



ACCÉSSS

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

PREMIÈRE SESSION
QUARANTE-TROISIÈME LÉGISLATURE

Projet de Loi no 15
Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace

Mémoire d'ACCÉSSS sur le Projet de Loi 15

Au nom du conseil d'administration et des 137 organismes membres d'ACCÉSSS :
Mémoire présenté aux membres de la Commission de la Santé et des Services sociaux
Mémoire présenté à tous les députés de l'Assemblée nationale

MAI 2023

Table des matières

Préambule.....	3
Introduction	4
Section 1 — Le réseau de la santé et l’intervention en milieu interculturel : une gestion en transformation.....	5
Section 2 — Le modèle d’intervention d’ACCÉSSS	11
Expertise en santé publique (promotion de la santé et prévention des maladies)	11
Gestion participative.....	11
Partenariats.....	12
Liens avec les établissements en santé et services sociaux et universités.....	12
Augmentation du niveau de littératie dans le domaine de la santé par la traduction et l’adaptation des communications	13
Richesses et forces d’ACCÉSSS.....	15
Section 3 — Nos organismes membres	16
Section 4 — Proposition d’ACCÉSSS — Cadre de référence du plan d’accessibilité en santé et services sociaux — Santé Québec.....	19
Section 5 — Recommandations : Pour une réelle approche populationnelle	23
Recommandation 1 — Article 2.7 — LSSSS	23
Recommandation 2 — Article 62.....	25
Recommandation 3 — Article 288 et article 33 du PL-15	25
Recommandation 4 — Article 351.....	27
Recommandation 5 — Article 352 du PL-15.....	28
Recommandation 6 – Santé publique et approche populationnelle	29
Conclusion.....	30
Annexe 1 — Organismes membres d’ACCÉSSS	31

Préambule

L'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS) est la seule fédération d'organismes communautaires des communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux et 137 organismes membres en sont membres. ACCÉSSS ne comprend pas la raison pour laquelle elle n'a pas été invitée à présenter son mémoire à la Commission de la Santé et des Services sociaux.

Indépendamment de cette exclusion, ACCÉSSS soumet aux membres de la Commission de la Santé et des Services sociaux son mémoire sur le Projet de Loi 15 – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.

ACCÉSSS espère qu'il sera considéré avec la même attention que si vous nous aviez invités à vous le présenter. ACCÉSSS vous offre toute sa collaboration.

Introduction

L'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux a été créée en **1987**. Depuis, ACCÉSSS œuvre en vue de favoriser le développement et le partage de connaissances en matière d'accessibilité aux services de santé et sociaux.

Nos interventions fournissent aux dirigeants d'établissements de santé, ainsi qu'au personnel professionnel, un soutien pratique pour faire face aux phénomènes sociaux issus de la diversité et de l'immigration. ACCÉSSS, à travers ses formations et outils, développe des compétences et fournit des conseils pratiques en vue de permettre une action efficace dans le réseau de la santé. Une bonne gestion de la diversité implique un positionnement des organismes du réseau permettant d'utiliser les ressources des organismes communautaires des communautés ethnoculturelles de manière ciblée et, par ricochet, d'accroître la satisfaction des patients.

Dans le présent mémoire, ACCÉSSS s'est limitée spécifiquement aux articles qui font référence aux communautés ethnoculturelles dans l'esprit de l'approche populationnelle. Les recommandations d'ACCÉSSS s'inscrivent, donc, dans la mise en œuvre de l'approche populationnelle. Cette approche dans le domaine des services de santé et sociaux exige une collaboration entre le MSSS, Santé Québec, les CIUSSS et CISSS avec ACCÉSSS et ses organismes membres.

Dans la logique de l'approche populationnelle, l'action se situe aux niveaux nationaux, régionaux et locaux. Les organismes publics et communautaires impliqués mettent à profit leurs leviers respectifs et compétences au bénéfice des communautés ethnoculturelles. En adoptant l'approche populationnelle, les organismes publics et communautaires visent à maintenir et à améliorer la santé et la qualité de vie des membres des communautés ethnoculturelles, ainsi que la réduction des inégalités sociales de services et de santé.

En définitive, le MSSS, Santé Québec et ACCÉSSS s'engagent à pratiquer un leadership collectif et de travailler en concertation en matière d'accessibilité aux services de santé et de services sociaux, ainsi qu'à promouvoir la santé globale des membres des communautés ethnoculturelles.

Section 1 — Le réseau de la santé et l'intervention en milieu interculturel : une gestion en transformation

Au travers de la diversité de leurs langues, systèmes de valeurs et comportements, les communautés ethnoculturelles influencent le quotidien des établissements du réseau. Dès lors, quelles sont les compétences requises pour offrir une prise en charge adaptée ? Et comment assurer une qualité optimale des soins de santé, en dépit de la diversité des besoins ? Les interventions d'ACCÉSSS s'adressent à cette problématique : à travers ses études, ses formations, le développement d'outils et, aussi, en fournissant au personnel du réseau des conseils pratiques pour répondre aux besoins des Québécois et Québécoises issus de l'immigration.

Les hôpitaux et autres établissements de santé sont soumis à des contraintes économiques, tandis que les exigences en matière de qualité et d'efficacité ne cessent d'augmenter. Or, l'offre de services adaptés aux communautés ethnoculturelles contribue non seulement à en améliorer la qualité et l'efficacité, mais réduit aussi, à moyen terme, le coût des soins de santé. C'est pour cela qu'ACCÉSSS propose au MSSS, et à son réseau, un partenariat collaboratif.

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 au MSSS et au sein du réseau SSS, doit être analysée sous l'angle de la qualité des prestations, des principes d'efficacité et d'efficience, du développement des compétences du personnel, ainsi que celui du financement.

