MQRP

MÉDECINS QUÉBÉCOIS
POUR LE RÉGIME PUBLIC

La santé pour tous et toutes, sans exception!

Étude des barrières à l'accès au système de santé public québécois

Mémoire du CA présenté à l'Assemblée générale des membres

Montréal, Juin 2018

Auteurs

Fernando Alvarez, conseiller de MQRP

Geneviève Bois, conseillère de MQRP

Zoé Brabant, membre de MQRP

Anne-Sara Briand, conseillère de MQRP

Isabelle Leblanc, présidente de MQRP

Raphaëlle Blondin-Gravel, membre de MQRP

Joël Pedneault, membre de MQRP

Samir Shaheen-Hussain, conseiller de MQRP

Anne-Sophie Thommeret-Carrière, conseillère de MQRP

Révision et corrections

François-Samuel Lahaie, conseiller de MQRP

Estelle Ouellet, secrétaire-trésorière de MQRP

Collaboration

Marc-André Lavallée

MÉDECINS QUÉBÉCOIS POUR LE RÉGIME PUBLIC

CP 48729 Outremont
Outremont (Québec)
H2V 4T3
514-638-6659
info@mqrp.qc.ca
www.mqrp.qc.ca

Table des matières

Introduction 4

Le droit à la santé 6

Section 1 : Barrières d'accessibilité primaire 7

- Migrant·e·s à statut précaire 7
- Enfants nés au Canada sans RAMQ 8
- Délai de carence 9
- Impacts de l'absence de couverture médicale 11

Section 2 : Barrières d'accessibilité secondaire 14

- RAMQ 14
- Le coût d'une carte 14
- Complexités administratives 15
- Programme fédéral de santé intérimaire 15
- Autochtones 18
- Discriminations 21
- Formation médicale 23
- Soins médicaux de première ligne et GMF 26
- Barrières géographiques 29
- Déserts médicaux urbains 30

Conclusion 31

Recommandations 34

Introduction

« Vous n'avez pas plus le droit de consommer le bonheur sans le produire que de consommer la santé sans la produire ».

George Bernard Shaw

Le présent rapport a pour but de générer un débat nécessaire sur le droit aux soins de santé pour tous et toutes, ce qui implique des choix sociaux, politiques et économiques. Il convient également de définir ce « tous et toutes », afin de mettre en lumière ceux et celles qui n'ont pas droit à notre système public de santé et de se questionner sur les raisons et les conséquences de ces exclusions. Les conclusions tirées de ce débat nous aideront à déterminer les valeurs que nous voudrions promouvoir et protéger en tant que société. L'intégration sociale dépend entre autres de l'état de santé physique et psychologique des individus qui composent notre société. La marginalisation sociale est rarement un choix éclairé. Être « marginalisé·e » signifie être condamné·e à la souffrance, souvent dans l'indifférence. Égaliser les chances à travers la solidarité, l'ouverture et le partage nous permet de grandir comme individus et collectivement. En conséquence, la santé devient un déterminant incontournable d'une meilleure qualité de vie autant individuelle que collective.

Dans une analyse globale du bien-être, il faut considérer les aspects médicaux, préventifs et curatifs, mais aussi les aspects socioéconomiques qui font partie intégrante des déterminants sociaux et structurels de la santé. Il est clair que la façon dont la richesse collective est gérée et distribuée entre ses membres influence l'état de santé global d'une population. L'accès aux soins de santé fait partie des ressources disponibles à gérer et à distribuer. En conséquence, ce système d'administration des soins doit être conçu et structuré de façon à offrir un accès équitable à l'ensemble de la population.

Il existe des injustices parmi ceux et celles qui ont accès au système public de santé québécois. Par exemple, il y a quelques années, le gouvernement a aléatoirement défini un panier de services comme étant non essentiel. Ce panier contenait, entre autres, les soins dentaires, qui sont certainement importants pour la santé globale d'un individu. Tout en reconnaissant que le panier de services restreint entraîne des injustices, il nous semble crucial de se pencher sur le nombre important de personnes vivant au Québec qui n'ont tout simplement pas accès aux soins ; une situation qui ébranle nos valeurs et fait réfléchir sur le sens de la solidarité, voire de l'humanité.

Depuis sa création, Médecins québécois pour le régime public (MQRP) milite pour un système public de santé fort et de qualité. Ce système doit offrir d'excellents soins tout en respectant les principes de justice et d'égalité. Souvent menacé par les dérives du privé et le transfert de ressources à travers des vases communicants, notre système de santé a été mis à mal dans les dernières années. Bien entendu, l'excellence d'un système public de santé doit aussi être définie par son accessibilité. Ce rapport annuel propose de se pencher sur les lacunes de notre système de santé en matière d'accès. Nous voulons un système public de santé en recherche constante de l'excellence et, qui plus est, soit accessible équitablement à tous et à toutes.

Dans le texte qui suit, nous souhaitons présenter et analyser les cas de ceux et celles qui n'ont pas « droit » à la carte d'assurance maladie et de ceux et celles qui ont ce « droit », mais qui peinent à accéder aux services du système de santé du Québec. La disponibilité des services et les obstacles financiers sont des freins à considérer, mais il ne faut pas négliger les obstacles non financiers, comme les barrières linguistiques et culturelles, l'inaccessibilité aux installations et l'ignorance de

leur existence ou de la manière pour y accéder. Nous observons au quotidien des iniquités troublantes dans la prévention et dans la prise en charge de la santé dans notre province, telles que le manque de médecins et de services dans certaines régions, l'incidence et la prévalence nettement plus élevées de certaines maladies au sein de la population autochtone et la difficulté d'accès des immigrant·e·s, des réfugié·e·s et des groupes marginalisés (par exemple: les sans-abri, les personnes incarcérées et les personnes atteintes de maladies mentales) aux services de santé. Les obstacles qui empêchent l'accès aux soins agissent directement comme déterminants de la santé.

Les inégalités d'accès aux soins sont multiples. Pour les fins de ce rapport, nous revenons brièvement sur le droit à la santé, puis le divisons en deux grandes catégories, soient les inégalités d'accès primaire et secondaire aux soins. Nous définissons l'accès primaire comme le fait de pouvoir accéder ou non au système public de santé. Quant à l'accès secondaire, cela réfère plutôt à la manière dont se déroulent les soins une fois l'entrée réalisée dans le système de santé.[1] Si ces divisions nous aident à penser les difficultés d'accès, nous sommes conscient·e·s qu'il n'y a pas de frontières immuables entre elles.

Dans la section sur les inégalités d'accès primaire, il sera question des migrant·e·s sous délai de carence, des enfants nés au Canada de parents sans statut et des personnes sans statut. Dans la section sur les inégalités d'accès secondaire, il sera notamment question des réfugié·e·s, des patient·e·s marginalisé·e·s, des patient·e·s autochtones, de barrières d'accès géographiques, d'éducation médicale, de complexité administrative et de la structure de la première ligne de notre système public de santé. Les formes d'inégalités d'accès aux soins sont nombreuses et nous ne prétendons pas en faire ici un recensement exhaustif. L'objectif de ce rapport est plutôt d'approfondir certains cas de figure dans le but d'y jeter un éclairage et d'y proposer des pistes de solutions concrètes pour améliorer notre système public de santé.

[1] Lombrail, P. et al., « Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins », Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique Volume 55, Issue 1, February 2007, Pages 23-30

Le droit à la santé

Le droit à la santé a déjà été énoncé par plusieurs institutions internationales. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que l'État doit garantir à chacun·e, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible.[2] L'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme reconnaît non seulement le droit à la santé, mais aussi aux facteurs qui influencent l'équilibre physico-psycho-social des individus.[3] Finalement, la Déclaration des droits de l'enfant du 20 novembre 1959 est encore plus explicite, car elle propose que l'enfant ait droit à une attention particulière pour son développement physique, mental et social, le droit à une alimentation suffisante et variée et le droit d'être soigné·e et de bénéficier de soins et traitements adaptés à l'âge.[4] Nous avons, à travers nos gouvernements, adhéré à ces différentes déclarations d'intention et nous devons exiger de l'État qu'il respecte ce qui a été signé.

Ces dernières années, plusieurs penseurs et penseuses se sont interrogé·e·s sur la signification de « justice sociale ». John Rawls dans son livre *Théorie de la justice* énonce deux principes: 1) chaque personne doit avoir un droit égal au système total le plus étendu de libertés pour tous et toutes et 2) les inégalités économiques et sociales doivent être telles qu'elles soient : (a) au plus grand bénéfice des plus désavantagé·e·s et (b) attachées à des fonctions et des positions ouvertes à tous et toutes, conformément au principe de la juste égalité des chances.[5] Analysant ces principes en relation à la distribution des soins de santé, Daniel Weinstock tient compte de l'importance particulière que revêt la santé en tant que condition de jouissance des autres droits, et ajoute aux principes de Rawls qu'une société juste ne peut accepter que la distribution des états de santé dans une population reflète les choix librement consentis des individus.[6] Par conséquent, l'intervention de l'État est justifiée dans cette situation. Nous avons donc le devoir d'exiger de l'État qu'il assure l'accessibilité aux soins de santé pour l'ensemble des habitant·e·s du Québec, surtout considérant que la santé comme un droit inaliénable.

L'accès aux soins de santé est un élément essentiel dans le développement d'une société juste et égalitaire. Il faut mentionner que, lorsque John Rawls parle d'égalité de chances, ceci implique l'élimination des obstacles qui empêchent certain·e·s de se prévaloir de ce que nous considérons être un droit aux soins de santé. Comme Norman Daniels l'a bien décrit, la maladie et le handicap sont des facteurs qui empêchent les individus de jouir d'une égalité de chances.[7] L'accès aux soins devient donc prioritaire.

[2] OMS, « Santé et Droits de l'Homme », 29 décembre 2017 [Internet]. http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health
[3] Nations Unies, « Déclaration universelle des droits de l'homme », 10 décembre 1948 [Internet]. http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/
[4] Nations Unies, « Déclaration des droits de l'enfant », 20 novembre 1959
[5] John Rawls, Théorie de la justice, Harvard University Press, 1971
[6] Fernando Alvarez et al., Médecine publique, médecine privée : Un choix de société, Montréal, Éditions du CHU Sainte -Justine, 2012
[7] Norman Daniels, Just Health – Meeting Health Needs Fairly, Cambridge University Press, 2007

Section 1 : Barrières d'accessibilité primaire

Migrant·e·s à statut précaire

Au Québec, plusieurs catégories de personnes n'ont tout simplement pas accès à une assurance maladie fournie par l'État. Les migrant·e·s à statut précaire regroupent les catégories de personnes dont le statut d'immigration temporaire ou l'absence de statut entraîne une précarisation des conditions de vie, limite l'accès aux services sociaux et rend incertaine la capacité à s'établir à long terme. On peut penser d'abord aux personnes qui n'ont pas de statut d'immigration – les « sans-papiers ». Un parcours typique est celui d'une personne qui a obtenu un visa de visite lors de son entrée au pays, mais qui est restée après son expiration et travaille actuellement « au noir ». Un autre parcours typique est celui de la personne dont la demande d'asile a été refusée, qui tente maintenant d'échapper à la déportation et d'obtenir une résidence permanente par d'autres moyens.

La plupart des personnes migrantes ayant un statut temporaire sont aussi exclues de l'assurance maladie publique. Les étudiant·e·s étrangers/étrangères, mis à part ceux et celles en provenance de quelques pays européens ayant une entente réciproque avec le Québec, sont responsables d'acheter une police privée d'assurance maladie. La couverture médicale offerte par la vaste majorité de ces assurances privées est toutefois partielle, ne couvrant que les soins de santé de base et excluant généralement les soins liés à la grossesse. En 2016-2017, 7 % des personnes ayant reçu des services de la clinique pour migrant·e·s à statut précaire de Médecins du Monde à Montréal possédaient un visa étudiant.[8]

Les travailleurs et travailleuses temporaires sont également à risque de se retrouver sans couverture médicale. En effet, les personnes dont le permis de travail est d'une durée inférieure à six mois n'ont pas accès à une couverture médicale. Celles dont le permis est valide pour plus de six mois ont accès à la RAMQ, avec un délai de carence de trois mois. Ces types de permis de travail lient les travailleurs et travailleuses temporaires à un seul employeur canadien. La perte de l'emploi, que ce soit en raison d'une incapacité physique ou d'une mésentente avec l'employeur, signifie donc la perte concomitante du droit de séjour et donc, de l'accès aux soins de santé. Ce lien de dépendance face à un employeur unique engendre des situations d'abus et de non-respect des droits. En effet, la crainte de rompre le lien d'emploi qui garantit le droit de séjour restreint les plaintes relatives aux conditions de travail et le recours au système de santé en cas de blessure ou de maladie.[9] En juillet 2017, le Devoir rapportait le cas de Noé Arteaga, un travailleur temporaire guatémaltèque renvoyé de son emploi et expulsé du pays après avoir exigé que son employeur transporte un collègue à l'hôpital pour recevoir des soins. Six ans plus tard, le tribunal d'arbitrage reconnaîtra finalement son licenciement comme illégal, « sans cause juste et suffisante » et discriminatoire. Cette décision n'a toutefois mené à aucune compensation financière pour le plaignant ni changement du système pour les autres travailleurs et travailleuses temporaires du Québec qui continuent de risquer l'expulsion ou le non-renouvellement

[8] Médecins du Monde Canada. Rapport d'activités 2016-2017 [Internet] https://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2017/06/DFI-MdM-activite%CC%81-2017-WEB2.pdf
[9] Champagne S, L'omertà de migrants sans filet. Le Devoir, 1 juillet 2017. [Internet] https://www.ledevoir.com/societe/502510/la-recolte-amere-des-travailleurs-migrants

de leur permis l'année suivante s'ils dénoncent les abus de leur employeur ou recourent aux services de santé.[10]

Les personnes ayant un visa de visite sont également dépourvues de couverture médicale publique. Il est important de noter que ce statut ne signifie pas nécessairement que la personne est touriste. En effet, le visa de visite constitue souvent la seule manière d'entrer au Canada pour déposer une demande d'asile ou de résidence permanente par parrainage ou pour motifs humanitaires. Il peut donc s'agir de personnes qui souhaitent s'établir à long terme au Québec, mais qui sont en attente du traitement de leur demande par les services d'immigration. À titre d'exemple, une femme enceinte en attente de parrainage par son mari n'aura pas accès aux soins périnataux dans le système de santé, malgré le fait que le père et l'enfant à naître soient tous deux citoyens canadiens.[11]

Enfants nés au Canada sans RAMQ

Au Québec, l'accès à l'assurance médicale publique des enfants de moins de 18 ans dépend de l'admissibilité de ses parents à la RAMQ. Les enfants nés au Québec, qui possèdent donc la citoyenneté canadienne, de parents dont le statut migratoire les rend inadmissibles à la RAMQ n'ont pas accès à la carte-soleil, même s'ils résident ici depuis leur naissance et n'ont jamais vécu ailleurs. Les exceptions à cette règle concernent les enfants dont les parents reconnu·e·s comme réfugié·e·s ou ayant déposé une demande d'asile sont couvert·e·s par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), ainsi que ceux ayant déposé une demande de résidence permanente auprès du gouvernement fédéral et qui sont non admissibles au PFSI ou à la RAMQ. De plus, un enfant canadien ayant un parent admissible à la RAMQ, mais avec lequel il ne vit pas de façon permanente ou qui ne le reconnaît pas à la naissance n'aura pas accès à la RAMQ si le parent avec lequel il réside habituellement n'y est pas admissible.

