



ACCÉSSS

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

Mémoire sur le projet de loi 10

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

« FRACTURE ENTRE LA LOI DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LA
GESTION DU SYSTÈME DE SANTÉ »

ALLIANCE DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES POUR L'ÉGALITÉ DANS LA SANTÉ ET LES
SERVICES SOCIAUX (ACCÉSSS)

Octobre 2014

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| CRÉDITS | 3 |
| INTRODUCTION | 4 |
| SECTION I – LE PROBLÈME, UNE GESTION DÉCONNECTÉE DE L’INTERCULTUREL | 6 |
| SECTION II – LA SOLUTION, UNE GESTION FONDÉE SUR UN PARTENARIAT INTERCULTUREL | 13 |
| SECTION III – ACCÈSS UN CENTRE D’EXPERTISE..... | 16 |
| CONCLUSION..... | 18 |
| ANNEXE 1 : RECOMMANDATION : PARTENARIAT INTERCULTUREL..... | 20 |
| ANNEXE 2 : STATISTIQUES SUR L’IMMIGRATION | 21 |
| ANNEXE 3 : LETTRES ACHEMINÉES AUX INSTANCES GOUVERNEMENTALES CONCERNANT L’ADAPTATION DES MESSAGES DE SANTÉ PUBLIQUE, PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE... | 22 |
| ANNEXE 4 : EXTRAIT DE LA LOI DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX..... | 23 |
| ANNEXE 5 : RAPPORT SUR LE PROJET D’INFORMATION MULTILINGUE SUR LE A(H1N1) ET LES ARTICLES PARUS DANS LES MÉDIAS..... | 32 |

CRÉDITS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR ACCÉSSS sur la consultation du projet de loi 10

Recherche et rédaction : Jérôme Di Giovanni

Correction et mise en page : Diana Dongmo

Révision linguistique : Adina Ungureanu

Comité de révision : Jérôme Di Giovanni, Pascual Delgado, Soumya Tamouro, Laetitia Muteteli, Diana Dongmo et Adina Ungureanu

Responsable de la consultation des 118 organismes membres d'ACCÉSSS : Adina Ungureanu

© Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux

INTRODUCTION

L'article 1 du projet de loi 10 présente l'objectif poursuivi par le législateur, le MSSS, qui est « de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et l'accroître l'efficience et l'efficacité de ce réseau ».

L'atteinte de cet objectif ne passe pas uniquement par la restructuration du système de santé, soit l'organisation et la gouvernance. La mise en œuvre du projet de loi 10 doit également transformer les pratiques professionnelles, ainsi que les pratiques organisationnelles. C'est une transformation catégorique de la culture du système de santé qui est requise pour atteindre, d'une part, l'objectif visé et, d'autre part, placer le patient au centre du système de santé.

L'article 1 stipule :

« OBJET

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

À cet effet, elle prévoit l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux par la mise en place de réseaux régionaux de services de santé et de services sociaux axés sur la proximité et la continuité des services, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion deux niveaux hiérarchiques. »

Les gouvernements successifs nous présentent l'accès à la santé surtout à partir des considérations financières. Le projet de loi 10 nous engage dans une restructuration largement imposée par l'augmentation des coûts des soins de santé. Il vise donc à implanter des mesures budgétaires et administratives pour freiner l'augmentation de ces coûts.

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

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

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

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

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

Notre mémoire et notre proposition relatifs au projet de loi 10 s'adressent à cette problématique. Ils s'inscrivent également dans la Loi de la santé et des services sociaux, notamment aux articles 2.1, 2.5, 2.7, 2.8, 3, 4, 100 et 337. (voir l'annexe 4 pour le texte de ces articles).

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

SECTION I – LE PROBLÈME, UNE GESTION DÉCONNECTÉE DE L'INTERCULTUREL

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

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

Cela implique de revoir le mécanisme d'allocation des ressources (budgétaires, humaines et matérielles), la détermination des programmes, les modes de prestation des services et la formation du personnel (référence aux articles 1 et 25 du projet de Loi 10 ainsi qu'aux articles 2 et 100 de la Loi des Services de santé et des Services sociaux).

Les services peuvent être disponibles, mais pas nécessairement accessibles ; l'organisation des programmes n'est pas nécessairement équitable. En fait, les préoccupations des communautés ethnoculturelles risquent d'être occultées dans le processus de restructuration (référence aux articles 35, 59 et 105 du projet de loi 10).

Voici quelques questions qu'ACCÉSSS soulève :

- Comment est intégrée la composante ethnoculturelle dans la formation du personnel du réseau (cadres et non-cadres)?
- De quelle manière a été faite l'allocation des ressources pour 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?
- Lors d'examens, est-ce que le dépistage ou la phase diagnostique tient compte des caractéristiques ethnospcifiques de ces clientèles, telles que les facteurs génétiques?
- Lors des campagnes de vaccination ou de prévention des maladies épidémiques, rejoigne-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 la culture et les langues maternelles 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?
- Est-ce que les établissements de santé et services sociaux, les centres de réadaptation et les services spécialisés de première, deuxième ou troisième ligne sont préparés pour offrir des services adéquats aux personnes handicapées issues de l'immigration et des communautés ethnoculturelles?

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

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

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

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

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

À la page 11, nous lisons :

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

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

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

À la page 13, nous lisons également :

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

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

Aujourd'hui, en 2014, à savoir 25 ans plus tard, ACCÉSSS constate que nous discutons des mêmes problématiques.

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

Article 2.5

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

Article 2.7

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

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

Pour illustrer cela, nous donnons en exemples la pandémie de grippe H1N1 (2009) ainsi que le Règlement sur le délai de carence en santé et services sociaux.

PANDÉMIE DE GRIPPE A(H1N1)

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

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

Ces démarches ont été faites au début de la première vague de la pandémie. Les deux instances ont décliné notre offre de collaboration (voir l'annexe 3 pour lire cette correspondance).

Grâce à un don privé, ACCÉSSS a fait traduire un feuillet informatif sur la prévention de la grippe A(H1N1) en quinze langues, comprenant le français et l'anglais. Le contenu du dépliant fut validé par Santé Canada.

Ces langues sont l'italien, le grec, le vietnamien, l'espagnol, l'arabe, le chinois (mandarin et cantonais – pareils à l'écrit), l'urdu, le punjabi, le tamil, le russe, le portugais, le farsi (perse ou dari) et le créole haïtien.

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

Nous déplorons le fait que suite au refus de notre offre de collaboration, l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal a déclaré dans les médias « être interloquée » par la faible participation des membres des communautés ethnoculturelles à la campagne de vaccination (voir l'annexe 5 pour le rapport relatif à la stratégie d'intervention d'ACCÉSSS).

La question qu'ACCÉSSS pose ici est :

Pourquoi le MSSS et les agences de santé n'ont pas informé les Québécoises et Québécois issus de l'immigration sur la pandémie, la grippe A (H1N1) et sur la vaccination tel que le stipule la Loi de la Santé et les Services sociaux aux articles 2.5, 2.7, 3 et 4 ?

RÈGLEMENT SUR LE DÉLAI DE CARENCE

Un autre exemple est celui du Règlement sur le délai de carence en santé et services sociaux.

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

Le gouvernement québécois justifie l'introduction de ce délai comme une mesure d'harmonisation avec les cadres législatifs et réglementaires des provinces voisines. De plus, le gouvernement allègue que le délai de carence imposé aux nouveaux immigrants vise principalement à éviter l'utilisation abusive du système par les personnes qui viennent ici « temporairement uniquement pour bénéficier des soins de santé gratuits ». Lors de son implantation, la RAMQ avait également affirmé que, puisque l'Ontario l'impose depuis longtemps, le Québec devait en faire autant pour éviter que des immigrants ontariens prennent une adresse temporaire au Québec pour profiter du système.

Les immigrants touchés par ce règlement sont choisis par le Québec et doivent présenter un certificat de santé pour être acceptés par le Québec. Dans ce cas, la justification de l'abus n'est pas justifiable. De plus, cela présuppose qu'ils viennent au Québec pour abuser des services de santé et sociaux.

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

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

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

Préambule, Alinéa 2. Assurer une égale protection de la loi. (Loi de la Santé et des Services sociaux).

Préambule, Alinéa 3. Respect de la dignité de l'être humain.

Article 1. Droit à la vie.

Article 2. Droit au secours.

Article 4. Sauvegarde de sa dignité.

Article 9.1. Rôle de la loi (Loi de la Santé et des Services sociaux).

Article 10. Discrimination interdite (Distinction, exclusion et préférence fondée sur l'origine nationale et la condition sociale).

Articles 71.1, 71.6 et 71.7, Fonctions de la Commission.

Article 72. Assistance.

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

ACCÉSSS a fait référence notamment aux articles suivants de la Loi de la Santé et des Services sociaux :

1.3, 1.4, 1.6, 1.7, 2.4, 2.5, 2.7, 2.8, 3.1, 3.2, 3.3 et 7 (voir annexe 4 pour le texte de ces articles).

