethnoculturelles ou des groupes racisés ait accès aux programmes et services en santé, il doit se conformer à la norme selon laquelle est constituée l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, le groupe de référence qui constitue la norme se compose de personnes ayant des croyances religieuses chrétiennes, de couleur de peau blanche, ayant des pratiques socioculturelles nord-américaines et étant d'origine française ou anglaise.

Cela a comme effet, en raison de l'hétérogénéité ethnoculturelle de la société, de générer des politiques et pratiques discriminatoires. Ainsi, la personne issue des communautés ethnoculturelles ou des groupes racisés est comparée à une personne du groupe de référence pour déterminer son « taux de ressemblance ». Plus grande est la ressemblance, plus elle est incluse ; l'inverse est également vrai. C'est cette relation qui définit la situation de discrimination et les inégalités de nature systémique en matière d'accès aux services de santé.

Pour être incluse, la personne présentant des différences ethnoculturelles et raciales doit répondre à la norme. Par ailleurs, les membres du groupe de référence ne seront jamais dans la situation des membres du groupe différent. C'est dans cette différence de situation que réside l'inégalité de résultats dans la disponibilité des services publics et dans l'accès à l'emploi, soit la situation de discrimination systémique qui est vécue par les membres des communautés ethnoculturelles et les personnes racisées, soit de la discrimination causée suite à un effet préjudiciable (Cour Suprême du Canada arrêt Meiorin 1999 paragraphe 40).

Paragraphe 40 :

« 40 Selon l'analyse conventionnelle, si une norme est qualifiée de « neutre » à l'étape préliminaire de l'examen, sa légitimité n'est jamais mise en doute. Il s'agit alors de savoir si on peut composer avec le demandeur, et la norme formelle elle-même demeure toujours intacte. L'analyse conventionnelle porte donc non plus sur les principes qui sous-tendent la norme, mais sur la façon dont des personnes « différentes » peuvent cadrer dans le « courant dominant » que représente la norme. »

À cause de leur différence, ces derniers ne pourront jamais, sans accommodement et transformation de la composition du groupe de référence, satisfaire la norme qui est fournie par le groupe de référence.

Dans l'arrêt Meiorin (1999), la Cour Suprême a décidé que l'obligation d'accommodement de l'employeur couvre à la fois la discrimination directe qu'indirecte. La Cour Suprême considère que l'accommodement assure que chaque personne est évaluée selon ses propres capacités, plutôt qu'en fonction de présumées caractéristiques du groupe auquel cette personne appartient. Selon la Cour, ces caractéristiques sont fondées sur des préjugés historiques. Même si l'affaire Meiorin est une cause de discrimination fondée sur le sexe en emploi, la décision de la Cour Suprême s'applique à toutes les formes de discrimination (origine nationale, race, langue, ethnicité et religion) et dans tous les secteurs de la société, incluant les services de santé.

De plus, la Cour indique qu'au « cœur de la question de l'égalité » se trouve « le but de la transformation ». La Cour ajoute également qu'il ne suffit pas de faire certaines concessions à ceux qui sont « différents », mais qu'il faut plutôt abandonner « l'idée de la normalité » et œuvrer à la véritable inclusion, tel que démontré dans le paragraphe 33 du jugement.

« 33 Dans la mesure où l'analyse à deux volets repose sur une comparaison de la représentation démographique relative de divers groupes, on peut prétendre qu'elle est inutile. En premier lieu, il est difficile de soutenir qu'une norme apparemment neutre devrait être maintenue parce que son effet discriminatoire est limité aux membres d'un groupe minoritaire et ne touche pas la majorité des employés. La norme elle-même est discriminatoire justement parce qu'elle traite certains individus différemment des autres pour un motif prohibé: (...). »

En dernier lieu, la question que nous posons est : existe-t-il au Québec deux catégories de communautés face à la législation et à la protection de la loi ? Soient, d'une part, les communautés d'origine française et d'origine d'anglaise et, d'autre part, les communautés ethnoculturelles et les communautés racisées? Ces communautés ne sont pas nées immigrantes ou racisées (étrangères), mais le deviennent et le resteront toujours aux yeux du groupe de référence, ayant comme conséquence que leurs membres ne soient jamais considérés comme citoyens à part entière.

III. Un accès équitable aux ressources, services, institutions et espaces publics pour chaque Québécoise et chaque Québécois, et ce, sans discrimination – La problématique

En raison de notre mission, nous allons donner l'exemple du réseau de la santé et des services sociaux. Les gouvernements successifs nous présentent l'accès à la santé surtout à partir des considérations financières. La Loi 10 nous engage dans une restructuration du réseau de la santé largement imposée par l'augmentation des coûts des soins de santé. Il vise donc à implanter des mesures budgétaires et administratives pour freiner l'augmentation de ces coûts.

Par ailleurs, ces mesures administratives et budgétaires ne règlent pas les problèmes d'accès pour les communautés ethnoculturelles. Les services peuvent être disponibles, mais pas nécessairement accessibles ; l'organisation des programmes n'est pas nécessairement équitable. En fait, les préoccupations des communautés ethnoculturelles et des groupes racisés risquent d'être occultées dans le processus de restructuration et cela pour plusieurs raisons. Par exemple :

- Les communautés ethnoculturelles et les groupes racisés ne sont pas adéquatement représentées dans les structures décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux ;
- Les recherches sont inadéquates pour ce qui touche aux obstacles d'accès et à l'identification des besoins des communautés ethnoculturelles et des groupes racisés, de sorte que ces éléments sont négligés dans la planification, dans la détermination des budgets et l'allocation des ressources ;
- En mettant l'accent sur la compression des dépenses, les gestionnaires hésitent à préciser les nouveaux programmes qui seraient requis en raison de l'immigration.

Par ailleurs, au travers la diversité de leurs langues, systèmes de valeurs et comportements, les communautés ethnoculturelles influencent, à la fois, les politiques du MSSS et le quotidien des établissements du réseau.

Dans la pratique clinique, la communication est essentielle dans un environnement où se parlent plusieurs langues étrangères et interagissent plusieurs cultures.

La gestion de la diversité, considérée comme un défi par le MSSS et par le réseau de la santé et des services sociaux, doit être analysée sous l'angle du niveau d'accessibilité aux services, de la qualité des prestations, des principes d'efficacité et d'efficience, du développement des compétences du personnel, ainsi que celui du financement.

Notre mémoire s'adresse notamment à cette problématique. Il s'inscrit également dans la Loi de la santé et des services sociaux, notamment aux articles 2.1, 2.5, 2.7, 2.8, 3, 4, 100, 337 et 349. (Voir l'annexe B pour le texte de ces articles).

Tel que nous l'avons déjà indiqué, la manière dont la population immigrante s'inclut dans la société québécoise est déterminée, en partie, par son niveau de santé et de bien-être. Les interventions et les programmes d'ACCÉSSS, en santé et en services sociaux, visent donc l'établissement de conditions de réussite pour assurer l'inclusion harmonieuse des communautés ethnoculturelles dans la société québécoise.