Puisque l'admissibilité des enfants à la RAMQ est associée à celle de ses parents, un enfant dont le parent perd son statut verra en même temps son accès à la RAMQ révoqué, pour finalement redevenir éligible lorsqu'il atteindra 18 ans. De plus, si le parent change de statut et que l'enfant devient soudainement admissible à la RAMQ après sa naissance, celui-ci sera également soumis au délai de carence de 3 mois (voir section ci-dessous) avant de pouvoir réellement bénéficier d'une couverture médicale.[12]

Selon la RAMQ, seules les personnes reconnues comme étant « domiciliées » au Québec peuvent accéder à une carte-soleil. Même si elles habitent ici depuis plusieurs années et souhaitent s'établir à long terme, les personnes ayant un statut migratoire précaire ne sont pas considérées comme domiciliées au Québec dans le cadre de ces lois et leurs enfants ne le sont pas non plus. Cette interprétation fait actuellement l'objet de contestations légales devant la Cour supérieure du Québec, puisque la *Loi sur l'assurance maladie* du Québec spécifie qu'un « mineur non émancipé qui n'est pas déjà domicilié au Québec en application de l'article 80 du Code civil est considéré comme domicilié au

[10] Champagne S, Les tomates de la colère. Le Devoir. 1 juillet 2017. [Internet] https://www.ledevoir.com/societe/502511/les-tomates-de-la-colere

[11] Tétreault A, Sallaz E, Lefebvre M et Jaëck M. L'accès aux soins périnataux pour toutes les femmes au Québec: Mythe ou réalité?, Clinique internationale de défense des droits humains de l'UQAM et Médecins du Monde, 2015, [Internet] http://ciddhu.uqam.ca/fichier/document/Lacc%C3%A8s_aux_soins_p%C3%A9rinataux_pour_toutes_les_femmes_au_Qu%C3%A9bec_Mythes_ou_r%C3%A9alit%C3%A9.pdf

[12] Régie de l'assurance maladie du Québec. Tableau synthèse. Admissibilité et inscription des enfants nés au Québec, 2016, [Internet] http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/Lists/Demandes%20daccs%20%20linformation/Attachments/96/Document%205_7212_2016_12209.pdf

Québec, lorsqu'il y est établi ».[13] En Ontario, les enfants dans la même situation sont d'ailleurs couverts par l'assurance médicale provinciale dès qu'un parent peut démontrer que leur résidence primaire est en Ontario, indépendamment du statut migratoire officiel.[14]

Médecins du Monde Canada a lancé une campagne publique et une pétition visant à dénoncer les injustices créées par cette politique administrative qui considère que des enfants citoyens canadiens ayant vécu toute leur vie au Québec ne sont pas « établis » ici avant l'âge de 18 ans.[15] En mai dernier, le Protecteur du Citoyen du Québec a produit un rapport[16] dénonçant l'injustice du traitement de ces enfants et recommandant que ceux-ci aient les mêmes critères d'admissibilité à la RAMQ que tout autre enfant né au Québec sans égard au statut des parents.

Cette politique contrevient aux obligations internationales du Canada en tant que signataire de la Convention des droits des enfants qui reconnaît le droit à la santé et à la sécurité sociale de tous les enfants : « Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services ».[17]

Refuser l'accès à une couverture médicale publique à des enfants de citoyenneté canadienne qui résident au Québec depuis leur naissance sur la base du statut migratoire de leurs parents constitue une politique discriminatoire qui bafoue le droit fondamental à la santé. L'importance de l'accès à des soins de qualité durant cette période cruciale de développement physique et psychologique qu'est l'enfance n'est plus à démontrer, et les barrières d'accès au système de santé peuvent avoir des répercussions majeures et dramatiques sur la santé à long terme.

Délai de carence

Si une personne réussit à obtenir une résidence permanente au Canada, elle doit attendre trois mois avant de pouvoir bénéficier d'une assurance maladie provinciale, et ce, malgré le fait qu'elle ait respecté toutes les règles et étapes de l'immigration au Canada. Le délai de carence (DDC) est un règlement de la RAMQ instauré au Québec en 2001, dans la foulée de l'Ontario et de la Colombie-Britannique (le Nouveau-Brunswick l'a aussi mis en place par la suite, puis abrogé en 2011). Plus précisément, il touche les immigrant·e·s économiques, le regroupement familial (les personnes parrainées), ainsi que les travailleurs et travailleuses migrant·e·s (toutes les catégories, sauf celle du travail agricole saisonnier). Les résident·e·s permanent·e·s et les citoyen·ne·s canadien·ne·s qui s'absentent plus de 183 jours durant une année civile sont aussi sujets au même DDC à leur retour au Canada (sauf exception).[18] Au Québec, il existe trois exemptions au règlement du DDC: les soins de périnatalité (interruption de grossesse, suivi de grossesse, accouchement et post-partum), les soins requis suite à un acte de violence, et le traitement des maladies ayant un impact sur la santé publique

[13] Mémoire du demandeur au soutien de sa demande de pourvoi en contrôle judiciaire. Cour supérieure du Québec. 2017; Loi sur l'assurance maladie. Chapitre A-29. 1999, c. 89, a. 42 [Internet] http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/A-29
[14] Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. OHIP Eligibility of Canadian-Born Children of OHIP-ineligible Parents. [Internet] http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/ohip/eligibility_2.aspx
[15] Médecins du Monde Canada. Réclamez l'accès aux services de santé pour tous les enfants canadiens. [Internet] https://www.medecinsdumonde.ca/fr/acces-aux-enfants-de-sante-pour-tous-les-enfants-canadiens/
[16] Protecteur du citoyen. Des enfants injustement privés de la gratuité des soins de santé, 2018, [Internet] https://protecteurducitoyen.qc.ca/fr/conseils/capsules/enfants-injustement-prives-gratuite-soins-sante
[17] Convention relative aux droits de l'enfant, 20 novembre 1989, 1577 RTNU 3 (Ratifiée par le Canada le 13 décembre 1991) [Internet]. http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx
[18] Brabant Z, Review of the Literature and Implications for the Canadian Context - Part A. Social Work in Public Health, 27:1-15.; Results of an Exploratory Study in Montreal - Part B. Social Work in Public Health, 27: 1-13. 2012

(notons que les soins urgents et les soins pédiatriques ne font pas partie des exemptions au DDC).[19] Du reste, pour couvrir les autres types de soins possiblement nécessaires durant le DDC, le gouvernement canadien recommande aux migrant·e·s concerné·e·s, mais ne les oblige pas, de souscrire à une assurance maladie privée.[20]

Il semble que ce soit dans l'optique de « protéger le système de santé contre le tourisme médical » et de faire des économies que le DDC ait été mis en place à l'origine.[21] Or, le DDC vise plusieurs groupes de migrant·e·s ayant entrepris un processus long, coûteux et à l'issue incertaine pour immigrer ou venir travailler au Canada, ce qui rend peu probable que ces personnes l'aient fait dans l'intention spécifique d'utiliser les services de santé dans les premiers mois de leur séjour. De plus, le DDC n'empêche en rien qu'elles utilisent les services de santé; elles recevront cependant une facture pour les soins encourus durant cette période.[22]

À ce jour, aucune recherche indépendante ni étude gouvernementale n'a évalué l'efficacité d'une mesure telle que le DDC. Par ailleurs, il est peu plausible que le DDC apporte des économies substantielles à l'État.[23] Premièrement, ces processus migratoires complexes incluent un examen médical préimmigration, qui vise principalement à protéger la santé publique et les finances de l'État.[24] Nous acceptons donc ces migrant·e·s en connaissance de leur état de santé général. Ensuite, les migrant·e·s sont généralement en meilleure santé que la moyenne des Canadien·ne·s, ce que l'on appelle le « *Healthy Migrant Effect* ».[25] Cela, combiné à leur méconnaissance des services et au fait qu'ils et elles ont d'autres priorités à l'arrivée, fait en sorte qu'ils et elles utilisent moins les services de santé et donc, coûtent moins cher au système de santé de prime abord.[26]

Enfin, le DDC occasionne souvent une prise en charge tardive ou non optimale des problèmes de santé, sans compter qu'il signifie l'absence de soins préventifs. Puisque prévenir coûte moins cher que guérir, et que prendre en charge un problème de santé tardivement est plus onéreux, il est fort à parier que cela annule les éventuelles économies faites grâce au DDC.[27] Cela sans même prendre en compte les coûts administratifs du DDC et de son application, notamment la documentation et la gestion des exemptions.

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec a d'ailleurs conclu que le DDC constitue un traitement discriminatoire fondé sur l'origine nationale ou ethnique et contrevient au droit à la sûreté et à la dignité des personnes défendues par la Charte. Selon la Commission, le DDC peut être considéré comme « une mesure rétrograde contrevenant aux

[19] Carpentier M, 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. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse - Québec. 2013, http://www.cdpdj.qc.ca/Publications/delai_carence_sante.pdf
[20] Gouvernement du Canada, Soins de santé au Canada. [Internet] https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/nouveaux-immigrants/nouvelle-vie-canada/soins-sante-carte.html
2017
[21] Right to Healthcare Coalition, Backgrounder for Community Members and Policy Makers Advocating an End to the OHIP 3-month Wait Period for Recent Landed Immigrants in Ontario. Toronto: Access Alliance Multicultural Community Health Center. 2007
[22] Brabant Z, op. cit.
[23] Right to Healthcare Coalition, 2007, op. cit.
[24] Pottie, Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. Canadian Medical Association Journal, E824-E925. 2011
[25] Ibid
[26] Brabant Z, op. cit.
[27] Carpentier M, op. cit.; Right to Healthcare Coalition, op. cit.

engagements internationaux du Québec en matière de droits économiques, sociaux et culturels et en particulier en ce qui concerne le droit à la santé ». [28]

Impacts de l'absence de couverture médicale

Une assurance privée complète (non complémentaire) représente des coûts importants, en particulier pour ceux et celles qui migrent en famille.[29] Aussi, pour des raisons financières ou de compréhension limitée des enjeux, biens des migrant·e·s se présentent au Canada sans assurance privée. Ils devront malheureusement payer s'ils ou elles nécessitent des soins médicaux ou, à défaut, conclure une entente de paiement avec l'institution qui les a prodigués.

À titre d'exemple, un dépôt allant de 7 524$ à 12 704$ peut être demandé par un hôpital à une femme enceinte sans RAMQ désirant accoucher dans un hôpital dans la région de Montréal.[30] Ce montant ne comprend pas les soins pré- ou postnatals, ni une péridurale qui peut coûter 1200$. Radio-Canada a rapporté le cas d'une personne sans statut, atteinte d'un cancer, dont les dettes médicales approchent 300 000$.[31] Même une simple fracture du tibia nécessitant une intervention chirurgicale peut coûter très cher – 18 000$.[32] Ces montants sont imprévisibles pour les usagers et usagères sans assurance et ne sont malheureusement pas pris en charge par l'État si la personne régularise éventuellement son statut au Canada.

Comment expliquer de tels frais exorbitants ? Il existe entre autres une directive du Ministère de la Santé et des Services Sociaux qui encourage les hôpitaux et cliniques publics du Québec à majorer le coût de services médicaux offerts aux supposés « ressortissants étrangers » de 200 % - soit trois fois ce que les mêmes soins coûtent à la RAMQ pour une personne qui a une carte-soleil. Ainsi, une hospitalisation aux soins intensifs coûte au système 4 000$ par jour, mais un « non-résident » du Québec sans couverture d'assurance maladie se verra facturer plus de 12 000$. Cette surcharge s'applique autant aux personnes sans statut qu'aux citoyen·ne·s canadien·ne·s qui ne peuvent pas fournir une preuve d'assurance de province autre que celle du Québec, et qu'aux personnes en DDC. Selon le Ministère de santé et des services sociaux, cette majoration serait justifiable puisqu'elle compenserait le coût des installations immobilières de l'hôpital ou de la clinique qui émet la facture.[33]

En conséquence, lorsque les établissements de soins de santé soumettent leurs budgets au ministère à la fin de chaque exercice financier, leur déficit est gonflé artificiellement en raison des frais imposés aux personnes sans assurance, dont la plupart ne sont pas en mesure de payer. Compte tenu de la pression pour équilibrer les budgets des hôpitaux, les institutions adoptent des politiques agressives exigeant que les soins soient payés à l'avance, traitant ainsi en bouc émissaire les groupes les plus marginalisés de la société.