En mai 2013, la CDPDJ donnait raison à ACCÉSSS et déclarait le Règlement sur le délai de carence discriminatoire. La CDPDJ a fait parvenir son avis à la RAMQ ainsi qu'au MSSS (voir lettre de la CDPDJ à l'annexe 3).

Il est regrettable de constater qu'en 2014, le MSSS et la RAMQ n'ont pas encore donné suite à l'avis juridique de la CDPDJ. Le Règlement sur le délai de carence est toujours en vigueur.

Il existe donc une fracture entre la Loi des Services de Santé et des Services sociaux et la gestion du système de santé en matière de santé des communautés ethnoculturelles. L'annexe 3 de notre mémoire présente d'autres exemples de cette fracture. Le MSSS et le réseau de la santé n'ont jamais donné suite à l'offre de collaboration d'ACCÉSSS pour favoriser l'accessibilité aux services de santé et sociaux par les communautés ethnoculturelles.

L'approche dossier par dossier n'a pas donc donné de résultats. **C'EST POUR CETTE RAISON QU'ACCÉSSS PROPOSE AU MINISTRE DE LA SANTÉ UN PARTENARIAT PUBLIC-COMMUNAUTAIRE.**

SECTION II – LA SOLUTION, UNE GESTION FONDÉE SUR UN PARTENARIAT INTERCULTUREL

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

Cette proposition de partenariat interculturel se fonde notamment sur les articles 2.1, 2.3, 3, 4, 5, et 337 de la Loi des Services de santé et des Services sociaux (voir annexe 4 pour le texte de ces articles).

Dans le cadre de ce partenariat, ACCÉSSS s'engage notamment à offrir au MSSS et au réseau de la santé les services et l'expertise dans les domaines suivants :

➤ Offrir du support aux centres intégrés de santé et de services sociaux notamment dans le cadre de leur analyse populationnelle et le développement de leur plan d'action (référence articles 25, 59 et 105 du PL-10).

- Offrir, en tout temps et dans toutes les régions (CISSS), un soutien en matière d'adaptation de services destiné au réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'au Ministère de la Santé et des Services sociaux (référence articles 1, 25, 35, 59 et 105 du PL-10)
- Offrir au personnel du réseau de la santé et des services sociaux des formations en matière d'intervention en milieu interculturel (référence articles 59 et 105 du PL-10).
- Assurer son rôle de soutien aux organismes voués à l'accessibilité et à l'adéquation des services sociaux et de santé aux communautés ethnoculturelles (référence article 105 du PL-10).
- Assurer la représentation des membres d'ACCÉSSS aux différentes instances décisionnelles ou consultatives du ministère de la Santé et des Services sociaux et du réseau de la santé (articles 12 et 14 du PL-10).
- Fournir aux organismes membres d'ACCÉSSS le soutien nécessaire au développement et au partage d'outils, à la formation et aux activités d'échange (référence articles 59 et 105 du PL-10).
- Organiser la tenue annuelle de journées de réflexion des organismes communautaires voués à l'accessibilité et à l'adéquation des services sociaux et de santé aux communautés ethnoculturelles (référence articles 12, 14, 26, 59 et 105 du PL-10).
- Organiser tous les trois ans un colloque destiné aux gestionnaires et aux intervenants du réseau de la santé sur l'organisation et la prestation de services sociaux et de santé aux communautés ethnoculturelles (référence articles 25, 26, 35, 59 et 105 du PL-10).
- Le MSSS et ACCÉSSS conviennent d'organiser au moins une rencontre annuelle pour évaluer les résultats obtenus et revoir le partenariat (référence les articles portant sur l'imputabilité du PL-10).

Ce partenariat public communautaire fournira 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 pour 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 dans un cadre de partenariat, tel que stipulé à l'article 2.3 de la Loi des Services de santé et des Services sociaux ainsi qu'à l'article 105 du projet de loi 10.

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.
- Son efficacité et efficience. Comment fonctionnent ces programmes 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 communiquent officiellement en français ou en anglais peuvent avoir des problèmes de compréhension 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 son niveau de détresse émotionnelle peuvent, dans une situation spécifique, influencer sur la capacité du client à communiquer dans une langue seconde.

Ceux qui ne possèdent pas des compétences suffisantes dans une langue officielle font une sous-utilisation des programmes de prévention en général ou évitent 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.

Cela 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.

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 mesures visant à développer les compétences en interculturel du personnel, à améliorer l'efficacité et l'efficacité des structures, la qualité des services, des procédures médicales et des résultats du traitement englobent expressément les aspects spécifiques à la gestion de la diversité. Ils sont la pierre angulaire d'une prestation effectivement orientée sur 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.

Ainsi, on peut classer les besoins des intervenants en trois catégories :

Les habiletés à acquérir, les connaissances à approfondir et les attitudes à modifier.

Cela s'inscrit également dans la Loi de la santé et des services sociaux, notamment les articles 2 et 100 ainsi que dans la mise en œuvre des articles 59 et 105 du projet de loi 10.

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 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 son réseau un partenariat interculturel.

SECTION III – ACCÉSSS UN CENTRE D'EXPERTISE

Grâce à sa mission et son expérience, ACCÉSSS est devenue un chef de file dans le dossier de la formation et de l'information aux intervenants/es des établissements et des organismes communautaires quant aux réalités des immigrants/es et à l'intervention en contexte interculturel. Cela suppose de bien connaître la réalité à la fois du territoire et du système et aussi d'élaborer la formation, de développer des pratiques et des outils à l'intention du personnel du réseau sanitaire et communautaire et de diffuser l'information parmi les utilisateurs des services de santé et sociaux, et cela, afin d'assurer les meilleures décisions possibles en matière de programme et de soins.

Notre objectif est le rehaussement, par la sensibilisation et par la formation, du niveau de connaissances en matière de besoins et de compétences spécialisées en adaptation des services sociaux et de santé aux spécificités des communautés ethnoculturelles. Nos activités s'inscrivent dans une vision de santé préventive et de promotion de saines habitudes de vie.

ACCÉSSS favorise, donc, le développement et le partage d'expertises en matière d'accessibilité et a notamment comme rôle de promouvoir et de réaliser des recherches et des enquêtes afin d'identifier les besoins spécifiques des communautés ethnoculturelles. ACCÉSSS est donc devenue un lieu de convergence du milieu de la recherche, du réseau de la santé et du secteur communautaire.

Depuis sa fondation, en 1984, ACCÉSSS est au cœur des réflexions sur l'accessibilité des services de santé et sociaux aux membres des communautés ethnoculturelles vivant dans toutes les régions du Québec.

Les interventions d'ACCÉSSS visent à assurer aux membres des communautés ethnoculturelles une véritable accessibilité au réseau de santé et des services sociaux. En raison de l'augmentation de l'immigration, nos interventions sont une valeur ajoutée au développement du Québec et de l'inclusion harmonieuse des nouveaux arrivants dans notre société. De plus, elles ont comme effet de favoriser une meilleure accessibilité aux services, réduisant par le fait même les coûts de ces services.

La proposition d'ACCÉSSS s'inscrit dans le projet de loi 10 ainsi que la Loi des Services de santé et des Services sociaux. Elle favorise l'utilisation efficiente des ressources disponibles. C'est une question de concertation et de planification des interventions entre le MSSS, le réseau de la santé et ACCÉSSS, ainsi que de l'utilisation efficiente des ressources disponibles.

Sans une telle approche de travail partenarial, cela continuera à donner lieu à une inadaptation des services, à une sous-utilisation et à une mauvaise utilisation des services de santé et sociaux existants, d'où l'importance d'établir un pont entre le réseau de la santé et des services sociaux et les communautés ethnoculturelles.

CONCLUSION

Nous avons vu que les barrières linguistiques et culturelles peuvent avoir d'importantes répercussions sur les coûts des soins de santé, en raison de leurs conséquences sur l'utilisation des services et le résultat des traitements.

En plus d'avoir 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 ainsi 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 de 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 et la formation du personnel. Dans cette perspective, il faut également une phase de rattrapage pour les communautés ethnoculturelles.

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.

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

ANNEXE 1 : RECOMMANDATION : PARTENARIAT INTERCULTUREL

ACCÉSSS propose au MSSS de signer une entente de gestion pour formaliser ce partenariat interculturel, en faisant notamment référence aux articles 2.1, 2.3, 4 et 337 de la Loi des Services de santé et des Services sociaux.

