



Mémoire sur le projet de loi 15
Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

présenté par le
Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec

dans le cadre des consultations particulières et auditions publiques sur le projet de
loi n° 15 *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*
de la Commission de la santé et des services sociaux

23 mai 2023

Table des matières

Réseau des Tables régionales des groupes de femmes du Québec	3
Résumé	4
Liste des recommandations.....	5
Un processus portant atteinte à la démocratie	8
Des risques pour le droit des femmes à la santé	9
La nécessité d'une analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle.....	9
Des reculs pour les services en santé reproductive.....	11
Des droits à renforcer	13
La place accordée au secteur privé	15
Une démocratie réduite par une centralisation excessive.....	17
Une menace à l'action communautaire autonome	20
Annexe 1 - Les membres du RTRGFQ	21

Remerciements

Le Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution essentielle à ce mémoire :

Rédaction : Audrey Gosselin Pellerin du Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec

Soutien au contenu : Martine Boivin, Marie-Andrée Gauthier et Royse Henderson du Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec

Présentation aux audiences : Marie-Andrée Gauthier, Mélanie Bernier du Regroupement des femmes de la Côte-Nord, Élise Landriault-Dupont du Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix) et Gabrielle Pitre de la Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie

Réseau des Tables régionales des groupes de femmes du Québec

La mission

Le Réseau des Tables régionales de groupes de femmes du Québec (RTRGFQ) est un organisme féministe de défense collective des droits travaillant sur les questions touchant les intérêts et les droits des femmes, en tenant compte de l'intersection des divers systèmes d'oppression. Il s'agit d'un regroupement provincial composé des Tables régionales de groupes de femmes représentant les 17 régions du Québec.

Porte-voix des régions auprès des instances gouvernementales, le RTRGFQ facilite l'échange d'expertises et d'analyses féministes, les prises de position politiques et l'action collective de ses membres, tout en respectant leurs particularités et leur autonomie. Le regroupement est en action depuis 2001 pour favoriser l'égalité pour toutes les femmes.

Les membres

Les 17 tables régionales de groupes de femmes du Québec (Annexe 1) membres du RTRGFQ représentent 445 groupes membres et 75 membres individuelles à travers le Québec. Elles défendent les droits des femmes de leur région respective. Elles sont bien implantées dans leur milieu et collaborent avec les différentes actrices et acteurs locaux et régionaux.

L'expertise en matière de services sociaux et de santé

Malgré le sous-financement de leur mission, les Tables régionales de groupes de femmes mènent toutes des actions visant l'amélioration du droit des femmes à la santé. Pour ce faire, elles engagent simultanément une diversité de moyens passant de la collaboration avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de leur région à l'éducation populaire, l'action politique non partisane, la représentation politique et la mobilisation sociale.

Alimenté par ces expertises régionales, le RTRGFQ intervient auprès des responsables gouvernementaux afin de s'assurer notamment de la prise en compte de la réalité et des besoins des femmes, incluant celles vivant à la croisée d'oppressions, dans les services sociaux et de santé.

Résumé

Le RTRGFQ est vivement préoccupé par le processus adopté par le gouvernement pour faire cheminer une réforme d'ampleur du système de santé du Québec. Le processus expéditif et accessible sur invitation seulement constitue en lui-même une atteinte à la démocratie. Le gouvernement risque ainsi d'aller de l'avant avec un projet de loi comportant plusieurs angles morts. Seul un vrai processus démocratique est garant d'une réforme réussie.

Le projet de loi doit impérativement faire l'objet d'une analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle (ADS+). Elle est particulièrement pertinente pour le projet de loi 15 considérant que les femmes composent la forte majorité du personnel du réseau de la santé et qu'elles doivent recourir davantage aux services de santé en raison des besoins relatifs à la santé sexuelle et reproductive et des rôles sociaux qu'elles exercent quant aux soins des enfants et des proches malades ou vieillissants. L'ADS+ permettrait de prévenir la création d'inégalités entre les femmes et les hommes de même qu'entre les femmes elles-mêmes dans les choix de gouvernance, d'organisation et de prestation des services prévus au projet de loi.

Le RTRGFQ s'inquiète des reculs à anticiper pour les services en santé reproductive en raison de certaines propositions du projet de loi relatives à la gouvernance clinique. En effet, le projet de loi affecte l'autonomie des sages-femmes et des centres de santé des femmes et met ainsi en péril les conditions d'intervention et de gestion qui leur permettent de répondre aux besoins des femmes et d'assurer leur droit à la santé.

Il importe que le projet de loi inclue et renforce les droits relatifs à la santé des femmes notamment l'accessibilité physique, l'accessibilité dans leur langue aux services de santé et aux services sociaux aux personnes sourdes, malentendantes ou issues des communautés culturelles, de même que la sécurisation culturelle. Il en va de l'accessibilité et de la qualité des services sociaux et de santé, du respect de l'intégrité et de la dignité des femmes immigrantes ou réfugiées qui ne maîtrisent pas le français, des femmes sourdes ou malentendantes et des femmes autochtones.