---

[28] Carpentier M. op. cit.
[29] Carpentier M, op. cit.; Right to Healthcare Coalition, op. cit.
[30] Nicoud A. La galère des mères sans RAMQ, La Presse, 6 janvier 2015, [Internet] http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201501/05/01-4832584-la-galere-des-meres-sans-ramq.php
[31] Wong D, Vivre sans carte soleil. Radio-Canada (sans date). https://bit.ly/2BG9nfj
[32] Gervais L-M, Quels soins de santé pour les sans-papiers? Le Devoir, 22 juillet 2017, [Internet] https://www.ledevoir.com/societe/504032/grandeur-nature-quels-soins-de-sante-pour-les-sans-papiers
[33] Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Normes et pratiques de gestion. Circulaire 2014-029. 2014, [Internet]http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/e2f3590954e8ec0885257d3a0066fae8?OpenDocument

En plus de cette surcharge de 200 % imposée aux frais hospitaliers, les tarifs professionnels des médecins qui soignent les personnes sans couverture médicale ne font l'objet d'aucune réglementation, rendant les frais médicaux extrêmement variables et imprévisibles. Si certains médecins acceptent de soigner gratuitement les personnes migrantes à statut précaire, d'autres peuvent exiger des montants de loin supérieurs à ceux de la RAMQ. En 2015, une enquête de La Presse révélait que certains des médecins exigeaient jusqu'à 3 500 $ pour un accouchement, soit presque huit fois plus que les 460 $ que la RAMQ aurait remboursé pour la même procédure.[34] Il y a donc un obstacle financier à l'accès aux soins pour les personnes migrantes à statut précaire ou en DDC, notamment pour les familles et les plus pauvres.

Cette situation aura bien sûr des impacts sur la santé des migrant·e·s, de leur famille et des communautés qui les accueillent. En effet, l'absence de soins préventifs, les délais prolongés avant de consulter (avec le risque d'aggravation de l'état initial associé), les enjeux de qualité des soins (notamment avec le recours à des réseaux informels pour se soigner et de suivi), voire parfois le non-recours aux soins peuvent avoir des conséquences physiques et psychologiques à court et long terme pour ces personnes.[35] Le DDC et les autres exclusions du système de santé entraînent une panoplie d'effets néfastes sur la santé globale mentale des migrant·e·s, dont la peur d'être jugé·e si l'on est malade, la souffrance inutile, le stress important lié à la dette et un sentiment de rejet.[36] Le risque de paupériser davantage ces personnes est réel en raison de la dette encourue et de l'impact financier que l'épisode de maladie a eu sur leurs finances et leur intégration dans la société.

Pour la santé publique, il y a aussi un questionnement au sujet du risque que provoquent ces barrières d'accès au système de santé. Dans le cas du DDC, les exemptions à la couverture de soins incluent les problèmes de santé ayant un impact sur la santé publique. Or, elles demeurent souvent théoriques et difficilement utilisables dans le système de santé, tel qu'il est organisé.[37] Ainsi, comment savoir si une exemption est applicable lorsqu'un·e patient·e se présente aux finances de l'hôpital, au triage ou avec des symptômes frustres par exemple ? La porte d'entrée dans le système de santé étant généralement administrative plutôt que médicale, il est envisageable que des migrant·e·s reculent devant les coûts ou les obstacles administratifs aux soins avant même de savoir que ceux-ci seraient couverts.

Enfin, les exclusions de l'assurance maladie publique ont des impacts importants sur le système de santé et les soignant·e·s. Ces exclusions les placent parfois en conflit face à leurs convictions et à leur code de déontologie[38], contribue à la confusion sur les droits des migrant·e·s[39] et crée des tensions au sein des systèmes.[40]

Les obstacles à l'accès à la santé imposés aux personnes ayant un statut migratoire précaire ont un lourd coût financier, mais ils ont aussi un coût humain difficile à chiffrer. Combien de personnes dans évitent de se faire soigner par manque de moyens ? Combien évitent les salles d'urgence et le CLSC par peur de se faire dénoncer aux autorités frontalières ? Combien de personnes vivent des situations similaires à celle de Marcia, Montréalaise sans papiers ayant vécu près de 30 ans au Québec à

[34] Nicoud A. *op. cit.*
[35] Brabant Z. *op. cit.*; Carpentier M. *op. cit.*; Shaheen-Hussain, S. Les coupures aux soins de santé pour les réfugiéEs : la pointe de l'iceberg des injustices en matière de santé pour les migrantes et les migrants. Nouveaux Cahiers du socialisme. Aut. 2014, No. 12.
[36] Carpentier M. *op. cit.*; Right to Healthcare Coalition. *op. cit.*
[37] Brabant Z. *op. cit.*
[38] Carpentier M. *op. cit.*
[39] Brabant Z. *op. cit.*
[40] Ruiz-Casares, Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. Maternal Child Health Journal, 292-298. 2013

travailler comme femme de ménage, maintenant aveugle des suites d'un glaucome non diagnostiqué et non-traité par manque de moyens ?[41]

Les barrières administratives, financières, culturelles et idéologiques qui limitent l'accès au système de santé de personnes qui subissent déjà une précarité extrême ont trop souvent des conséquences dramatiques. En décembre 2007, le coroner québécois Jacques Ramsay a déposé un rapport d'enquête au sujet de migrant·e·s dont les décès étaient imputables, de près ou de loin, à des problèmes d'accès aux soins de santé en raison de leur statut d'immigration.[42]

Les politiques à la fois restrictives et arbitraires de l'État québécois en cette matière contribuent à l'idée néfaste qu'il existe des gens plus méritants que d'autres de recevoir des soins au Québec, selon leur parcours migratoire ou leur origine. Ces personnes ne sont pas des touristes ni des abuseurs du système, mais des individus et des familles qui vivent ici depuis de nombreuses années ou qui cherchent à s'établir durablement. Elles travaillent, et ce, en occupant souvent des emplois ingrats, dangereux et sous-payés dont personne ne veut. Elles contribuent en payant des taxes à la consommation qui servent à financer les services publics. Ces personnes font partie de nos communautés et devraient avoir le droit d'accéder dignement à des soins de santé de qualité.

[41] Duchaine G, Une femme sans-papiers devient aveugle faute de soins. La Presse, 12 juin 2017. [internet] https://bit.ly/2HaXOTQ
[42] Shaheen-Hussain S. *op. cit.*

Section 2 : Barrières d'accessibilité secondaire

RAMQ

Au Québec, pour obtenir des soins de santé public, les patient·e·s éligibles ont l'obligation de s'inscrire au régime d'assurance maladie.

La loi sur l'assurance maladie[43] prévoit que les gens admissibles sont:

1- Les personnes nées et établies au Québec. L'inscription se fait automatiquement si les parents sont établis ou nés au Québec au moment de la naissance de l'enfant.

2- Les personnes d'une autre province canadienne qui s'établissent au Québec. L'admissibilité débute le 1er jour du 3e mois suivant la date de l'établissement au Québec.

3- Les personnes d'un autre pays qui s'établissent au Québec après le délai de carence s'appliquant même pour les citoyen·ne·s canadien·ne·s.

4- Les personnes d'un autre pays en séjour au Québec et faisant partie de certaines catégories bien précisent (Travailleur temporaire ou saisonnier, conjoint ou personne à charge, boursier d'études ou de stage dans le cadre d'un programme du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec…)

Telle qu'elle a été décrite dans la section 1 de ce présent rapport, une barrière d'accessibilité primaire aux soins s'applique donc notamment pour les gens sous le délai de carence, pour les gens sans statut et pour les enfants nés au Canada de parents sans citoyenneté canadienne. Pour les gens admissibles au régime d'assurance maladie du Québec, une barrière d'accessibilité secondaire demeure malgré tout, soit l'obligation de conserver une inscription valide.

En plus de respecter l'obligation de ne pas s'absenter du Québec 183 jours ou plus par année du 1er janvier au 31 décembre, il est exigé d'avoir une carte d'assurance maladie valide pour obtenir des soins.

Le coût d'une carte

À tous les quatre à huit ans (exemption des nouveaux arrivants qui ont une carte pour seulement 1 an), il faut renouveler sa carte d'assurance maladie avant la date d'expiration en payant 9$ pour les frais reliés à la photo. Si la carte est renouvelée plus de 6 mois après la date d'expiration, des frais de 25$ s'appliquent en plus des coûts relatifs à la photo pour un total de 34$.[44] Le renouvellement ne peut se faire sans deux pièces d'identité, dont une avec photo. Bien sûr, il faut une adresse pour recevoir la carte par la poste dans un délai de 10 jours ouvrables ou encore pour recevoir son avis de renouvellement de carte, à l'aube de son expiration.

[43] [Internet] http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/inscription/Pages/admissibilite.aspx
[44] [Internet] http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/renouvellement/Pages/demarche-reguliere.aspx

Pour les gens en situation d'itinérance qui refont leur carte d'assurance maladie dans un point de service désigné autre qu'un bureau de la RAMQ (CLSC ou organismes communautaires), la carte doit être refaite à tous les ans plutôt qu'aux huit ans. Il est donc très fastidieux sur le plan administratif de conserver une carte d'assurance maladie valide en devant refaire ces démarches tous les ans. Pour les patient·e·s sans domicile fixe, tout ce processus est un vrai casse-tête alors que les frais de 9 à 34$ sont également des barrières à l'accessibilité pour un grand nombre de patient·e·s.

Complexités administratives

La question se pose : pourquoi devons-nous refaire notre carte d'assurance maladie à fréquence régulière ? Et pourquoi certaines classes de personnes en situation de vulnérabilité sont-elles soumises à des exigences administratives encore plus contraignantes ? Pourquoi ne pas avoir un numéro qui s'inactive lorsque nous quittons le pays plus de 183 jours par année, mais qui reste valide autrement ? L'idée de faire une carte d'identité avec photo qui s'actualise aux quatre à huit ans n'est pas mauvaise, mais devient facilement une barrière d'accès aux soins de taille pour bien des gens. Et pourquoi exiger des frais supplémentaires pouvant s'élever jusqu'à 34$? Nous possédons tous un numéro d'assurance sociale qui reste valide à vie. Nous n'avons jamais l'obligation de refaire notre carte et de payer des frais récurrents. Alors pourquoi en est-il ainsi pour accéder à des services de santé ?

Les procédures administratives actuelles reliées à la réactivation de la carte d'assurance maladie sont sans fondement et ne devraient plus être une raison de ne pas soigner des gens. Certains patients sont suivis dans des cliniques acceptant de les voir sans carte, bien que cela soit très rare. Les patient·e·s sans domicile fixe vivent plusieurs crises sociales ne leur permettant pas toujours d'avoir l'organisation, la patience et les ressources financières nécessaires pour renouveler leur carte d'assurance maladie. Ils sont alors coupés de la possibilité de recevoir de nombreux soins de santé comme de l'imagerie médicale à des fins diagnostiques ou encore d'accéder à des médicaments d'exception, par exemple les traitements contre le virus de l'hépatite C. Malgré la générosité de certaines cliniques acceptant ces patients les plus vulnérables et souvent les plus malades, leur accès au système public de santé est grandement diminué. Rappelons ici qu'il s'agit d'un accès auquel ils ont entièrement droit selon la loi sur l'assurance maladie.

Programme fédéral de santé intérimaire

Le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) offre à certaines catégories de migrant·e·s une couverture médicale temporaire similaire à celle offerte aux bénéficiaires de l'aide sociale. Financée par le gouvernement fédéral, cette assurance maladie est gérée par Croix Bleue Medavie, une entreprise d'assurances privées.

Le programme s'adresse aux requérant·e·s du statut de réfugié, jusqu'à 90 jours suivant l'acceptation de leur demande ou jusqu'à la date de renvoi en cas de refus, aux personnes protégées par le Canada, dont les réfugié·e·s sélectionné·e·s à l'étranger, ainsi qu'à celles détenues en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés.*[45] Il est à noter que certaines personnes s'étant vues refuser le statut de réfugié peuvent demeurer légalement au Canada pour de très longues périodes, jusqu'à

[45] Gouvernement du Canada. Programme fédéral de santé intérimaire. Résumé de la couverture. 2018 [Internet] https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-partir-canada/soins-sante/programme-federal-sante-interimaire/resume-couverture-offerte.html

plusieurs années, en attente qu'une date de renvoi soit fixée. En effet, le Canada considère que certains pays sont trop dangereux pour y déporter des gens et font donc l'objet d'un moratoire, d'une suspension temporaire ou d'un sursis administratif des renvois. Pour d'autres, l'incapacité à obtenir les documents de voyage nécessaires à la déportation de la part de leur pays d'origine repousse indéfiniment leur date de renvoi. Tant qu'une date de renvoi n'a pas été officiellement fixée et dépassée, les demandeurs et demandeuses d'asile débouté·e·s sont autorisé·e·s à demeurer au Canada et sont couvert·e·s par le PFSI.

Restreignant l'accès aux soins de santé de milliers de personnes venues demander la protection du Canada, le gouvernement conservateur de Stephen Harper a imposé en 2012 des coupures drastiques au PFSI avec l'objectif affirmé de décourager le recours au système d'immigration. Des groupes citoyens, communautaires et professionnels, dont plusieurs membres de la communauté médicale (incluant MQRP)[46], ont vivement décrié l'instrumentalisation de l'accès à la santé dans une visée de contrôle migratoire, dénonçant la violation des droits fondamentaux et l'inhumanité découlant des nouvelles mesures discriminatoires. Face à l'indignation soulevée par la réforme du PFSI, le gouvernement du Québec a alors choisi de prendre le relais du fédéral afin d'assurer une couverture médicale continue aux personnes affectées par les coupes. Durant cette période, la confusion créée par les nouvelles catégories administratives et la complexité du système ont toutefois conduit à de nombreux refus de services ou à la facturation directe de personnes pourtant assurées par l'un ou l'autre des paliers gouvernementaux.[47] Suite à la contestation de la réforme du PFSI par le groupe Médecins canadiens pour les soins aux réfugiés, l'Association canadienne des avocats et avocates en droit des réfugié·e·s ainsi que trois patients, la Cour fédérale a conclu dans son jugement de 2014 que les nouvelles règles constituaient un traitement « cruel et inusité » en violation avec les articles 12 et 15 de la Charte canadienne des droits et libertés, forçant ainsi le gouvernement fédéral à rétablir partiellement certains éléments de la couverture médicale.[48] Il faudra toutefois attendre jusqu'en 2016 pour que l'ensemble des coupures au PFSI soient finalement annulées par le gouvernement libéral nouvellement élu.