Le Québec veut combler son déficit démographique par l'immigration. Pour ce faire, le gouvernement s'est doté d'une politique favorisant l'augmentation des taux d'immigration dans les prochaines années.

Les changements démographiques en raison d'une immigration accrue exigent une nouvelle manière de développer et de gérer le réseau de la santé et des services sociaux.

Cela implique de revoir le mécanisme d'allocation des ressources (budgétaires, humaines et matérielles), la détermination des programmes, les modes de prestation des services et la formation du personnel (référence aux articles 1, 29 et 55 de la Loi 10 ainsi qu'aux articles 2 et 100 de la Loi des Services de santé et des Services sociaux). (Voir l'annexe C pour le texte des articles de la Loi 10).

Les services peuvent être disponibles, mais pas nécessairement accessibles ; l'organisation des programmes n'est pas nécessairement équitable. En fait, les préoccupations des communautés ethnoculturelles risquent d'être occultées dans le processus de restructuration (référence aux articles 17, 28, 29, 30, 55, 71 et 122 de la Loi 10).

Il ne suffit pas d'élaborer une politique, d'édicter une loi, d'élaborer un plan d'action et de mettre en place des structures pour que les communautés ethnoculturelles puissent les utiliser en toute égalité. Il faut que le MSSS et le réseau de la santé gèrent et développent le réseau différemment. C'est un changement de culture, l'implantation de

nouvelles pratiques de gestion, une nouvelle orientation de la formation du personnel et un nouveau cadre de recherche qui sont exigés ici.

Pour illustrer cette situation, ACCÉSSS cite à nouveau, d'une part, le document du MSSS intitulé Accessibilité des services aux communautés culturelles – orientations et plan d'action 1989-1991 et, d'autre part, les articles 2.5, 2.7 et 349 de la Loi des Services de santé et des Services sociaux.

Nous pouvons lire à la page 6 dans ce document du MSSS :

« Ce profil de la population québécoise a un impact sur plusieurs aspects de notre société. Nous assistons à de nouveaux rapports socioculturels et économiques entre les différentes composantes de la société. Nous constatons de nouveaux besoins et surtout de nouvelles façons d'exprimer des besoins sociosanitaires.

Des modifications sont nécessaires à plusieurs niveaux pour s'assurer que la clientèle issue des communautés culturelles qui ne se reconnaît pas toujours dans le système actuel puisse être desservie. Les pratiques de gestion, les pratiques professionnelles ainsi que l'organisation des services devront être révisées pour tenir compte du nouveau contexte. C'est le défi posé par la problématique de l'accessibilité des services aux communautés culturelles. »

À la page 11, nous lisons :

« La responsabilité du réseau à l'égard des personnes et des groupes issus des communautés culturelles se situe au niveau de la réponse adéquate et équitable aux besoins de cette population en matière de santé et de services sociaux.

Le réseau doit s'ajuster pour répondre aux nouveaux besoins de la population y compris ceux de la clientèle multiethnique et multiraciale. Il doit se doter de moyens pour répondre aux besoins particuliers de chaque personne en tenant compte de sa langue, de son origine ethnoculturelle et raciale et de ses croyances religieuses.

En lien avec les nouvelles orientations ministérielles qui proposent de recentrer les services sur la personne, il faut prévoir une plus grande sensibilité aux réalités culturelles de la personne en tenant compte de ses origines ethnoculturelle, linguistique et raciale. La revalorisation des fonctions d'accueil, d'évaluation et d'orientation mise de l'avant ne peut se faire qu'avec une approche qui inclut aussi la dimension culturelle. Il est essentiel

que cette dimension soit intégrée dans tous les aspects de la distribution des services à la clientèle. »

À la page 13, nous lisons également :

« Les mesures du présent plan d'action visent essentiellement :

- L'intégration de la dimension interculturelle dans tous les programmes du Ministère;
- Une meilleure communication avec la clientèle sur les plans linguistique et culturel ;
- Une plus grande présence des Québécois issus des diverses communautés ethnoculturelles minoritaires dans notre système sociosanitaire, et ceci, à tous les niveaux;
- Une reconnaissance du rôle et de l'expertise culturelle des organismes communautaires des communautés culturelles;
- La diffusion d'une information adéquate aux communautés culturelles sur les services et le fonctionnement du réseau;
- La promotion de la recherche pour connaître les besoins particuliers en vue de développer des approches et des modèles d'intervention adaptés. »

La Loi des Services de santé et des Services sociaux stipule :

Article 2.5

« Tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions » ;

Article 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 » ;

Article 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 ».

Ces trois (3) articles, très explicites, tout comme le Plan d'action du MSSS, n'ont pas donné lieu à une adaptation des services et au développement d'une culture de gestion organisationnelle fondée sur l'intervention interculturelle.

Pour illustrer état des choses, nous donnons comme exemples la gestion de la pandémie de grippe H1N1 (2009), la COVID-19, le Règlement sur le délai de carence en santé et services sociaux, les enfants nés de parents sans statut, le dossier de la périnatalité et la santé des femmes immigrantes enceintes et deux articles de la Loi 10.

IV. La santé publique et les communautés ethnoculturelles : H1N1 et COVID-19 (Législation et réalité)

Devant un tel constat, comment le MSSS s'acquitte de ses responsabilités, dans une situation de crise de santé publique (COVID-19), de rejoindre l'ensemble de la population québécoise, quelle que soit sa langue d'usage, ainsi que d'assurer à toute personne vivant au Québec une égale protection de la loi en santé publique?

Cela correspond au rôle décrit à l'article 53 de la Loi de la Santé publique et des articles 2.5, 2.7, 2.8, 3, 4, 5 et 349 de la LSSSS, ainsi que de l'article 3 sur la Loi de l'INSPQ. De plus, les deux premiers « considérants » et les articles 1, 9.1 et 44 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec sont très claires par rapport à l'application de ces législations en lien avec la lutte aux pandémies.

Pour bien comprendre ces responsabilités légales, nous présentons ces articles de lois :

Loi sur la Santé publique

53. Pour prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population, le ministre, les directeurs de santé publique et les établissements exploitant un centre local de services communautaires, chacun au niveau d'intervention qui le concerne, peuvent notamment:

1° tenir des campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population;

2° favoriser et soutenir auprès des professionnels de la santé la pratique de soins préventifs;

3° identifier au sein de la population les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer;

4° mettre en place des mécanismes de concertation entre divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables;

5° promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général ou de certains groupes;

6° soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être.

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

MISSION ET FONCTIONS

Responsabilités

3. L'Institut a pour mission de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux, les agences visées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et le conseil régional institué en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris

(Chapitre S-5), dans l'exercice de leur mission de santé publique.

Fonctions.