Dans le cadre de ce partenariat, ACCÉSSS s'engage notamment à offrir au MSSS et au réseau de la santé les services et l'expertise dans les domaines suivants;

- Offrir du support aux centres intégrés de santé et de services sociaux notamment dans le cadre de leur analyse populationnelle et le Développement de leur plan d'action (référence articles 25, 59 et 105 du PL-10).
- Offrir, en tout temps et dans toutes les régions (CISSS), un soutien en matière d'adaptation de services destiné au réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux (référence articles 1, 25, 35, 59 et 105 du PL-10)
- Offrir au personnel du réseau de la santé et des services sociaux des formations en matière d'intervention en milieu interculturel (référence articles 59 et 105 du PL-10).
- Assurer son rôle de soutien aux organismes voués à l'accessibilité et à l'adéquation des services sociaux et de santé aux communautés ethnoculturelles (référence article 105 du PL-10).
- Assurer la représentation des membres d'ACCÉSSS aux différentes instances décisionnelles ou consultatives du ministère de la Santé et des Services sociaux et du réseau de la santé (articles 12 et 14 du PL-10).
- Fournir aux organismes membres d'ACCÉSSS le soutien nécessaire au développement et au partage d'outils, à la formation et aux activités d'échange (référence articles 59 et 105 du PL-10).
- Organiser la tenue annuelle de journées de réflexion des organismes communautaires voués à l'accessibilité et à l'adéquation des services sociaux et de

santé aux communautés ethnoculturelles (référence articles 12, 14, 26, 59 et 105 du PL-10).

- Organiser tous les trois ans un colloque destiné aux gestionnaires et aux intervenants du réseau de la santé sur l'organisation et la prestation de services sociaux et de santé aux communautés ethnoculturelles (référence articles 25, 26, 35, 59 et 105 du PL-10).
- Le MSSS et ACCÉSSS conviennent d'organiser au moins une rencontre annuelle pour évaluer les résultats obtenus et revoir le partenariat (référence les articles portant sur l'imputabilité du PL-10).

ANNEXE 2 : STATISTIQUES SUR L'IMMIGRATION

Population immigrante admise entre 2001 et 2010 et présente sur le territoire québécois en 2012 selon les 25 principaux pays de naissance, par catégorie



Immigrants pays
d'origine 2012.pdf

Tableaux statistiques

Tableau 5
Population immigrante admise au Québec de 2001 à 2010 et présente en 2012
selon les 25 principaux pays de naissance, par catégorie \triangle

| Rang | Pays de naissance | Immigration économique | | | Regroupement familial | | | Réfugiés | | | Autres immigrants | | | Total | | |
|---------------------------|--------------------|------------------------|--------------------|------|-----------------------|--------------------|------|-------------------|--------------------|------|-------------------|--------------------|-------|-------------------|--------------------|------|
| | | Imm. ¹ | Prés. ² | % | Imm. ¹ | Prés. ² | % | Imm. ¹ | Prés. ² | % | Imm. ¹ | Prés. ² | % | Imm. ¹ | Prés. ² | % |
| 1 | Maroc | 29 738 | 23 625 | 79,4 | 7 299 | 6 600 | 90,4 | 103 | 96 | 93,2 | 44 | 41 | 93,2 | 37 184 | 30 362 | 81,7 |
| 2 | Algérie | 30 016 | 25 852 | 86,1 | 5 453 | 5 048 | 92,6 | 783 | 676 | 86,3 | 696 | 640 | 92,0 | 36 948 | 32 216 | 87,2 |
| 3 | France | 31 087 | 22 873 | 73,6 | 3 301 | 2 712 | 82,2 | 62 | 49 | 79,0 | 49 | 43 | 87,8 | 34 499 | 25 677 | 74,4 |
| 4 | Chine | 24 316 | 12 550 | 51,6 | 7 721 | 6 138 | 79,5 | 245 | 170 | 69,4 | 28 | 27 | 96,4 | 32 310 | 18 885 | 58,4 |
| 5 | Colombie | 7 545 | 6 084 | 80,6 | 1 403 | 1 228 | 87,5 | 10 936 | 9 143 | 83,6 | 129 | 110 | 85,3 | 20 013 | 16 565 | 82,8 |
| 6 | Roumanie | 17 027 | 13 165 | 77,3 | 1 895 | 1 530 | 80,7 | 327 | 242 | 74,0 | 34 | 28 | 82,4 | 19 283 | 14 965 | 77,6 |
| 7 | Haiti | 7 918 | 7 217 | 91,1 | 8 035 | 7 420 | 92,3 | 1 851 | 1 704 | 92,1 | 426 | 409 | 96,0 | 18 230 | 16 750 | 91,9 |
| 8 | Liban | 11 974 | 8 104 | 67,7 | 3 272 | 2 684 | 82,0 | 514 | 457 | 88,9 | 110 | 100 | 90,9 | 15 870 | 11 345 | 71,5 |
| 9 | Inde | 2 886 | 1 027 | 35,6 | 3 559 | 2 303 | 64,7 | 3 612 | 1 695 | 46,9 | 272 | 198 | 72,8 | 10 329 | 5 223 | 50,6 |
| 10 | Mexique | 4 080 | 2 914 | 71,4 | 2 113 | 1 892 | 89,5 | 2 961 | 2 644 | 89,3 | 242 | 221 | 91,3 | 9 396 | 7 671 | 81,6 |
| 11 | Philippines | 6 866 | 6 055 | 88,2 | 2 310 | 1 987 | 86,0 | 55 | 37 | 67,3 | 99 | 96 | 97,0 | 9 330 | 8 175 | 87,6 |
| 12 | Pakistan | 1 250 | 426 | 34,1 | 2 572 | 1 634 | 63,5 | 4 161 | 2 333 | 56,1 | 180 | 131 | 72,8 | 8 163 | 4 524 | 55,4 |
| 13 | Tunisie | 5 479 | 4 224 | 77,1 | 2 161 | 1 906 | 88,2 | 157 | 135 | 86,0 | 28 | 28 | 100,0 | 7 825 | 6 293 | 80,4 |
| 14 | Iran | 5 524 | 2 785 | 50,4 | 927 | 687 | 74,1 | 1 001 | 739 | 73,8 | 58 | 52 | 89,7 | 7 510 | 4 263 | 56,8 |
| 15 | Rép. dém. du Congo | 921 | 733 | 79,6 | 969 | 840 | 86,7 | 4 632 | 3 630 | 78,4 | 497 | 439 | 88,3 | 7 019 | 5 642 | 80,4 |
| 16 | Pérou | 3 373 | 2 694 | 79,9 | 1 860 | 1 672 | 89,9 | 1 615 | 1 440 | 89,2 | 163 | 154 | 94,5 | 7 011 | 5 960 | 85,0 |
| 17 | États-Unis | 3 221 | 2 115 | 65,7 | 3 098 | 2 364 | 76,3 | 431 | 360 | 83,5 | 100 | 84 | 84,0 | 6 850 | 4 923 | 71,9 |
| 18 | Russie | 3 704 | 2 772 | 74,8 | 1 398 | 1 136 | 81,3 | 689 | 531 | 77,1 | 109 | 101 | 92,7 | 5 900 | 4 540 | 76,9 |
| 19 | Moldavie | 5 508 | 4 807 | 87,3 | 241 | 210 | 87,1 | 57 | 49 | 86,0 | 15 | 13 | 86,7 | 5 821 | 5 079 | 87,3 |
| 20 | Cameroun | 4 248 | 3 212 | 75,6 | 1 005 | 899 | 89,5 | 513 | 435 | 84,8 | 33 | 30 | 90,9 | 5 799 | 4 576 | 78,9 |
| 21 | Bulgarie | 5 057 | 3 921 | 77,5 | 358 | 275 | 76,8 | 68 | 48 | 70,6 | 9 | 6 | 66,7 | 5 492 | 4 250 | 77,4 |
| 22 | Sri Lanka | 191 | 75 | 39,3 | 1 665 | 1 345 | 80,8 | 2 775 | 1 734 | 62,5 | 828 | 688 | 83,1 | 5 459 | 3 842 | 70,4 |
| 23 | Égypte | 4 538 | 3 023 | 66,6 | 685 | 516 | 75,3 | 197 | 157 | 79,7 | 23 | 20 | 87,0 | 5 443 | 3 716 | 68,3 |
| 24 | Brésil | 3 901 | 3 100 | 79,5 | 617 | 508 | 82,3 | 20 | 18 | 90,0 | 6 | 5 | 83,3 | 4 544 | 3 631 | 79,9 |
| 25 | Ukraine | 3 369 | 2 679 | 79,5 | 706 | 575 | 81,4 | 135 | 114 | 84,4 | 55 | 49 | 89,1 | 4 265 | 3 417 | 80,1 |
| Total, 25 principaux pays | | 223 737 | 166 032 | 74,2 | 64 623 | 54 109 | 83,7 | 37 900 | 28 636 | 75,6 | 4 233 | 3 713 | 87,7 | 330 493 | 252 490 | 76,4 |
| Autres pays | | 54 221 | 36 120 | 66,6 | 31 331 | 26 050 | 83,1 | 22 764 | 18 131 | 79,6 | 2 213 | 1 905 | 86,1 | 110 529 | 82 206 | 74,4 |
| Total | | 277 958 | 202 152 | 72,7 | 95 954 | 80 159 | 83,5 | 60 664 | 46 767 | 77,1 | 6 446 | 5 618 | 87,2 | 441 022 | 334 696 | 75,9 |

1. Imm. : Immigrants

2. Prés. : Présents

Source : Ministère de l'immigration et des Communautés culturelles,
 Direction de la recherche et de l'analyse prospective, Banque de données sur la présence.