Malgré le rétablissement de la couverture médicale au niveau pré-2012, l'accès aux soins de santé pour les personnes couvertes par le PFSI demeure encore aujourd'hui complexe et limité. En effet, de nombreuses cliniques médicales et professionnel·le·s de la santé refusent de recevoir les patient·e·s couvert·e·s par le PFSI. Ne pouvant pas être comptabilisées dans les inscriptions de patient·e·s des médecins de famille, les personnes couvertes par le PFSI n'ont généralement pas accès aux services offerts dans les Groupes de médecine familiale. Dans les hôpitaux, le PFSI est accepté dans les urgences, mais les références vers les médecins spécialistes peuvent s'avérer plus complexes puisque certains d'entre eux refusent d'accepter cette assurance maladie.

Que ce soit en raison de la perception du processus d'inscription et de réclamation auprès de la Croix Bleue Medavie comme une tâche administrative complexe et superflue, de méconnaissance du programme ou en raison d'attitudes négatives et de préjugés envers les demandeurs et demandeuses d'asile, les prestataires de services de santé peuvent simplement choisir de refuser de souscrire au

[46][Internet]https://www.newswire.ca/fr/news-releases/un-an-plus-tard--les-coupures-au-programme-federal-dassurance-sante-pour-les-demandeurs-dasile-et-refugies-toujours-denoncees-512595821.html

[47] Chase, L. E., Cleveland, J., Beatson, J., & Rousseau, C. The gap between entitlement and access to healthcare: An analysis of "candidacy" in the help-seeking trajectories of asylum seekers in Montreal. Social Science & Medicine, 182, 52-59. 2017 [Internet] https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.038; Médecins du Monde Canada. Mémoire soumis à la Consultation de la Commission des relations avec les citoyens : vers une nouvelle politique québécoise en matière d'immigration, de diversité et d'inclusion. 2015 [Internet] https://www.medecinsdumonde.ca/wp-content/uploads/2017/06/MdM_Memoire_Comission-parlementaire_2015.pdf

[48] Médecins Canadiens pour les soins aux réfugiés c. Canada (Procureur général), 2 RCF 267, CF 651 (CanLII), 2014, [Internet] http://canlii.ca/t/g81sh

PFSI sans avoir à justifier leur décision. Refusé·e·s par les cliniques médicales, ces patient·e·s se tournent souvent vers la clinique gratuite pour migrant·e·s sans couverture médicale de Médecins du Monde, qui doit à son tour les refuser en raison de leur accès au PFSI et les rediriger vers les rares cliniques qui acceptent cette assurance. Dans un tel contexte, obtenir des soins de santé représente souvent un véritable parcours du combattant qui exige beaucoup de patience, d'énergie et de résilience.

De plus, l'obligation de dévoiler son statut migratoire dès qu'on se présente à la réception d'une clinique ou d'un hôpital pour accéder aux soins comporte des risques de stigmatisation et de discrimination dans la prestation des services de santé. Dans le contexte actuel où les discours xénophobes ciblant les demandeurs et demandeuses d'asile comme boucs émissaires des problèmes sociaux et économiques sont de plus en plus prégnants, on ne peut s'étonner que les attitudes négatives et les préjugés au sujet des personnes migrantes soient aussi présents chez certains prestataires de soins de santé.[49] L'accès aux soins est souvent perçu comme un privilège rattaché à l'appartenance nationale plutôt qu'un droit universel, privilège que certains groupes migrants ne mériteraient pas puisqu'ils tenteraient d'abuser de la générosité du système sans apporter de contribution en retour[50]. Les discours publics négatifs impactent également la perception du système de santé par les demandeurs et demandeuses d'asile, qui peuvent interpréter les refus de services comme des preuves d'hostilité et de discrimination de la part des prestataires de soins et limiter leur recours futur au système de santé.[51]

Cumulées à une précarité socioéconomique extrême et aux expériences traumatiques antérieures fréquentes chez les requérant·e·s du statut de réfugié, les stress engendrés par la confrontation à un système d'immigration complexe et imprévisible ont des impacts disproportionnés sur la santé des personnes en quête du statut de réfugié au Québec.[52] Par exemple, les demandeurs et demandeuses d'asile, incluant les enfants, peuvent faire l'objet de détentions de durée indéterminée dans des prisons provinciales ou des établissements de détention de type carcéral, le plus souvent en raison de motifs administratifs non criminels tels que l'incapacité à prouver son identité ou la perception subjective d'un risque de fuite.[53] Pourtant, la *Convention relative au statut des réfugiés* dont le Canada est signataire interdit spécifiquement les sanctions pénales à l'encontre des personnes entrées au pays sans autorisation dans le but de demander l'asile[54]. La détention des requérant·e·s du statut de réfugié dans des environnements restrictifs de type carcéral s'inscrit dans une perspective de

[49] Ruiz-Casares, 2013 op. cit.
[50] Vanthuyne, K., Meloni, F., Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., & Ricard-Guay, A. Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: Health as a right or a privilege? Social Science & Medicine, 2013, 93, 78-85. [Internet] https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.008; Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Rummens, J. A., Zelkowitz, P., Crépeau, F., & Steinmetz, N. Access to Health Care for Undocumented Migrant Children and Pregnant Women: The Paradox Between Values and Attitudes of Health Care Professionals. Maternal and Child Health Journal, 2013, 17(2), 292-298. doi: 10.1007/s10995-012-0973-3
[51] Chase, L. E., Cleveland, J., Beatson, J., & Rousseau, C. The gap between entitlement and access to healthcare: An analysis of "candidacy" in the help-seeking trajectories of asylum seekers in Montreal. Social Science & Medicine, 2017, 182, 52-59. [Internet] https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.038
[52] Gagnon, A. J., Dougherty, G., Wahoush, O., Saucier, J.-F., Dennis, C.-L., Stanger, E., Palmer, B., Merry, L., Stewart, D. E. International migration to Canada: The post-birth health of mothers and infants by immigration class. Social Science & Medicine, 2013, 76, 197-207. [Internet] https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.001
[53] Nakache, D., Détention des demandeurs d'asile au Canada: des logiques pénales et administratives convergentes, Criminologie, 2013, vol. 46, n° 1, 83-105; Nakache, D., The Human and Financial Cost of Detention of Asylum-Seekers in Canada, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2011, [Internet] http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?docid=4fafc44c2
[54] Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Convention et Protocole relatifs au statut des réfugiés, Article 31. [Internet] http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/StatusOfRefugees.aspx

criminalisation de l'immigration et constitue une expérience traumatique ayant des effets délétères significatifs sur l'état de santé mentale.[55]

En plus des barrières de langue et de culture, des difficultés à naviguer un système de santé inconnu et de multiples difficultés partagées avec d'autres populations migrantes, les personnes dont la couverture médicale dépend du PFSI font ainsi face à des barrières systémiques supplémentaires qui restreignent significativement l'accessibilité des soins et ont des effets néfastes multiples sur la santé.[56]

La distinction de couverture médicale selon le statut migratoire entraîne de la confusion, tant chez les professionnel·le·s de la santé que chez les personnes couvertes par le PFSI. Combinés au manque de connaissances concernant le fonctionnement du système de santé québécois, les refus de services entraînent des délais inutiles dans la prise en charge médicale, en plus de générer de fausses croyances concernant les droits d'accès, de la méfiance envers le système de santé et des sentiments de perte de contrôle et d'agentivité qui découragent les recherches de soins subséquentes.[57] Sachant qu'une large proportion des personnes couvertes par le PFSI s'établissent éventuellement au Canada à long terme, les obstacles dans l'accès à la santé ne font que repousser à plus tard la nécessité de recevoir des soins pour des problématiques qui seront alors devenues urgentes et plus complexes à traiter.

Il convient de rappeler que, jusqu'au milieu des années 1990, les requérant·e·s du statut de réfugié au Québec étaient couvert·e·s par le régime d'assurance maladie provincial et avaient donc droit au même accès au système de santé que les autres Québécois·e·s.[58] En contrepartie, la couverture médicale par le PFSI génère des iniquités d'accès au système de santé, en plus de complexifier inutilement le recours aux services et leur gestion administrative. Afin d'éliminer les traitements discriminatoires basés sur le statut migratoire, simplifier la gestion des remboursements aux prestataires de services et assurer un accès équitable et digne aux soins de santé, nous recommandons que le PFSI soit remplacé par un accès à la RAMQ identique à celui des autres résident·e·s du Québec.

Autochtones

Les soins de santé pour les patient·e·s autochtones sont complexes au Québec, comme dans le reste du Canada. Bien que l'administration du système de santé et la prestation de service relèvent des gouvernements provinciaux, les services liés aux autochtones sont de juridiction fédérale. « L'environnement politique et juridique de la santé autochtone au Canada découle de l'Acte de l'Amérique britannique du Nord de 1867. L'Acte confiait les services de santé aux pouvoirs

[55] Cleveland, J., Dionne-Boivin, V., & Rousseau, C. L'expérience des demandeurs d'asile détenus au Canada. Criminologie, 2013, 46(1), 107-129 ; Cleveland, J., & Rousseau, C. Psychiatric Symptoms Associated with Brief Detention of Adult Asylum Seekers in Canada. The Canadian Journal of Psychiatry, 2013, 58(7), 409-416. [Internet] http://dx.doi.org/10.1177/070674371305800706; Kronick, R., Rousseau, C., & Cleveland, J. "Asylum-seeking children's experiences of detention in Canada: A qualitative study". American Journal of Orthopsychiatry, 2015, 85(3), 287-294. [Internet] http://dx.doi.org/10.1037/ort0000061

[56] Rink, N., Muttalib, F., Morantz, G., Chase, L., Cleveland, J., Rousseau, C., Li, P. The gap between coverage and care—what can Canadian paediatricians do about access to health services for refugee claimant children?, Paediatrics & Child Health, 2017, Vol. 22, No. 8, 430–437, [Internet] https://doi.org/10.1093/pch/pxx115

[57] ter Kuile, S., Rousseau, C., Munoz, M., Nadeau, L., & Ouimet, M.-J. The Universality of the Canadian Health Care System in Question: Barriers to Services for Immigrants and Refugees, International Journal of Migration, Health and Social Care, 2007, Vol. 3 Issue: 1, 15-26, [Internet] https://doi.org/10.1108/17479894200700003

[58] Médecins Canadiens pour les soins aux réfugiés c. Canada (Procureur général), 2014. 2 RCF 267, CF 651 (CanLII) [Internet] http://canlii.ca/t/g81sh

provinciaux, tandis que les affaires indiennes relevaient du gouvernement fédéral, ce qui a créé vis-à-vis de la santé autochtone une ambiguïté qui subsiste jusqu'à aujourd'hui. »[59] La complexité des différents paliers impliqués (gouvernements fédéral, provincial, instances locales, structures autochtones, etc.) peut représenter, en soi, un obstacle de plus pour l'accès aux soins de santé des Autochtones.

Différentes problématiques d'accès sont spécifiques à certaines situations : les patient·e·s autochtones qui vivent à l'extérieur de réserves et territoires ancestraux ont droit aux services de santé non assurés (SSNA), essentiellement des soins oculaires et dentaires, et de la couverture de médicaments, mais y avoir accès hors des réserves peut être complexe. Les autochtones vivant dans les territoires ancestraux peuvent plutôt souffrir de difficultés d'accès liés à l'éloignement géographique, ou un arrimage difficile entre les centres de santé locaux et les centres de références hors réserves et territoires. Les territoires ancestraux des Inuits, des Cris et des Innus, tout particulièrement, sont situés généralement loin des grands centres urbains. L'impact sur l'accès est double. D'une part la nécessité de voyager sur de longues distances pour avoir accès à des soins plus spécialisés que ceux offerts localement est une barrière importante : éloignement des membres de la famille, difficulté à trouver quelqu'un pour s'occuper des jeunes enfants ou des aînés, coût associé au travail perdu, craintes d'être soigné·e loin de chez soi dans un milieu qui nous est étranger et dans une langue qui est souvent la deuxième ou troisième, etc. D'autre part, les ressources disponibles localement sont beaucoup plus limitées, pour des raisons à la fois logistiques, financières et politiques: les examens diagnostiques (laboratoire, d'imagerie) et thérapeutiques (interventions chirurgicales, procédures sous radiologie) ne sont simplement pas offerts dans des territoires entiers. Il n'y a, par exemple, pas de possibilité de tomodensitométrie (*CT scan*) dans les territoires des régions 17 et 18 (Nunavik et Terres cries de la Baie James), seulement quelques salles de radiographies simples (quatre pour les mêmes régions), une seule salle d'opération qui n'est ouverte qu'à temps partiel, etc. Certains villages ont une couverture permanente par des médecins de famille et des infirmières, mais d'autres ont un médecin à temps très partiel et/ou des effectifs très réduits. L'accès à d'autres professionnel·le·s de la santé peut être encore plus limité : dans des communautés la présence trop rare ou carrément l'absence de professionnel·le·s comme les dentistes, les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes compromet dramatiquement l'accès à des soins de qualité et place des patient·e·s dans des situations aussi intenables que prendre l'avion pour aller voir un physiothérapeute ou un ergothérapeute. Si les besoins sont criants, des patient·e·s peuvent avoir besoin de vivre de façon plus ou moins prolongée dans un autre village pour avoir accès à des soins.