Plus particulièrement, sa mission consiste notamment:

1° à contribuer au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique;

2° à informer le ministre des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population du Québec;

3° à informer la population sur son état de santé et de bien-être, sur les problèmes en émergence, leurs déterminants et les moyens efficaces de prévenir ou de résoudre ces problèmes;

Loi sur les Services de santé et des Services sociaux (LSSSS)

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 ;

2.8 favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services ;

2.8.1 assurer aux usagers la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux ;

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 :

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

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

3.3 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 ;

3.4 l'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant ;

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

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.

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.

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.

Charte des droits et libertés du Québec

Premier considérant

CONSIDÉRANT que tout être humain possède des droits et libertés intrinsèques, destinés à assurer sa protection et son épanouissement;

Deuxième considérant

Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi.

1. Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne.

Il possède également la personnalité juridique.

9.1. Les libertés et droits fondamentaux s'exercent dans le respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec.

La loi peut, à cet égard, en fixer la portée et en aménager l'exercice.

44. Toute personne a droit à l'information, dans la mesure prévue par la loi.

En ayant à l'esprit ces articles de lois, Regardons maintenant comment le MSSS et la Direction de la Santé publique nationale se sont acquittés de leurs responsabilités en situation de pandémie par rapport aux communautés ethnoculturelles. ACCÉSSS présente deux exemples concrets : la crise H1N1 et la Covid-19.

1. Pandémie A (H1N1)

Les médias véhiculaient des informations à l'effet que les communautés ethnoculturelles ne se prévalaient pas de la vaccination contre la grippe A (H1N1) à cause du manque d'information traduite en différentes langues.

ACCÉSSS a contacté par écrit le ministère de la Santé et des Services sociaux en avril 2009, ainsi que les agences de santé et de services sociaux en juin 2009 pour proposer la mise en place d'une stratégie d'information linguistiquement et culturellement adaptée afin de rejoindre le plus de personnes provenant des différentes communautés ethnoculturelles.

Ces démarches ont été faites au début de la première vague de la pandémie. Les deux instances ont décliné notre offre de collaboration

Grâce à un don privé, ACCÉSSS a fait traduire un feuillet informatif sur la prévention de la grippe A (H1N1) en quinze langues.

Le contenu du dépliant fut validé par Santé Canada.

L'information se rapportant à cette traduction a été distribuée à près de 5000 intervenants du réseau de la santé et communautaire et a été rendue disponible sur le site web du regroupement, à savoir le www.accesss.net visité par plus de 2000 personnes durant la campagne de vaccination.

Nous déplorons le fait que suite au refus de notre offre de collaboration, l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal ait déclaré dans les médias « être interloquée par la faible participation des membres des communautés ethnoculturelles à la campagne de vaccination ».

La question qu'ACCÉSSS pose ici est :

Pourquoi le MSSS, l'INSPQ et la Santé publique nationale n'ont pas informé les Québécoises et Québécois issus de l'immigration sur la pandémie causée par la grippe A H1N1, tel que le stipule la Loi de la Santé et les Services sociaux, la Loi sur la Santé publique et la Loi de l'INSPQ?

2. Crise de santé publique et la COVID-19

Le 27 janvier 2020, ACCÉSSS a écrit à la Ministre de la Santé en lui proposant une collaboration pour lutter contre la COVID-19 et lui soumet l'idée de développer un plan de sensibilisation destiné aux communautés ethnoculturelles en quatre volets. Le 7 février 2020, nous recevons un accusé de réception en nous remerciant et en nous soulignant que le MSSS fera appel à l'expertise d'ACCÉSSS, si nécessaire.

Le 10 mars, ACCÉSSS relance le MSSS, sans réponse. Le 23 mars, ACCÉSSS soumet au Gouvernement un plan d'action détaillé pour sensibiliser les communautés ethnoculturelles à la COVID-19; ce plan d'action a été refusé.

ACCÉSSS a proposé donc à la Ministre de la Santé et des Services sociaux un partenariat public communautaire dans la lutte à la COVID-19. Cette proposition d'ACCÉSSS se fonde notamment sur les articles 2.1, 2.2, 2.3 et 349 de la LSSS. Voici le libellé de ces articles :

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 :

2.1 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 ;

2.2 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 ;

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 ;

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.

Devant une telle situation au niveau du gouvernement et la déclaration de la crise de santé publique, le 13 mars 2020 ACCÉSSS décide de déployer son propre plan de sensibilisation en le finançant à partir de son budget de fonctionnement. Les interventions d'ACCÉSSS répondent, d'une part, au besoin d'informer les personnes immigrantes dans leur langue sur les dispositions liées à COVID-19 par le biais d'outils multilingues et, d'autre part, d'outiller les divers intervenants communautaires et publics intervenant auprès des communautés ethnoculturelles. Ainsi, les personnes auront accès à une information concise et visuelle dans leur langue et sauront mieux gérer leur quotidien lors du confinement

Pour ce faire, ACCÉSSS a produit des documents multilingues sur COVID-19 depuis le tout début des mesures restrictives auxquelles nous faisons face, de telle sorte que notre site est actuellement cité et consulté par toutes les instances locales, municipales et provinciales ainsi que le réseau de la santé et communautaire. Le dépliant en français validé médicalement a ainsi été traduit dans plus de 30 langues.

De plus, nous avons ajouté plusieurs traductions en langues africaines grâce à un partenariat avec l'ONG Help Children Côte d'Ivoire. Ainsi, l'information est déployée dans neuf langues locales de la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso et le Sénégal, autant par écrit que par vidéo.

Voici certaines des actions d'ACCÉSSS dans la foulée de la pandémie:

- Diffusion du dépliant aux organismes membres, ainsi qu'aux employés du réseau de la santé et des services sociaux en lien avec ACCÉSSS, toutes les DSP du Québec, les députés de l'Assemblée nationale, les commissions scolaires et les organismes communautaires de la société d'accueil partenaires, pour un total de plus de 1000 envois uniques.
- Diffusion sur la page Facebook d'ACCÉSSS du message relatif aux documents multilingues ayant déjà touché presque 14000 personnes en date du 20 avril 2020, en plus des nombreux partages.
- Contact avec la Fédération des aînés de Montréal pour s'assurer que les personnes aînées issues des communautés culturelles reçoivent l'information dans leur langue.
- Implication active auprès d'un groupe citoyen d'entraide bénévole à Parc-Extension pour offrir de l'information et des services aux populations isolées et vulnérables et mise en place d'un réseau d'entraide.
- Participations à plusieurs comités de travail regroupant des intervenants-es de la Ville de Montréal et la DRSP Montréal pour coordonner les messages et la diffusion de ces derniers auprès des populations immigrantes, et surtout celles récemment arrivées ou âgées.