Les mesures visant à développer les compétences en interculturel du personnel, à améliorer l'efficience et l'efficacité des structures, la qualité des services, ainsi que des procédures médicales et des résultats des traitements, englobent expressément les aspects spécifiques à la gestion de la diversité. Ils constituent la pierre angulaire d'une prestation résolument orientée vers le patient. Tenir compte des différences qui apparaissent dans toute nouvelle situation, c'est se donner la possibilité de concevoir des structures et des procédures qui mènent à des résultats adaptés à chaque cas.

Les barrières linguistiques et culturelles se répercutent dans la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic, les traitements et les suivis liés aux traitements, ainsi qu'à l'adhésion libre et éclairée à ces derniers. Le principe de l'égalité de résultat exige 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 langue, de son sexe, de sa religion, ou bien de sa situation socioéconomique.

Les services d'urgence des hôpitaux représentent souvent, pour les populations immigrantes, la plus simple, voire la seule possibilité d'accéder rapidement aux soins. Or, en cas d'urgence, il se pose des défis majeurs de communication linguistique et culturelle, à savoir :

- ✚ Les interprètes ne sont, généralement, pas disponibles à si brève échéance ;
- ✚ Les hôpitaux n'ont pas d'entente de services avec les organismes des communautés ethnoculturelles ;
- ✚ Le personnel n'est pas formé en intervention interculturelle.

Si le séjour se prolonge au-delà des urgences, la documentation devra être communiquée à l'équipe qui prendra en charge la patiente ou le patient. Les principales informations relatives à la langue, au processus migratoire et à la culture de la patiente ou du patient doivent être documentées.

Le consentement éclairé joue un rôle central sur le plan de la conformité, tant au niveau de la Loi sur les Services de Santé et des Services sociaux, qu'au sein du PL-15 et, en définitive, dans la réussite même d'un traitement. Il convient de veiller tout particulièrement à ce que la patiente ou le patient ait bien compris les formulaires et les déclarations à signer.

Pour que ces documents soient juridiquement valables, la patiente ou le patient doivent en avoir compris le contenu. L'établissement de santé doit veiller à ce que les formulaires juridiquement contraignants soient traduits dans les langues parlées par la population immigrante et adaptés à leur culture.

L'obtention du consentement éclairé est une norme absolument essentielle à la prestation de soins conformes à l'éthique. Or, il ne peut y avoir de consentement éclairé sans une communication ouverte et fréquente. Quand le patient et l'intervenant ne peuvent communiquer, il surgit immédiatement, d'une part, une barrière qui empêche le patient de s'informer complètement sur sa situation et les choix qui s'offrent à lui, tel que le stipule la Loi sur les Services de Santé et des Services sociaux et, d'autre part, l'intervenant ne peut accomplir professionnellement son travail. Dans de telles

situations, lorsque le patient donne son consentement, il le fait souvent sans comprendre toutes les implications de l'intervention.

Le traitement sera d'autant plus efficace qu'une bonne anamnèse aura été effectuée au départ, que quelques premières mesures auront été prises pour obtenir un consentement éclairé, et que le personnel disposera de connaissances en matière de diversité et d'immigration. C'est-à-dire :

- ✚ Mettre les dossiers d'informations à la disposition de l'équipe médicale et de l'équipe de prise en charge ;
- ✚ S'assurer que l'équipe médicale et l'équipe soignante aient connaissance des positions des patients sur leurs maladies respectives et savent ce qu'ils attendent du traitement.

Des difficultés de compréhension, ainsi que des concepts de maladie ou de thérapie différents peuvent compliquer la déclaration de consentement éclairé. Aujourd'hui, les patientes et patients sont considérés comme « responsables », dans le sens où s'ils ont été bien informés, ils peuvent décider eux-mêmes du déroulement de leur traitement, à chacune des étapes de celui-ci. Ce choix peut être entravé par des barrières linguistiques et culturelles, ainsi par l'inadaptation de l'intervention médicale et administrative.

Ces barrières et ces inadaptations engendrent des coûts supplémentaires pour le réseau de la santé. Sur le plan social, cela donne lieu également à des coûts liés au temps de travail perdu, au stress des intervenants/es, au fardeau imposé au fournisseur de soins, sans parler des coûts rattachés à l'augmentation des services sociaux requis en aval, et au bien-être du patient. De plus, ces barrières de communication engendrent de nouvelles difficultés d'apprentissage pour les étudiants, ainsi que pour les médecins résidents.

La qualité des soins obtenus par les patients issus des communautés ethnoculturelles est donc affectée par les barrières linguistiques et culturelles. Ces barrières ont comme conséquence la compromission de l'observation des normes éthiques de la part des intervenants en santé. Cette compromission du caractère éthique prend trois formes :

- ✚ Difficulté de fournir des soins conformes à la norme appliquée aux soins donnés à d'autres patients ;
- ✚ Difficulté de protéger la confidentialité des patients ;

- ✚ Difficulté d'assurer adéquatement le consentement éclairé des patients aux traitements qu'ils doivent suivre.

Cela nous amène à remettre en question l'accès équitable aux soins de santé de qualité des Québécois issus de l'immigration 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 tardent à se prévaloir des services de soins préventifs et à entamer des démarches en vue de se faire soigner. De plus, en raison de ces barrières, de mauvais diagnostics peuvent être posés, sans parler des retards dans le diagnostic et aux difficultés d'adhésion aux traitements.

Une question se pose ici :

La qualité des soins pour les communautés ethnoculturelles correspond-elle à celle dont bénéficient les patients de la société d'accueil ?

C'est une approche différenciée à la maladie et au traitement qui doit être préconisée. Cette approche différenciée préconisée nous amène à évaluer les programmes et services en santé à partir des trois critères suivants :

- ✚ L'aptitude du programme ou du service à produire l'effet prévu. Fonctionne-t-il ?
- ✚ Son efficacité et efficacité. Comment fonctionne-t-il dans des situations réelles ?
- ✚ Son accessibilité. Atteint-il les personnes qui en ont besoin ?