Avoir physiquement et logistiquement accès aux soins n'est pas le seul défi pour des patient·e·s autochtones qui se heurtent trop souvent à du racisme, des préjugés ou de l'incompréhension alors qu'ils tentent d'avoir des soins de santé, surtout dans des milieux urbains. Cela est tout particulièrement problématique dans des contextes où des patient·e·s peuvent ne pas avoir le choix d'aller se faire soigner dans un milieu où ils ont eux-mêmes/elles-mêmes, ou des proches, été victimes de racisme.[60] L'absence de services locaux pour des contextes spécifiques, l'accouchement par exemple, force aussi des centaines de femmes à devoir quitter leur foyer pour aller attendre plusieurs semaines dans une autre ville, sans famille ou communauté, pour accoucher dans un centre

[59] Le cadre politique et juridique sur la santé autochtone au Canada, [Internet] https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/context/FS-HealthLegislationPolicy-Lavoie-Gervais-Toner-Bergeron-Thomas-FR.pdf

[60] "Le racisme est ancré dans les services publics, disent les centres d'amitié autochtones", [Internet] https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1038638/commission-viens-relations-autochtones-val-dor-edith-cloutier-tanya-sirois-quatrieme-jour

qui offre des soins périnataux.[61] Dans ce contexte, une perte de confiance s'installe ou persiste, et des patient·e·s choisissent de ne pas aller chercher certains soins, pour éviter d'être victimes de racisme ou de stéréotypes qui persistent encore largement dans la société québécoise quant aux autochtones. Beaucoup d'Autochtones hésitent à utiliser le système de soins de santé classiques, car, pour reprendre les mots d'un des participants à une séance, « ils ont fait l'expérience d'être traités avec mépris, d'être jugés, ignorés, stéréotypés, racisés et minimisés ».[62] Les stéréotypes négatifs sur les Autochtones sont profondément ancrés dans la société canadienne et une grande partie des expériences que vivent les Autochtones dans le système de santé sont un prolongement de ce racisme systémique.

Les autochtones font ainsi face à un double désavantage: plusieurs déterminants sociaux (comme la pauvreté, le manque de logements, l'accès difficile à une nourriture saine) et l'impact - encore très présent - des pensionnats autochtones et des politiques coloniales[63] rendent certains problèmes de santé plus fréquents que dans la population générale, mais les ressources locales étant limitées, ils doivent aller chercher des soins hors de leur milieu et s'exposer à des préjugés.

Lorsque les politiques de santé tuent: L'exemple de Kimberly Gloade[64]

Le décès révoltant de Kimberly Gloade, une femme Mi'kmaq vivant à Montréal, peut servir de cas-exemple pour démontrer comment les politiques de santé discriminatoires ont des effets néfastes sur la santé, voire la vie, des gens.

En février 2016, Madame Gloade s'est présentée à l'urgence du Centre Universitaire de Santé de McGill (CUSM) puisqu'elle souffrait de douleurs abdominales depuis plusieurs semaines. On lui a demandé de payer des frais (de plus de 1000 $) parce qu'elle n'avait pas sa carte d'assurance maladie, même si elle était censée être assurée par le système public. Incapable de payer, Madame Gloade est partie avant d'être vue par un médecin, condamnée à souffrir pendant des semaines jusqu'à sa mort chez elle d'une cirrhose le 27 mars à l'âge de 43 ans, deux jours avant une évaluation prévue à l'ONG Médecins du monde. Dans son rapport, le coroner Jacques Ramsay écrit que Madame Gloade n'a pas reçu « l'accompagnement minimal qu'exige la décence en face de la mort de la part d'une société digne de ce nom ».

Le CUSM porte certainement la responsabilité de la façon horrible dont Madame Gloade a été traitée. Cependant, le traitement subi par Madame Gloade n'était pas un événement isolé. Nous savons que, sur une base régulière, des personnes sont renvoyées chez elles par des établissements de santé à Montréal, car elles n'ont pas d'assurance maladie. La responsabilité ultime incombe au Ministère de la Santé et des Services Sociaux, qui détermine annuellement, à travers un processus opaque, les coûts pour le système de santé public – sans compter les honoraires des médecins – d'une visite à l'externe ou d'une hospitalisation pour chaque institution (voir page 11). Les souffrances évitables de Madame Gloade, et ultimement sa mort, constituent un exemple inquiétant des impacts désastreux que les difficultés d'accès ont sur des groupes marginalisés, comme les personnes vivant dans la rue et les Autochtones. Dans ce dernier cas, ces impacts sont exacerbés par les couches de discrimination

"Bringing traditional midwives back to Cree communities in Quebec", [Internet] http://www.cbc.ca/news/canada/north/cree-birth-midwifery-program-1.3708035

[62] "Empathie, dignité et respect" [Internet] http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/ccs-hcc/H174-39-2012-fra.pdf

[63] Ibid

[64] Ce texte est adapté d'une lettre ouverte rédigée par Nazila Bettache (membre de MQRP) & Samir Shaheen-Hussain (conseiller au CA de MQRP), et publiée dans Le Devoir, le 7 août, 2018.

systémique, incluant le racisme, découlant d'une histoire de génocide et d'un colonialisme toujours en cours.

La volonté politique de centrer notre système de santé sur la compassion et la solidarité permettrait d'assurer que des cas comme celui de Madame Gloade ne se reproduisent plus jamais. D'ici là, nous portons toutes et tous la responsabilité de laisser se poursuivre ce *statu quo* révoltant. Les établissements de santé devraient traiter tout le monde en fonction de leurs besoins, et non de leur capacité de payer.

Discriminations

Les patient·e·s accédant théoriquement au système public de santé québécois à travers leur carte d'assurance maladie ne vivent malheureusement pas tous et toutes la même expérience en termes de soins. Une des barrières d'accès secondaire aux soins de santé réside dans l'inégalité de la qualité des soins offerts aux patient·e·s victimes de jugements et de discrimination de la part du personnel soignant.

Le système de santé canadien se fonde sur des principes tels que l'universalité et l'accessibilité des soins.[65] Malgré tout, certains groupes d'individus comme les personnes en situation d'itinérance, les migrant·e·s et les autochtones vivent des inégalités de santé secondaires à leurs déterminants sociaux de la santé tel que leur revenu, leur niveau d'éducation ou leur statut social.[66] Ces groupes, définis par Frohlich & De Koninck comme étant en situation de vulnérabilité, requièrent généralement plus de soins médicaux de par leur état de santé.[67] Paradoxalement, ces groupes sont confrontés à une attitude négative des professionnel·le·s de la santé qui peut augmenter ces inégalités.[68] Cette attitude de certain·e·s professionnel·le·s de la santé peut avoir des effets néfastes sur la santé des individus qui ont le plus besoin de support, que ce soit en favorisant leur impression d'infériorité[69], en renforçant leur réticence à utiliser les services médicaux[70] ou en leur prodiguant des soins de moins bonne qualité.[71]

Parmi les déterminants qui entrent en jeu dans la qualité des soins donnés aux patient·e·s, on retrouve l'attitude du médecin qui peut être influencée par certaines caractéristiques du patient ou de la patiente.[72] La plupart des discriminations vécues dans la société en général peuvent se transposer dans la salle d'examen des professionnel·le·s de la santé. Les situations génératrices de discrimination qui ressortent le plus dans les résultats de recherche semblent être les différences

[65] Loi Canadienne sur la Santé, 1985
[66] Directeur de santé publique. Les inégalités de santé à montréal. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Montréal; 2011.
[67] Frohlich, K.L., & De Koninck, M. Les inégalités sociales de santé au Québec. Montréal: Presses de l'Université de Montréal. 2008
[68] Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. J Health Econ. 2003;22:89–116.
[69] Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry. 2009;8(21):75–81.
[70] Nickasch B, Marnocha SK. Healthcare experiences of the homeless. J Am Acad Nurse Pract. 2009;21(2005):39–46.
[71] Pilote L, Joseph L, Bélisle P, Penrod J. Universal health insurance coverage does not eliminate inequities in access to cardiac procedures after acute myocardial infarction. Am Heart J [Internet]. 2003 Dec;146(6):1030–7. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14660995
[72] Calloway A. A pox upon healthcare : The stereotypes, prejudices and biases of healthcare providers. 2007;(May); Ding L, Landon BE, Wilson IB, Wong MD, Shapiro MF, Cleary PD. Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users. Arch Intern Med. 2005;165:618–23.

ethnoculturelles, la santé mentale et l'orientation sexuelle.[73] Aux États-Unis, une impressionnante quantité de littérature aborde la discrimination raciale encore présente dans les salles de traitement des hôpitaux où elle serait responsable de disparités dans la qualité des soins.[74]

Certaines études démontrent ces disparités dans l'accès et la qualité des soins reçus par des populations en situation de vulnérabilité. Par exemple, bien qu'ils ne peuvent conclure hors de tout doute que ces résultats démontrent une disparité dans la qualité des soins, Beck et Al parviennent à démontrer que les personnes avec un trouble de consommation de drogues et d'alcool qui subissent un infarctus sont plus à risque de ne pas recevoir le traitement optimal et de décéder de leur infarctus lorsqu'elles sont amenées à l'hôpital.[75] Cet effet a aussi été observé avec le statut socioéconomique par l'équipe de Louise Pilote à Montréal. En corrélant des données de recensement avec l'accès à la coronarographie, elle est parvenue à démontrer que cet accès est lié au statut socioéconomique, indépendamment d'autres facteurs comme l'âge, les comorbidités ou la distance d'un hôpital.[76] Bhayana et Al ont aussi conclu que le statut socioéconomique était associé à l'accès à l'imagerie médicale à l'Urgence. Dans leur étude, les patient·e·s ayant un statut socioéconomique plus faible recevaient moins d'examen de tomodensitométrie en général à l'urgence pour toute cause et également spécifiquement pour des douleurs abdominales ou des céphalées.[77] Ces études ont été réalisées au Canada, dans un contexte de système de santé à accès universel.

Cependant, ces disparités dans l'offre de soins ne sont pas suffisantes pour conclure qu'elles sont la conséquence de préjugés et d'attitudes négatives de la part des professionnel·le·s de la santé à l'égard de certaines populations. Il reste à faire le lien entre les préjugés et ces disparités de soins. Balsa et McGuire décrivent bien les trois processus qui peuvent être en cause : a) Le médecin peut chercher à éviter l'interaction avec un individu duquel il a un préjugé défavorable ; b) Le médecin peut interpréter différemment une situation d'incertitude médicale en lien avec certaines caractéristiques du patient ou de la patiente ; et c) Le médecin peut présumer de comportements pathogènes chez le ou la patient·e issu d'une minorité.[78] Parallèlement, une revue systématique de la littérature effectuée en 2003[79] montrait que le statut socioéconomique du patient ou de la patiente avait une influence sur la façon dont les médecins leur communiquaient l'information. Les médecins donnaient moins d'information et recherchaient moins un partenariat lorsque la personne soignée avait un plus faible statut socioéconomique.

Une autre étude basée sur un sondage auprès de médecins des États-Unis après un contact avec un·e patient·e permet de démontrer que la perception des médecins est largement influencée par le statut socioéconomique et l'ethnie des patient·e·s.[80] Des caractéristiques pourtant indépendantes comme la personnalité, l'intelligence, les comportements à risque et l'observance médicale ont été associées au

[73] Fiscella K, Franks P, Gold MR, Clancy CM. Inequality in Quality. Addressing Socioeconomic, Racial and Ethnic Disparities in Health Care. 2000;283(19):2579–84; Najman JM, Klein D, Munro C. Patient characteristics negatively stereotyped by doctors. Soc Sci Med.1982; Hajjaj FM, Salek MS, Basra MKA, Finlay AY. Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. J R Soc Med. 2010

[74] Calloway A. A pox upon healthcare : The stereotypes, prejudices and biases of healthcare providers. 2007;(May).

[75] Beck C a, Southern D a, Saitz R, Knudtson ML, Ghali W a. Alcohol and drug use disorders among patients with myocardial infarction: associations with disparities in care and mortality. PLoS One 2013

[76] Pilote L, Joseph L, Bélisle P, Penrod J. Universal health insurance coverage does not eliminate inequities in access to cardiac procedures after acute myocardial infarction. Am Heart J. 2003

[77] Bhayana R, Vermeulen MJ, Li Q, Hellings CR, Berdahl C, Schull MJ. Socioeconomic status and the use of computed tomography in the emergency department. 2013;0(0):1–8.

[78] Balsa AI, McGuire TG. Prejudice, clinical uncertainty and stereotyping as sources of health disparities. J Health Econ. 2003;22:89–116.

[79] Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese a., De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: Does it make a difference? Patient Educ Couns. 2005;56:139–46.

[80] Van Ryn M, Burke J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. Soc Sci Med. 2000

statut socioéconomique et à l'ethnie, les patient·e·s de peau noire ou à faible revenu étant d'emblée jugé·e·s plus négativement par les médecins. On retrouve ici le troisième mécanisme proposé par Balsa et McGuire, alors que ces caractéristiques peuvent mener les prestataires de soins à présumer de comportements à risque et de non-observance chez leurs patient·e·s. Une autre étude basée sur des sondages réalisés auprès de médecins et de patient·e·s infecté·e·s par le VIH[81] a permis de démontrer que les utilisateurs et utilisatrices de drogues injectables (UDI) atteint·e·s du VIH avaient moins accès aux traitements de thérapie antirétrovirale s'ils ou elles étaient traités par des médecins qui avaient une attitude plus négative envers les UDI.

Ainsi, les préjugés, la discrimination et l'attitude des professionnel·le·s de la santé à l'égard de patient·e·s en situation de vulnérabilité affectent la santé de ces personnes principalement par la stigmatisation et la disparité des soins. Renverser la vapeur en enseignant, par exemple, une attitude plus ouverte et respectueuse aux nouvelles générations de professionnel·le·s de la santé n'est pas une tâche facile. Alors que l'éducation médicale devrait permettre aux futur·e·s clinicien·ne·s de développer des attitudes positives à l'égard des gens en situation de vulnérabilité, on remarque plutôt que le curriculum caché[82], soit la culture médicale apprise informellement au sein des programmes notamment par l'observation de modèles de rôle, renforce des attitudes négatives.[83]

En conclusion, plusieurs situations particulières, dont l'itinérance, l'origine ethnique, le statut socioéconomique, la santé mentale, l'orientation sexuelle et la consommation de drogues peuvent être considérées comme génératrices de préjugés qui pourraient avoir un impact sur la santé par différents mécanismes. Nous avons fait référence à certains groupes de patient·e·s à travers les études citées, mais les discriminations et les jugements sont également présents envers les patient·e·s issus de la communauté LGBTQI+, les patient·e·s travailleuse et travailleurs du sexe et les patient·e·s contrevenant·e·s, incarcéré·e·s ou non, pour ne citer que quelques autres groupes.