- ACCÉSSS a soutenu l'Alliance des maisons d'hébergement de 2^e étape pour femmes et enfants victimes de violence conjugale qui est un regroupement provincial de 23 maisons réparties dans 12 régions du Québec. Plusieurs affiches multilingues ont été créées et ont été affichées dans les différents commerces dans tout le Québec à l'aide de L'R des Centres de femmes du Québec. Nous avons également invité nos partenaires à les afficher dans les commerces de proximité, elles sont en format légal afin de pouvoir être imprimées n'importe où, compte tenu du fait que la majeure partie des imprimeurs professionnels sont fermés.

La section relative au COVID-19 est mise à jour constamment avec des informations pertinentes qui nous parviennent de nos partenaires institutionnels et communautaires.

La question qu'ACCÉSSS pose aux membres de l'Assemblée nationale est : existe-t-il au Québec deux catégories de communautés face à la législation et à une protection de la loi ? Soient, d'une part, les communautés d'origine française et d'origine d'anglaise et, d'autre part, les communautés ethnoculturelles et les groupes racisés?

Assemblée Nationale, la société québécoise vit actuellement une seconde révolution tranquille en raison de l'hétérogénéité de sa fabrique sociale. Dans une société en pleine transformation, ACCÉSSS exprime sa crainte que l'intolérance envers l'Autre risque d'influencer les décisions. Dans un tel environnement sociétal, le discours risque de faire l'apologie du « NOUS TRADITIONNEL » et de « L'AUTRE ÉTRANGER ».

Nous ne sommes pas nés immigrants, mais le devenons et le restons toujours aux yeux de l'Autre.

ACCÉSSS est profondément convaincue que la société québécoise est rendue à un « NOUVEAU NOUS québécois » aussi transformatif que la révolution tranquille !

V. Le Règlement sur le délai de carence en santé

Depuis le 31 mai 2001, les immigrants reçus deviennent admissibles au régime d'assurance maladie du Québec après un délai de trois mois suivant leur inscription. De plus, le conjoint et les personnes à la charge des personnes qui viennent s'établir au Québec devront eux aussi répondre aux critères d'admissibilité au régime et faire leur propre demande.

Le gouvernement québécois justifie l'introduction de ce délai comme une mesure d'harmonisation avec les cadres législatifs et réglementaires des provinces voisines.

Lors de son implantation, la RAMQ avait affirmé que, puisque l'Ontario l'impose depuis longtemps, le Québec devait en faire autant pour éviter que des immigrants ontariens prennent une adresse temporaire au Québec pour profiter du système de santé.

De plus, le gouvernement allègue que le délai de carence imposé aux nouveaux immigrants vise principalement à éviter l'utilisation abusive du système par les personnes qui viennent ici « temporairement uniquement pour bénéficier des soins de santé gratuits ».

Les immigrants touchés par ce règlement sont choisis par le Québec et doivent présenter un certificat de santé pour être acceptés par le Québec. Dans ce cas, la justification de l'abus n'est pas défendable.

Plainte à la CDPDJ

Le Règlement sur le délai de carence en santé présuppose que les immigrants viennent au Québec pour abuser des services de santé et sociaux.

En conséquence, le Règlement sur le délai de carence a comme effet de traiter tous les immigrants acceptés par le Québec comme des personnes malhonnêtes, portant ainsi atteinte notamment à leur dignité, à leur intégrité et à leur bien-être.

Le Conseil d'administration d'ACCÉSSS, réuni le 20 janvier 2010, a décidé unanimement de demander à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) un avis juridique sur la conformité du Règlement sur le délai de carence avec la Charte des droits et libertés de la personne du Québec et la Loi sur les Services de santé et des Services sociaux.

D'une part, ACCÉSSS a fondé sa demande d'enquête sur les articles suivants de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec :

- Préambule, Alinéa 2. Assurer une égale protection de la loi. (Loi de la Santé et des Services sociaux).
- Préambule, Alinéa 3. Respect de la dignité de l'être humain.
- Article 1. Droit à la vie.
- Article 2. Droit au secours.
- Article 4. Sauvegarde de sa dignité.
- Article 9.1. Rôle de la loi (Loi de la Santé et des Services sociaux).
- Article 10. Discrimination interdite (Distinction, exclusion et préférence fondée sur l'origine nationale et la condition sociale).
- Articles 71.1, 71.6 et 71.7, Fonctions de la Commission.
- Article 72. Assistance.

D'autre part, ACCÉSSS a allégué que le ministère de la Santé et des Services sociaux ne respectait pas la Loi de la Santé et des Services sociaux et n'assurait pas la protection de la santé et du bien-être des immigrants admis par le Québec. ACCÉSSS a fait référence notamment aux articles suivants de la Loi de la Santé et des Services sociaux :

1.3, 1.4, 1.6, 1.7, 2.4, 2.5, 2.7, 2.8, 3.1, 3.2, 3.3 et 7.

Décision de la CDPDJ

En mai 2013, la CDPDJ donnait raison à ACCÉSSS et déclarait le Règlement sur le délai de carence discriminatoire. La CDPDJ a fait parvenir son avis à la RAMQ ainsi qu'au MSSS.

Il est regrettable de constater qu'en 2020, le MSSS et la RAMQ n'ont pas encore donné suite à l'avis juridique de la CDPDJ. Le Règlement sur le délai de carence est toujours en vigueur.

La CDPDJ conclut dans son avis juridique :

« Le principal effet délétère du délai de carence pour les personnes qui le subissent est le report des consultations médicales et les conséquences que cela peut entraîner.

Cette exclusion est indirectement fondée sur l'origine nationale ou ethnique puisque la vaste majorité des nouveaux arrivants dans la province qui la subit ne sont pas des citoyens. Ce délai d'accès à des soins de santé abordables porte atteinte au droit à la sûreté, à l'intégrité (article premier) et à la dignité (article 4) des personnes, ces droits pouvant également être invoqués à l'encontre du délai de carence, nonobstant son caractère discriminatoire.

Enfin, l'instauration d'un délai de carence, lequel n'existait pas avant 2001, pourrait être considérée, en l'absence d'une justification suffisante, comme une mesure rétrograde contrevenant aux engagements internationaux du Québec en matière de droits économiques, sociaux et culturels et en particulier en ce qui concerne le droit à la santé.

La Commission est d'avis que le délai de carence devrait être abrogé ou alors qu'une couverture temporaire pour les soins offerts dans le cadre du régime d'assurance maladie du Québec devrait être offerte aux nouveaux arrivants dans la province durant cette période à un coût raisonnable. »

Exemple – La famille P (2014)

La famille P a immigré de la Moldavie le 5 avril 2014 avec leur fille âgée de 5 ans. Deux jours plus tard, les membres de la famille ont déposé une demande en vue d'obtenir la carte d'assurance-maladie du Québec.