ANNEXE 3 : LETTRES ACHEMINÉES AUX INSTANCES GOUVERNEMENTALES CONCERNANT L'ADAPTATION DES MESSAGES DE SANTÉ PUBLIQUE, PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE



philippe couillard
pandémie (1er lettre)



Philippe Couillard
pandémie (2ième lettre)



CDM lettre.doc



Yves Bolduc
salmonellose lettre.doc



Yves Bolduc grippe A
(H1N1) - lettre ACCÈS



Lettre Michèle-Jamali
Paquette.pdf



Agences - courriel
2009.docx



Lettre Topo-Santé
2012.pdf



2013_05_23_ENVOI
_Di_Giovanni_Jerome



Lettre ACCÈSSS
Gaétan Barrette - Ebx



ACCÉSSS

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

Montréal, le 21 octobre 2005

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le Ministre,

Depuis un certain temps, les médias nous font part de l'avènement d'une pandémie. Ils ont également annoncé que le Ministère de la Santé et des Services sociaux par l'entremise de la Santé-Publique est en voie d'élaborer un plan d'intervention et une stratégie d'information.

ACCÉSSS désire vous souligner l'importance de tenir compte des particularités des communautés ethnoculturelles dans l'élaboration et l'implantation de ce plan d'intervention et de cette stratégie de sensibilisation. Pour ce faire, ACCÉSSS vous offre son expertise, afin que le MSSS rejoigne toute la population québécoise indépendamment de ses origines, de ses croyances religieuses et de sa langue maternelle. Nous mettons notamment à la disposition de votre ministère notre réseau de plus de 70 organismes répartis dans les grands centres urbains.

ACCÉSSS donc se tient à la disposition de votre ministère, si vous décidiez d'accepter notre offre de service. Monsieur le Ministre, soyez assuré de notre volonté d'établir un véritable partenariat public-communautaire dans ce dossier.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Jérôme Di Giovanni
Directeur général

Montréal, le 6 novembre 2006

Monsieur Philippe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur le Ministre,

Le 21 octobre 2005, ACCÉSSS vous a écrit en vous offrant son expertise dans le cadre des travaux menés par le MSSS pour l'élaboration du plan d'intervention et d'une stratégie d'information dans l'évènement qu'une pandémie de grippe se déclare. Le 24 novembre 2005, Monsieur Roger Paquet, Sous-ministre associé à votre ministère, accusait réception de notre lettre. (Voir lettres en annexe)

Lors de nos parutions à la Commission des Affaires sociales et à la Commission de la Culture, nous avons mentionné dans nos mémoires l'importance d'établir un partenariat entre votre ministère et ACCÉSSS notamment dans ce dossier.

Un an s'est déjà écoulé depuis l'envoi de notre lettre. Nous sommes encore en attente d'une rencontre avec votre ministère sur ce sujet.

Monsieur Couillard, vous serez d'accord avec nous que les québécois et les québécoises issus des communautés ethnoculturelles et de l'immigration ont le droit d'être dûment informés ainsi qu'à la protection, en toute égalité, de leur santé. Soyez assuré de notre volonté d'établir un réel partenariat avec votre ministère dans ce dossier.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos meilleures salutations.

Jérôme Di Giovanni
Directeur général
ACCÉSSS

c.c. : Louise Harel, Responsable de la santé, Opposition Officielle.

p.j.

Montréal, le 15 juin 2007

Madame Lucie Robitaille
Directrice générale
Conseil du Médicament
1195, avenue Lavigerie
1^{er} étage, Bureau 100
Québec (Québec) G1V 4N3

Objet : Information sur les médicaments prescrits

Madame Robitaille,

Fondée en 1984, ACCÉSSS (Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux) est un regroupement d'une centaine d'organismes voué à la promotion de l'accessibilité et l'adéquation des services sociaux et de santé aux membres des communautés ethnoculturelles établis au Québec.

ACCÉSSS favorise le développement et le partage d'expertises en matière d'accessibilité et a notamment comme rôle de promouvoir et de réaliser des recherches et des enquêtes afin d'identifier les besoins spécifiques des communautés ethnoculturelles. ACCÉSSS est donc au cœur des réflexions sur l'accessibilité des services de santé et sociaux aux membres des communautés ethnoculturelles vivant dans toutes les régions du Québec. Les interventions d'ACCÉSSS visent donc à assurer aux membres des communautés ethnoculturelles une véritable accessibilité au réseau de santé et des services sociaux.

ACCÉSSS, par sa mission et son expérience, est devenue un chef de file dans le dossier de la formation et de l'information aux intervenants/es des établissements et des organismes communautaires quant aux réalités des immigrants(es) et à l'intervention en contexte interculturel. Cela suppose de bien connaître la réalité à la fois du territoire et du système et aussi d'élaborer la formation, de développer des pratiques et des outils à l'intention du personnel du réseau sanitaire et communautaire et de diffuser l'information parmi les utilisateurs des services de santé et sociaux.

.../2

Nous sommes impliqués dans le dossier des services aux personnes âgées, de la violence conjugale, de la santé mentale. Nous avons développé un programme de santé globale des femmes. Nous offrons notamment aux femmes des communautés ethnoculturelles des ateliers d'information sur le cancer du sein, la ménopause, l'ostéoporose, l'alimentation et sur la sexualité. Ces ateliers sont offerts en plusieurs langues.

Nos interventions s'inscrivent donc dans une vision de santé préventive et de promotion de saines habitudes de vie. Notre objectif est le rehaussement, par la sensibilisation et par la formation, du niveau de connaissances en matière de besoins et de compétences spécialisées en adaptation des services sociaux et de santé aux spécificités des communautés ethnoculturelles. ACCÉSSS favorise donc le développement et le partage d'expertise en matière d'accessibilité.

ACCÉSSS désire soulever, auprès du Conseil du Médicament, une problématique de l'accès à l'information aux médicaments prescrits. Les personnes âgées issues des communautés ethnoculturelles, qui ne parlent ni le français ni l'anglais, n'ont pas accès à l'information fournie par le pharmacien lorsqu'un médicament est acheté. Cela cause des problèmes d'utilisation optimale du médicament prescrit et vient également nuire au traitement.

Nous vous soumettons, avec la présente, un document de travail concernant cette problématique. Nous vous proposons donc une rencontre exploratoire pour discuter de cette situation. À la lecture du rapport annuel 2005-2006 du Conseil, nous constatons que notre proposition s'inscrit dans la première grande orientation du Conseil, soit « l'accessibilité aux médicaments pour la population ».

Soyez assurée, madame Robitaille, de la volonté d'ACCÉSSS d'établir une réelle concertation avec le Conseil du Médicament.

Jérôme Di Giovanni
Directeur général
ACCÉSSS

PJ



ACCÉSSS

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

Montréal, le 2 septembre 2008

Monsieur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075 Chemin Sainte-Foy
Québec, Québec
G1S 2M1

Monsieur le Ministre,

ACCÉSSS a pris connaissance de la conférence de presse télévisée de la direction de la Santé publique portant sur la salmonellose, qui s'est tenue vendredi le 29 août.

ACCÉSSS désire vous souligner l'importance de tenir compte des particularités des communautés ethnoculturelles dans cette stratégie de sensibilisation. Pour ce faire, ACCÉSSS vous offre son expertise, afin que la Santé publique du Québec rejoigne toute la population québécoise indépendamment de ses origines, de ses croyances religieuses et de sa langue maternelle.

ACCÉSSS donc se tient à la disposition de votre ministère, si vous décidiez d'accepter notre offre de service. Monsieur le Ministre, soyez assuré de notre volonté d'établir un véritable partenariat public-communautaire dans ce dossier.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Jérôme Di Giovanni
Directeur général
ACCÉSSS

CC : Monsieur Jean Charest, Premier Ministre.



ACCÉSSS

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

Montréal, le 27 avril 2009

Monsieur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075 Chemin Sainte-Foy
Québec, Québec
G1S 2M1

Objet – Grippe porcine

Monsieur le Ministre,

Le 21 octobre 2005, ACCÉSSS a écrit à Monsieur Philippe Couillard, Ministre de la santé et des Services sociaux. ACCÉSSS offrait au MSSS son expertise dans le cadre des travaux menés par le ministère pour l'élaboration du plan d'intervention et d'une stratégie d'information dans l'évènement qu'une pandémie de grippe se déclare. Le 24 novembre 2005, Monsieur Roger Paquet, Sous-ministre associé au MSSS, accusait réception de notre lettre.