Le RTRGFQ soutient que le gouvernement doit reculer sur la place accordée au secteur privé dans le projet de loi. Les ressources de l'État ne doivent pas être dirigées vers un secteur privé qui accroît les inégalités d'accès, siphonne la main-d'œuvre du réseau public, est plus cher et moins efficace que ce dernier et dont la logique de services est orientée vers la rentabilité. La prépondérance du réseau public doit être réaffirmée et le gouvernement doit renverser la tendance en

éliminant progressivement tout recours au privé en matière de services de santé et de services sociaux.

Le RTRGFQ rappelle que la participation démocratique à l'échelle locale, régionale et nationale fait partie intrinsèque du droit à la santé que le Québec s'est engagé à respecter. Elle constitue une condition de la qualité, de l'efficacité et de l'imputabilité des services aux communautés concernées. Il importe que le projet de loi prévoie des espaces démocratiques, disposant de réels pouvoirs, où les femmes sont représentées par l'entremise de comités de personnes usagères, de groupes citoyens, d'organisations communautaires et de conseils du personnel professionnel.

Enfin, le projet de loi propose que des fonds tels que le Programme de soutien financier aux organismes communautaires (PSOC), qui représente le financement à la mission globale de nombreux groupes de femmes, relèvent de Santé Québec. Une telle proposition ferait en sorte que les organismes d'action communautaire autonome deviennent les bras opérants d'une société d'État. Ainsi, le respect de l'autonomie de ces groupes est lourdement menacé. La gestion d'un programme généraliste de soutien à l'action communautaire tel que le PSOC doit être assurée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Liste des recommandations

1. Que le gouvernement permette un vrai débat public démocratique en mettant en place une commission de consultation qui procèdera à des audiences publiques dans les 17 régions du Québec.
2. Que le gouvernement procède à une analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle du projet de loi 15 avant son adoption et qu'il en publie les résultats.
3. Que le projet de loi soit modifié afin de maintenir des instances distinctes pour les sages-femmes, incluant le conseil des sages-femmes et une intégration des sages-femmes à la hiérarchie qui tient compte de leur autonomie professionnelle ainsi que d'intégrer les sages-femmes au conseil interdisciplinaire.
4. Que le projet de loi soit modifié afin que les centres de santé des femmes et les cliniques extrahospitalières ne soient pas forcées de renoncer aux pratiques émanant de leur expertise à répondre aux besoins des femmes et des personnes ayant besoin d'IVG.

Notamment, en s'assurant de ne pas imposer de direction médicale aux centres de santé des femmes ni de normes de sécurité outrepassant ce qui est médicalement nécessaire aux centres de santé des femmes et aux cliniques hors milieu hospitalier.

5. Que l'accessibilité physique des services de santé et des services sociaux soit garantie dans le projet de loi.
6. Que le projet de loi garantisse l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux dans leur langue aux personnes des différentes communautés culturelles de même qu'aux personnes sourdes ou malentendantes.
7. Que le gouvernement intègre le principe de Joyce à ses décisions, ses actions et ses investissements en santé, en collaboration avec les peuples autochtones, et s'assure que le projet de loi participe à la mise en œuvre de ce principe.
8. Que la prépondérance du réseau public soit explicitée dans le projet de loi et que tout article en incohérence avec ce principe soit retiré.
9. Que le projet de loi réaffirme les principes d'universalité, d'intégralité, d'accessibilité, de transférabilité et de gestion publique du système de santé et des services sociaux.
10. Que le gouvernement se dote d'un plan d'action pour éliminer progressivement tout recours au privé en matière de services de santé et de services sociaux.
11. Que le gouvernement assure la participation de la population, particulièrement celles des femmes et des groupes marginalisés, à la prise des décisions en matière de santé au niveau local, régional et national.

Pour ce faire, il doit minimalement modifier le projet de loi afin que :

- a. les personnes siégeant aux conseils d'établissement soient nommées par les paires des secteurs ou des groupes qu'elles représentent (ex. comité d'usagers, instances de concertation communautaires, etc.);
- b. les organismes communautaires disposent d'un minimum de 2 sièges aux conseils d'établissements, dont un réservé aux groupes de femmes;

- c. les conseils d'établissement soient requis de former un comité régional en santé et bien-être des femmes, dont la composition inclut les groupes de femmes, et dont le mandat est l'élaboration, le suivi et l'évaluation du plan d'action régional en santé et bien-être des femmes;
- d. les comités d'usagers et de résidants existants soient maintenus, qu'ils soient représentatifs de la diversité de la population et qu'ils puissent exercer leurs fonctions et réaliser pleinement leur mission ;
- e. les comités de parents pour chaque service de sage-femme soient formalisés et qu'une représentante des usagères et usagers soit ajoutée au conseil des sages-femmes;
- f. les personnes siégeant au comité national des usagers soient élues par les comités d'usagers;
- g. le comité national pour les personnes issues de communautés culturelles soit composé de représentant.es d'organismes des communautés ethnoculturelles.

Pour véritablement s'engager dans cette voie, il doit revoir entièrement son projet de loi afin de proposer un modèle de gestion inspiré de la coproduction des services de santé et l'élaborer avec les groupes citoyens, les organismes communautaires, les organisations syndicales, des organisations représentant une diversité de groupes marginalisés et les personnes disposant d'expertise en la matière.

