

BROCHURE

# LE DROIT À LA SANTÉ

Pour une reprise en main

**COLLECTIVE**

de notre régime de santé



**LDL**

Ligue des  
droits et libertés

Mai 2021

## CRÉDITS

### Collectif de rédaction

Samuel Blouin\*  
Nicole Filion  
Vincent Greason  
Lucie Lamarche  
Lisa Leblanc

*\*Collaboration réalisée en 2020  
à titre personnel.*

### Correction d'épreuves

Elisabeth Dupuis  
Karina Toupin

### Illustration

Boris

### Conception visuelle

Scarlett Design

### Impression

Imprimerie & Design Katasoho

### Pour citer ce document

La reproduction totale ou partielle est permise et encouragée, à condition de mentionner la source.

Ligue des droits et libertés (2021),  
Le droit à la santé : pour une reprise  
en main collective de notre  
régime de santé, Montréal.

### Ligue des droits et libertés

469, rue Jean-Talon Ouest, bureau 105  
Montréal (Québec) H3N 1R4

[liguedesdroits.ca](http://liguedesdroits.ca)

Dépôt légal mai 2021  
ISBN : 978-2-920549-24-1



FONDATION LÉO-CORMIER  
pour l'éducation aux droits et libertés

LDL

Ligue des  
droits et libertés

# Table des matières

- 2 ... INTRODUCTION
- 3 ... LE DROIT À LA SANTÉ RECONNU SUR LE PLAN INTERNATIONAL
- 6 ... LE DROIT À LA SANTÉ AU QUÉBEC ET AU CANADA
- 10 ... QUELQUES PERSPECTIVES

➔ « En constatant que tous et toutes ne sont pas égaux devant la pandémie on ne peut s'empêcher de reconnaître que l'état général de bien-être est en tout temps un enjeu de justice sociale<sup>1</sup> » .

1 Vers une réflexion collective sur le droit à la santé, Lucie Lamarche, *Droits et libertés*, Vol 39, no 2, automne 2020/hiver2021, En ligne : <https://liguedesdroits.ca/revue-le-droit-a-la-sante-au-dela-des-soins/>



# Introduction

Dès ses débuts, la pandémie de COVID-19 a mis en lumière des inégalités sociales de santé choquantes<sup>2</sup>. Elle a révélé les faiblesses d'un système de santé qualifié à juste titre d'hospitalo-centriste et les limites d'une approche trop souvent centrée sur la responsabilité individuelle et les traitements curatifs.

Examiner ce qu'est le droit à la santé à titre de droit humain commande une autre approche de la santé. Celle-ci y est définie non pas comme une absence de maladie, mais plutôt comme un état complet de bien-être physique, mental et social. Ce point de vue impose à l'État l'adoption d'un ensemble de politiques gouvernementales visant à assurer la réalisation de tous les aspects du droit à la santé ainsi que de tous les autres droits.

En proposant cette approche, la Ligue des droits et libertés (LDL) espère contribuer au débat public visant la reprise en main, d'un point de vue collectif et participatif, de notre réseau de la santé et des services sociaux.

<sup>2</sup> Observatoire québécois des inégalités (2020), *Les personnes racisées plus susceptibles d'être touchées par la COVID-19 : nouvelle édition du baromètre des inégalités*, 23 juillet 2020. En ligne : <https://www.observatoiredesinegalites.com/fr/salle-de-presse/les-personnes-racisees-plus-susceptibles-d-etre-touchees-par-la-covid-19-nouvelle-edition-du-barometre-des-inegalites>  
Institut universitaire SHERPA (2020), *Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles montréalaises*.  
En ligne : [https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/impact\\_covid19\\_communautes\\_culturelles.pdf](https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/impact_covid19_communautes_culturelles.pdf)

# Le droit à la santé reconnu sur le plan international



## LE DROIT À LA SANTÉ : AVANT TOUT UN DROIT HUMAIN

Sur le plan international, deux institutions précisent ce qu'est le droit à la santé : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU (Comité DESC) chargé de voir au respect du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDESC)<sup>3</sup> par les États signataires.

