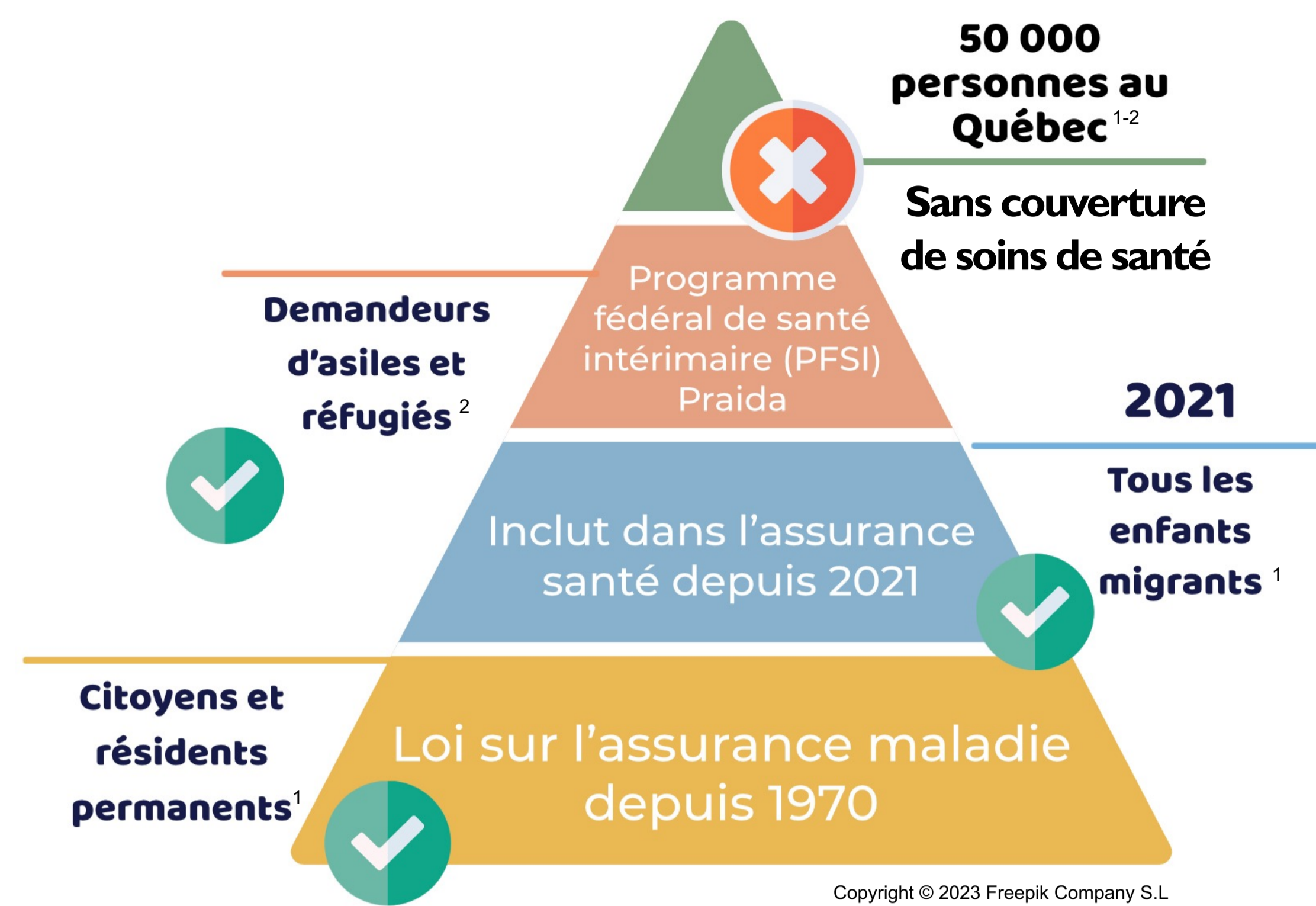


Portrait de l'accès aux soins au Québec



Problématique

Maria 39 ans arrivée au Québec en 2010 avec un visa de travail

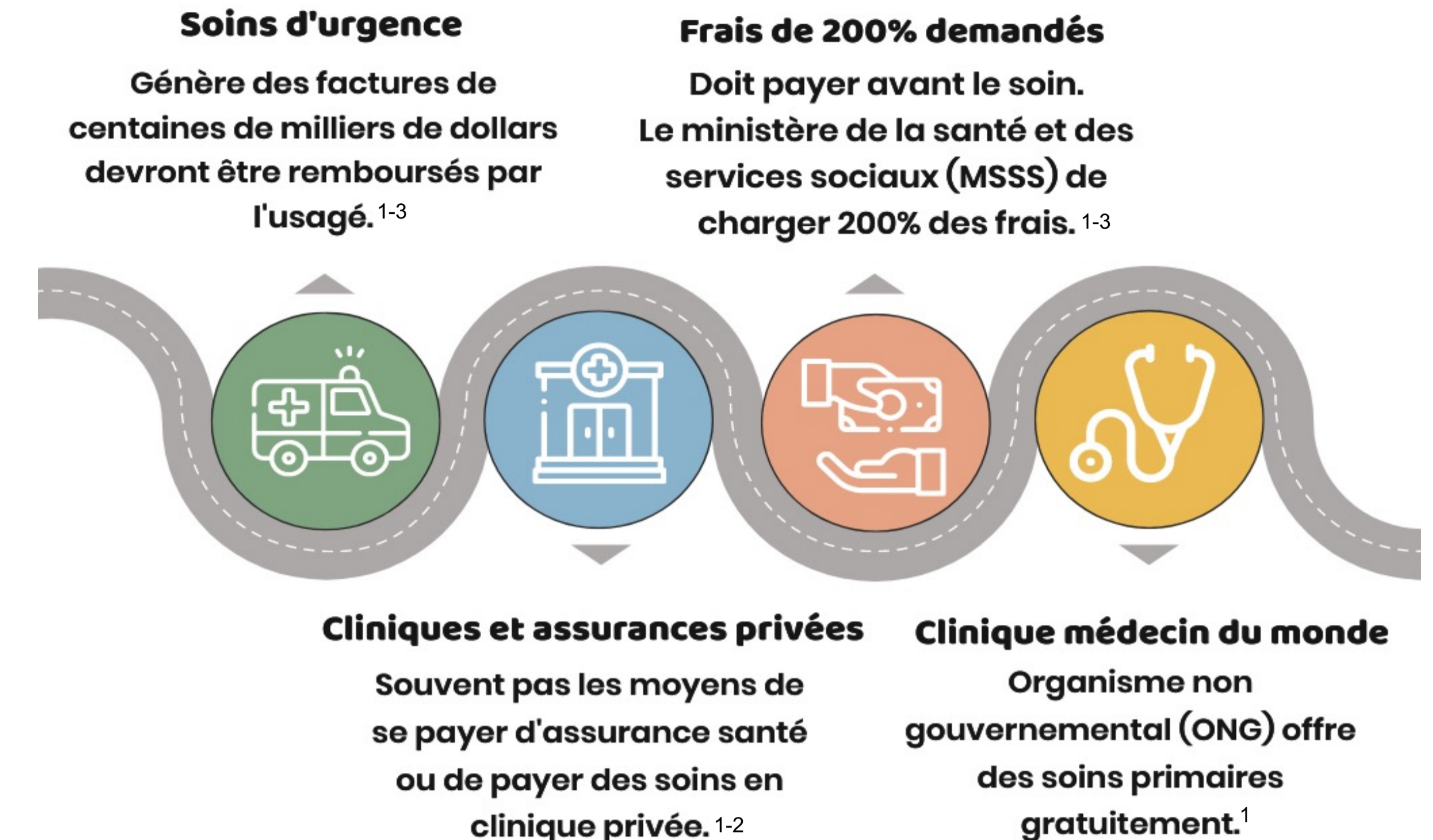
- Visa expiré depuis 2013
- Occupation: femme de ménage (7\$/h)
- Demande d'asile refusée x 2015
- Diagnostic de diabète il y a un mois suite à une consultation pour faiblesse importante et une bronchite persistante.
- Dans l'incapacité d'obtenir un suivi ainsi que de défrayer les frais pour ses insulines et ses bandelettes, elle est admise à l'urgence en état d'acidocétose diabétique quelques semaines plus tard.

Sans RAMQ, ni suivi, son état de santé devient précaire
Le risque qu'elle consulte de nouveau à l'urgence est très élevé.

Qui sont les migrants à statut précaire ?

- Personne dont le visa d'étudiant, de visiteur ou de travailleur est arrivé à échéance, mais qui se trouve toujours sur le territoire québécois; ²
- Personne qui demeure au Québec malgré que sa demande d'asile ou de réfugié ait été refusée ²
- Ces personnes sont souvent invisibles aux yeux du système en raison du manque de données sur leurs conditions de vie et besoins de santé. ¹

Options de soins des migrants à statut précaire



Copyright © 2023 Freepik Company S.L

Quelles valeurs et principes éthiques peuvent nous guider ?