Les gens victimes de discrimination ne vivent pas celles-ci uniquement dans le système de soins de santé, mais à chaque étape de leur vie, que ce soit la scolarisation, l'accès aux milieux de travail, au logement, ou la façon dont elles et ils sont traité.e.se par les autorités (politiques, policières, etc.). Ces personnes sont souvent jugées selon leur apparence (raciste.e.se ou non, accents quand elles ou ils parlent le français, apparence de venir d'une certaine classe sociale, d'exercer un métier de l'industrie sexe, apparence de leur identité de genre ou d'orientation sexuelle) et vivent une discrimination qui apparaît à de multiples niveaux du système.

Ces discriminations -souvent systémiques- posent des barrières, cumulatives, à l'accès et à la qualité des soins reçus par les patient.e.s. Il est impératif de s'en rendre compte et d'agir pour donner un accès juste et équitable à ces gens victimes de discrimination.

Formation médicale

Comme mentionné précédemment, l'attitude des professionnel·le·s de la santé envers les populations les plus marginalisées façonne grandement l'accessibilité aux soins. Sont-ils/elles présent.e.s dans les communautés où résident les personnes les plus vulnérables ? Les traitent-ils/elles équitablement ? Sont-ils/elles capables de répondre à leurs besoins spécifiques et de défendre leurs droits ?

[81] Ding L, Landon BE, Wilson IB, Wong MD, Shapiro MF, Cleary PD. Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users. Arch Intern Med. 2005;165:618–23.
[82] Perrenoud, P. in Houssaye, J. (dir.) La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui, Paris, ESF, 1993, 2e éd. 1994, 61-76.
[83] Masson N, Lester H. The attitudes of medical students towards homeless people: Does medical school make a difference? Med Educ. 2003;37:869–72

Pour influencer positivement la réponse à ces différentes questions, de plus en plus de données pointent vers la formation médicale. Des recherches ont par exemple démontré qu'inclure dans le curriculum des notions de compétence culturelle améliore l'attitude, les connaissances et les compétences des médecins pour soigner les populations les plus marginalisées.[84] Il apparaît ainsi de plus en plus clair que permettre aux futur·e·s soignant·e·s d'explorer les impacts sociaux et économiques sur la santé est crucial au développement d'un système de santé ouvert et accessible.

C'est dans cette optique que le *Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada* incorpore les sciences sociales dans les normes de contenu des curriculums de médecine. Les facultés doivent, entre autres, intégrer des notions de santé mondiale, des déterminants sociaux de la santé, de la médecine axée sur les populations, de prévention et traitement des conséquences médicales de problèmes sociétaux courants, etc.[85] Elles doivent également s'assurer que les étudiant·e·s aient l'opportunité « d'apprendre à reconnaître et à aborder de façon appropriée des préjugés sexistes ou culturels qu'eux-mêmes ou d'autres personnes pourraient entretenir ou encore qui pourraient exister dans le processus de prestation des soins de santé».[86] Pour ce faire, le curriculum doit mettre en évidence les besoins en santé des populations défavorisées, couvrir les principes de base de la compétence culturelle, permettre la reconnaissance et l'élaboration de solutions aux disparités en matière de soins de santé tout comme le développement de qualités nécessaires à l'octroi de soins efficaces dans une communauté diversifiée, telle que l'altruisme.

En réponse à ces critères d'agrément, les différentes facultés de médecine québécoises ont apporté de nombreuses améliorations à leur curriculum respectif dans les dernières années. Le curriculum en santé autochtone de la faculté de médecine de l'Université McGill en est un bon exemple.[87] Il s'agit d'une expérience éducative longitudinale, se déroulant sur quatre ans et incorporant des modes d'apprentissage variés, tels que des cours magistraux, des témoignages de personnes autochtones et l'opportunité d'effectuer des stages cliniques dans différentes communautés. On y aborde notamment les problèmes de santé spécifiques auxquels font face les communautés autochtones, la médecine traditionnelle et quelques tranches d'histoire, incluant l'époque des pensionnats. Un autre bel exemple d'amélioration curriculaire est celui du *Stage de médecine sociale engagée* de l'Université de Montréal. Implanté depuis 2013, ce stage d'une semaine a pour objectif d'exposer les étudiant·e·s à des milieux cliniques ou communautaires qui desservent des personnes en situation de vulnérabilité et de les faire réfléchir aux déterminants sociaux de la santé. Cette semaine commence d'ailleurs avec des présentations magistrales sur la santé des migrant·e·s, la santé des personnes LGBTQI+, la toxicomanie, la pauvreté et la prise en charge de patient·e·s vulnérables.

Plusieurs autres exemples d'amélioration des curriculums des facultés de médecine québécoises pourraient être nommés. Toutefois, de nombreux besoins sont encore exclusivement comblés par des groupes étudiants qui, par exemple, décident volontairement d'approfondir les liens entre médecine et féminisme au sein de comités ou avec le projet INcommunity d'IFMSA-Québec qui offre un stage en santé des femmes, de former les étudiant·e·s sur la santé des migrant·e·s, de donner des formations sur la naloxone (l'antidote utilisé lors de surdose d'opioïde), etc. Évidemment, ces

[84] Schiff, Teresa & Rieth, Katherine. Projects in medical education: "Social justice in medicine" a rationale for an elective program as part of the medical education curriculum at John A. BurnsSchool of Medicine. Hawai'i Journal of Medicine & Public Health: A Journal of Asia Pacific Medicine & Public Health. 2012;71(4 Suppl 1), 64-67; Beach, M., Price, E., Gary, T., Robinson, K., Gozu, A., & Palacio, A. et al. Cultural Competence: A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. Medical Care. 2005;43(4), 356-373.
[85] Normes 7.1 et 7.5 de l'Instrument de collecte de données (ICD) du CAFMC, [Internet] https://cacms-cafmc.ca/fr/documents-d%E2%80%99agr%C3%A9ment/2017-2018/instrument-de-collecte-de-donn%C3%A9es-icd
[86] Ibid., Norme 7.6.
[87] Université McGill. Indigenous Health Curriculum. [Internet]. 2018. https://www.mcgill.ca/indig-health/curriculum

événements rejoignent inévitablement des étudiant·e·s déjà sensibilisé·e·s à ces questions, d'où l'importance de continuer à encourager l'inclusion des enjeux de santé des populations plus vulnérables dans les curriculums obligatoires.

Il va sans dire que de former des professionnels·le·s de la santé à bien répondre aux besoins des populations marginalisées va au-delà du contenu des cours et inclut le contexte dans lequel la matière est enseignée. Un élément clef de ce contexte est la diversité au sein même des classes de médecine. Des chercheurs et chercheuses ont mis en évidence qu'un environnement diversifié bénéficie à la plupart des étudiant·e·s en médecine et crée un espace où les stéréotypes peuvent être plus facilement remis en question.[88] Par ailleurs, il a été démontré à plusieurs reprises que les médecins issu·e·s de minorités ont tendance à prendre en charge de manière disproportionnée les communautés mal desservies, les patients·e·s plus malades[89] et les patients·e·s issu·e·s de leur communauté respective.[90] En outre, une association semble exister entre le contexte socioéconomique dont provient le médecin et celui des patients·e·s qu'il traitera,[91] et, sans surprise, deux des quatre facteurs prédictifs d'une pratique de médecine familiale dans une communauté mal desservie observés dans une étude faite en 2000 consistaient à être soi-même membre d'une minorité mal desservie ou avoir grandi dans une région mal desservie.[92] Malheureusement, malgré tous ces aspects, on dénote encore une sous-représentation des groupes minoritaires dans la plupart des programmes de médecine.[93] Plusieurs barrières significatives et spécifiques à leur situation sociale entrent en ligne de compte, comme le souligne l'article « *Exploring obstacles to and opportunities for professional success among ethnic minority medical students* ».[94]

Aucun organisme médical national ni les facultés de médecine ne possèdent pour l'instant de données démographiques sur la proportion des étudiants·e·s provenant de minorités visibles.[95] Néanmoins, une étude de 2012 incluant neuf cohortes de quatre facultés de médecine canadiennes, dont McGill, offre un aperçu de la diversité actuelle. La quasi-totalité des répondant·e·s s'identifiait comme hétérosexuel·le, cisgenre, sans handicap et le revenu parental de 57,6% des répondant·e·s dépassait les 100 000 $.[96] L'histoire de Chika Stacy Oriuwa[97] est également révélatrice. Admise en 2016 à l'Université de Toronto, elle s'est retrouvée seule s'identifiant comme noire dans sa cohorte de 279 personnes, bien qu'il s'agisse de la troisième minorité visible la plus répandue en Ontario. Elle raconte que, de manière similaire, la Dre Lisa Robinson s'était retrouvée dans une classe comportant deux étudiant·e·s noir·e·s en 1991 – comme quoi peu a changé depuis. Heureusement, leur implication et dévouement quant à la diversité a mené à des changements positifs. Un programme de

[88] Young, M., Razack, S., Hanson, M., Slade, S., Varpio, L., Dore, K., & McKnight, D. Calling for a Broader Conceptualization of Diversity. Academic Medicine. 2012;87(11), 1501-1510.
[89] Adkins RJ, Anderson GR, Cullen TJ, Myers WW, Newman FS, Schwarz MR. Geographic and specialty distributions of WAMI program participants and nonparticipants. J Med Educ. 1987;62:810–817 ; Moy E, Bartman BA. Physician race and care of minority and medically indigent patients. JAMA. 1995;273:1515–1520.
[90] Komaromy M, Grumbach K, Drake M, et al. The role of black and Hispanic physicians in providing health care for underserved populations. N Engl J Med. 1996;334:1305–1310.
[91] Cantor JC, Miles EL, Baker LC, Barker DC. Physician service to the underserved: Implications for affirmative action in medical education. Inquiry. 1996;33:167–180.
[92] Rabinowitz HK, Diamond JJ, Veloski JJ, Gayle JA. The impact of multiple predictors on generalist physicians' care of underserved populations. Am J Public Health. 2000;90:1225–1228.
[93] Cooper RA. Impact of trends in primary, secondary, and postsecondary education on applications to medical school. II: Considerations of race, ethnicity, and income. Acad Med. 2003;78:864–876.
[94] Odom KL, Roberts LM, Johnson RL, Cooper LA. Exploring obstacles to and opportunities for professional success among ethnic minority medical students. Acad Med. 2007;82(2):146-53.
[95] Kassam, A. Canadian medicine has a diversity problem. [Internet]. 2017. https://www.thestar.com/opinion/commentary/2017/09/03/canadian-medicine-has-a-diversity-problem.html.
[96] Young, M., Razack, S., Hanson, M., Slade, S., Varpio, L., Dore, K., & McKnight, D. (2012). Calling for a Broader Conceptualization of Diversity. Academic Medicine, 87(11), 1501-1510.
[97] Oriuwa, C. "In My White Coat, I Am More Black than Ever." [Internet]. 2018. http://www.flare.com/news/black-physicians-in-canada/

mentorat a été mis en place et une nouvelle position à la faculté a été créée pour développer le *Black Canadian Health curriculum.*

Ce genre d'innovation au sein des facultés de médecine fait aussi partie des critères d'agrément du CAFMC. La norme 3.3 « Programmes d'encouragement aux études médicales/diversité et partenariats » stipule que les facultés de médecine, conformément à leur mission de responsabilité sociale, doivent mettre en place des politiques et pratiques afin d'obtenir des résultats en matière de diversité.[98] Au Québec, les quatre facultés de médecine participent au Programme des facultés de médecine pour les Premières Nations et les Inuits au Québec (PFMPNIQ) en vertu duquel quatre étudiant·e·s détenant le statut de Première Nation ou d'Inuit peuvent être admis au programme de doctorat en médecine avec certaines conditions facilitantes, incluant la disponibilité de mentorat.[99] Des places sont maintenant également réservées pour des personnes à statut socioéconomique plus défavorisé à la faculté de médecine de l'Université de Montréal qui participe aussi au projet SEUR, visant à accompagner des jeunes provenant de milieux ethniques, culturels et socioéconomiques variés de leur secondaire 5 jusqu'à leur application en médecine.[100]

Bref, la formation médicale joue un rôle important dans les services qui seront plus tard desservis aux populations plus marginalisées. De plus en plus d'incitatifs sont mis en place pour que les facultés améliorent le contenu de leur curriculum en ce sens et la diversité de leurs cohortes, mais, bien sûr, encore beaucoup reste à faire.

Soins médicaux de première ligne et GMF

La notion d'accès est une notion qui a de multiples facettes. Comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs personnes n'ont pas accès pour des raisons de couverture ou de discrimination. Mais un autre groupe de patient·e·s a un accès difficile qui s'empire depuis les dernières années : les patient·e·s non-inscrit·e·s auprès d'un médecin de famille.

Depuis les années 2000, le système de première ligne a fait un virage qui a profondément modifié l'accès aux soins. On est passé d'un modèle où les centres locaux de services communautaires (CLSC) étaient au cœur de la planification du système, avec des cabinets médicaux et des polycliniques en appui, à un modèle centré sur les groupes de médecine de famille (GMF) avec une perte de fonction des CLSC.

Les CLSC ont une vocation populationnelle. Ce sont des lieux de soins cliniques « de proximité », chaque CLSC devant donner des services sociaux, communautaires et médicaux à la population de son territoire. Chaque citoyen·ne du territoire peut recevoir les soins et services courants. Un grand nombre de professionel·le·s de la santé (infirmières, travailleuses sociales, médecin, psychologue, organisateurs communautaires, nutritionnistes, physiothérapeute, etc.) y travaillent et sont accessibles à tous les citoyens et citoyennes -souvent sans besoin de demande de consultation d'un médecin pour les soins de première ligne.

---

[98] Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada. NORMES ET ÉLÉMENTS DU CAFMC, Normes d'agrément des programmes d'éducation médicale en vue de l'obtention d'un diplôme en médecine (MD). [Internet]. 2015. p.6, https://cacms-cafmc.ca/fr/documents-d%E2%80%99agr%C3%A9ment/2016-2017/normes-et-%C3%A9l%C3%A9ments.