La complexité et la nature spécifique du vocabulaire médical posent également certaines difficultés. La croyance populaire veut, d'une part, qu'une personne capable d'entretenir une conversation de la vie courante en anglais ou en français ne nécessite pas de service d'interprétation linguistique et culturelle et, d'autre part, les intervenants n'ont pas besoin de formation en interculturel. Toutefois, même ceux qui maîtrisent officiellement une langue officielle peuvent faire face à des problèmes de communication lors d'une consultation médicale. La complexité et l'acceptabilité sociale de la maladie, les connaissances préalables du patient, les similarités des croyances en matière de santé et des pratiques entre le patient et l'intervenant, de même que les niveaux de détresse émotive accrus peuvent, dans une situation spécifique, influencer sur la capacité du client à communiquer dans une langue seconde.

Ceux qui ne possèdent pas de compétences suffisantes dans une langue officielle ont, en général, tendance à sous-utiliser les programmes de prévention ou évitent tout

simplement d'avoir recours aux services. Les services sont disponibles, mais pas nécessairement accessibles. Les évaluations des besoins, fondées sur l'utilisation actuelle des services d'un établissement, peuvent, par conséquent, sous-estimer grandement les besoins réels.

Cet état de choses influe sur le diagnostic et le traitement. D'une part, les personnes ne se présentent pas pour être examinées et soignées et, d'autre part, la qualité des soins obtenus est affectée. En effet, il existe une tendance générale à une participation plus faible à de nombreux programmes de prévention et de dépistage chez les personnes qui font face à des barrières linguistiques et culturelles et à une inadaptation des services.

Les nouveaux arrivants obtiennent généralement de l'information sur le système de santé par le « bouche-à-oreille ». Le processus qui consiste à déterminer quels sont les services offerts, comment peut-on s'en prévaloir, comment prendre un rendez-vous et, souvent, où aller et comment se présenter à la réception, requiert généralement les services d'un interprète (qu'il s'agisse d'un ami, d'un membre de la famille ou d'un travailleur bilingue) avant même que le premier contact soit établi. Les systèmes de triage téléphonique et les boîtes vocales représentent d'importantes barrières d'accès aux services disponibles. Cela a pour effet de retarder les soins ou d'amener les patients à éviter les soins courants.

En dernier lieu, l'exclusion de la population immigrante des recherches cliniques a un effet sur le développement des connaissances en santé et sur les conclusions sur l'effet des médicaments testés. Dans une société de plus en plus ethnoculturelle, cette exclusion limite la possibilité de généraliser ces recherches, entraînant ainsi des répercussions sur l'efficacité et l'efficacités des traitements. Ces barrières entraînent des conséquences sur la compréhension et l'observance des traitements. Cette exclusion a également comme effet d'empêcher les membres des communautés ethnoculturelles de profiter des avantages des médicaments de pointe dans le domaine du cancer, par exemple.

Les barrières linguistiques et culturelles ont d'importantes répercussions sur les coûts des soins de santé, en raison de leurs conséquences sur l'utilisation inadéquate des services et le résultat des traitements qui n'est pas optimal.

En plus d'engendrer des effets directs sur l'accès des patients aux services de santé et sur la qualité des soins, les barrières linguistiques et culturelles ont un impact négatif sur l'efficacité et la satisfaction des intervenants en santé.

L'élimination des barrières linguistiques et culturelles dans la dispensation des services de santé et sociaux se traduirait pour l'ensemble du réseau de la santé, ainsi :

Pour les patients — donner un consentement éclairé, adhérer au traitement et améliorer la santé ;

Pour les intervenants — éliminer les interventions inutiles, améliorer le diagnostic, améliorer le suivi au traitement, réduire les risques de fautes professionnelles et améliorer l'environnement de travail ;

Pour les gestionnaires — augmenter l'efficacité des services et utiliser de manière optimale les ressources ;

Pour la société — éliminer les inégalités dans l'accès aux services de santé, améliorer la santé pour l'ensemble des citoyens et augmenter la productivité.

Les changements démographiques observés en raison d'une immigration accrue exigent, donc, une nouvelle manière de développer et de gérer le réseau de la santé et des services sociaux. C'est un changement de culture, l'implantation de nouvelles pratiques de gestion, une nouvelle orientation du développement de la main-d'œuvre et un nouveau cadre de recherche et d'évaluation des programmes qui sont exigés ici. Cela implique de revoir le mécanisme d'allocation des ressources (budgétaires, humaines et matérielles), la détermination des programmes, les modes de prestation des services, ainsi que la formation du personnel.

Section 2 — Le modèle d'intervention d'ACCÉSSS

ACCÉSSS s'implique activement, notamment, dans la réalisation d'outils multilingues, de programmes de formations visant à augmenter le niveau de littératie en santé et des projets de recherche par le biais d'enquêtes afin d'identifier les besoins spécifiques des communautés ethnoculturelles, étant donné que 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.

Expertise en santé publique (promotion de la santé et prévention des maladies)

ACCÉSSS est le seul regroupement provincial en santé et services sociaux qui aborde spécifiquement les questions relatives à la diversité, donc qui possède une vision dirigée vers les populations plus marginalisées, notamment à cause de la méconnaissance des langues officielles, à savoir le français ou l'anglais, les statuts d'immigration et le parcours migratoire.

Riche de ses 137 organismes membres, son approche tient compte des différentes cultures et visions par rapport à la prévention et la maladie, ce qui inclut une notion de risque très différente d'une population à une autre.

Gestion participative

ACCÉSSS fait non seulement le transfert de connaissance directement au niveau des citoyens, mais aussi par l'entremise de ses organismes membres qui deviennent ainsi des agents multiplicateurs au sein des communautés. Par cette démarche, ACCÉSSS contribue à augmenter le niveau de connaissance du système de santé parmi les populations issues de l'immigration, et par ricochet, leur responsabilisation en matière de maintien d'une bonne santé.