Le droit à la santé est défini dans la constitution de l'OMS comme un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou de handicap. « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale<sup>4</sup> ».

On retrouve sensiblement les mêmes éléments de définition à l'article 12 du PIDESC. Aussi l'article 2 vient préciser que les États signataires du Pacte doivent :

« Agir au maximum de leurs ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte (dont le droit à la santé) par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives ».

« Garantir que ces droits seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation ».



## LE DROIT À LA SANTÉ LIÉ AUX DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

L'OMS et le Comité DESC soulignent que la pleine réalisation du droit à la santé dépend de plusieurs facteurs socioéconomiques appelés déterminants sociaux de la santé.

L'OMS précise que ce sont des facteurs interdépendants d'ordre social, politique, économique et culturel qui créent les conditions ayant une influence sur la santé. La répartition inéquitable de ces déterminants entre les groupes sociaux est responsable des inégalités sociales de santé au sein d'un même pays ou entre divers pays.<sup>5</sup>

Le Comité DESC, dans son Observation générale no 14 sur le droit à la santé<sup>6</sup> interprète ce droit comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé (paragraphe 11).

3 Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme (1966), *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. En ligne : <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

4 En ligne : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>

5 Assemblée mondiale de la santé (2009), *Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé*, 62<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé, 22 mai 2009. En ligne : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-fr.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-fr.pdf?ua=1)

Voir aussi OMS (s.d.), *Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*.

En ligne : [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/fr/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/)

6 Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (2000). *Observation générale no 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* (art. 12 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*) au par. 9, E/C.12/2000/4. En ligne : [https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/Comite\\_DESC\\_Observation\\_Generale\\_14\\_2000\\_FR.pdf](https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/Comite_DESC_Observation_Generale_14_2000_FR.pdf)



Ces déterminants de la santé sont multiples et interdépendants. Ils peuvent varier en raison du contexte sociétal à considérer. À titre d'exemple, la Direction de la santé publique de la Montérégie a produit un tableau<sup>7</sup> à partir duquel nous vous présentons un certain nombre d'éléments à considérer et à mettre en relations les uns aux autres :

- le contexte socioéconomique et politique, notamment les politiques d'ordre économique, fiscal et monétaire, les politiques sociales (logement, éducation, santé, protection sociale, immigration, etc.), le mode de gouvernance de l'État favorisant ou non la participation de la société civile, sans oublier la culture et les valeurs sociétales (les normes, valeurs, attitudes et préjugés) ;
- le statut socioéconomique (revenu, emploi/sans-emploi, scolarité...) souvent lié en raison du contexte sociétal à diverses spécificités (âge, genre, limitations fonctionnelles, origine ethnique, statut d'autochtone, orientation sexuelle, etc.) ;
- l'environnement matériel (logement, transport, sécurité alimentaire, ressources et services de proximité) ;
- l'environnement social (soutien social, cohésion sociale, participation sociale) ;
- l'environnement économique (emplois locaux, commerces de proximité, employabilité).

Cet inventaire des déterminants de la santé, même incomplet — ne serait-ce que pour l'absence du facteur de la qualité de l'environnement au temps de la crise climatique —, illustre néanmoins combien la réalisation du droit à la santé dépend de celle d'autres droits, tout comme la réalisation des autres droits dépend du droit à la santé. Il rappelle également que la réalisation de ce droit exige de l'État la mise en œuvre d'un ensemble de politiques dont il faut considérer l'incidence sur ces déterminants de la santé.