12. Que le projet de loi assure la gestion du PSOC par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Un processus portant atteinte à la démocratie

Afin de mener une transformation éclairée du système de santé, **le RTRGFQ joint sa voix aux dizaines d'organisations demandant au gouvernement de mener un vrai débat public démocratique**¹ étant donné la longueur du projet de loi de même que l'ampleur de sa portée. Les délais actuellement imposés empêchent une participation pleine et entière de la société civile, et ce, même pour les organisations invitées à la consultation parlementaire. Le processus en lui-même constitue une atteinte à la démocratie. En effet, pour des organisations telles que le RTRGFQ, la richesse de son expertise se fonde sur des analyses collectives réalisées avec ses membres des 17 régions du Québec. Cela requiert du temps pour s'approprier un projet de loi tel que celui-ci, échanger sur son contenu et décider collectivement des recommandations à soumettre. Or, toutes ces étapes n'ont pu être réalisées que partiellement et ont un impact sur le mémoire ci-présent.

Plus largement, en optant pour un processus expéditif et accessible sur invitation seulement, **le gouvernement se prive de l'expertise de nombreux groupes citoyens, organismes communautaires régionaux et organisations représentant une diversité de groupes marginalisés** tels que les femmes, les communautés autochtones, les communautés culturelles, etc. Il risque ainsi d'aller de l'avant avec un projet de loi comportant plusieurs angles morts, au détriment de notre système public de santé et de celles et ceux qui en ont le plus besoin. Seul un vrai processus démocratique est garant d'une réforme réussie.

Recommandation 1 : Que le gouvernement permette un vrai débat public démocratique en mettant en place une commission de consultation qui procèdera à des audiences publiques dans les 17 régions du Québec.

¹ Giguère, U. (2023, 13 avril). Une coalition s'oppose à la réforme Dubé. *La Presse*. Récupéré de <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-04-13/sante-quebec/une-coalition-s-oppose-a-la-reforme-dube.php>.

Des risques pour le droit des femmes à la santé

Si le droit à la santé n'est présent qu'implicitement dans certaines lois québécoises, il s'agit d'un **droit fondamental reconnu dans plusieurs instruments juridiques internationaux que le Québec s'est engagé à respecter**. Ces instruments juridiques créent des droits et des obligations pour les Parties, telles que le Québec, qui s'y sont déclarées liées.² En ce sens, **les femmes ne sont ni des clientes ni des usagères de services de santé, elles sont titulaires de droits en matière de santé**. Ce fait doit être pris en compte par le gouvernement notamment lorsqu'il établit les structures du système de santé québécois.

La nécessité d'une analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle

Le RTRGFQ est d'avis que **le projet de loi doit impérativement faire l'objet d'une analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle (ADS+)**. Il s'agit d'une approche qui permet de discerner les effets différenciés des projets de loi, des politiques et de toute autre initiative publique afin de prévenir la création d'inégalités et atteindre l'égalité de fait entre les femmes et les hommes de même qu'entre les femmes elles-mêmes. L'intégration de la dimension intersectionnelle (+) reconnaît notamment que les femmes ne sont pas un groupe homogène en raison de l'interaction de diverses caractéristiques sociales telles que l'origine, les revenus, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'âge, la langue, le lieu de naissance, le statut d'immigration, la situation fonctionnelle, etc.³

Après s'être engagé sur la scène internationale en 1995, le Québec a déployé deux plans d'action pour introduire l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans ses instruments de gouvernance (2007-2010, 2011-2015). Dans sa *Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2022-2027*, le

² La Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes sont trois instruments juridiques auxquels le Québec s'est déclaré lié. Voir : <https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/droits-personne>.

³ Secrétariat à la condition féminine. (2022). *Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2022-2027*, p. 18-20. Récupéré de <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/SCF/publications/plans-strategiques/Strategie-egalite-2022-2027.pdf>.

gouvernement réitère son engagement quant à l'application de cette approche, renforcée par l'intégration de la perspective intersectionnelle (ADS+)⁴.

La prise en compte des distinctions de genre dans le domaine de la santé fait partie des obligations internationales de mise en œuvre du droit à la santé⁵. Cela signifie également que le Québec doit accorder une attention particulière aux besoins et aux droits en matière de santé des femmes les plus marginalisées⁶, telles que les femmes réfugiées ou migrantes, les femmes racisées, les fillettes et les femmes âgées, les femmes dans l'industrie du sexe, les femmes autochtones, les femmes vivant avec un handicap, les femmes trans et les femmes de la diversité sexuelle. Pour ce faire, il doit mobiliser les ressources dont il dispose et prendre les mesures législatives, judiciaires, administratives, budgétaires, économiques et autres qui s'imposent⁷.

Le RTRGFQ souligne que l'ADS+ est particulièrement pertinente pour le projet de loi 15 considérant que les femmes composent la forte majorité du personnel du réseau de la santé⁸ et qu'elles doivent recourir davantage aux services de santé en raison des besoins relatifs à la santé sexuelle et reproductive et des rôles sociaux qu'elles exercent quant aux soins des enfants et des proches malades ou vieillissants⁹. **Cette analyse faciliterait le travail de l'ensemble des actrices et acteurs impliqués dans**

⁴ *Ibid.*

⁵ Nations Unies. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. (2000). *Observation générale No 14 (2000) : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)*, paragraphe 52. Récupéré de <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUe dPIFlvfPMJ2c7ey6PAz2qaojTzDJmC0JOpJJdGsRoQ27Cms9pCycSr055VYeffBG1JNvOxsJ8HtRIhdZaLhB8ipJgA5FkBS>.