Lors de nos parutions à la Commission des Affaires sociales (2005) et à la Commission de la Culture (2006), nous avons mentionné dans nos mémoires l'importance d'établir un partenariat entre le MSSS et ACCÉSSS notamment dans ce dossier.

Le 2 septembre 2008, ACCÉSSS vous écrivait relatif au dossier de la salmonellose et les messages de santé publique. Nous vous offrons notre collaboration pour assurer aux québécois issus de l'immigration une information accessible et une protection de leur santé. Malheureusement, votre ministère n'a pas donné suite à notre offre de collaboration.

Aujourd'hui, une pandémie risque de se déclarer avec la grippe porcine. Plusieurs messages de santé publique sont diffusés pour informer la population. Mais, nous sommes encore en attente d'une rencontre avec votre ministère.

Une fois de plus, ACCÉSSS désire vous souligner l'importance de tenir compte des particularités des communautés ethnoculturelles dans cette stratégie de sensibilisation. Pour ce faire, ACCÉSSS vous offre son expertise, afin que la Santé publique du Québec rejoigne toute la population québécoise indépendamment de ses origines, de ses croyances religieuses et de sa langue maternelle.

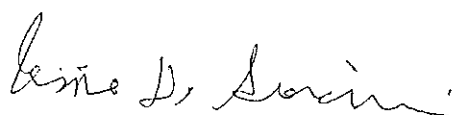
À titre d'exemple, nous citons quelques suggestions de collaboration. ACCÉSSS met à la disposition du MSSS son réseau de membres et de partenaires pour diffuser les messages de santé publique et en faire les suivis. De plus, ACCÉSSS peut faire une traduction culturelle et linguistique des messages de santé publique. ACCÉSSS, à

travers ses membres, peut supporter le travail du réseau de santé publique sur le plan local et régional.

ACCÉSSS donc se tient à la disposition de votre ministère, si vous décidez d'accepter notre offre de collaboration.

Monsieur Bolduc, vous serez d'accord avec nous que les québécois et les québécoises issus des communautés ethnoculturelles et de l'immigration ont le droit d'être dûment informés ainsi qu'à la protection, en toute égalité, de leur santé. Soyez assuré de notre volonté d'établir un réel partenariat avec votre ministère dans ce dossier.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos meilleures salutations.



Jérôme Di Giovanni
Directeur général
ACCÉSSS

CC :

Tous les députés de l'Assemblée Nationale;
Tous les organismes membres d'ACCÉSSS.

Québec, le 1 mai 2009

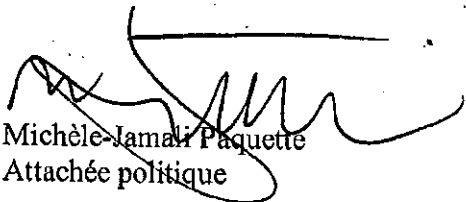
Monsieur Jérôme Di Giovanni
Directeur général
Alliance des communautés culturelles
pour l'Égalité dans la Santé et les Services sociaux
7000, avenue du Parc, bureau 408
Montréal (Québec) H3N 1X1

Monsieur le Directeur général,

Au nom du ministre de la Santé et des Services sociaux, docteur Yves Bolduc, j'accuse réception de votre lettre du 27 avril dernier par laquelle vous nous faites part de votre offre de collaboration concernant la grippe A H1N1.

Soyez assuré que votre correspondance recevra toute l'attention qu'elle requiert.

Veillez agréer, Madame la Déléguée, l'expression de mes meilleurs sentiments:


Michèle-Jamali Paquette
Attachée politique



ACCÉSSS

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

Reproduction à partir d'une communication électronique acheminée aux Agences de santé

Montréal, le 10 juin 2009

Madame, Monsieur,

Le 27 avril dernier, au début de l'épidémie de grippe A (H1N1), ACCÉSSS a écrit une lettre au ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yves Bolduc, afin de proposer son aide et appui pour informer les membres des communautés ethnoculturelles au sujet de ce type de grippe et des meilleurs moyens de prévention.

Pour votre information, ACCÉSSS est un regroupement de près de 110 organisations à travers le Québec visant l'adéquation des services sociaux et de santé aux membres des différentes communautés ethnoculturelles. ACCÉSSS, de par sa mission et son expérience, est devenue un chef de file dans le dossier de la formation et de l'information aux intervenants/es des établissements quant aux réalités des immigrants(es) et à l'intervention en contexte interculturel. Cela suppose de bien connaître la réalité à la fois du territoire et du système et aussi d'élaborer la formation, de développer des pratiques et des outils à l'intention du personnel du réseau sanitaire.

Suite à cette lettre, ACCÉSSS a reçu une réponse indiquant que chacune des agences de santé et de services sociaux était responsable des informations et de l'adaptation de celles-ci, compte-tenu des spécificités populationnelles de son territoire. Dans ce cadre, ACCÉSSS met à la disposition de chaque agence concernée son réseau de membres et de partenaires pour diffuser les messages de santé publique et en faire les suivis. ACCÉSSS, à travers ses membres, peut également soutenir le réseau de santé publique sur le plan local et régional dans le cadre de ce dossier. Cette démarche permettra d'acheminer directement l'information aux personnes concernées, tout en la rendant linguistiquement et culturellement adaptée.

À cet effet, nous restons en attente de votre réponse relativement à la possibilité de collaborer dans le cadre de ce dossier. N'hésitez pas de communiquer avec le soussigné, ou avec Mme Adina Ungureanu, agente de liaison pour toute information relative à la présente.

Respectueusement,

M. Jérôme Di Giovanni, directeur général, ACCÉSSS



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

Docteure Terry-Nan Tannenbaum
Directrice par intérim ASSSM
1301, rue Sherbrooke est
Montréal (Québec)
H2L 1M3

Montréal, le 2 mars 2012

Objet – Participation des communautés ethnoculturelles à l'enquête sur la santé des Montréalais

Madame la directrice,

ACCÉSSS (Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux) est un regroupement de 115 organismes voué à la promotion de l'accessibilité et l'adéquation des services sociaux et de santé aux membres des communautés ethnoculturelles établis au Québec

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 : par la production d'outils culturellement et linguistiquement adaptés, par ses sessions d'information, par ses formations, par le développement d'outil, ainsi qu'en fournissant au personnel du réseau des conseils pratiques pour répondre aux besoins des Québécois et Québécoises issus de l'immigration.

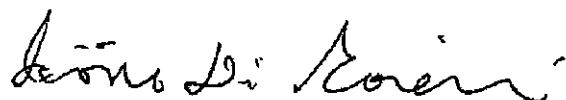
ACCÉSSS désire vous souligner l'importance de tenir compte des particularités des communautés ethnoculturelles dans cette importante enquête sur la santé des Montréalais, que la DSP est en voie de réaliser. Afin d'illustrer une telle nécessité, nous joignons, à la présente, le texte de l'allocution d'ACCÉSSS lors du congrès de l'ACFAS en mai 2010.

Pour ce faire, ACCÉSSS vous offre son expertise, afin que la Santé publique rejoigne la population montréalaise indépendamment de ses origines, de ses croyances religieuses et de sa langue maternelle.

Considérant que l'enquête se fera de manière aléatoire et qu'il aura des personnes qui ne parlent pas le français et l'anglais, ACCÉSSS vous propose son expertise et son réseau pour mettre en place des conditions de réussite pour assurer la participation de la population ethnoculturelle faisant partie de l'échantillonnage de l'enquête.

ACCÉSSS se tient, donc, à la disposition de la DSP, si vous décidiez d'accepter notre offre de collaboration.

Cordialement,



Jérôme Di Giovanni
Directeur général
ACCÉSSS

Tél. (514) 287-1106 poste 29
Visitez notre site à www.accesss.net

CC – Membres du conseil d'administration d'ACCÉSSS.
PJ

Bureau du président

Le 23 mai 2013

Monsieur Jérôme Di Giovanni
Directeur général ACCÉSSS
7000, avenue du Parc
Bureau 408
Montréal (Québec) H3N 1X1

Objet : Délai de carence

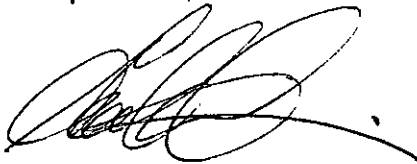
Monsieur,

Veillez trouver en pièce jointe l'avis adopté par les membres de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse le vendredi 17 mai 2013, intitulé « *La conformité du délai de carence imposé par la Loi sur l'assurance maladie du Québec avec les dispositions de la Charte des droits et libertés de la personne* ».