[99] Université de Montréal. Candidat des premières nations et des inuits du Québec. [Internet]. https://medecine.umontreal.ca/etudes/doctorat-en-medecine/admission/types-de-candidats/candidat-des-premieres-nations-et-inuits-du-quebec/ ; Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du québec et du labrador. Programme des facultés de médecine pour les Premières Nations et les Inuits au Québec. [Internet] Retrieved from : jedeviensmedecin.com

[100] Accès médecine – Projet SEUR. [Internet]. http://seur.qc.ca/acces-medecine/

Les GMF sont, quant à eux, définis ainsi : « Les GMF regroupent des omnipraticiens provenant d'une clinique, d'un CSSS (CLSC), d'une UMF, ou encore d'une combinaison de divers milieux. Ils comptent également sur l'implication des infirmières bachelières provenant des CSSS (mais sous l'autorité fonctionnelle du GMF), du personnel administratif (secrétaire, adjoint administratif) financé par le MSSS et engagé par le GMF et, depuis 2011, d'autres professionnels de la santé (pharmaciens, physiothérapeutes, psychologues, etc.). Un GMF a une « clientèle » variant entre 9 000 et 30 000 patients. Il doit être rattaché à un CSSS et avoir un comité de gestion interne *(voir guide d'accompagnement)*. C'est donc un modèle à prestation privée, gestion partagée entre le groupe de médecins et le CSSS et financement public. »[101]

La clef magique pour entrer dans un GMF est l'inscription auprès d'un médecin de famille, et c'est là qu'on assiste à une perte d'accessibilité flagrante. Rares sont maintenant les cliniques médicales qui voient la population générale; la structure de GMF et les mesures gouvernementales associées découragent la provision de soins à la population générale et favorise celle aux patient·e·s inscrit·e·s. Le taux d'assiduité en est un bon exemple. Selon la RAMQ, le « Le taux d'assiduité est calculé en fonction de toutes les visites et de toutes les consultations effectuées auprès d'une clientèle inscrite, que ce soit par le médecin de famille qui a inscrit cette clientèle, par une IPS-SPL (Infirmière praticienne spécialisée) en soins de première ligne ou la CIPS-SPL (Candidate infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne), ou par tout autre médecin omnipraticien, (…). Le calcul du taux d'assiduité considère tous les patients inscrits auprès du médecin, qu'ils soient actifs ou non.»[102] Ce faisant, le financement est lié aux nombres d'inscriptions et est contrôlé par le taux d'assiduité ce qui, dans les faits, punit financièrement les GMF dont les patient·e·s vont consulter ailleurs (brimant donc le droit des patients de choisir leur médecin) et encourage les GMF à avoir beaucoup de disponibilité pour leurs patient·e·s inscrit·e·s au détriment des autres. Certaines pratiques moins idéales découlent aussi de cet état de fait (comme multiplier les visites des patient·e·s pour discuter de résultats normaux ou pour des suivis pouvant être faits au téléphone, pour augmenter le nombre de visites de patient·e·s inscrit·e·s).

L'accent mis sur l'inscription des patient·e·s a des effets pervers depuis une quinzaine d'années. Le système, déjà très médico- et hospitalo- centrique, se voit encore plus structuré autour des médecins et de l'inscription auprès de ceux-ci, et se double de promesses gouvernementales de « donner à tous les Québécois un médecin de famille » et d'une focalisation sur l'atteinte d'objectifs d'inscriptions auprès d'un.e médecin de famille plutôt que de la qualité de la prise en charge par une équipe de professionnel·le·s appropriée.

Ajoutons à cela que les médecins sont poussés de plusieurs façons à aller travailler en GMF et il ne reste plus de porte d'accès aux patient·e·s non-inscrit·e·s auprès d'un médecin de famille sauf pour certaines cliniques de type super-clinique.[103] La procédure pour s'inscrire en GMF est complexe (accès au GAMF par internet au téléphone, pouvoir être assigné à une clinique loin de son domicile sans égard à la mobilité, devoir être joignable par téléphone lorsque le rendez-vous est accordé, possibilité d'attendre plusieurs semaines ou mois dans les « limbes » alors que le médecin décide si oui ou non la personne sera acceptée comme patient·e) et l'attente est longue. Ce sont donc souvent les patient·e·s plus vulnérables qui ne peuvent « jouer le jeu » ou qui ne sont même pas « choisi·e·s »

[101] MQRP, 2014, « Tracer la ligne entre le public et le privé: les impacts de la nouvelle gestion publique sur l'évolution de la première ligne au Québec »
[102] [Internet] http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/inscription-clientele/Pages/calcul-du-taux.aspx
[103] La difficulté du MSSS de trouver assez de médecins pour travailler dans ces super-cliniques découle probablement en partie de la notion d'assiduité : tout md qui voit des patients en super cliniques baisse son propre taux d'assiduité et celui de ces collègues auprès desquels les patients vus sont inscrits

par les médecins à cause de leur état de santé qui pâtissent le plus de cette situation.[104] Par exemple, on apprenait récemment dans Le Devoir que « Les personnes ayant un handicap intellectuel, un problème de santé mentale ou de toxicomanie doivent attendre en moyenne entre 70 et 122 jours de plus que les autres patients pour se trouver un médecin de famille par le biais du guichet d'accès. »[105]

Cette dérive vers une inscription obligatoire pour obtenir des services et vers une organisation des soins en prestations privées plutôt que publique (comme en CLSC où la gestion est sous l'égide des autorités sanitaires), déjà notée dans notre rapport de 2015[106], s'est dorénavant assortie d'une dérive additionnelle: le transfert des professionnel·le·s vers les GMF. Le gouvernement a décidé de dégarnir les CLSC en leur enlevant la plupart des professionnel·le·s pour les envoyer en GMF. L'idée d'ajout de professionnel·le·s en GMF avait d'abord été saluée par la plupart des commentateurs et commentatrices, louant l'objectif de donner un meilleur accès aux patient·e·s à des services dont ils ont cruellement besoin. Or, on a rapidement déchanté lorsqu'il est devenu évident que de nouveaux postes ne seraient pas créés, mais que les ressources seraient déplacées des CLSC.

Plusieurs problèmes surgissent suite à cette migration des professionnel·le·s. En premier lieu, la perte d'ancrage communautaire. Par exemple, pour les travailleuses sociales, connaître les ressources du quartier est impératif pour bien aider leurs patient·e·s, mais maintenant en GMF elles ont à servir une population beaucoup plus disséminée sur le territoire et il devient plus difficile d'avoir une connaissance approfondie de toutes les ressources accessibles.

En deuxième lieu, on intègre les professionnel·le·s dans une structure où les médecins sont en haut de la hiérarchie et où ceux-ci ne sont pas nécessairement habitués à travailler en partenariat avec les autres professionnel·le·s. En effet, les ressources transférées, y compris les ressources psychosociales, sont officiellement placées sous « l'autorité fonctionnelle » de l'équipe médicale du GMF, ce qui signifie que celle-ci est responsable de l'organisation du travail et des activités cliniques au quotidien. Des inquiétudes sérieuses ont d'ailleurs été exprimées à l'égard du transfert de nouvelles ressources professionnelles des CLSC vers les GMF, notamment en ce qui concerne le respect de l'autonomie professionnelle du personnel transféré.[107]

En troisième lieu, la perte de ressources en CLSC entraîne une perte d'accès pour les patient·e·s. On a vu que l'accueil psychosocial du CLSC d'Ahuntsic, là où les patient·e·s en crise se présentent, a été éliminé[108] et dorénavant on ne donne donc accès aux professionnel·le·s du système public qu'aux patient·e·s inscrit·e·s en GMF. Cela pose un gros problème à la sortie de l'hôpital, par exemple, quand la travailleuse sociale (TS) de l'hôpital doit transférer le cas dans la communauté où il y a de moins en moins de TS disponibles.[109]

Finalement, dans la majorité des GMF, les patient·e·s doivent passer par le médecin pour avoir une consultation en nutrition, en psychologie et même en travail social, ce qui entrave l'accès. Les professionnel·le·s de première ligne qui pouvaient être vus rapidement, sans passer par le médecin, sont maintenant beaucoup moins accessibles.

---

[104] [Internet] http://www.journaldequebec.com/2018/02/26/son-dossier-dans-les-limbes-du-reseau
[105] [Internet] https://www.ledevoir.com/societe/528072/les-orphelins-du-systeme-de-sante
[106] MQRP, 2016 Pour une collaboration publique : Portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec, [Internet] http://mqrp.qc.ca/?publication=pour-une-collaboration-publique
[107] [Internet] http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-25W.pdf
[108] [Internet] https://journaldesvoisins.com/fermeture-de-laccueil-psycho-social-clsc-ahuntsic/ ; http://journalmetro.com/local/sud-ouest/actualites/968599/transfert-de-professionnels-des-clsc-vers-les-gmf-redoute/
[109] [Internet] http://www.otstcfq.org/docs/default-source/Communications/ts-en-gmf-l-ordre-se-prononce.pdf

Un autre aspect du manque d'accessibilité en première ligne en est un que MQRP décrit depuis longtemps : la difficulté extrême d'avoir accès aux services professionnels si on n'a pas d'assurance privée et si on n'a pas de moyens financiers. Le nombre de professionnel·le·s auparavant en CLSC et maintenant en GMF ne répond absolument pas aux besoins de la population. Que l'on pense aux attentes d'un an pour avoir de la physiothérapie en hôpital, de l'attente de deux ans et demi pour l'évaluation d'un trouble du spectre de l'autisme possible ou la grande difficulté d'avoir accès à la psychothérapie, l'offre publique de services professionnels n'est absolument pas adéquate.[110] On ne pourrait compléter ce tour d'horizon du manque d'accessibilité en première ligne sans parler de la difficulté, voir l'impossibilité d'obtenir certains tests d'imageries, des soins dentaires et d'optométries sans payer.

Dans cette situation, on ne peut que comprendre les nombreux patient·e·s qui décident d'aller consulter directement à l'urgence pour des problèmes parfois mineurs : pour être vus là-bas, nul besoin d'être inscrit·e·s et, si des examens poussés ou des consultations avec d'autres professionnel·le·s sont requis, ils sont obtenus sans payer, contrairement à ce qui se fait ailleurs dans le système.

Barrières géographiques

Il existe de nombreuses barrières géographiques à l'accessibilité aux soins, parfois doublées d'une barrière culturelle (voir les parties sur les autochtones et la discrimination), en région rurale et urbaine. Ces barrières géographiques sont liées aux lieux de dispensation des soins, aux difficultés d'accès physique et monétaire qu'ils entraînent ainsi qu'à la difficulté de rétention des médecins et autres professionnel·le·s.

Tout d'abord, le recrutement et la rétention des médecins en région rurale s'avère de plus en plus ardu, comme le suggèrent les données récentes du jumelage des résident·e·s. Cette année, alors que tous les postes de résidence en médecine de famille ont été pourvus hors Québec, soixante-cinq postes sont ici restés vacants, dont une grande partie en région. On pourrait donc assister à une pénurie de médecins de famille en région dans les années à venir, surtout qu'il est établi que la meilleure façon d'y recruter des médecins est de les former sur place.[111] C'est aussi en région que les effets néfastes de la nouvelle nécessité d'être inscrit en GMF pour avoir accès à un médecin de famille se font le plus ressentir. En effet, selon un rapport de l'*Institut national de santé publique du Québec* (INSPQ), « l'absence d'affiliation à un médecin de famille contraint davantage l'accès dans les régions éloignées notamment parce que les modèles professionnels de contact groupe ouvert de type walk-in sont, à toutes fins utiles, absents dans ces contextes géographiques ». [112] De plus, des disparités importantes entre les taux d'inscription auprès d'un médecin de famille entre les régions suppose un accès inégal à la première ligne, quoique ces taux soient adéquats dans de nombreuses régions.[113]

Les regroupements en GMF de plusieurs cliniques éparses a également son lot de conséquences. Parcourir de longues distances pour se rendre à un point de service plus éloigné entraîne

[110] À noter que certains professionnels travaillant au privé essaient de compenser la situation en offrant des services à faible coûts, ex Les Portes Oranges
[111] [Internet] http://www.bcmj.org/article/training-physicians-rural-and-northern-british-columbia
Show less
[112] Gauthier, Haggerty Entre adaptabilité et fragilité : les conditions d'accès aux services de santé des communautés rurales et éloignées Direction des systèmes de soins et politiques publiques Octobre 2009
[113] [Internet] https://www.ledevoir.com/societe/sante/469279/disparites-importantes-de-l-acces-a-un-medecin-de-famille

indubitablement des dépenses en transport et en temps que tous et toutes ne peuvent se permettre. Il en va de même pour tous les services rapatriés dans les grands centres. À cet égard, des citoyen·ne·s se mobilisent à travers la province que ce soit sous la bannière « Mes soins restent ici » à La Pocatière, à titre de Comité de vigie de l'Hôpital de Memphrémagog (CVHM) en Estrie, avec la formation de la « Mobilisation pour les services de santé » à La Malbaie, pour n'en citer que quelques-uns.[114] Ces groupes décrient la perte de services de proximité, qui bien sûr écorche l'accessibilité au passage.