⁶ Nations Unies. (1999). *Recommandations générales adoptées par le comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale 24 : Article 12 de la Convention (Les femmes et la santé)*, paragraphe 6. Récupéré de https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2FCEDAW%2FGEC%2F4738&Lang=en.

⁷ *Ibid*, paragraphe 17.

⁸ Conseil du Statut de la Femme. (2013). *Femmes et santé - Plaidoyer pour un accès ouvert à la première ligne médicale*, p. 16. Récupéré de <https://www.csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/avis-femmes-et-sante-plaidoyer-pour-un-acces-ouvert-a-la-premiere-ligne-medicale.pdf>.

⁹ Institut de la statistique du Québec. (2018). *Les personnes proches aidantes au Québec en 2018*. Récupéré de <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/personnes-proches-aidantes-quebec-2018>.

l'élaboration du projet de loi afin d'éliminer les carences rencontrées dans la gouvernance, l'organisation et la prestation des services.

Recommandation 2 : Que le gouvernement procède à une analyse différenciée selon les sexes intersectionnelle du projet de loi 15 avant son adoption et qu'il en publie les résultats.

Des reculs pour les services en santé reproductive

L'application d'une ADS+ est un des leviers qui aurait permis d'identifier les risques que pose le projet de loi à l'autonomie de la pratique sage-femme. Comme le souligne la Coalition pour la pratique sage-femme et la concertation nationale féministe du Groupe des Treize, les propositions sur la gouvernance clinique impliquent une fusion du conseil des sages-femmes avec le conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens et l'abolition du poste de responsable des services de sage-femme au profit d'un poste de directrice de département clinique. Cela suscite des inquiétudes au sein du RTRGFQ. **Ces propositions « risquent de renforcer la vision médicalisée de l'accouchement plutôt que d'améliorer la collaboration interprofessionnelle. De plus, elles placeraient les médecins spécialistes en position d'autorité sur les sages-femmes¹⁰ ».**

Or, **l'autonomie des sages-femmes fait partie des conditions permettant que les femmes et les personnes qui accouchent puissent faire des choix libres et éclairés pendant la grossesse et lors de l'enfantement.** Elle est également garante de leur capacité à organiser efficacement leurs services en collaboration avec les autres professionnel.les de même qu'avec les familles et les communautés. C'est pourquoi il importe d'assurer l'autonomie professionnelle des sages-femmes. En outre, en tant que pratique sciemment éliminée au Québec au cours du 19^e siècle¹¹, le gouvernement doit user d'une vigilance particulière quant à l'organisation de ce service au sein du réseau de la santé et des services sociaux.

¹⁰ Groupe des Treize. (2023). *Mémoire sur le projet de loi 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux lors du mandat «Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 15», p. 11.

¹¹ Dressayre, M. (2016-2017). *L'élimination des sages-femmes au Québec de 1847 à 1920 : analyse du discours des médecins* (Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme). Université Pierre et Marie Curie – Faculté de Médecine Paris VI, p. 13-16. Récupéré de <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01591294/document>.

À cet égard, le RTRGFQ salue l'appui unanime à la motion de l'Assemblée nationale demandant au gouvernement de s'assurer que le projet de loi 15 continue de garantir aux sages-femmes leur autonomie de pratique et que leurs acquis soient pérennisés¹². Afin de respecter l'esprit de cette motion, il apparaît essentiel :

Recommandation 3 : Que le projet de loi soit modifié afin de maintenir des instances distinctes pour les sages-femmes, incluant le conseil des sages-femmes, de prévoir une inclusion des sages-femmes respectueuse de leur autonomie professionnelle ainsi que d'intégrer la représentation des sages-femmes au conseil interdisciplinaire¹³.

En outre, le Groupe des 13, dont le RTRGFQ est membre, est préoccupé par les effets du projet de loi 15 sur les soins d'interruption volontaire de grossesse (IVG). « **[Le gouvernement y] ramène le débat de la direction médicale au sein des centres de santé des femmes, ce qui pourrait mettre en péril leur fonctionnement.** Encore une fois, il est nécessaire de réitérer que la philosophie de gestion féministe des centres de santé des femmes ne se prête pas à la nomination d'une direction médicale telle qu'elle est présentement définie, puisqu'elle induit une hiérarchie d'une ou d'un médecin sur le reste de l'équipe.¹⁴ » Il a pourtant été déterminé par le passé que « le mode de direction médicale des centres de santé des femmes pouvait être différent de celui des centres médicaux spécialisés¹⁵ ».