- **Non-malfaisance:** mettre en place des interventions de prévention en connaissance des risques pour la santé; devoir de protection des populations ⁴
- **Équité:** le statut migratoire précaire est une inégalité sociale de santé et nécessite l'application d'universalisme proportionné ⁵
- **Justice sociale:** la couverture de soins de santé n'est pas universelle si on exclut les migrants à statut précaire ⁶⁻⁷
- **Droit de l'homme et droit à la santé:** accès à des soins de santé de qualité et abordables, droit de jouir d'une santé optimale et droit à l'intégrité sans discrimination ⁸
- **Valeurs - L'individualisme versus le collectivisme:** les valeurs sociétales influencent la culture et la manière dont les systèmes de santé sont structurés. Certains croient que l'accès à la santé est un privilège, alors que d'autres croient que c'est un droit. L'individualisme croit à la responsabilité individuelle en matière de santé. Le collectivisme croit en une répartition équitable des ressources en santé. ⁹

Quelles sont les dispositions de la loi et de la déontologie ?

Loi canadienne sur la santé

- Le manque d'accessibilité aux soins pour les migrants à statut précaire contredit le principe d'universalité du système de santé ⁷⁻¹³
- Selon des décisions de la cour, le gouvernement ne peut être tenu responsable du choix des migrants d'entrer illégalement au Canada ni de ses conséquences sur la santé ¹⁴

La loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) ¹⁵ - Article 265 alinéa 4:

- Un établissement public ne peut disposer gratuitement de ses biens et services sauf pour un motif humanitaire.
- Aucune obligation d'offrir un service à une personne non couverte par la RAMQ sauf en cas d'urgence.
- La personne devra rembourser les frais. Des ententes de paiement peuvent être faites ³

Code de déontologie des infirmières ¹⁶ - Article 2 :

« L'infirmière ou l'infirmier ne peut refuser de fournir des services professionnels à une personne en raison de la race, la couleur, [...] l'état civil, la religion, les convictions politiques, la langue, l'ascendance ethnique ou nationale, l'origine ou la condition sociale [...] »

Opinions et expériences de vie

Complexité de l'accès aux soins

- Fardeau administratif et processus d'identification difficile; entraîne bris de confidentialité ¹⁰
- Suivis de santé quasi impossibles en raison des conditions socio-économiques défavorables ¹

Climat de tension et de stress

- La peur d'être dénoncé aux autorités migratoires ¹
- Le stress relié aux coûts des soins de santé et la pression financière sur leur famille ¹⁻¹¹
- « *Moi je suis né ici et je paye des impôts chaque année. J'ai de la misère à avoir accès aux soins de santé. C'e n'est pas vrai qu'ils vont passer avant moi !* » - Anonyme

Quels sont les impacts sur la relation entre les soignants et les personnes à statut précaire ?

- Les membres du milieu de santé déploient les services avec leurs biais personnels.
- Les besoins en matière de soins des migrants varient en fonction de leur pays d'origine et d'autres déterminants sociaux de la santé, les soignants se sentent parfois mal outillés ⁷
- L'exclusion des MSP et les compétences culturelles des travailleurs de la santé influencent la relation patient-soignant ⁷
- Les professionnels de la santé ont la volonté d'offrir des soins à tous, mais vivent un sentiment d'impuissance dû aux barrières administratives et financières d'un système surchargé ¹⁻¹²

Pistes de réflexion

Enjeux politiques:

- Sommes-nous en voie d'offrir plus ou moins de soins de santé aux migrants à statut précaire au Québec? Le projet de loi 15 aborde la possibilité de retirer l'alinéa 4 de l'article 265 qui permet de disposer gratuitement de biens pour un motif humanitaire. ³
- Une légalisation complète du statut des migrants à statut précaire est-elle nécessaire afin de leur fournir une couverture de soins ?
- Est-ce qu'une couverture universelle de soins pourrait encourager l'immigration illégale ?

Enjeux financiers:

- Sauvons-nous réellement des coûts en limitant l'accès à la couverture universelle des soins?

Et dans le contexte actuel ?

- En tant qu'IPS, comment intervenir lorsqu'un migrant à statut précaire se présente à votre clinique?
- Accepteriez-vous que votre consultation médicale soit retardée puisqu'une personne sans statut est évaluée avant vous?
- Les données québécoises en lien avec les soins fournis aux migrants à statut précaire sont-elles suffisantes pour une prise de décision éclairée ?

Démarche éthique

Copyright © 2023 Freepik Company S.L

Quels sont les enjeux socio-économiques ?

Risques pour la santé publique

- L'absence de couverture de santé expose les individus à des risques de maladies transmissibles en créant une barrière à l'accès aux services de prévention tel que la vaccination, les dépistages et les traitements ¹⁻⁶

Financier

- Augmentation théorique des coûts de santé à court terme ⁶⁻⁷
- Les hôpitaux font face à des contraintes budgétaires et une pénurie de travailleurs. Il y a une incapacité à répondre aux besoins actuels des usagés. ¹² Sommes-nous réellement en mesure d'offrir des soins aux MSP ?
- La précarité des MSP les empêche d'être des membres actifs de la société. Il y a pourtant une évidence de la contribution économique des migrants régularisés ¹⁻⁶
- Offrir des soins primaires aux MSP permet de prévenir des urgences et de sauver des coûts à long terme ⁶⁻¹⁷

Quel est le consensus scientifique sur le sujet ?