## LE DROIT À LA SANTÉ ET L'INTERDÉPENDANCE DES DROITS

Le Comité DESC affirme que le droit à la santé est un droit indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Dans son *Observation sur le droit à la santé* il insiste sur l'interdépendance des droits humains :

«Le droit à la santé est étroitement lié à d'autres droits de l'homme et dépend de leur réalisation : il s'agit des droits énoncés dans la *Charte internationale des droits de l'homme*, à savoir les droits à l'alimentation, au logement, au travail, à l'éducation, à la dignité humaine, à la vie, à la nondiscrimination et à l'égalité, le droit de ne pas être soumis à la torture, le droit au respect de la vie privée, le droit d'accès à l'information et les droits à la liberté d'association, de réunion et de mouvement. Ces droits et libertés, notamment, sont des composantes intrinsèques du droit à la santé ». (paragraphe 3)



## AUTRES OBLIGATIONS DES ÉTATS

- Les États ont l'obligation de respecter le droit à la santé, de le protéger, de le mettre en œuvre et d'en faciliter l'exercice<sup>8</sup>.
- Le Comité DESC souligne, toujours dans son *Observation no 14*, que la réalisation du droit à la santé passe par :
  - la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international (paragraphe 11) ;
  - la disponibilité des services de santé, leur accessibilité physique, économique, sans discrimination, leur acceptabilité, leur qualité (paragraphe 12) ;
  - l'accès à l'information (paragraphe 11).
- Le Comité DESC précise également que les États ont l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour protéger les personnes contre des atteintes à leur droit à la santé par des tiers (paragraphe 35). Ce qui implique par exemple :
  - réglementer le logement privé et sévir contre les propriétaires de logements ne respectant pas les normes, notamment sur la salubrité, etc. ;
  - réglementer diverses activités d'entreprises privées afin de protéger le droit à la santé des consommatrices et consommateurs, des travailleuses et travailleurs ;
  - de protéger les femmes contre les violences à leur endroit, etc.

8 Voir note 5, paragraphes 34-37.

# Le droit à la santé au Québec et au Canada

Le Canada est membre de l’OMS et a adhéré au PIDESC en 1976. Le Québec s’est dit lié par celui-ci la même année. Cette adhésion au PIDESC nous fournit un argumentaire pour réclamer de nos gouvernements l’adoption de politiques et de plans d’action visant à mettre en œuvre la réalisation du droit à la santé et qu’ils fassent en sorte que nos lois et règlements en matière de santé tiennent compte des exigences posées par le PIDESC.

Ce qui n’est le cas qu’en partie.



## LA CHARTE QUÉBÉCOISE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE

Dans le chapitre IV de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* consacré aux droits économiques et sociaux, on ne retrouve aucune mention du droit à la santé, si ce n’est que le droit de vivre dans un environnement sain, une des composantes du droit à la santé<sup>9</sup>.

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) a déjà souligné cette absence et demandé son inclusion dès 2003, dans son bilan des 25 ans de la Charte<sup>10</sup>. Elle réclamait également que la *Charte* accorde aux droits économiques et sociaux la même valeur que les droits civils et politiques impliquant que, par exemple, les lois en matière de santé soient conformes au droit à la santé tel qu’il serait énoncé dans la *Charte*. La CDPDJ proposait un énoncé du droit à la santé se rapportant aux énoncés de ce droit sur le plan international. Ces demandes sont restées lettre morte jusqu’à maintenant.

On retrouve cependant dans les différentes lois en matière de santé des éléments de la définition du droit à la santé tel que reconnu dans les instances internationales.

## DISTINCTIONS ENTRE LE DROIT À LA SANTÉ ET LE DROIT DE LA SANTÉ

Le droit **À** la santé va beaucoup plus loin et dépasse largement le recours aux soins de santé. Le droit **À** la santé n’implique pas cependant que l’on puisse exiger n’importe quel soin de santé ou médicament sans égard aux intérêts collectifs et aux mécanismes en place pour assurer l’attribution des ressources.

Le droit **DE** la santé concerne les aspects organisationnels du système de santé et de services sociaux, ainsi que les droits des personnes en tant qu’usagères et usagers des services de santé. Il concerne aussi les régimes de protection, les requêtes pour soins, le consentement aux soins, les gardes en établissement, l’accès aux soins, les plaintes, etc.



## LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

La *Loi sur les services de santé et services sociaux* (LSSSS)<sup>11</sup> garantit plusieurs composantes clés du droit à la santé (agir sur les déterminants sociaux, garantir la participation citoyenne aux prises de décisions, etc.). Les articles 1 à 12 sont particulièrement instructifs à cet égard. Parmi les éléments les plus significatifs, retenons les cinq suivants :

La loi précise que notre régime de santé et de services sociaux s’intéresse non seulement à la capacité physique des personnes, mais aussi à leur capacité psychique et sociale.