Même constat au niveau du transport ambulancier vers les hôpitaux en cas d'urgence qui est généralement plus coûteux en raison des grandes distances et qui, de plus, subit souvent des bris de service.[115] Sans parler du transport ambulancier aérien qui pose particulièrement problème pour les patient·e·s pédiatriques qui ne peuvent être accompagné·e·s par un parent. Cela diminue évidemment énormément le bien-être de l'enfant et peut retarder la provision de soins essentiels puisqu'aucun parent n'est présent pour prendre les décisions appropriées et consentir aux soins. « L'absence des parents est également problématique pour l'enfant et sa famille, en raison notamment de la détresse accompagnant la solitude des enfants, renforcée par des barrières linguistiques et culturelles. »[116]

Déserts médicaux urbains

Bien que densément peuplée, on retrouve également des difficultés d'accès géographiques en région urbaine avec ce que certain·e·s ont qualifié de « déserts médicaux ». À Montréal, on parle de Hochelaga-Maisonneuve et de Montréal-Nord tandis qu'à Québec, ce sont Saint-Roch et Saint-Sauveur qui font face à une pénurie de médecins.[117]

Si l'analyse facile est de dire que les médecins boudent les quartiers les plus pauvres -et c'est assurément une partie de la réalité- , il est important de nuancer cette proposition en s'attardant au processus d'attribution des postes en médecine familiale. Lorsqu'un médecin de famille termine ses études, la sélection de son lieu de travail n'est pas aussi libre que l'on pourrait le croire. Le gouvernement met en place une série d'étapes et de restrictions quant à son futur lieu de travail. S'il est normal, dans un système de santé public, que le gouvernement s'assure de la bonne répartition des effectifs médicaux, il est clair que la méthode actuelle n'est pas adéquate. Présentement, le finissant ou la finissante doit faire une demande pour obtenir un permis dans une région et une sous-région (RLS) particulière, mais pour avoir des chances d'obtenir le permis de s'établir dans cette région (avis de conformité au PREM), sa candidature doit être appuyée par une clinique ou un hôpital[118]. C'est là que le bât blesse. Si on regarde ce qui se passe à Montréal en étudiant les cartes de la région englobant Montréal-Nord[119] ou Hochelaga[120], une constatation saute aux yeux : il y a déjà une paucité de cliniques dans ces déserts médicaux. On retrouve quelques CLSC devenus GMF,

[114] [Internet] https://www.ledevoir.com/societe/sante/527001/reforme-barrette-la-colere-des-regions
[115] L'organisation des services préhospitaliers mériteraient un rapport à eux seuls car ce sont des entreprises privées qui les fournissent avec des conditions de travail et de service qui varient considérablement d'une région à l'autre
[116] Jenny Simpraseuth, De la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, citée dans http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201801/24/01-5151227-enfants-autochtones-une-pratique-devacuation-barbare.php
[117] Il est pertinent de mentionner ici la solution innovante de Isabelle Tetu: la clinique SABSA
[118] [Internet] http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine-au-quebec/medecine-de-famille/prem/besoins-prioritaires/region06
[119] [Internet] http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine-au-quebec/medecine-de-famille/prem/documents/R06-carte-nord.pdf
[120] [Internet] http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine-au-quebec/medecine-de-famille/prem/documents/R06-carte-est.pdf

quelques cliniques isolées non-GMF et… à peu près rien d'autre. Les rares finissant·e·s qui sont allé·e·s travailler à Montréal-Nord l'an dernier se sont donc retrouvé·e·s en CLSC. Or, les CLSC sont de plus en plus dégarnis par les choix gouvernementaux actuels et, comme il y a très peu de cliniques déjà existantes ayant la capacité d'accueillir de nouveaux médecins, les déserts médicaux urbains tendent à se perpétuer. Quand on sait que les patient·e·s de ces quartiers sont déjà à plus grand risque de maladie de part leur statut socioéconomique, cet accès déficient aux soins de première ligne est pour le moins inquiétant.

Ainsi, en région rurale comme urbaine, la répartition géographique inégale des effectifs médicaux et l'absence de soins de proximité dans plusieurs communautés alimentent des disparités importantes pour ce qui est de l'accès au système de santé au sein de la population québécoise.

Conclusion

Le présent rapport se veut une contribution à l'élargissement du débat public concernant l'accès aux soins de santé au Québec. Nous avons identifié plusieurs facteurs qui tendent à restreindre cet accès, malgré les visées universalistes de notre régime public. Notre étude a mis en lumière des problèmes différents qui appellent des solutions distinctes.

Quatre grandes catégories de problèmes se dessinent à travers ces pages. Les trois premières catégories sont liées aux caractéristiques des personnes ayant besoin de soins, alors que la quatrième catégorie concerne principalement les caractéristiques organisationnelles du réseau.

Le premier type de problème d'accès concerne des personnes dont le statut civique ne constitue pas un obstacle, mais dont la situation réelle complique l'accès. Ces personnes appartiennent souvent à des groupes défavorisés sur le plan social, économique, et politique. Parmi elles, on compte les autochtones, les gens souffrants de toxicomanie, les travailleuses et travailleurs du sexe, et les personnes sans domicile fixe. Ces personnes rencontrent deux types d'obstacles: 1) La difficulté à faire valoir leur droit aux soins (ils ou elles n'ont pas en main les documents requis : carte d'assurance maladie, attestation du statut d'autochtone) ; 2) Les soins qu'ils ou elles reçoivent sont mal adaptés à leurs besoins.

Pour ce qui est de la difficulté à faire valoir son droit d'accès, c'est ici qu'il nous semble que des solutions relativement simples et peu controversées sont à considérer. Ainsi, nous proposons que la loi oblige les prestataires de soins (hôpitaux, cliniques, cabinets) qui participent au régime public à prioriser la prestation de soins par rapport au remboursement. À cette fin, il faut 1) interdire la pratique qui consiste à exiger un paiement avant de prodiguer un soin, et 2) interdire aux prestataires d'exiger des remboursements qui dépassent les tarifs établis par la RAMQ. Le défi qui consiste à mieux adapter l'offre de soins aux besoins des personnes marginalisées est complexe, mais s'inscrit dans le cadre déontologique qui régit les professions soignantes, et invite des solutions (nous en avons mentionné quelques-unes dans ce rapport) qui se conjuguent bien avec les impératifs de formation et de recherche qui animent ces professions. Les gouvernements, qui financent la formation et la recherche, doivent exiger que les universités forment des professionnel·le·s capables de répondre aux besoins de toute la population. Ce travail est déjà entamé, et ses ressorts éthiques sont bien tendus; il s'agit d'y consacrer les ressources matérielles et intellectuelles nécessaires.

Le deuxième type de problème concerne les enfants nés au Canada, mais n'ayant pas accès au régime public de santé en raison du statut civique de leurs parents. Ici, il nous semble que le Québec devrait s'inspirer des déclarations onusiennes concernant les droits des enfants, et assumer un rôle de parrainage en assurant l'accès pour ces enfants à nos systèmes d'éducation et de santé publics.

Le troisième type de problème concerne les adultes et les enfants dont le statut civique ne donne pas accès au régime de santé public. Ces personnes se trouvent dans des situations diverses, dont certaines sont dites régulières (lorsqu'elles détiennent des visas liés à l'emploi ou aux études), alors que d'autres sont considérées comme irrégulières (c'est le cas des personnes à qui on a refusé le statut de réfugié, et qui peuvent faire l'objet d'un avis de déportation).

Premièrement, il est important de considérer que toute personne vivant au Québec contribue au trésor public, à tout le moins par le biais des taxes à la consommation, taxes qui constituent la troisième source de revenu du gouvernement. Deuxièmement, toute personne vivant au Québec, et qui n'est pas éligible à recevoir des prestations de l'aide sociale, doit travailler ou bien faire l'objet de charité privée. Celle-ci étant toujours fort limitée, il s'ensuit que la vaste majorité des adultes vivant au Québec, sans égard à son statut civique, contribue à la vie collective en travaillant. De plus, il ne faut pas oublier que plus le statut d'une personne est précaire, plus il y a de chances qu'elle effectue un travail comportant des risques importants, jumelés à des garanties de sécurité très faibles. En résumé, ce premier ordre de considérations nous force à admettre que les personnes dont le statut est irrégulier contribuent, bien souvent dans l'ombre, et à leurs risques et périls, à la société québécoise. Il est légitime de se demander de quelle manière il nous incombe de répondre à leurs besoins de santé.

Deuxièmement, il est crucial de considérer l'importance de mesures liées à la santé publique. Il y a déjà des programmes visant à limiter la propagation de certaines maladies contagieuses; ceux-ci doivent être renforcés. Pour ce qui est des problèmes urgents, il faut interdire les pratiques qui limitent l'accès aux soins qui peuvent faire la différence entre la vie et la mort à court terme, ou l'invalidité à long terme. Ces pratiques incluent l'exigence de payer avant d'être soigné·e, et la facturation de montants qui excèdent ce que les hôpitaux sont en droit d'exiger de la part de la RAMQ. De plus, il faut que les lieux de soins s'abstiennent de signifier la présence d'une personne dont le statut est irrégulier aux services frontaliers. Sans cela, les lieux de soins deviennent un piège pour ces personnes, et toute autre mesure visant à leur offrir des soins devient caduque. Les codes de déontologie des professions soignantes devraient être explicites sur cette question.

Puisque les considérations liées à la santé publique et aux situations urgentes semblent faire consensus, il est légitime de pousser l'analyse un peu plus loin et de se demander dans quelle mesure nous devrions améliorer l'accès à des soins de nature préventive. N'est-il pas plus avantageux de contrôler le diabète et l'hypertension que de gérer les conséquences d'un infarctus, d'un AVC, ou d'une défaillance rénale ? En attendant la tenue d'un véritable débat politique sur ces questions, une part importante des soins prodigués aux personnes vivant dans les marges de la société sera l'oeuvre d'organismes non gouvernementaux, tels que Médecins du Monde, ainsi que d'individus charitables. Nous invitons donc nos collègues à collaborer avec ces organismes afin d'explorer de quelle manière nous pouvons améliorer la santé de l'ensemble des Québécois·e·s.

Le quatrième type de problèmes d'accès est lié à l'organisation du réseau. La transposition, dans le domaine de la santé, de « l'approche client·e » a un impact négatif sur l'accès aux soins pour les personnes vivant en marge de la société. Il est évident que ces personnes ne sont pas des « client·e·s » ordinaires, et que leur seule présence dans une salle d'attente constitue un irritant au regard de

quiconque conçoit l'hôpital, la clinique ou le cabinet comme le lieu d'une "transaction commerciale". Les personnes qui passent leur vie dans la marge ne sont pas souvent les bienvenues par la majorité. Elles le savent, et tendent donc à fuir les situations où elles sont l'objet d'incompréhension, de mépris, voire de violence.

Au regard du bien public (qui ne saurait se concevoir sans la marge), il est donc indispensable qu'il existe des lieux de soins où « l'approche client·e » cède le pas à une conception humaniste de la médecine. En ce sens, le transfert massif de ressources humaines en provenance des CLSC et des hôpitaux (institutions à vocation populationnelle, à but non lucratif et imputables envers le gouvernement) au profit des GMF (qui ont le droit de choisir leurs « client·e·s », de poursuivre des buts lucratifs, et dont l'imputabilité demeure théorique) constitue une perte d'accès majeur pour les gens vivant dans les marges de la société. Le manque criant de médecins dans les quartiers les plus pauvres de Montréal illustre de manière honteuse ce problème. Plutôt que de dénigrer et de dégrader les CLSC, le gouvernement devrait reconnaître le caractère indispensable de ceux-ci aux yeux des populations défavorisées, et s'assurer qu'ils disposent des ressources nécessaires pour bien soigner les gens. D'autant plus que plusieurs CLSC fonctionnaient encore très bien jusqu'à tout récemment, notamment les CLSC-UMF où on forme les futurs médecins de famille. Sachant que de nombreux médecins choisissent d'exercer là même où ils et elles ont été formé·e·s, le gouvernement devrait songer à implanter des CLSC-UMF dans ces endroits mal desservis. Cette approche avait d'ailleurs porté fruit dans le cas des régions éloignées.

Nous espérons que cette exploration de la question de l'accès à la santé contribuera à éclairer un débat politique aussi légitime que nécessaire autour des problèmes que nous avons répertoriés, ainsi que des solutions que nous avons énoncées.

Recommandations

Barrières d'accessibilité primaire

R.1 Que toutes les personnes qui habitent au Québec aient accès à des soins de santé gratuitement, indépendamment de leur statut migratoire, par le biais du régime d'assurance maladie du Québec.

R.2 Que tous les enfants nés au Canada et résidants au Québec soient automatiquement couverts par le Régime d'assurance maladie du Québec, indépendamment du statut migratoire de leurs parents.

R.3 Que le délai de carence de trois mois suite à l'admissibilité à la RAMQ soit aboli.

R.4 Que le PFSI soit remplacé par un accès à la RAMQ identique à celui des autres résident·e·s du Québec.

Barrières d'accessibilité secondaire

R.5 Que l'obligation de renouveler la carte d'assurance maladie à fréquence régulière soit abolie.

R.6 Que l'obligation de posséder physiquement sa carte d'assurance maladie pour obtenir des soins soit abolie. Il est possible d'accéder au numéro d'assurance maladie des gens avec leur nom et date de naissance.

R.7 Que les démarches administratives pour les gens en situation d'itinérance soient réduites au minimum et que les frais reliés à l'obtention et au renouvellement de la carte d'assurance maladie soient abolis.

R.8 Que les enjeux de santé des populations les plus vulnérables, les barrières d'accès et le racisme soient inclus dans les curriculums obligatoires, ainsi que la colonisation et l'histoire des politiques face aux Autochtones au Québec.

R.9 Que des incitatifs et des programmes visant à inclure de façon proactive des étudiant·e·s provenant de populations sous-représentées en médecine soient mis en place afin d'améliorer la représentativité et la diversité au sein du corps médical.

R.10 Que l'offre à prestation publique de soins de première ligne en réinvestissant dans les CLSC soit augmentée.

R.11 Qu'il soit interdit pour les GMF d'être à but lucratif.

R.12 Que la notion d'inscription et de taux d'assiduité soit révisée pour permettre un accès aux soins donnés par les médecins et les professionel·le·s à tous les citoyen·ne·s, pas seulement aux patient·e·s inscrit·e·s ou avec une RAMQ.

R.13 Que certains (ou tous) les GMF aient une vocation populationnelle pour s'assurer de la prise en charge des patient·e·s qui en ont réellement besoin, sans "écrémage".

R.14 Que les barrières tarifaires aux soins médicalement nécessaires (tests d'imagerie, soins par autres professionel·le·s) soient éliminées et que l'offre publique de ceux-ci soit bonifiée.

R.15 Qu'une meilleure planification régionale des effectifs médicaux, favorisant l'établissement de nouveaux points de services (idéalement à prestation publique, comme une UMF) dans les régions rurales et urbaines où l'accès est difficile soit établie.

R.16 Que la gestion centralisée issue de la Loi 10 soit réévaluée afin de redonner un contrôle aux citoyen·ne·s et aux travailleurs et travailleuses de la région sur les orientations de leurs établissements de santé.

R.17 Que la présence d'un parent soit la norme lors de l'évacuation de patient·e·s mineurs par avion-ambulance.

R.18 Qu'un système de transport préhospitalier public et répondant aux besoins des habitant·e·s, notamment les régions rurales et éloignées, soit disponible.