Par ailleurs, selon le G13, « le projet de loi 15, par ses visées uniformisantes à outrance, met en péril l'expertise particulière des centres de santé des femmes en laissant le champ libre à des exigences des normes de sécurité des soins qui outrepassent ce qui est médicalement nécessaire.¹⁶ » **Le RTRGFQ tient à rappeler que l'adoption d'exigences non médicalement nécessaires a été un des leviers maintes fois mobilisés par les autorités étatiques aux États-Unis pour limiter le droit à l'avortement¹⁷.** Il se joint au Groupe des 13 pour demander au

¹² Assemblée nationale. (2023, 9 mai). *Procès-verbal de l'assemblée (épreuve)*, 47(44), 43e législature, 1ère session, Gouvernement du Québec, p. 644. Récupéré de <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/assemblee-nationale/43-1/index.html>.

¹³ Groupe des Treize, *op. cit.*, p.10.

¹⁴ *Ibid*, p. 9.

¹⁵ Assemblée nationale. (2009, 27 mai et 11 juin). *Journal des débats de la Commission des affaires sociales*, 41(35), 39e législature, 1ère session, cité dans Groupe des 13, *op. cit.*, p. 9.

¹⁶ Groupe des Treize, *op. cit.*, p. 9.

¹⁷ Planned Parenthood. (2023). *Types of State Attacks on Abortion*. Récupéré de <https://www.plannedparenthoodaction.org/issues/abortion/types-attacks>.

gouvernement « d’être prudent dans la façon dont sont amenées les exigences de sécurité des soins afin de ne pas outrepasser ce qui est nécessaire. Sinon cela constituerait un obstacle supplémentaire à l’offre de soins par les centres de santé des femmes notamment, et aurait des conséquences sur la santé des femmes et des personnes ayant recours à une IVG.¹⁸ »

Recommandation 4 : Que le projet de loi soit modifié afin que les centres de santé des femmes et les cliniques extrahospitalières ne soient pas forcées de renoncer aux pratiques émanant de leur expertise à répondre aux besoins des femmes et des personnes ayant besoin d’IVG.

Notamment, en s’assurant de ne pas imposer de direction médicale aux centres de santé des femmes ni de normes de sécurité outrepassant ce qui est médicalement nécessaire aux centres de santé des femmes et aux cliniques hors milieu hospitalier.¹⁹

Des droits à renforcer

Le RTRGFQ se réjouit que le projet de loi 15 réaffirme les droits de l’usager prévus dans la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS). Il salue l’inclusion du droit de recevoir les services en présence (article 7 du projet de loi). Toutefois, il est préoccupé par l’exclusion de l’article 9.2 de la LSSSS qui stipule que « [n]ul ne peut entraver l’accès d’une personne à un lieu auquel elle a droit d’accéder et où sont offerts des services de santé ou des services sociaux.²⁰ » **L’accessibilité physique des services est une des composantes du droit à la santé²¹. Elle doit être garantie dans le projet de loi.** À plus forte raison, elle doit être mise en œuvre proactivement en augmentant l’accessibilité universelle des équipements et des établissements de même que leur accessibilité grâce à des transports publics pratiques et abordables.

Recommandation 5 : Que l’accessibilité physique des services de santé et des services sociaux soit garantie dans le projet de loi.

De plus, comme le souligne l’Alliance des communautés culturelles pour l’égalité dans la santé et les services sociaux, **il importe d’assurer l’accessibilité des**

¹⁸ Groupe des Treize, *op. cit.*, p. 10.

¹⁹ *Ibid*, p. 8.

²⁰ *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. LQ, c. S-4.2, art. 9. Récupéré de <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2?&cible>.

²¹ Nations Unies. Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *op. cit.*, paragraphe 12.

services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec. Il en est de même pour les personnes sourdes et malentendantes. Cette condition doit être remplie afin que les femmes de ces communautés puissent réellement se prévaloir des droits réitérés dans le projet de loi, notamment le droit d'être informée de son état et des risques et conséquences des options de soins (article 9), de consentir aux soins (article 10) et le droit de participer à toute décision affectant son état de santé et de bien-être (article 11). **Il en va de l'accessibilité et de la qualité des services sociaux et de santé, du respect de l'intégrité et de la dignité des femmes immigrantes ou réfugiées qui ne maîtrisent pas le français²² et des femmes sourdes ou malentendantes.**

Recommandation 6 : Que le projet de loi garantisse l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux dans leur langue aux personnes des différentes communautés culturelles de même qu'aux personnes sourdes ou malentendantes.

Malgré l'inscription de droits de l'utilisateur à la LSSSS, le RTRGFQ constate que **les femmes sont encore confrontées à plusieurs entraves lorsqu'elles se tournent vers le réseau de la santé et des services sociaux** : discrimination à l'égard de celles à la croisée des oppressions²³, inaccessibilité physique et manque d'abordabilité de certains services de même que des problèmes quant à la sécurisation culturelle, le respect du consentement, de l'intégrité et de la dignité des femmes. Ces entraves minent sérieusement le droit des femmes à la santé d'autant que celles-ci ont recours aux services de santé à toutes les étapes de leur vie, même quand elles ne sont pas malades, mais ont des besoins en matière de santé reproductive. **C'est pourquoi nous nous demandons en quoi la réforme proposée permettra de s'attaquer aux enjeux susmentionnés et d'accroître l'égalité d'accès des femmes aux services de santé.**

Recommandation 7 : Que le gouvernement intègre le principe de Joyce à ses décisions, ses actions et ses investissements en santé, en collaboration avec

²² Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux. (2023). *Mémoire d'ACCÉSSS sur le Projet de Loi 15*, mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux lors du mandat «Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 15», p. 23.