Cet avis constitue la réponse à la demande que vous nous avez adressée. Il a également été transmis au ministre de la Santé et des Services sociaux, à la ministre déléguée aux Services sociaux ainsi qu'à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Le président,



Gaétan Cousineau

/cl

p. j.



ACCÉSSS

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

Montréal, le 17 octobre 2014

Monsieur Gaétan Barrette
Ministre de la Santé et des Services sociaux
1075 chemin Sainte-Foy
Québec, Québec
G1S 2M1

Objet – Ébola

Monsieur le Ministre,

Le 21 octobre 2005, ACCÉSSS a écrit à Monsieur Philippe Couillard, ministre de la Santé et des Services sociaux. ACCÉSSS offrait alors au MSSS son expertise dans le cadre de ses travaux visant l'élaboration d'un plan d'intervention et d'une stratégie d'information dans l'éventualité qu'une pandémie de grippe se déclare. Le 24 novembre 2005, Monsieur Roger Paquet, sous-ministre associé au MSSS, accusait réception de notre lettre.

Dans le cadre de notre participation aux travaux de la Commission des Affaires sociales (2005) et ceux de la Commission de la Culture (2006), nous avons mentionné dans nos mémoires l'importance d'établir un partenariat entre le MSSS et ACCÉSSS, notamment dans ce dossier.

Le 2 septembre 2008, ACCÉSSS écrivait au ministre Bolduc relativement au dossier de la salmonellose et les messages de santé publique. Nous offrions notre collaboration au MSSS pour assurer aux Québécois issus de l'immigration une information accessible visant la protection de leur santé. Malheureusement, le Ministère n'a pas donné suite à notre offre de collaboration.

Lors de la pandémie de la grippe porcine, en 2009, plusieurs messages de santé publique avaient été diffusés par le MSSS pour informer la population. Une fois de plus, nous avons offert notre collaboration. Le Ministère n'a pas vraiment donné suite à notre proposition. Il nous a plutôt référés aux agences de santé.

Cela a eu comme conséquence que les membres des communautés ethnoculturelles n'ont pas été adéquatement informés sur les mesures de protection à prendre contre la grippe H1N1 ainsi que du programme de vaccination (voir communiqué de presse d'ACCÉSSS ci-joint).

Soulignons, que la Loi des Services de santé et des Services sociaux stipule dans son article 4 (information) :

« 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. »

Une fois de plus, ACCÉSSS désire vous souligner l'importance de tenir compte des particularités des communautés ethnoculturelles dans la stratégie de sensibilisation et de lutte contre l'Ébola. Pour ce faire, ACCÉSSS vous offre son expertise, afin que la Santé publique du Québec rejoigne toute la population québécoise indépendamment de ses origines, de ses croyances religieuses et de sa langue maternelle. C'est la mise en œuvre de l'article 2.7 de la Loi des Services de santé et des Services sociaux, soit :

« 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 ; »

À titre d'exemple, nous citons quelques suggestions de collaboration. ACCÉSSS met à la disposition du MSSS son réseau de membres, de partenaires et de médias ethnoculturels pour diffuser les messages de santé publique et en faire les suivis. De plus, ACCÉSSS est en mesure d'effectuer une traduction culturelle et linguistique des messages de santé publique. ACCÉSSS, à travers ses organismes membres, peut soutenir le travail du réseau de la santé publique sur le plan local, régional et provincial.

Nous attirons votre attention que la Loi des Services de santé et des Services sociaux affirme dans son article 2.3 :

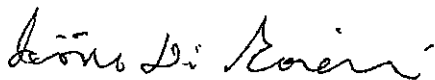
« Partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux ; »

ACCÉSSS donc se tient à la disposition de votre ministère, si vous décidiez d'accepter notre offre de collaboration.

Monsieur le Ministre, vous serez d'accord avec nous que les Québécois et les Québécoises issus de l'immigration ont le droit d'être dûment informés, ainsi qu'à la protection, en toute égalité, de leur santé, tel qu'établi par la Loi des Services de santé et des Services sociaux.

Soyez assuré de notre volonté d'établir un réel partenariat avec votre ministère dans ce dossier.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments distingués.



Jérôme Di Giovanni, directeur général ACCÉSSS

p. j. Communiqué de presse sur la grippe H1N1 (2009)

c. c. L'ensemble des députés de l'Assemblée nationale et des organismes membres d'ACCÉSSS

ANNEXE 4 : EXTRAIT DE LA LOI DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

© Éditeur officiel du Québec

Dernière version disponible

À jour au 6 novembre 2006

L.R.Q., chapitre S-4.2

LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

PARTIE I OBJET DE LA LOI ET DROITS DES USAGERS

TITRE I OBJET

But :

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

Objectifs :

Il vise plus particulièrement à :

1. réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps ;
2. agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion ;
3. favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes ;
4. favoriser la protection de la santé publique ;

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

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

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

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

Réalisation des objectifs :

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

1. assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services ;

2. favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être ;

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

4. rendre accessibles des services continus de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes aux plans physique, psychique et social ;

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

6. favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux selon des modes de communication adaptés aux limitations fonctionnelles des personnes ;

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

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

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

9. assurer la participation des ressources humaines des établissements visés au titre I de la partie II au choix des orientations de ces établissements et à la détermination de leurs priorités ;

10. promouvoir la recherche et l'enseignement de façon à mieux répondre aux besoins de la population.

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

Lignes directrices :

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

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

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

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

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

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

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

TITRE II DROITS DES USAGERS

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Information

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

1991, c. 42, a. 4.

Droit aux services

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

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

Choix du professionnel

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

Acceptation ou refus

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

1991, c. 42, a. 6.

Soins appropriés

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

1991, c. 42, a. 7.

Informations

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

Droit à l'information

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

Définition

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

"accident".

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

1991, c. 42, a. 8 ; 2002, c. 71, a. 4.

Consentement requis

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

Consentement aux soins

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

1991, c. 42, a. 9 ; 1999, c. 40, a. 269.

Participation

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

Plan d'intervention

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

Modification

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

1991, c. 42, a. 10.

Accompagnement

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

1991, c. 42, a. 11.

Représentant

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

Présomption

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

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

1991, c. 42, a. 12 ; 1999, c. 40, a. 269.

Exercice des droits

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

1991, c. 42, a. 13.

Période d'hébergement

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

Congé de l'établissement

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

1991, c. 42, a. 14.

Langue anglaise

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

Recours

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

Recours

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

1991, c. 42, a. 16 ; 1999, c. 40, a. 269.

Services offerts.

100. Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à

réduire ou à résoudre les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

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

TITRE II

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

«Organisme communautaire».

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

1991, c. 42, a. 334.

Subvention.

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

1991, c. 42, a. 335.

Critères d'attribution.

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

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

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

Promotion de la santé.

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

1991, c. 42, a. 336; 2005, c. 32, a. 130.

Organismes concernés.

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

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

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

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

4° des regroupements provinciaux d'organismes communautaires.

Organismes mandatés.

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

1991, c. 42, a. 337; 2005, c. 32, a. 131.

ANNEXE 5 : RAPPORT SUR LE PROJET D'INFORMATION MULTILINGUE SUR LE A(H1N1) ET LES ARTICLES PARUS DANS LES MÉDIAS



Rapport long final
GSK et Santé Canada



Courrier Laval
2009.doc



H1N1 - L'initiative
des communautés cul

<http://journalmetro.com/actualites/national/38984/grippe-a-h1n1-les-femmes-enceintes-reticentes-a-se-faire-vacciner/>



**Projet d'ACCÉSSS en partenariat avec Santé Canada et GSK – rapport final
Janvier 2010**

Objectif général du projet : rendre accessible l'information portant sur la grippe A (H1N1) aux membres des communautés ethnoculturelles et promouvoir l'information s'y rattachant.

Moyens préconisés pour l'atteinte de l'objectif :

- Traduction linguistique et culturelle d'un document informatif sur la grippe A (H1N1) et sur les moyens de prévention et la vaccination, en 15 langues (incluant le français et l'anglais). Les langues choisies l'ont été en fonction des statistiques relatives à l'immigration récente, ainsi qu'à la présence d'immigrants au Québec (en général). La liste des langues, ainsi que les documents en français et en anglais se trouvent en annexe.
- Instauration d'une section relative à la prévention de la grippe A (H1N1) sur le site internet d'ACCÉSSS (www.accesss.net) et déposition des versions multilingues électroniques dans cette section, ainsi que sur la page d'accueil du site.
- Envoi électronique de l'information relative à la disponibilité des documents multilingues à aux réseaux de contacts d'ACCÉSSS composés de :
 - Membres et partenaires d'ACCÉSSS (environ 600 noms)
 - Les Agences de santé et de services sociaux du Québec (18)
 - Les membres de l'Assemblée nationale du Québec (125)
 - Les membres de la Chambre des Communes du Canada, représentant le Québec (73)
 - Les membres du réseau RUIS (Réseau universitaire d'intégration de services de Mc Gill) (180)
 - Liste de médias ethniques et réguliers (30)
 - Liste des intervenants en saine alimentation (223)
 - Liste des intervenants en prévention de la violence conjugale (371)
 - Liste des intervenants en santé (126)
 - Liste des intervenants auprès des personnes âgées (303)
 - Liste des chercheurs/euses universitaires de l'Université McGill (113)
 - Liste d'envoi du Réseau des intervenants/es en action communautaire (450)
 - Réseau d'envoi de la Coalition Priorité Cancer (environ 100 noms)
 - Liste de travailleurs et travailleuses sociales, ainsi qu'organiseurs/trices communautaires (130)
 - Membres des conseils d'administration du secteur public québécois (1800 noms)
 - Réseau de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles (environ 25 contacts)
 - Liste des organismes communautaires de Montérégie (475)

L'information est donc parvenue personnellement à près de 5000 personnes, en plus d'être acheminée par plusieurs contacts dans leurs réseaux respectifs et de figurer sur le site d'ACCÉSSS.