Le 31 mai 2014, sans aucun signe avant-coureur, Mme P, âgée de 30 ans, a subi un ACV et a dû être ramenée d'urgence à l'hôpital Notre-Dame. Elle a été admise aux soins intensifs et on lui a spécifié qu'elle avait un caillot de sang logé au cerveau. Suivant son admission, elle a été incapable de parler ni de manger quoi que ce soit, étant nourrie essentiellement par intraveineuse.

Étant donné que la famille était assujettie au délai de carence de trois mois pour l'admissibilité à l'assurance maladie, une mesure considérée comme discriminatoire selon le rapport de la CDPDJ du 27 mai 2013, un employé de la comptabilité est venu rencontrer Mme P quatre jours après son admission pour lui demander comment elle comptait régler les frais médicaux qui s'élevaient à 3400 \$/jour. Mentionnons qu'elle n'était alors pas capable de parler et que son conjoint, M. P, s'était présenté aux services comptables le jour avant pour supplier de ne pas montrer l'ampleur des frais médicaux à son épouse, fortement éprouvée par cette soudaine épreuve.

Les services comptables de l'hôpital ont alors commencé à insister auprès de M. P à ce qu'il règle les frais, au fur et à mesure. Au début de chaque semaine, M. P était sommé de payer, selon ses possibilités. Étant nouvellement arrivés et fortement ébranlés par cette épreuve.

Plusieurs membres de la communauté roumaine et moldave se sont mobilisés pour aider la famille au meilleur de leurs possibilités, avec de l'argent et surtout avec de la nourriture, étant donné que tous les faibles revenus de la famille étaient consentis directement au paiement des frais hospitaliers.

Grâce à l'intervention de M. P, l'opération a été reportée au début juillet, moment où la couverture médicale de la famille a commencé. Malgré cela, en date du 6 octobre 2014, la dette de la famille s'élève à 100 000 \$ et l'entente proposée par l'hôpital stipule un remboursement mensuel de 1000 \$ par mois pour une période de huit ans.

Cette situation illustre concrètement les effets désastreux de la mesure du délai de carence qui est imposée à des personnes ayant passé avec succès des tests médicaux et qui se retrouvent, malgré eux, dans une situation dans laquelle ils commencent leur nouvelle vie au Québec avec un stress majeur engendré autant par la maladie que par

une importante dette, sans parler de la pression que l'administration de l'hôpital avait exercée sur la patiente et sur son mari régulièrement d'ici qu'une entente — difficile à respecter — soit proposée. Par ailleurs, le dossier est rendu aux mains d'une agence de recouvrement qui exerce de la pression sur la famille qui ne peut actuellement honorer l'entente telle que proposée. Les tentatives de la famille visant à faire baisser le montant mensuel se sont soldées par un échec.

En dernier lieu, soulignons qu'il existe une directive du MSSS demandant au réseau de facturer 200% des frais des services de santé reçus par une personne malade assujettie au délai de carence. (Voir annexe A).

Le dossier des enfants nés au Canada qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie provincial

Les enfants canadiens établis au Québec ne bénéficient pas tous d'un accès gratuit et universel aux soins de santé, tel que dicté par la **Loi canadienne sur la santé**. Les enfants qui sont nés au Canada, et donc citoyens canadiens, mais dont les parents ont un statut d'immigration précaire, ne reçoivent en effet pas la couverture médicale prévue par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Cette exclusion est basée sur une interprétation que nous jugeons erronée de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, telle qu'amendée en 2001. Elle va également à l'encontre des engagements internationaux pris par le Québec et le Canada envers le droit à la santé des enfants.

Cette situation est néfaste pour les enfants qui font l'objet de cette discrimination. Elle augmente les risques pour leur santé et peut interférer dans leur développement. Cette pratique n'est également pas sans risque pour la santé publique et, puisqu'elle ne favorise pas la prévention, occasionne des coûts plutôt que des économies.

Selon Médecins du monde, il y aurait près de 1200 enfants dans cette situation au Québec. En dépit d'une modification à la loi apportée en 2001 et qui stipule qu'« un mineur non émancipé qui n'est pas déjà domicilié au Québec [...] est considéré domicilié au Québec, lorsqu'il y est établi ».

Selon la directrice des opérations nationales de Médecins du monde, Véronique Houle, le terme « établi » est trop vague. « On est dans le cas par cas. Ça reste flou et il reste aux

parents de prouver leur intention de s'établir en vertu des critères que demande la RAMQ ».

Comment un enfant qui n'a jamais connu d'autres endroits que le Québec peut-il être considéré comme non établi?

Le MSSS explique que, « pour déterminer si un enfant mineur est établi au Québec, il faut d'abord déterminer si les parents ou son tuteur sont établis au Québec ». Or, la preuve est difficile à faire lorsqu'un statut de réfugié a été refusé, par exemple. Les parents peuvent vouloir s'y établir, mais n'en ont pas la chance. Les enfants nés entre-temps y subissent les contrecoups.

Soulignons que la Protectrice du Citoyen a déclaré cette pratique de la RAMQ discriminatoire. La RAMQ n'a pas donné suite à la décision de la Protectrice du Citoyen d'abolir cette pratique.

Périnatalité et santé des femmes immigrantes enceintes

Suite à une demande du Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) adressée à ACCÉSSS, un document qui fait état de la problématique de la périnatalité et la santé des femmes issues des communautés ethnoculturelles a été produit en 2010. Avant de soumettre son mémoire au CSBE, ACCÉSSS a consulté ses membres et le « Comité mère et enfant » de l'Hôpital de Montréal pour enfant. ACCÉSSS a bonifié son mémoire en 2012 suite aux commentaires de Dre Diane Francoeur, MD, FRCSC, professeure agrégée de clinique - gynécologie pédiatrique et adolescente, département d'obstétrique-gynécologie au CHU Mère-Enfant Ste-Justine, actuellement présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ).

Plusieurs problématiques ont été recensées en matière d'accès aux services en périnatalité des femmes issues de l'immigration. En premier lieu, il s'agit d'une méconnaissance quasi généralisée du réseau de la santé des personnes issues de l'immigration. Même les nouveaux immigrants ayant de bonnes aptitudes linguistiques ont de la difficulté à comprendre le fonctionnement du système de santé québécois, ne sachant pas trop à quel endroit doit-on se présenter pour un problème donné. Assez souvent, les femmes arrivent au Québec en étant déjà enceintes et en raison du stress de

leur nouvelle vie, elles ont énormément d'inquiétudes et d'inconforts, en plus des irritants habituels de la grossesse.

La période entourant l'arrivée d'un enfant varie beaucoup d'une culture à l'autre en ce qui concerne le suivi médical, les interventions, l'accouchement, les suivis médicaux, les retraits préventifs, l'alimentation de la mère et du nourrisson, les rituels, la vaccination, etc. Il est important d'offrir aux familles immigrantes une information adaptée culturellement et linguistiquement sur les services en périnatalité dont elles pourraient bénéficier.