À travers ses actions, ACCÉSSS vient compléter les actions du réseau de la santé et des services sociaux dans l'objectif de veiller à l'adaptation des services sociaux et de santé à la réalité des communautés ethnoculturelles, dont la retombée serait d'éliminer les inégalités d'accès à l'information et aux services.

En tant que regroupement provincial, et tout en travaillant avec ses membres, ACCÉSSS se doit de travailler en partenariat avec différentes instances, tant communautaires qu'institutionnelles. Il s'agit de l'essence même de son travail.

En raison de la philosophie de gestion d'ACCÉSSS qui est de travailler en concertation avec ses différents partenaires, ainsi que de la nature des dossiers traités, ACCÉSSS est de plus en plus impliquée dans les réseaux de concertation. Cette concertation ne peut se réaliser sans l'expertise du conseil d'administration, ainsi que du personnel d'ACCÉSSS.

Partenariats

ACCÉSSS travaille étroitement avec les divers réseaux d'associations communautaires en santé, ce qui en fait un lieu de convergence du milieu communautaire, du secteur privé, du réseau public et du milieu universitaire. C'est pour cette raison qu'ACCÉSSS reçoit de plus en plus de demandes de partenariats émanant du secteur communautaire, du réseau de la santé et du milieu universitaire. Toutes ces concertations se font en synergie avec ses organismes membres, le conseil d'administration, ainsi que son personnel.

Liens avec les établissements en santé et services sociaux et universités

Fort de son expérience de plus de trente-cinq ans sur le terrain, ACCÉSSS a développé et maintenu des relations de confiance et des partenariats durables avec le réseau de la santé, ainsi qu'avec diverses universités québécoises, dont l'Université de Montréal et l'Université Concordia, en accueillant des stagiaires de l'UdeM (notamment dans le cadre du projet de recherche sur la vaccination scolaire contre le VPH chez les immigrants), l'Université McGill (organisation conjointe de trois tables rondes sur les personnes âgées), de l'UQO (recherche sur la COVID-19 et l'intervention communautaire), de l'Université de Laval.

Présentement, ACCÉSSS a un partenariat avec l'Université de Sherbrooke sur la santé cognitive et les proches aidants et l'UQAM sur la proche aide et les jeunes.

Elle préside également l'Alliance des patients qui prône la participation éclairée des patients à la prise en charge de leur santé dans l'objectif de promouvoir leur droit à la santé, de défendre leurs droits, ainsi que leur accès aux médicaments dont ils ont

besoin. ACCÉSSS est membre du conseil d'administration d'Immunisation Canada, un organisme faisant la promotion de la vaccination.

Dans le dossier de la proche aide, ACCÉSSS est notamment membre du comité provincial en proche aide pour les communautés ethnoculturelles et du langue anglaise Et le Comité consultatif — Proche Aide Québec.

Augmentation du niveau de littératie dans le domaine de la santé par la traduction et l'adaptation des communications

En collaboration avec ses partenaires, ACCÉSSS a la volonté de continuer à développer des connaissances sur la santé dans le contexte de la diversité en offrant des formations et en adaptant ses outils de communication relatifs à l'immunisation en vue de prévenir les maladies évitables et d'augmenter les couvertures vaccinales dans un intérêt de santé publique.

ACCÉSSS a déjà fait ses preuves dans ce sens par la vulgarisation des informations de santé auprès de la population issue des communautés ethnoculturelles, notamment à travers sa campagne de sensibilisation se situant dans l'effort global de lutte contre les maladies infectieuses. D'ailleurs, ACCÉSSS a traduit en 16 langues différentes ses outils de communication sur l'immunisation, ainsi que sur la problématique du cancer du col de l'utérus et les a publiés dans de nombreux journaux ethniques. Elle a également développé du contenu vidéo qui a été diffusé sur Facebook aux populations ciblées.

Cette approche contribue à remédier à la barrière linguistique en vue de l'obtention ultérieure d'un consentement éclairé par rapport à toute intervention concernant les personnes visées et, plus largement, l'acquisition de saines habitudes de vie et des habitudes préventives.

Une campagne annuelle multilingue sur la vaccination contre l'influenza en 11 langues différentes a été déployée par ACCÉSSS à l'automne-hiver 2020 et s'est révélée d'autant plus importante que la COVID-19 est toujours présente. Cette campagne multilingue a permis de rejoindre 750 000 personnes. Par ailleurs, ACCÉSSS a été la première à traduire des documents portant sur la COVID-19 à partir de la deuxième semaine du mois de mars 2020 et son initiative a permis de mettre à la disposition des usagers et intervenants-es des documents écrits et audio en 32 langues différentes.

ACCÉSSS est également le maître d'œuvre dans la mise en place et la promotion de la Communauté d'intérêts virtuelle en immunisation (CIVI), une plateforme permettant de fédérer une communauté de professionnels de la santé, associations de patients et d'autres milieux intéressés par la prévention des maladies évitables et la vaccination au niveau québécois et canadien.

En mars 2021, ACCÉSSS a organisé un forum sur la santé publique, la COVID-19 et les communautés ethnoculturelles. Dans le cadre du forum, ACCÉSSS a réuni des anciens ministres de la santé, diverses associations médicales, des chercheurs en santé, la Direction de santé publique de Montréal, ainsi que plusieurs organismes communautaires membres et partenaires.

En automne 2021, ACCÉSSS a réalisé, en collaboration avec l'ESPUM, une étude sur la téléconsultation en contexte de diversité et l'a soumise au comité provincial sur la télémédecine.