Résultats de la campagne :

- Près de 2000 personnes ont consulté le site d'ACCÉSSS depuis le début de la campagne et le site a doublé son achalandage au mois de novembre 2009 par-rapport au mois précédent, à savoir octobre 2009
- Des demandes pour traduction dans deux langues non-prévues ont été reçues, à savoir le vietnamien et le russe
- Plusieurs CSSS et hôpitaux ont pu imprimer et acheminer l'information aux personnes concernées (ex. L'Hôpital de Montréal pour enfants et plusieurs CSSS)
- Plusieurs réseaux de Montréal et de l'extérieur de Montréal ont fait circuler l'information (ex. La Table régionale des organismes communautaires autonomes de l'Outaouais – TROCAO, La Société Alzheimer du Haut-Richelieu, etc.)
- Plusieurs membres et partenaires nous ont félicités pour la stratégie d'information
- La campagne nous a permis d'établir de nouveaux partenariats, notamment avec le CSSS de la Montagne, qui avait fait traduire le questionnaire pré-vaccination à l'intention de sa clientèle multiethnique
- Grâce à sa stratégie multilingue, ACCÉSSS a été interviewée par le Courrier de Laval
- ACCÉSSS est devenue une référence en matière de traduction et de diffusion d'information par voie électronique

Annexe 1 – Langues dans lesquelles le document a été traduit

Les langues retenues ont été : le français, l'anglais, l'italien, le grec, le vietnamien, l'espagnol, l'arabe, le chinois (mandarin et cantonais – pareils à l'écrit), l'urdu, le punjabi, le tamil, le russe, le portugais, le farsi (perse ou dari) et le créole haïtien.

Annexe 2 : Le contenu du document en français

Que dois-je savoir sur la grippe A (H1N1) et sur la campagne de vaccination ?

Toute personne présente au Québec peut se prévaloir de l'offre de vaccination gratuite contre la grippe A (H1N1) en présentant simplement une preuve de résidence (contrat de location, permis de conduire, facture à son nom, ou autres). Ainsi, par exemple, un immigrant venant d'arriver, un travailleur saisonnier, un étudiant étranger, peut se faire vacciner au Québec de la même façon que tout citoyen québécois. Cette mesure s'applique donc aux personnes en attente de statut, sur le délai de carence ou sans-statut. Un demandeur d'asile hébergé au YMCA pourrait apporter un écrit de celui-ci.

Si vous ne parlez ni le français, ni l'anglais, demandez à un membre de votre famille de téléphoner pour obtenir de l'information ou communiquer avec un organisme de votre communauté ethnoculturelle. Dans le site de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS) www.accesss.net vous trouverez une liste d'organismes.

Comment prévenir la grippe ?

Il y a plusieurs choses que vous pouvez faire pour éviter d'avoir la grippe, y compris la grippe A (H1N1) :

- **Lavez-vous les mains adéquatement et souvent avec de l'eau chaude et du savon**
Si vous n'avez pas accès à un lavabo, utilisez un nettoyant à base d'alcool pour nettoyer vos mains (ex. Purell). Utilisez suffisamment de nettoyant à base d'alcool pour garder vos mains mouillées pendant au moins 20 secondes.
- **Couvrez votre visage lorsque vous toussiez ou éternuez.** Toussez ou éternuez dans votre manche, et non dans vos mains. Si vous toussiez des sécrétions (mucus), crachez-les dans un mouchoir, jetez-le, puis lavez vos mains adéquatement.
- **Évitez de toucher vos yeux, votre nez ou votre bouche.** C'est de cette manière que les germes se propagent.
- **Si vous êtes malade, restez à la maison.** Si vous avez les symptômes de la grippe, appelez Info-santé au 811. Une infirmière vous indiquera si vous devez vous soigner chez vous, ou si vous devriez vous rendre à la clinique ou à l'hôpital.
- **Utilisez un désinfectant usuel pour nettoyer à chaque jour les surfaces à usage fréquent.**
Assurez-vous de nettoyer :
 - les comptoirs
 - les robinets et lavabos de salle de bain et de cuisine

les tables de chevet
les bureaux
les claviers d'ordinateur
les télécommandes et consoles de jeu
le téléphone (clavier et combiné)

Essuyez ces surfaces avec des serviettes en papier jetables ou avec des linges lavables. Lavez à l'eau chaude savonneuse les jouets et objets que de jeunes enfants pourraient mettre dans leur bouche.

- **Évitez d'être en contact avec des personnes qui pourraient avoir la grippe.**
- **Restez en bonne santé** : dormez suffisamment, mangez sainement, faites de l'exercice et n'oubliez pas de bien vous hydrater.
- **Faites-vous vacciner contre la grippe pandémique A (H1N1). Cela réduira votre risque d'attraper l'infection.**

Ai-je vraiment la grippe ?

Pour déterminer si vous avez la grippe ou simplement un rhume, veuillez vous référer au tableau suivant :

| Symptômes de la grippe | Symptômes du rhume |
|-----------------------------------|---|
| Apparition soudaine de la maladie | Apparition lente de la maladie |
| Forte fièvre | Faible fièvre ou absence de fièvre |
| Fatigue extrême | Faible fatigue |
| Toux sèche | Forte toux, écoulement nasal ou congestion nasale |
| Maux de tête | Absence de maux de tête |
| Courbatures | Absence de courbatures |
| Frissons | Absence de frissons |

Veillez noter que les médicaments en vente libre contre la toux et le rhume contenant certains ingrédients actifs font l'objet d'une modification d'étiquetage précisant : « **Ne pas administrer aux enfants de moins de six (6) ans** ». N'hésitez pas à demander conseil au pharmacien lors de l'achat d'un médicament sans prescription destiné à un jeune enfant.

Quand pourrais-je me faire vacciner ?

Le gouvernement prévoit la vaccination dans un certain ordre. Les personnes les plus à risque d'attraper la grippe A (H1N1) seront vaccinées en premier. Ensuite, les personnes qui sont moins à risque pourront être vaccinées, dès décembre 2009. Si vous avez une maladie pulmonaire chronique comme l'asthme, vous avez un risque accru d'attraper la grippe A(H1N1). Cela signifie que vous ferez partie des premiers groupes à pouvoir recevoir le vaccin.

Et si j'ai besoin de plus d'information ?

Pour savoir quand et où vous pourrez être vacciné et pour d'autres informations, surveillez :

- Le site web <http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca>
- Vos nouvelles locales à la radio et à la télévision
- L'envoi postal qui vous indiquera où vous vacciner dans votre région
- Le site web <http://www.combattezlagrippe.ca>
- Le guide Auto-soins que vous avez reçu par la poste

En cas de symptômes relatifs à la grippe ou pour des informations, appelez au 811, à votre CLSC local ou au 1-800-O-Canada



Ce dépliant a été produit par l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSS)



La réalisation de ce projet a été rendu possible grâce à une commandite inconditionnelle de GlaxoSmithKline



What should I know about the A (H1N1) flu and about the vaccination campaign?

Everyone presently in Québec can benefit from free vaccination against the A (H1N1) flu by simply showing proof of residence (a lease, a driver's license, a bill with your full name on it, or other such document). This means, for instance, that a recently-arrived immigrant, a migrant worker or a foreign student can be vaccinated in Quebec just like any Quebec citizen. This program also applies to persons awaiting refugee status determination, to those subject to the «3-month waiting period» policy, or anyone without permanent status. A refugee claimant residing at the YMCA hostel can be vaccinated if he or she brings a document from said institution attesting to the fact.