Malgré plusieurs améliorations ressenties au cours des dernières années dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec, il subsiste des problèmes liés essentiellement à l'accessibilité même des services. D'une part, les personnes immigrantes sont informées dans la brochure qui leur est remise lors de leur arrivée que pour tout service de santé il faut, tout d'abord, s'adresser à un CLSC ou à une clinique sans rendez-vous, le cas échéant. **Or, les femmes enceintes nouvellement arrivées rencontrent des difficultés de taille à recevoir quelque service que ce soit relativement à leur grossesse.** Une consultation des organismes membres et partenaires d'ACCÉSSS a permis de mesurer l'ampleur de la situation, surtout pour les femmes qui viennent d'arriver et qui sont sujettes au délai de carence. La grande majorité des institutions n'ont pas informé leur personnel indiquant que ces femmes avaient droit aux services relatifs à leur grossesse, s'agissant d'une exception prévue par les règlements de la RAMQ. Ceci amène des situations où les femmes qui requièrent des services sont simplement renvoyées des CLSC; on leur répond simplement que le CLSC n'offre pas des services de santé aux femmes enceintes. Dans les cliniques sans rendez-vous, elles ne peuvent même pas passer l'étape de l'inscription, faute de carte. Quant aux urgences, après une attente de plusieurs longues heures, on leur dit qu'on ne peut rien faire pour elles. La situation n'est guère meilleure pour les femmes déjà en possession de leur carte-soleil : les CLSC, pourtant promus comme constituant la première ligne en matière de services de santé, disent aux femmes enceintes qu'ils n'offrent pas des services en obstétrique, et ce, sans les diriger nulle part ailleurs, sauf aux urgences si la situation le requiert. Les femmes enceintes, et de surcroît les femmes enceintes immigrantes, rencontrent des **difficultés majeures** à obtenir des services relatifs à leur grossesse.

Une autre difficulté recensée est celle qui consiste à trouver un/e obstétricien/ne qui prenne en charge les femmes enceintes. Bien que la difficulté à trouver un obstétricien-gynécologue, notamment à Montréal, ne soit pas uniquement le lot des femmes immigrantes, les barrières linguistiques et l'absence d'un réseau élargi de soutien limitent et retardent davantage leur accès vers celui-ci. Cette attente les rend vulnérables dans la

mesure où elle cause aux femmes du stress et de l'anxiété et ne leur permet pas d'avoir une évaluation de leur état de santé rapidement. Cette difficulté les empêche également de passer les examens complémentaires dans les délais prescrits, de prendre les vitamines nécessaires, etc.

Le contexte d'immigration peut également varier d'une famille à l'autre (travailleurs qualifiés, femmes parrainées, réfugiées). Les conditions migratoires peuvent affecter différemment la période périnatale. Ainsi, une proportion importante d'immigrantes a participé activement à la décision de quitter son pays à destination du Québec. Cependant, les femmes qui arrivent au Québec en tant que réfugiées peuvent avoir quitté leur pays dans des situations catastrophiques telles des conflits armés, séparation du conjoint et des enfants, famine, persécutions, agressions sexuelles, violence, torture, etc. Ainsi, le dépistage efficace de situations critiques doit être effectué par des intervenants formés à ces réalités afin qu'ils soient en mesure d'offrir à ces femmes un support psychosocial et des ressources adéquates en santé mentale.

Les autres difficultés recensées sont les barrières linguistiques, ce qui induit le besoin d'aide d'un/e interprète qui n'est pas toujours sollicitée par l'établissement de santé. À ceci peut s'ajouter le statut socio-économique précaire qui constitue la réalité de nombreux nouveaux arrivants dont les diplômes et expériences de travail ne sont simplement pas reconnus. Ces conditions de vie rendent les familles vulnérables en contexte périnatal, notamment à cause de plus faibles prestations parentales, l'accès limité à une alimentation saine et équilibrée pour la mère et l'enfant, des logements précaires et insalubres, nombreuses privations sur les plans social et matériel, et plus encore.

La perte du réseau de soutien des femmes constitue une autre difficulté majeure qui induit une vulnérabilité accrue pour celles-ci. Cette perte du réseau social se caractérise notamment par l'absence de présence féminine (mère, sœurs, amies, etc.) qui joue généralement un rôle essentiel au plan relationnel affectif, ainsi que matériel (préparation des repas, achats, surveillance des enfants plus grands, etc.). Cette absence de réseau de soutien et l'isolement pourraient d'ailleurs contribuer ou aggraver les problèmes de santé mentale telle que la dépression post-partum.

Par ailleurs, il peut aussi arriver que les femmes n'aient pas accès à personne, en raison de relations de couple difficiles. Dans ce cas, elles peuvent se sentir encore plus loin de leurs racines, surtout si la grossesse s'accompagne de complications. Il faudrait idéalement que les femmes aient accès à des cours de préparation sur les dimensions socioculturelles concernant la sexualité, la grossesse et les perceptions individuelles.

Dans plusieurs régions du monde, la préparation des repas de la femme enceinte et de la femme allaitante est dévolue aux femmes du réseau de soutien. En l'absence de ce réseau, les femmes enceintes ont tendance à négliger leur alimentation si le conjoint ou une autre personne proche de la famille ne compense pas cette absence. De plus, la pauvreté à laquelle se confrontent certains nouveaux arrivants a un impact majeur sur l'alimentation de la femme enceinte.

Ainsi au Québec, certaines communautés affichent des pourcentages de naissances prématurées et d'insuffisance de poids à la naissance plus élevés que la moyenne québécoise, par exemple les femmes d'origine haïtienne et algérienne (source : Fichier des événements démographiques (naissances), Calculs de la Direction des relations avec le réseau, DGCMRR, MSSS).

La Loi 10 – Deux catégories de citoyens

Comme nous l'avons déjà mentionné, dans un contexte d'immigration, la définition de l'interculturel fait écho aux rapports entre groupes de cultures et de pratiques sociales différentes, menant à de nouveaux rapports sociaux et, notamment, à l'émergence d'une nouvelle culture de gestion des services publics. Ainsi, l'interculturel conduit à des transformations dans nos façons de faire et d'agir. **Les relations interculturelles conduisent à la mise en place d'instruments de transformations sociales menant à la redéfinition de la société.**

Par ailleurs, ces transformations ne viennent pas remettre en question le fait que le Québec est une société démocratique qui se fonde sur la Charte des droits et libertés de la personne, car elles sont possibles justement grâce à cette démocratie. De plus, la Charte des droits et libertés de la personne du Québec est au cœur de ces transformations et de la consolidation de cette démocratie.