Au printemps 2022, ACCÉSSS a organisé une campagne d'information sur le PQDCS en 15 langues dans les médias ethniques et les médias sociaux. Le total des personnes rejointes par la campagne, toutes langues confondues, se situe à 1 235 161 personnes.

En automne 2022, ACCÉSSS a réalisé, en collaboration avec l'ESPUM, une étude sur la compréhension et la réaction des femmes en lien avec la lettre d'invitation pour passer une mammographie acheminée dans le cadre du PQDCS.

ACCÉSSS a organisé en juin 2022 un symposium sur les jeunes issus de l'immigration intitulé La place des jeunes immigrants dans la société québécoise — identité et appartenance ayant permis de mieux saisir les enjeux vécus par les jeunes issus de l'immigration et d'élaborer un plan d'action permettant d'outiller le milieu pour une meilleure intégration de ces jeunes dans les différentes structures.

À l'automne 2022, ACCÉSSS a organisé, en primeur, un symposium portant sur la proche aide en contexte de diversité, ce qui a permis de mieux saisir les défis qu'ils rencontrent, notamment à se reconnaître eux-mêmes comme étant proches aidants, et a élaboré un plan d'action à la suite des travaux effectués dans le cadre des ateliers ayant été organisés lors de l'événement.

Également à l'automne 2022, ACCÉSSS s'est associée à l'Alliance des patients pour la santé (APS) afin de conjointement mandater la firme Léger en vue de réaliser un

sondage auprès de 1207 Québécoises et Québécois, dont près de 25 % faisaient partie de la diversité, afin de mieux comprendre les perceptions en matière de vaccination (en ventilant par type de vaccin) avec l'objectif d'ajuster les campagnes d'informations en conséquence en connaissant les éléments qui influent sur l'acceptabilité des vaccins comme moyen de prévention de maladies évitables.

À la suite des conclusions pertinentes des résultats du sondage panquébécois, ACCÉSSS a décidé de déployer un sondage similaire au niveau canadien, en janvier et février 2023, ayant eu également comme objectif d'évaluer un outil d'information portant sur la vaccination contre la COVID-19 et l'influenza ayant été sous-titré en 20 langues différentes et ayant fait l'objet d'une campagne en ligne à l'hiver 2022.

Richesses et forces d'ACCÉSSS

- ✚ La diversité des services offerts par ses organismes membres qui facilitent l'orientation des actions en fonction des besoins spécifiques de sa clientèle ;
- ✚ La présence au sein d'ACCÉSSS d'organismes membres qui interviennent dans plusieurs domaines spécifiques ;
- ✚ Le fait que certains membres du personnel et du conseil d'administration d'ACCÉSSS siègent au conseil d'administration et comités de certains organismes et institutions.

Au vu de tous ces aspects, ACCÉSSS est aujourd'hui un partenaire stratégique d'une importance capitale pour rejoindre les populations vulnérables qui seraient difficiles à rejoindre autrement.

Section 3 — Nos organismes membres

Plusieurs organismes communautaires travaillent afin d'augmenter l'accessibilité et l'adéquation des services aux communautés ethnoculturelles. Sans offrir les mêmes services que le réseau public, ces organismes proposent des services complémentaires qui ont comme effet d'une part d'alléger le réseau et d'autre part de fournir aux populations ethnoculturelles des outils d'intégration. ACCÉSSS en regroupe 137 à travers tout le Québec. Voir l'annexe 1 pour la liste de nos organismes membres.

Les organismes membres d'ACCÉSSS offrent des services tels que :

- ✚ L'aide psychosociale
- ✚ La francisation
- ✚ L'aide alimentaire
- ✚ Le soutien par rapport aux démarches administratives
- ✚ L'interprétariat
- ✚ La référence
- ✚ L'organisation de séances d'information portant sur différents sujets
- ✚ L'accompagnement
- ✚ L'aide en employabilité
- ✚ Les ateliers sur la santé
- ✚ La halte-garderie et autres services éducatifs d'appoint
- ✚ Le soutien en matière de violence conjugale
- ✚ L'intervention auprès des jeunes
- ✚ D'autres services connexes

Les services sont offerts aussi bien aux femmes, au sein des organismes leur étant destinés, mais aussi aux hommes (dans le cas d'un organisme qui s'adresse spécifiquement aux pères immigrants), ainsi qu'aux enfants et jeunes issus de l'immigration. La majeure partie des organismes reçoivent une clientèle mixte issue de tous les pays.

Au-delà de cette panoplie de services, plusieurs membres d'ACCÉSSS sont engagés dans des initiatives de développement social qui agissent sur les déterminants de la santé. Ces initiatives misent sur l'inclusion des communautés ethnoculturelles dans la lutte à la faim, au décrochage scolaire, à la violence dans les familles et chez les jeunes, et ce, au sein de divers réseaux intersectoriels, incluant celui de la santé.

En effet, les organismes communautaires membres d'ACCÉSSS sont des partenaires directs et indispensables du réseau de santé et des services sociaux.

Pour illustrer l'importance de ce partenariat du réseau d'ACCÉSSS, nous citons en exemple le document du MSSS intitulé Accessibilité des services aux communautés culturelles — orientations et plan d'action 1989-1991.

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. »

Aujourd'hui, en 2023, à savoir 32 ans plus tard, ACCÉSSS constate que nous discutons des mêmes problématiques. Il est donc devenu urgent de revoir le modèle du MSSS concernant les services de santé et des services sociaux offerts aux communautés ethnoculturelles. C'est ce qu'ACCÉSSS propose dans ce mémoire portant sur le PL-15.

Section 4 — Proposition d'ACCÉSSS — Cadre de référence du plan d'accessibilité en santé et services sociaux — Santé Québec

Ce cadre de référence est la mise en œuvre des articles 62 et 351 du Projet de Loi 15.