- Les experts estiment que les barrières à l'équité en matière de santé pour les migrants découlent de normes discriminatoires du système de santé, de contraintes financières, de législations restrictives et de la prestation de soins de santé incomplète ¹⁸
- Les recherches scientifiques suggèrent que les migrants contribuent aux résultats économiques du pays d'accueil, et donc un bon état de santé bénéficie également le pays d'accueil ⁶
- Il reste qu'il existe peu de recherches scientifiques sur la santé des migrants pour influencer les politiques ⁷

Références

1. Médecins du Monde. (2022, 17 mars). *Mémoire : Santé sexuelle et reproductive des femmes vivant au Québec. L'urgence d'agir pour garantir le bénéfice des régimes publics d'assurance pour toutes les femmes, peu importe leur statut migratoire.* https://medecinsdumonde.ca/uploads/Memoire-Medecins-du-Monde-Sante-sexuelle-et-reproductive-des-femmes-migrantes-a-statut-precaire-vivant-au-Quebec_15avril-2022.pdf
2. Institut universitaire SHERPA. (2020, mars). *Population sans couverture d'assurance-santé au Québec - estimé.* <https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2022/03/Population-sans-assurance-medicale-Quebec-2020.pdf>
3. Lecomte, J. (2023, 16 mai). *Le cadre juridique de l'intervention au sein du réseau de la santé et des services sociaux* [communication orale], Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal dans le cadre du cours SOI 6202, Canada.
4. Massé, R. et Saint-Arnaud, J. (2003). *Éthique et santé publique: enjeux, valeurs et normalité.* Presses de l'Université Laval.
5. Cloos, P., Ndao, E. M., Aho, J., Benoit, M., Fillol, A., Munoz-Bertrand, M., Ouimet, M. J., Hanley, J. et Ridd, V. (2020). The negative self-perceived health of migrants with precarious status in Montreal, Canada: a cross-sectional study. *PLoS ONE*, 15(4), e0231327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231327>
6. World Health Organization. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European region. No public health without refugee and migrant health.* 9789289053846-eng.pdf
7. Legido-Quigley, H., Pockock, N., Tan, S. T., Pajin, L., Suphanchaimat, R., Wickramage, K., McKee, M. et Pottie, K. (2019). Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *BMJ*, 4160. <https://doi.org/10.1136/bmj.4160>
8. Organisation mondiale de la santé. (2022, 10 décembre). *Santé et droits de l'homme.* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
9. Preker, A. S. (2018). *Financing universal access to healthcare: a comparative review of landmark legislative health reforms in the OECD.* World Scientific Publishing Co.
10. Onarheim, K. H., Wickramage, K., Ingleby, D., Subramani, S., & Miljeteig, I. (2021). Adopting an ethical approach to migration health policy, practice and research. *BMJ Global Health*, 6(7), e006425.
11. Médecin québécois pour le régime public. (2018, juin). *La santé pour tous et toutes, sans exception! Étude des barrières à l'accès au système de santé public québécois.* https://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Rapport_MQRP_2018-La-sante%CC%81-pour-tous-et-toutes-sans-exception4.pdf
12. Saint-Arnaud, J. (2023, 4 février). Notre système de santé est malade. *Le Devoir.* <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/780456/idees-notre-systeme-de-sante-est-malade>
13. Seto Nielsen, L., Goldstein, Z., Leung, D., Lee, C., & Buick, C. (2019). A scoping review of undocumented immigrants and palliative care: implications for the Canadian context. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(6), 1394–1405. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00882-w>
14. Chen, Y. (2017). The future of precarious status migrants' right to health care in Canada. *Alberta Law Review*, 54(3), 649–663. <https://doi.org/10.29173/alr778>
15. Légis Québec. (2023). *Loi sur les services de santé et les services sociaux.* Les Publications du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2/19990401>
16. Légis Québec. (2022). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers.* Les Publications du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/rc/L-8.%20R.%209.pdf>
17. European Union Agency for Fundamental Rights. (2015). *Cost of exclusion from healthcare: the case of migrants in an irregular situation.* https://staging.fra.europa.eu/sites/default/files/ra_uploads/fra-2015-cost-healthcare-summary_en.pdf
18. Merry, L., et Pelaez, S. (2021). Knowledge translation and better health and health care for migrants in Canada: what is the responsibility of health funders and researchers?. *Canadian family physician*, 67(6), 403–405. <https://doi.org/10.46747/cfp.6706403>