La Charte des droits et libertés de la personne du Québec est un contrat sociétal, d'une part, entre nous, les citoyens, et, d'autre part, entre l'État et nous, les citoyens.
--

La Charte énonce dans le second « considérant » que les citoyens québécois sont égaux en valeur et que les lois du Québec s'appliquent, en toute égalité, à tous les citoyens. Ce « considérant » stipule :

« Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi. »

Cette affirmation de la Charte des droits n'est pas respectée par la Loi 10 (Projet de Loi 10 adopté en février 2015). Pourquoi la Loi 10 établit deux catégories de Québécois en matière d'accès aux services de santé et aux services sociaux, à savoir les Québécois issus de l'immigration et les Québécois d'origine anglaise ? ACCÉSS fait ici référence aux articles 28 et 76 de la Loi 10. Ces articles stipulent :

« 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.

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 nécessaire 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. »

L'article 76 établit un programme d'accès à l'égalité obligatoire en matière de services de santé et de services sociaux pour les Québécois d'origine anglaise ainsi qu'une obligation d'évaluation. C'est un programme qui doit être également approuvé par le ministre de la Santé.

Par ailleurs, l'article 28 n'impose pas ces conditions pour les Québécois issus de l'immigration. Pour ces Québécois, le programme d'accès aux services de santé et des services sociaux est volontaire. De plus pour qu'il ait un programme, il faut que deux tiers des membres du conseil d'administration de l'établissement acceptent d'implanter un tel programme.

Pourquoi pour implanter un programme d'accessibilité aux services de santé pour les communautés ethnoculturelles, la décision du conseil d'administration doit être prise à deux tiers des votes? Ordinairement, toute décision du conseil d'administration se prend à la majorité des votes. Cette exigence du vote est un obstacle systémique.

La question qu'ACCÉSSS pose aux membres de l'Assemblée nationale est : existe-t-il au Québec plusieurs catégories de citoyens ?

ACCÉSSS souligne que la Charte des droits du Québec stipule dans son premier « considérant » que :

« Considérant que tout être humain possède des droits et libertés intrinsèques, destinés à assurer sa protection et son épanouissement. »

VI. Conclusion

Il existe donc une fracture entre la Loi des Services de Santé et des Services sociaux et la gestion du système de santé en matière de santé des communautés ethnoculturelles.

Le MSSS et le réseau de la santé n'ont jamais donné suite à l'offre de collaboration d'ACCÉSSS pour favoriser l'accessibilité aux services de santé et sociaux par les communautés ethnoculturelles.

L'approche dossier par dossier ne donne pas de résultats, car la problématique est de nature systémique. Depuis 2005, ACCÉSSS propose aux divers ministres de la Santé et des Services sociaux un partenariat public communautaire, qui toujours refusé, en alléguant que le réseau de la santé répond aux besoins des communautés ethnoculturelles. La dernière proposition a été faite en février 2019.

Assemblée Nationale, **la société québécoise vit actuellement une seconde révolution tranquille en raison de l'hétérogénéité de sa fabrique sociale. Dans une société en pleine transformation, ACCÉSSS exprime sa crainte que l'intolérance envers l'Autre risque d'influencer les décisions. Dans un tel environnement sociétal, le discours risque de faire l'apologie du « NOUS TRADITIONNEL » et de « L'AUTRE ÉTRANGER ».**

ACCÉSSS est profondément convaincue que la société québécoise est rendue à un « NOUVEAU NOUS québécois » aussi transformatif que la révolution tranquille !

VII. Recommandation

Résolution pour l'élimination du racisme et de la discrimination systémique

Adoptée par le conseil d'administration d'ACCÉSSS – 19 juin 2020

La recherche nous démontre que la citoyenneté comprend deux parties, la citoyenneté formelle et la citoyenneté effective (Paquet 2008).

La citoyenneté formelle réfère au statut légal de citoyen, tel qu'attribué par l'État soit à la naissance ou soit comme le résultat d'un processus de naturalisation. Le second volet de la citoyenneté se réfère à la pratique concrète des droits hérités du statut de citoyen.

En conséquence, nos interventions et nos propositions ont comme objet l'exercice de la citoyenneté formelle et effective, ainsi que l'application de la législation et l'accès aux services publics et privés sans discrimination à toute personne vivant au Québec, indépendamment de son statut migratoire.

Considérant que l'Assemblée Nationale a adopté une résolution dénonçant la discrimination et le racisme dans la société québécoise;

Considérant que la Charte des droits et libertés de la personne du Québec stipule que :

Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi;

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

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

Article 10.1. Nul ne doit harceler une personne en raison de l'un des motifs visés dans l'article 10.

Considérant que la société québécoise est de plus en plus diversifiée sur le plan racial et ethnique;

Considérant que dans un contexte d'immigration, la définition de l'interculturel fait écho aux rapports entre groupes de cultures et de pratiques sociales différentes, menant à de nouveaux rapports sociaux et, notamment, à l'émergence d'une nouvelle culture de gestion des services publics et privés;

Considérant que l'interculturel conduit à des transformations dans nos façons de faire et d'agir. **Les relations interculturelles conduisent à la mise en place d'instruments de transformations sociales menant à la redéfinition de la société.**

Considérant que ces transformations sociétales provoquent des réactions de résistance au sein de la société, car la stabilité et l'équilibre des rapports sociaux sont en constante transformation;

Considérant que la Cour Suprême de Canada dans son arrêt Meiorion (1999), stipule qu'il faut changer la norme établie et statue sur la discrimination suite à un effet préjudiciable soit :

« 33 Dans la mesure où l'analyse à deux volets repose sur une comparaison de la représentation démographique relative de divers groupes, on peut prétendre qu'elle est inutile. En premier lieu, il est difficile de soutenir qu'une norme apparemment neutre devrait être maintenue parce que son effet discriminatoire est limité aux membres d'un groupe minoritaire et ne touche pas la majorité des employés. La norme elle-même est discriminatoire justement parce qu'elle traite certains individus différemment des autres pour un motif prohibé: (...). »

« 40 Selon l'analyse conventionnelle, si une norme est qualifiée de « neutre » à l'étape préliminaire de l'examen, sa légitimité n'est jamais mise en doute. Il s'agit alors de savoir si on peut composer avec le demandeur, et la norme formelle elle-même demeure toujours intacte. L'analyse conventionnelle porte donc non plus sur les principes qui sous-tendent la norme, mais sur la façon dont des personnes « différentes » peuvent cadrer dans le « courant dominant » que représente la norme. »

Considérant que la discrimination systémique contre les femmes et les personnes handicapées a été reconnue par l'Assemblée Nationale, conduisant à la mise en place d'instruments et l'adoption de lois pour l'éliminer;

Il est proposé par le conseil d'administration d'ACCÉSSS que les membres de l'Assemblée Nationale créent le Conseil sur l'élimination du racisme et de la discrimination systémique;

Le Conseil est un organisme de consultation et d'étude auprès du Premier Ministre du Québec;

Responsabilité gouvernementale du Conseil

Que le Conseil relève directement du Premier Ministre du Québec

Composition du Conseil

Que le Conseil soit composé par des organismes communautaires des communautés ethnoculturelles et des groupes racisés