If you have difficulty understanding French or English ask a member of your family to phone or communicate with an organization of your own ethnocultural group to obtain the right information. You can find a list of such organizations by visiting the Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS) website at www.accesss.net

How to prevent the flu:

There are a number of things you can do to avoid getting the flu, including the A (H1N1) flu:

- **Wash your hands thoroughly and often using soap and hot water. If you happen not to be near a wash basin, use an alcohol-based lotion to wash your hands (ex. Purell).** Use enough of this type of lotion to keep your hands wet for at least 20 seconds.
- **Cover your face when you cough or sneeze.** Cough or sneeze into your sleeve, not on your hands. If you secrete phlegm or mucus, spit them into a paper napkin, throw it out, then wash your hands thoroughly.
- **Avoid touching your eyes, nose or mouth.** This prevents germs from infecting you.
- **If you sick, stay at home.** If you have flu-like symptoms, call Info-santé at 8-1-1. A nurse will tell you if it's better for you to stay at home or to go to a clinic or hospital.
- **Use a common disinfectant every day to clean frequently used surfaces.** Be sure to clean...
 - ...counters,
 - ...bathroom and kitchen faucets and sinks,
 - ...night tables,
 - ...desks,
 - ...computer keyboards,

...TV remotes and video game consoles,
...telephones (both cell-phone and touchtone phone).

Wipe those surfaces with disposable paper towels or reusable washcloths. Wash all toys and objects that children could put in their mouths using hot, soapy water.

- **Avoid being in close contact with persons who could have the flu.**
- **Take care of your health:** Get plenty of sleep, eat healthy foods, exercise daily and drink plenty of liquids.
- **Get vaccinated against the A (H1N1) flu pandemic. This will reduce your chances of catching the virus.**

Do I really have the flu?

To find out if what you have is the flu or simply the common cold, please check out the following table:

| Flu Symptoms | Symptoms of the common cold |
|---------------------------|--|
| Sudden onset | Gradual onset |
| High fever | Low or no fever |
| Extreme fatigue | Little or no fatigue |
| Dry cough | Strong cough, runny nose or nasal congestion |
| Headache | Absence of headaches |
| Muscle aches or stiffness | No muscle pains |
| Shivers | Absence of shivers |

Please note that some over-the-counter cold or cough medications containing certain potentially harmful active ingredients are labelled with the warning: « **Do not give to children younger than six (6) years of age** ». Do not hesitate to consult your pharmacist before buying any over-the-counter medication for your children.

When can I get vaccinated?

The government has organized the vaccination campaign following a logical schedule. Those persons at the highest risk of catching the A (H1N1) flu will be vaccinated first. Next, those persons at lower risk could be vaccinated as of December, 2009. If you have a chronic respiratory illness such as asthma, you have a higher risk of catching the A (H1N1) virus. This means that you will be included among the priority groups to receive the vaccine.

What if I need more information?

To find out when and where you can be vaccinated or any further information, check out...

- The website: <http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca>
- Local radio and television news releases
- Mailed fliers which will tell you where you can be vaccinated in your sector
- The website: <http://www.combattezlagrippe.ca>
- The Self-Help guide mailed to you recently

If you are experiencing flu-like symptoms or require further information, call 8-1-1, or your local CLSC, or call 1-800-O-Canada



This brochure has been produced by l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS)



Completion of this project was made possible by an unconditional sponsorship of GlaskoSmithKline



Les communautés culturelles oubliées ?

Vaccin contre la grippe A(H1N1)

> GENEVIÈVE FORTIN

fortin@transcontinental.ca

Pour l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCESSS), le manque d'information dans leur langue pourrait expliquer pourquoi certains allophones ne se font pas vacciner.

Au printemps, l'organisme provincial avait proposé aux autorités de la santé «une stratégie d'information linguistiquement et culturellement adaptée afin de rejoindre les différentes communautés ethnoculturelles». Grâce à un don privé, l'organisme a pu traduire un feuillet sur la prévention de la grippe en 15 langues. En plus d'être distribuée à 5000 intervenants du réseau de la santé, l'information est disponible sur Internet au www.accesss.net.

Fermeture de la clinique de Fabreville

La clinique de vaccination située à Fabreville a fermé ses portes le 11 décembre. Ceux qui désirent recevoir le vaccin contre la grippe A(H1N1) doivent se présenter au centre situé au 2228, boul. des Laurentides, à Vimont. Il sera ouvert sept jours par semaine de 8h à 19h et a une capacité d'accueil de 6500 personnes par jour.

Le personnel dégagé suite à cette fermeture sera affecté à la vaccination dans les résidences de personnes âgées. (G.F.)

Au Carrefour d'interculturalité de Laval, on a affiché ces traductions dans les classes de francisation. Denis Arvanitakis, directeur général du Carrefour, estime que les communautés culturelles ont besoin de plus qu'un incitatif à se faire vacciner. «Elles n'ont pas eu la discussion sur l'efficacité et la sécurité du vaccin. C'est peut-être pourquoi certains ne veulent pas se faire vacciner. Quand on ne connaît pas quelque chose, on a des craintes», fait-il remarquer.

M. Arvanitakis souligne qu'un membre de la communauté grecque qui est branché sur les bulletins d'informations de son pays d'origine entend surtout le discours des médecins grecs qui refusent de se faire vacciner.

Offre suffisante

L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval juge qu'il était suffisant d'offrir les documents en français et en anglais. Martine Caza-Lenghan, porte-parole de l'Agence, note également l'absence de médias ethniques à Laval.

Elle explique que le Guide autosoins, envoyé dans tous les domiciles, a été posté dans sa version française afin de respecter la loi 101. «On notait les endroits où il était disponible en anglais», dit-elle.

«Dans les cliniques de vaccination, il y a eu peu de gens qui ne comprenaient pas. Ceux qui ne parlent ni anglais ni français sont venus avec quelqu'un qui comprend», rapporte-t-elle.

Mme Caza-Lenghan conclut en précisant que plusieurs communautés culturelles maîtrisent bien le français.

H1N1 - L'initiative des communautés culturelles - Gestion de crise_ca

H1N1 - L'initiative des communautés culturelles

Publié par Steve Flanagan

Le directeur de la santé publique de Montréal, le Dr. Richard Lessard, admettait, lors d'un point de presse le 1er décembre 2009, qu'il était difficile de convaincre les communautés culturelles à se faire vacciner pour des raisons de langues et de pratiques culturelles. Or, quelques jours plus tard, l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCESSS) a fortement réagi aux propos du Dr. Lessard.

Selon l'ACCESSS elle aurait tenté de convaincre, sans succès, le Ministère de la santé et des services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux d'adopter une stratégie de communication linguistiquement et culturellement adaptée pour rejoindre le plus de gens possible. Finalement, grâce à des dons privés, l'organisme a réussi à faire traduire elle-même un feuillet d'information sur la grippe A/H1N1, en français, anglais, grec, italien, chinois, tamil, farsi, punjabi, ourdou, créole. haitien, espagnol, portugais, vietnamien, russe et arabe.

Grippe A (H1N1): Les femmes enceintes réticentes à se faire vacciner

Par Catherine Girard
Métro



Les responsables de la santé publique de Montréal s'inquiètent de la réticence des femmes enceintes à se faire vacciner contre la grippe A (H1N1). Seulement la moitié des quelque 16 000 futures mères de la métropole ont été immunisées, selon des chiffres dévoilés hier lors d'un point de presse. Les femmes enceintes ont plus de risques de développer des complications si elles attrapent le virus, a rappelé le directeur de la santé publique de Montréal, le Dr Richard Lessard.

Il exhorte donc les futures mères à se faire vacciner afin qu'elles soient bien protégées pendant la période des Fêtes, particulièrement propice à la transmission de virus. La chef du département d'obstétrique et de gynécologie du CHU Sainte-Justine, la Dre Diane Francœur, rappelle quant à elle que le vaccin demeure la seule façon de protéger l'enfant à naître. «Plusieurs nouveau-nés ont été hospitalisés parce qu'ils ont eu le virus H1N1», a-t-elle déclaré en guise de mise en garde.

Les communautés culturelles plus réticentes

C'est dans des secteurs ayant une forte concentration de communautés culturelles, soit Parc-Extension, Saint-Michel, Montréal-Nord et Jeanne-Mance, que le taux de vaccination est la plus faible, affirme le Dr Lessard. Selon la Dre Francœur, cette situation est en lien avec le manque de ressources dont souffrent ces populations. «Dans Parc-Extension, par exemple, il arrive souvent que les futures mères n'aient même pas accès à des soins prénataux», indique-t-elle. Le manque d'information dans leur langue maternelle est une autre cause qu'avance la Dre Francœur pour expliquer la réticence des immigrantes enceintes à recevoir le vaccin.

Vers de nouvelles méthodes

Maintenant que la campagne est bien rodée, de nouvelles méthodes de vaccination pourraient être élaborées afin de mieux rejoindre des groupes ciblés, tels que les gens issus de communautés culturelles et les personnes à mobilité réduite ou à faible revenu. Les autorités de la santé publique de Montréal doivent se réunir aujourd'hui à ce sujet.

[Aussi dans National : \(/actualites/national/\)](#)