²³ Personnes qui s'identifient comme des femmes racisées, autochtones ou marginalisées sur une autre composante de leur identité (revenu, âge, identité de genre, orientation sexuelle, situation de handicap, religion).

les peuples autochtones, et s'assure que le projet de loi participe à la mise en oeuvre de ce principe.

De plus, considérant les inquiétudes soulevées par la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) et de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec | Secteur privé (FIQP) sur les impacts négatifs de la mobilité accrue de la main-d'œuvre²⁴, le projet de loi risque-t-il de réduire l'accès et la qualité des soins dans certaines régions éloignées des grands centres?

La place accordée au secteur privé

Plusieurs études indiquent que **le recours au système privé réduit l'accès des services aux personnes plus marginalisées**, notamment parce que ces établissements ont tendance à sélectionner des clientèles ayant des cas moins lourds et que plusieurs personnes n'ont pas d'assurance privée²⁵. Il est possible de déduire que **cela affecte doublement les femmes puisqu'elles sont davantage en situation de pauvreté²⁶ et que la responsabilité de proche aidance, dans ce cas-ci de personnes n'ayant pas accès aux services privés, retombe davantage sur leurs épaules²⁷**. En outre, de pair avec la Ligue des droits et libertés, la Coalition Solidarité Santé et la Coalition Riposte au Plan Santé, le RTRGFQ tient à rappeler que même dans l'éventualité où un service privé est octroyé gratuitement à une personne, il est payé collectivement par la population par l'entremise de l'État québécois²⁸.

²⁴ Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec et Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec | Secteur privé. (2023). *30 propositions pour une réforme démocratique du réseau de la santé et des services sociaux*, mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux lors du mandat «Consultations particulières et auditions publiques sur le projet de loi n° 15», p. 21-22. Récupéré de https://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2023/05/2023-05-08_Memoire_PL_15-Reforme_reseau_sante_et_services_sociaux.pdf?download=1.

²⁵ Maguire, R., Lessard, R., Sauvé, J. (2007). *Le privé dans la santé: un enjeu de santé publique*, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, p.16. Récupéré de <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/63058>.

²⁶ Collectif pour un Québec sans pauvreté. (2021). *Femmes, inégalités et pauvreté*. Récupéré de <https://www.pauvrete.qc.ca/wp-content/uploads/2021/02/FemmesInegalitesPauvrete2021-pour-ecran-1.pdf>.

²⁷ Conseil du statut de la femme. (2023). Qui sont les personnes proches aidantes ? Dans *Les proches aidantes et les proches aidants au Québec, Analyse différenciée selon les sexes*. Récupéré le 15 mai 2023 de https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/themes/csf2017/microsites/proche_aidance/Page_Info.php?p=2.

²⁸ Giguère, U., *op. cit.*

C'est pourquoi le RTRGFQ partage la forte préoccupation de la FIQ et de la FIQP à savoir que le projet de loi « légitimise et normalise le recours au privé » notamment en indiquant à l'article 2 que les services de santé sont fournis par des établissements publics et privés, « sans distinction ni priorisation »²⁹. **Pourquoi le gouvernement souhaite-t-il par ce projet de loi que les ressources de l'État soient dirigées vers un secteur privé qui accroît les inégalités d'accès, siphonne la main-d'oeuvre du réseau public³⁰, est plus cher et moins efficace que ce dernier³¹ et dont la logique de services est orientée vers la rentabilité³²?**

En outre, le RTRGFQ conclut que **cette orientation politique est un manquement à l'obligation internationale de mise en oeuvre du droit à la santé**, tel qu'interprété par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, puisque le gouvernement poursuit la répartition à mauvais escient de ressources publiques au détriment de l'universalité et l'accessibilité des services aux personnes plus marginalisées.³³

Recommandation 8 : Que la prépondérance du réseau public soit explicitée dans le projet de loi et que tout article en incohérence avec ce principe soit retiré.

Recommandation 9 : Que le projet de loi réaffirme les principes d'universalité, d'intégralité, d'accessibilité, de transférabilité et de gestion publique du système de santé et des services sociaux.

Recommandation 10 : Que le gouvernement se dote d'un plan d'action pour éliminer progressivement tout recours au privé en matière de services de santé et de services sociaux.

²⁹ Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec et Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec | Secteur privé, *op. cit.*, p.30.

³⁰ Giguère, U., *op. cit.*

³¹ Plourde, A. (2023, 24 avril). Gaéтан Barrette a prouvé que le privé en santé coûte plus cher que le public, *IRIS*. Récupéré de <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/cout-chirurgies-cliniques-privées/>.

³² Lavoie-Moore, M. (2023, 20 avril). La coproduction des services de santé : pour qu'efficacité rime avec qualité, *IRIS*, p.2. Récupéré de <https://iris-recherche.qc.ca/publications/coproduction-services-de-sante/>.

³³ Nations Unies. Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *op. cit.*, paragraphe 52.