La solution proposée par le législateur, pour assurer un accès en toute égalité à des services de santé et des services sociaux pour les communautés ethnoculturelles, s'inscrit notamment dans la mise en œuvre des articles 62 et 351 du Projet de Loi 15, à savoir :

« 62. Lorsque Santé Québec met en place un mécanisme d'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux, elle détermine notamment des modalités encadrant la priorité de l'accès à tout ou partie de ces services. Elle peut également mettre en place des systèmes de répartition et de référencement des usagers entre les professionnels de la santé ou des services sociaux.

Santé Québec doit s'assurer que son mécanisme d'accès aux services tienne compte des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers et qu'il permette de coordonner les activités des établissements publics et des prestataires privés de services du domaine de la santé et des services sociaux.

351. L'établissement public doit, en concertation avec les organismes représentatifs des communautés ethnoculturelles et les autres établissements de sa région, favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés ethnoculturelles. »

Par ailleurs, la proposition d'ACCÉSSS s'inscrit également dans la politique d'immigration du présent gouvernement, à savoir la régionalisation de l'immigration. La mise en place des plans d'accessibilité crée les conditions de réussite de cette régionalisation, car les établissements auront une offre de services adaptée. Il s'agit donc d'un facteur de rétention régionale de l'immigration.

Voici la démarche qu'ACCÉSS propose pour l'élaboration et l'implantation des plans d'accessibilité par les CIUSSS et les CISSS :

Étape 1 : Rencontre de Santé Québec pour obtenir un engagement du conseil d'administration pour la réalisation des plans d'accessibilité ;

Étape 2 — Rencontre des CIUSSS et des CISSS pour présenter la démarche et connaître les établissements qui s'engagent dans une telle démarche ;

Étape 3 : Organiser une rencontre avec les ordres professionnels en santé et en services sociaux pour présenter la démarche et obtenir leur collaboration ;

Étape 4 — Planifier des formations auprès du personnel de l'établissement sur la question de l'adaptation des services ;

Étape 5 : Effectuer un diagnostic de la situation — Analyse populationnelle

- ✚ Connaître la composition de la population d'une région (origine ethnique, languematernelle, religion) ;
- ✚ Effectuer l'analyse des besoins en matière de santé et de services sociaux ;
- ✚ Connaître les besoins en matière d'adaptation des services en raison des spécificités ethnoculturelles.

Étape 6 : Disponibilité des programmes et services

- ✚ Effectuer l'inventaire des programmes et des services existants ;
- ✚ Analyser les critères de détermination des programmes et services ;
- ✚ Analyse de la prestation des services et des modalités d'accès aux services dispensés ;
- ✚ Analyser le niveau d'utilisation des services par la population ethnoculturelle (détermination de l'insuffisance des programmes et services en raison des spécificités ethnoculturelles de la population).

Étape 7 : Élaborer le plan d'accessibilité

- ✚ Élaborer un plan de communication interne et externe ;

- ✚ Mettre en place un processus de reddition de compte et d'évaluation des résultats.

Voici des questions à poser dans le diagnostic de la situation en vue d'élaborer un plan d'accessibilité :

- ✚ De quelle manière est-ce que la composante ethnoculturelle est-elle intégrée dans la formation du personnel du réseau (cadres et non-cadres) ?
- ✚ Comment sont évaluées les compétences en interculturel du personnel dédié au traitement des plaintes ?
- ✚ Comment les soins spirituels sont-ils organisés ?
- ✚ De quelle manière a été faite l'allocation des ressources permettant de tenir compte de la diversité ethnoculturelle de la population ?
- ✚ Est-ce que les établissements tels que les hôpitaux, les cliniques, GMF, etc., sont adéquatement préparés pour accueillir les clientèles des minorités ethnoculturelles, surtout les nouveaux arrivants ?
- ✚ Quelles ressources alternatives (matérielles ou humaines) utilisent-ils pour traduire les documents pertinents dans les langues de ces communautés ?
- ✚ Quel genre de traitement reçoivent ces clientèles à l'accueil des établissements ?
- ✚ Lors des examens médicaux, est-ce que le dépistage ou la phase diagnostique tient compte des caractéristiques ethnospcifiques de ces clientèles, tels que les facteurs génétiques ?
- ✚ Lors des campagnes de vaccination ou de prévention des maladies potentiellement épidémiques, rejoigne-t-on adéquatement les membres des communautés ethnoculturelles, surtout les nouveaux arrivants ?
- ✚ Lors des campagnes d'éducation sur la prévention des infections et maladies, quels moyens utilisent les départements de santé publique pour rejoindre ces populations ?
- ✚ Quels moyens utilisent les DSP pour traduire les renseignements sur la bonne consommation des médicaments, sur la bonne alimentation, etc., dans les langues maternelles et les cultures des communautés ethnoculturelles, surtout celles des nouveaux arrivants ?
- ✚ Les répondants d'Info-Santé sont-ils capables de communiquer dans les langues maternelles des communautés ethnoculturelles, surtout celles

des nouveaux arrivants ?

- ✚ Les établissements de santé et services sociaux, les centres de réadaptation et les services spécialisés de première, deuxième ou troisième ligne sont-ils préparés pour offrir des services adéquats aux personnes handicapées issues de l'immigration et des communautés ethnoculturelles ?
- ✚ Comment le PL-15, une fois adopté, sera-t-il appliqué aux communautés ethnoculturelles ?

Rappelons que le plan d'accessibilité est l'instrument privilégié par le PL-15 pour assurer aux communautés ethnoculturelles l'accès aux services de santé et des services sociaux.

Il s'agit également d'un outil de changement organisationnel et de planification. D'une part, cela conduira les gestionnaires à effectuer une analyse des besoins de la population, à l'identification de l'insuffisance des services et l'identification de l'inaccessibilité des services disponibles. D'autre part, les gestionnaires auront toute l'information nécessaire permettant d'identifier les mesures correctrices, ainsi que d'allouer les ressources requises et d'établir un échéancier d'implantation.