Mandat du Conseil

Le Conseil fait rapport annuellement à l'Assemblée nationale sur l'état de situation sur le racisme et de la discrimination dans la société québécoise et propose un plan d'action pour assurer les correctifs à la discrimination et au racisme;

Le Conseil doit donner son avis au Premier Ministre sur toute question que celui-ci lui soumet relativement aux sujets qui concernent l'égalité et le respect des droits des communautés ethnoculturelles et des personnes racisées;

Le Conseil peut entreprendre l'étude de toute question qui relève du domaine de l'égalité et du respect des droits ainsi que du racisme et de la discrimination ou faire effectuer les recherches qu'il juge utiles ou nécessaires;

Le Conseil peut recevoir et entendre les requêtes et suggestions des individus et des groupes sur toute question relative à son mandat;

Le Conseil peut fournir de l'information au public sur toute question individuelle ou collective concernant l'égalité et le respect des droits ainsi que le racisme et la discrimination;

Le Conseil doit saisir le Premier Ministre et l'Assemblée Nationale de tout problème ou de toute question qu'il juge de nature à nécessiter une étude ou une action de la part du gouvernement.

Résolution adoptée à l'unanimité par le conseil d'administration d'ACCÉSSS lors de sa réunion de vendredi le 19 juin 2020.

Annexe A – Directive surfacturation

Normes et pratiques de gestion, tome ii, répertoire

Expéditeur

Le sous-ministre adjoint à la direction générale de la planification,

De l'évaluation et de la qualité

Date

2014-08-18

Destinataires (*)

Les présidentes-directrices générales, les présidents-directeurs généraux, les directrices

Générales et les directeurs généraux des établissements du réseau de la santé et des

Services sociaux

Sujet

Surcharge et exemptions pour certains ressortissants étrangers dans les établissements publics du réseau

Cette circulaire remplace celle du 7 avril 2010 (2010-005)

Même codification

Objet cette circulaire met à jour les exemptions de la surcharge mentionnées dans la circulaire remplacée.

Principe la surcharge s'applique à un non-canadien, à un citoyen canadien qui a

Perdu la qualité de résident du Québec telle que définie par la Loi sur l'assurance maladie du Québec (ch. A-29), ainsi qu'à un citoyen canadien

Résident d'une autre province ou d'un territoire canadien qui ne peut démontrer qu'il est assuré par le régime d'assurance-hospitalisation de sa province ou de son territoire de résidence. La surcharge est applicable à une personne en délai de carence.

La surcharge est de 200 % depuis le 1er avril 1992. Elle compense, entre autres, les coûts de la composante immobilière non comprise dans le prix de journée. Conformément à l'annexe 1 de la circulaire 2015-011, aucune autre augmentation additionnelle ne doit être appliquée en plus des 200%.

Exemptions la surcharge ne s'applique pas dans les cas suivants :

- personnel diplomatique et consulaire

Les ressortissants étrangers et les membres de leur famille vivant sous leur toit, en poste au Québec dans une mission diplomatique, un poste consulaire, une délégation permanente ou une organisation internationale sont exemptés de la surcharge. Ils doivent présenter une carte d'identité émise à leur nom par le ministère des Affaires étrangères du Canada. Ils ne déboursent que le tarif de base (prix de Journée ou tarifs pour services externes).

- demandeurs d'asile

Les services dispensés aux demandeurs d'asile qui sont facturés au Gouvernement fédéral (via le programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) le sont selon le tarif de base lorsqu'ils prouvent leur admissibilité au PFSI en déposant le formulaire d'avis de revendication du statut de réfugié et que la période d'admissibilité n'est pas expirée.

Ces personnes font donc l'objet d'une exemption à la surcharge.

Les personnes revendicatrices du statut de réfugié qui ne peuvent pas démontrer leur admissibilité au PFSI doivent être facturées comme résidents étrangers.

Lorsque le PFSI ne rembourse pas le tarif de base provincial mais rembourse les tarifs standardisés du programme, la différence de tarif ne doit pas être facturée au patient.

- entente de sécurité sociale avec l'Allemagne

Le gouvernement du Québec a renégocié une entente en matière de Sécurité sociale avec la république fédérale d'Allemagne, entente qui comprend maintenant des dispositions relatives aux accidents de travail et aux maladies professionnelles. On y prévoit que les travailleurs détachés en provenance de ce pays et qui sont détenteurs d'un certificat d'assujettissement soient exemptés de l'application de la surcharge lorsqu'ils sont victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle au Québec pendant la période où ils ne sont pas encore admissibles au régime d'assurance maladie du Québec.

Page révisée le 2016-03-17

- bénéficiaires de la CSST ou de la SAAQ

De façon générale, la surcharge ne doit pas s'appliquer lorsque l'agent payeur est québécois, notamment lorsque l'établissement ou le médecin réclame un remboursement auprès de la CSST, de la SAAQ ou de la RAMQ. (Voir circulaire 03.01.42.19)

Suivi : nous vous demandons d'informer votre personnel et vos partenaires, le cas échéant, autant pour l'application de la surcharge que pour celle des exemptions.

Informations pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'admissibilité d'une personne pouvant faire l'objet d'une exemption de la surcharge, il suffit de téléphoner à la RAMQ entre 8 h 30 et 16 h 30 les lundis, mardis, jeudis et vendredis ou entre 10 h 00 et 16 h 30

Les mercredis, aux numéros suivants :

Région de Québec : 418 646-4636

Région de Montréal : 514 864-3411

Ailleurs au Québec (sans frais) : 1 800 561-9749

Par ATS (appareil de télécommunications pour personnes sourdes) :

Région de Québec : 418 682-3939

Ailleurs au Québec (sans frais) : 1 800 361-3939

Dans le cas où une personne n'a pas fait sa demande d'inscription au Régime d'assurance maladie du Québec, inviter cette dernière à communiquer elle-même avec la RAMQ aux mêmes numéros.

Toute correspondance peut être transmise par la poste à l'adresse suivante :

Régie de l'assurance maladie du Québec

Case postale 6600

Québec (Québec) G1K 7T3

Site internet : www.ramq.gouv.qc.ca

Le sous-ministre adjoint,

Original signé par

Luc Castonguay

Annexe B – Extraits de la loi de la santé et des services sociaux

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.

1991, c. 42, a. 1 ; 1999, c. 40, a. 269.

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 :

- **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 ;
- **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;
1991, c. 42, a. 2; 2002, c. 71, a. 1.

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

1991, c. 42, a. 3; 2002, c. 71, a. 2.

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.

1991, c. 42, a. 4.

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.

1991, c. 42, a. 5; 2002, c. 71, a. 3.

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.

1991, c. 42, a. 7.

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.

1991, c. 42, a. 100 ; 2002, c. 71, a. 5 ; 2005, c. 32, a. 49.

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.

1991, c. 42, a. 349; 2005, c. 32, a. 227.

Annexe C – 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’efficacité et l’efficacités 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.