Une démocratie réduite par une centralisation excessive

Le droit à la santé doit être compris de manière large et ne peut être circonscrit aux droits de l'utilisateur ou de l'usagère. En effet, **la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé et ce, aux niveaux communautaire, national et international est un aspect important de ce droit.**³⁴

De même, la loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que l'organisation des ressources humaines, matérielles et financières est destinée notamment à 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;
- 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. »³⁵

Or, les gouvernements précédents ont manqué à ces obligations en réduisant, au fil de différentes réformes organisationnelles, la participation de la population, dont les femmes et les groupes de femmes qui les représentent, aux décisions en matière de santé³⁶. **Le RTRGFQ se demande en quoi le projet de loi 15 marquera une réelle rupture par rapport aux réformes précédentes.**

Le RTRGFQ salue l'ouverture du ministre de la Santé et des Services sociaux à ce que les populations locales soient davantage entendues par les établissements de santé. Or, la consultation des personnes à la mairie ne peut suffire. D'une part, leur profil sociodémographique est homogène, par exemple 76,4% sont des hommes³⁷ et l'âge médian est de 60 ans³⁸, ce qui accentue les risques d'angle mort de leurs

³⁴ *Ibid*, paragraphe 11.

³⁵ *Loi sur les services de santé et les services sociaux, op. cit.*, art. 1.

³⁶ Ligue des droits et libertés. (2022). *Le droit à la santé nous échappe. Séminaire public, 25 octobre 2022*, p.10. Récupéré de https://liguedesdroits.ca/wp-content/fichiers/2022/10/seminaire_droit_sante_nous_echappe_20221025_vf.pdf.

³⁷ Gouvernement du Québec. (2020). Personnes élues aux élections municipales. Dans *Vitrine statistique sur l'égalité entre les femmes et les hommes*. Récupéré le 15 mai 2023 de <https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/pouvoir/personnes-elues-elections-municipales>.

³⁸ Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation. (2022). *Données relatives à l'élection municipale 2021, compilations et traitement statistique*, Gouvernement du Québec [Tableau]. Récupéré de https://www.mamh.gouv.qc.ca/fileadmin/publications/elections/POR_StatistiqueElectionsMun2021.pdf.

analyses et leurs préoccupations. D'autre part, **la participation de la population, telle que requise par le droit à la santé, nécessite l'implication d'une multitude d'autres actrices et acteurs de même que de réels pouvoirs décisionnels.**

Ce principe de participation démocratique n'est pas une entrave à l'efficacité du réseau, **elle constitue au contraire une condition de la qualité³⁹, de l'efficacité et de l'imputabilité des services aux communautés concernées⁴⁰.** En effet, les espaces démocratiques dans le réseau de la santé permettent d'identifier les problèmes, leurs causes sociales, économiques ou autres, de nommer les besoins et d'identifier les actions à porter pour contrer ces obstacles⁴¹.

Le gouvernement actuel doit saisir l'opportunité de renverser la tendance et de poser un jalon vers un plus grand respect du droit à la santé. Pour assurer une vraie gestion de proximité, il doit démocratiser notre système de santé en accordant des pouvoirs décisionnels aux citoyen.nes, aux travailleuses et aux travailleurs, sur la production et l'évaluation des services. Pour ce faire, **le rôle des établissements doit être double : garantir une offre de services à la population et faciliter la participation des actrices et des acteurs impliqués, c'est-à-dire la population citoyenne, les organisations communautaires et le personnel professionnel.**⁴²

Dans cet ordre d'idée, considérant que les femmes sont confrontées à des entraves quant à leur égalité d'accès à des services de qualité et qu'elles forment la majorité de la main-d'œuvre du réseau, **il importe que le projet de loi prévoit des espaces démocratiques où elles sont représentées par l'entremise de comités de personnes usagères, de groupes citoyens, d'organisations communautaires et de conseils du personnel professionnel.** À titre d'exemple, les organisations communautaires telles que les tables régionales de groupes de femmes ont une expertise, alimentée par leur travail de concertation des groupes de femmes, d'analyse ou de recherche, pour identifier les forces et les lacunes des services sociaux et de santé de leur région.

Recommandation 11 : Que le gouvernement assure la participation de la population, particulièrement celles des femmes et des groupes marginalisés,

³⁹ Nations Unies. Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *op. cit.*, paragraphe 54.

⁴⁰ Lavoie-Moore, M., *op. cit.*, p. 2.

⁴¹ Ligue des droits et libertés, *op. cit.*, p. 10.

⁴² Lavoie-Moore, M., *op. cit.*, p. 3.

à la prise des décisions en matière de santé au niveau local, régional et national.