Considérant que le Gouvernement a mandaté la CDPDJ pour accompagner les organismes publics dans l'application de la Loi 143 (Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans les organismes publics), il va de soi que le Gouvernement adopte la même approche dans l'application des articles 62 et 351 du PL-15.

Pour ce faire, ACCÉSSS propose au MSSS que le MSSS mandate ACCÉSSS à agir comme expert-conseil auprès des CIUSSS et des CISSS dans le cadre de l'élaboration et de l'implantation des plans d'accessibilité aux communautés ethnoculturelles en lui allouant les ressources financières nécessaires par une combinaison du PSOC et d'une entente de services dédiée à ce mandat.

Section 5 — Recommandations : Pour une réelle approche populationnelle

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, ACCÉSSS s'est limitée spécifiquement aux articles qui font référence aux communautés ethnoculturelles dans l'esprit de l'approche populationnelle. Les recommandations d'ACCÉSSS s'inscrivent, donc, dans la mise en œuvre de l'approche populationnelle. Cette approche en santé et services sociaux exige une collaboration entre le MSSS, Santé Québec, les CIUSSS et les CISSS avec ACCÉSSS et ses organismes membres.

Ainsi, nous recommandons que le MSSS et Santé Québec s'engagent avec ACCÉSSS à pratiquer un leadership collectif et de travailler en réseau en matière d'accessibilité aux services de santé et de services sociaux, ainsi que de promotion de la santé à l'égard des communautés ethnoculturelles.

Recommandation 1 — Article 2.7 — LSSSS

L'article 2.7 de la Loi des Services de santé et des Services sociaux stipule :

« 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. »

Dans le PL-15, cet article a été exclu. La communication entre le patient et le professionnel de la santé est essentielle, notamment, pour assurer des services de santé et des services sociaux sécuritaires, pour assurer l'adhésion au traitement, la participation du patient à son plan d'intervention et obtenir son consentement éclairé. L'exclusion de cet article dans le PL-15 porte atteinte à l'accessibilité et la qualité de services de santé et sociaux pour les résidents du Québec qui ne maîtrisent pas encore le français, surtout les immigrants et réfugiés.

En excluant l'article 2.7 du PL-15, comment l'utilisateur peut-il se prévaloir des droits suivants énumérés dans le PL-15 :

« 5. 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.

6. 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.

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

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

Pour l'application de la présente loi, un accident s'entend d'une action ou d'une situation où le risque se réalise et qui est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager.

10. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quels qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

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

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

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 328 et 329. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans. »

De quelle manière un usager peut-il participer aux soins et services le concernant s'il n'en comprend pas la portée ? Comment respecte-t-on sa dignité si on le dessert dans une langue qu'il ne comprend pas ?

En raison des problèmes de communication patient-médecin, dans le cas où un médecin commettait une erreur de diagnostic ou de traitement, en est-il légalement responsable ?

ACCÉSSS recommande que l'article 2.7 de la LSSSS soit inclus dans le PL-15.

Recommandation 2 — Article 62

Cet article stipule :

« 62. Lorsque Santé Québec met en place un mécanisme d'accès aux services du domaine de la santé et des services sociaux, elle détermine notamment des modalités encadrant la priorité de l'accès à tout ou partie de ces services. Elle peut également mettre en place des systèmes de répartition et de référencement des usagers entre les professionnels de la santé ou des services sociaux. Santé Québec doit s'assurer que son mécanisme d'accès aux services tient compte des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers et qu'il permet de coordonner les activités des établissements publics et des prestataires privés de services du domaine de la santé et des services sociaux. »

Qu'est-ce qu'il advient de la Loi 96 concernant les services offerts uniquement en français aux immigrants ayant dépassé six mois de séjour ?

ACCÉSSS recommande que le législateur précise dans le PL-15 que les services de santé et les services sociaux sont exclus de la Loi 96.

Recommandation 3 — Article 288 et article 33 du PL-15

L'article 288 du PL-15 stipule que :

« 288. Le conseil d'administration de Santé Québec doit obtenir l'accord d'au moins les deux tiers des voix exprimées par les membres d'un établissement regroupé pour toute décision relative à l'accès aux services de nature culturelle ou linguistique rendus dans les installations de cet établissement. »

Cet article induit une discrimination systémique à l'égard des Québécoises et Québécois issus des communautés ethnoculturelles.

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.

Comment le législateur peut-il justifier le vote des deux tiers des membres pour l'élaboration d'un plan d'accessibilité aux communautés ethnoculturelles, quand toutes les décisions de Santé Québec se prennent à la majorité absolue, un organisme qui sera appelé à gérer plusieurs milliards de dollars. Voici ce que l'article 33 stipule :

« 33. Le quorum aux séances du conseil d'administration de Santé Québec est constitué de la majorité de ses membres, incluant le président du conseil ou le président et chef de la direction.

Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées par les membres présents. »

Comment le législateur justifie-t-il l'article 288 du PL-15 par rapport à la Charte des droits et libertés de la personne du Québec ? À savoir le premier considérant de cette Charte :

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

Est-ce que le législateur considère que les Québécoises et les Québécois membres des communautés ethnoculturelles n'ont pas une égale protection de leurs droits en santé et services sociaux que les Québécoises et Québécois de langue française et de langue anglaise ? Existe-t-il au Québec deux catégories de citoyens ?

De plus dans l'Arrêt Meiorin, la Cour Suprême 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, comme 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 : (...). »

ACCÉSSS recommande que l'article 288 soit abrogé du PL-15.

Recommandation 4 — Article 351

Cet article stipule :

« 351. L'établissement public doit, en concertation avec les organismes représentatifs des communautés ethnoculturelles et les autres établissements de sa région, favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés ethnoculturelles. »

ACCÉSSS réfère le législateur à la section 4 de son mémoire portant sur un modèle d'élaboration du plan d'accessibilité.