Pour ce faire, il doit minimalement modifier le projet de loi afin que :

- a. les personnes siégeant aux conseils d'établissement soient nommées par les paires des secteurs ou des groupes qu'elles représentent (ex. comité d'usagers, instances de concertation communautaires, etc.);
- b. les organismes communautaires disposent d'un minimum de 2 sièges aux conseils d'établissements, dont un réservé aux groupes de femmes;
- c. les conseils d'établissement soient requis de former un comité régional en santé et bien-être des femmes, dont la composition inclut les groupes de femmes, et dont le mandat est l'élaboration, le suivi et l'évaluation du plan d'action régional en santé et bien-être des femmes;
- d. les comités d'usagers et de résidants existants soient maintenus, qu'ils soient représentatifs de la diversité de la population et qu'ils puissent exercer leurs fonctions et réaliser pleinement leur mission;
- e. les comités de parents pour chaque service de sage-femme soient formalisés et qu'une représentante des usagères et usagers soit ajoutée au conseil des sages-femmes⁴³;
- f. les personnes siégeant au comité national des usagers soient élues par les comités d'usagers;
- g. le comité national pour les personnes issues de communautés culturelles soit composé de représentant.es d'organismes des communautés ethnoculturelles⁴⁴.

Pour véritablement s'engager dans cette voie, **il doit revoir entièrement son projet de loi afin de proposer un modèle de gestion inspiré de la coproduction des services de santé**⁴⁵ et l'élaborer avec les groupes citoyens,

⁴³ Groupe des Treize, *op. cit.*, p. 11.

⁴⁴ ACCÉSSS, *op. cit.*, p. 28.

⁴⁵ Selon l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques, «la coproduction implique de reconnaître que la valeur des services et des soins de santé ne se réalise qu'avec la participation conjointe de la communauté usagère, du personnel professionnel, de la société civile et de l'État

les organismes communautaires, les organisations syndicales, des organisations représentant une diversité de groupes marginalisés et les personnes disposant d'expertise en la matière.

Une menace à l'action communautaire autonome

La section relative au financement au chapitre II du projet de loi suscite la préoccupation du RTRGFQ. Il apparaît que des fonds tels que le Programme de soutien financier aux organismes communautaires (PSOC), qui représente le financement à la mission globale de nombreux groupes de femmes, relèveraient de Santé Québec. Une telle proposition ferait en sorte que les organismes d'action communautaire autonome (ACA) deviennent les bras opérants d'une société d'État. Ainsi, le respect de l'autonomie de ces groupes est lourdement menacé. Le RTRGFQ partage l'avis d'organisations telles que le Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal à savoir que « [l]a gestion du PSOC doit absolument demeurer sous l'égide du ministère, comme les autres programmes d'ACA, afin qu'il demeure un programme généraliste de soutien à l'action communautaire et non une composante de la société d'État. »⁴⁶ Le RTRGFQ réitère que l'action des organismes communautaires est « une réponse que la communauté elle-même donne à certains de ses besoins⁴⁷ », en matière de santé et de bien-être dans le cas ci-présent. Il conçoit que cette autonomie des groupes de femmes est centrale au droit des femmes à la santé.

Recommandation 12 : Que le projet de loi assure la gestion du PSOC par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

(figure 1). Dans le cas des services publics, ce concept signifie que l'État, les citoyen-ne-s et les travailleurs et travailleuses se voient accorder des pouvoirs de contrôle sur la production des services selon différentes échelles de capacité d'action. Les communautés usagères ne sont ainsi pas perçues comme des consommatrices de services, mais comme des coproductrices.» Voir : <https://iris-recherche.qc.ca/publications/coproduction-services-de-sante>, p. 3.

⁴⁶ Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal. (2023). *Le partenariat, quel aria!*, p.3. Récupéré de : <https://riocm.org/wp-content/uploads/2023/05/2023-05-Bulletin-RIOCM.pdf>.

⁴⁷ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2001) *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Politique gouvernementale, Gouvernement du Québec, p. 17. Récupéré de <https://www.mtess.gouv.qc.ca/sacais/action-communautaire/politique-reconnaissance-soutien.asp>.

Annexe 1 – Les membres du RTRGFQ

- *Région 01 – Bas-Saint-Laurent*

Table de concertation des groupes de femmes du Bas-St-Laurent

- *Région 02 – Saguenay–Lac-Saint-Jean*

RÉCIF 02 – Table de concertation des groupes de femmes Saguenay–Lac-Saint-Jean

- *Région 03 – Capitale-Nationale*

Regroupement des groupes de femmes de la région de la Capitale-Nationale (Portneuf-Québec-Charlevoix)

- *Région 04 – Mauricie*

Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie

- *Région 05 – Estrie*

ConcertAction Femmes Estrie

- *Région 06 – Montréal*

Table des groupes de femmes de Montréal

- *Région 07 – Outaouais*

Assemblée des groupes de femmes d'interventions régionales (AGIR)

- *Région 08 – Abitibi-Témiscamingue*

Regroupement de femmes de l'Abitibi-Témiscamingue

- *Région 09 – Côte-Nord*

Regroupement des femmes de la Côte-Nord

- *Région 10 – Nord-du-Québec*

Comité condition féminine Baie-James

- *Région 11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine*

Table de concertation des groupes de femmes de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine

- *Région 12 – Chaudière-Appalaches*

Réseau des groupes de femmes de Chaudière-Appalaches

- *Région 13 – Laval*

Table de concertation de Laval en condition féminine

- *Région 14 – Lanaudière*

Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière

- *Région 15 – Laurentides*

Réseau des femmes des Laurentides

- *Région 16 – Montérégie*

Table de concertation des groupes de femmes de la Montérégie

- *Région 17 – Centre-du-Québec*

Table de concertation du mouvement des femmes Centre-du-Québec