ACCÉSSS propose au législateur que Santé Québec mandate ACCÉSSS d'agir comme expert-conseil auprès des CIUSSS et des CISSS pour l'élaboration et l'implantation des plans d'accessibilité aux communautés ethnoculturelles en lui allouant les ressources financières nécessaires par une combinaison du PSOC et d'une entente de services.

Recommandation 5 — Article 352 du PL-15

L'article 352 stipule :

« 352. Un comité national, dont la formation est prévue par règlement du ministre, est chargé de donner son avis au ministre sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.

Le règlement doit prévoir la composition du comité, ses règles de fonctionnement et de régie interne, les modalités d'administration de ses affaires ainsi que ses fonctions, devoirs et pouvoirs. »

Il est important que ce comité assure une communication régulière avec les organismes communautaires immigrants représentés pour s'assurer que leurs préoccupations sont entendues et que leurs voix sont prises en compte dans les décisions prises par MSSS et Santé Québec. Cela peut se faire en organisant des rencontres régulières avec les représentants des organismes communautaires, en créant des groupes de travail spécifiques pour traiter des enjeux liés à la santé des communautés immigrantes et en veillant à ce que les membres de ces communautés soient représentés dans les comités et les groupes de travail du MSSS et de Santé Québec.

ACCÉSSS recommande que ce comité national soit composé d'organismes des communautés ethnoculturelles, comme ACCÉSSS. Une telle composition du comité national est en conformité avec la représentation citoyenne. Les organismes ont une mémoire collective par rapport à leurs usagers qui ont vécu des problématiques, ainsi que des solutions à ces dernières.

La recommandation d'ACCÉSSS est conforme avec la note explicative du PL-15. Soit :

« NOTES EXPLICATIVES

Ce projet de loi propose de renouveler l'encadrement du système de santé et de services sociaux. Il a pour objet de mettre en place un système efficace, notamment en facilitant l'accès des personnes à des services de santé et à des services sociaux sécuritaires et de qualité, en renforçant la coordination des différentes composantes du système et en rapprochant des communautés les décisions liées à l'organisation et à la prestation des services. »

Considérant que le comité national des usagers est composé de comités d'usagers et d'associations de patients, il est tout à fait logique que le comité national des communautés ethnoculturelles soit composé d'organismes desservant les communautés ethnoculturelles.

Recommandation 6 – Santé publique et approche populationnelle

En se fondant sur la Charte D'Ottawa (1986), sur la pandémie H1N1, sur la pandémie de la COVID-19 et sur la recherche de l'UQO, ACCÉSSS recommande que le MSSS élabore et implante l'approche populationnelle en santé publique, notamment en préparation à la prochaine pandémie.

Dans la Charte d'Ottawa Promotion de la Santé, l'OMS stipule :

« RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions. »

« RÉORIENTATION DES SERVICES DE SANTÉ

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé. »

NOTE – Le rapport de recherche de l'UQO accompagne ce mémoire.

Conclusion

Un réseau de la santé et des services sociaux inclusif doit se fonder sur la connaissance de sa population et une organisation de services répondant aux besoins de cette population diversifiée au point de vue culturel et linguistique.

En conséquence, avoir un réseau de santé inclusif signifie une adaptation des services sociaux et de santé aux caractéristiques des communautés ethnoculturelles, notamment en matière de langue et de culture. Cela exige un grand niveau de concertation et de planification des interventions entre le MSSS, Santé Québec, le réseau de la santé et ACCÉSSS, ainsi que l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Sans une telle approche de travail partenariale, cela donnera lieu à une inadaptation des services, à une sous-utilisation ou à une utilisation inadéquate des services de santé et sociaux existants, d'où l'importance d'établir un partenariat public communautaire entre le MSSS, Santé Québec et ACCÉSSS.

En conclusion, ce partenariat et l'approche populationnelle sont en concordance avec la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques (2010) de l'OMS. L'OMS fait remarquer aux gouvernements que les déterminants de la santé et du bien-être sont extérieurs au secteur de la santé et sont d'ordre social et économique, demandant, donc, une gouvernance partagée en santé et en bien-être entre le pouvoir public et la société civile.

Annexe 1 — Organismes membres d'ACCÉSSS

L'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS) est un regroupement provincial de 137 organismes communautaires desservant les populations immigrantes et issues de la diversité. Le nombre de personnes desservies par ses organismes membres est estimé à près de 150 000 par année. Les organismes membres d'ACCÉSSS offrent des services tels que :

- + L'aide psychosociale
- + La francisation
- + L'aide alimentaire
- + Le soutien par rapport aux démarches administratives
- + L'interprétariat
- + La référence
- + L'organisation de séances d'information portant sur différents sujets
- + L'accompagnement
- + L'aide en employabilité
- + Les ateliers sur la santé
- + La halte-garderie et autres services éducatifs d'appoint
- + Le soutien en matière de violence conjugale
- + L'intervention auprès des jeunes
- + D'autres services connexes

Les services sont offerts aussi bien aux femmes, au sein des organismes leur étant destinés, mais aussi aux hommes (dans le cas d'un organisme qui s'adresse spécifiquement aux pères immigrants) et aux enfants. La majeure partie des organismes reçoivent une clientèle mixte issue de tous les pays.

Les organismes sont situés dans six régions principales, à savoir Montréal, Laval, Montérégie, Estrie, Capitale nationale (Québec) et Gatineau. Il s'agit d'organismes de première ligne d'accueil des immigrants, et certains ont un mandat dans ce sens octroyé par le ministère de l'Immigration et de la Francisation (MIFI).

La répartition des organismes membres par région est la suivante :

Montréal — 105

Montérégie — 8

Estrie — 5

Capitale nationale — 8

Laval — 5

Outaouais — 3

Autres régions — 3