Ce régime vise à agir sur les déterminants de la santé.

9 CDPDJ (2020), Commentaire concernant le projet de *Règlement sur l’encadrement d’activités en fonction de leur impact sur l’environnement* [lettre]. En ligne : [https://www.cdpedj.qc.ca/Publications/LETTRE\\_reglement\\_environnement.pdf](https://www.cdpedj.qc.ca/Publications/LETTRE_reglement_environnement.pdf)

10 CDPDJ (2003), *Après 25 ans, la Charte québécoise des droits et libertés*, Vol 1. Bilan et recommandations, p. 25-28. En ligne : [https://www.cdpedj.qc.ca/Publications/bilan\\_charte.pdf](https://www.cdpedj.qc.ca/Publications/bilan_charte.pdf) La LDL appuie fortement cette recommandation.

11 *Loi sur les services de santé et services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). En ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>



Il doit permettre à toute personne de différentes couches de population ou de différents groupes d'atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être.

Il doit tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socioéconomiques des régions.

La loi prévoit même d'assurer la participation citoyenne aux prises de décisions concernant les orientations, le développement et l'administration des services. La LSSSS précise également la mission ainsi que la prestation de services que chaque type d'établissement du réseau doit offrir. Elle voit également à structurer le réseau, précise les fonctions et le pouvoir de décision des différentes instances.

Les grands principes se rapportant à la définition du droit à la santé inscrits dans les premiers articles de la LSSSS devraient servir de guide au gouvernement dans la mise en œuvre de cette loi. Or, l'examen des différentes politiques de financement et les réformes<sup>12</sup> qui ont refaçonnées notre réseau des services de santé et services sociaux ont mis à mal ces principes. Mentionnons, à titre d'exemple, l'impact dévastateur de ces politiques et réformes sur la capacité des Centres locaux de services communautaires (CLSC) d'offrir des services de proximité non seulement en ce qui concerne les services de santé en première ligne, mais aussi différents services sociaux. De plus, à la suite de ces réformes, la participation des communautés locales aux prises de décision s'est trouvée définitivement écartée<sup>13</sup>.

Il y a lieu également de remettre en question la couverture de services revue constamment à la baisse de sorte que, notamment, les soins dentaires<sup>14</sup> et psychologiques<sup>15</sup> ne sont que partiellement couverts par le régime public. Soulignons également l'accès insuffisant et inéquitable aux services de réadaptation<sup>16</sup>.



## LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Alors que la LSSSS énonce les droits des personnes principalement en tant qu'usagers de services, la *Loi sur la santé publique du Québec*<sup>17</sup> concerne spécifiquement la santé populationnelle, couvrant et garantissant ainsi d'autres composantes du droit à la santé.

L'article 1 précise qu'elle a pour objet la mise en place de conditions qui seront favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

L'article 3 annonce des mesures qui portent non seulement sur la prévention des maladies, mais aussi sur la prévention des **problèmes sociaux** qui ont un impact sur la santé de la population. Ces mesures visent à agir sur les principaux facteurs déterminants de la santé et ce travail doit être fait de manière **intersectorielle et concertée**. L'objectif étant au bout du compte d'assurer autant la **santé physique** des personnes, mais aussi leur **capacité psychique et sociale** d'agir dans leur milieu.

12 *Regards sur le régime québécois de santé et de services sociaux*, Entrevue avec André-Pierre Contandriopoulos, Droits et libertés, vol. 39, no 2, automne 2020/hiver2021. En ligne : <https://liguedesdroits.ca/revue-le-droit-a-la-sante-au-dela-des-soins/>

13 *Les CLSC, nouveau rempart pour le droit à la santé*, Lorraine Guay, Droits et libertés, vol. 39, no 2, automne 2020/hiver2021. En ligne : <https://liguedesdroits.ca/revue-le-droit-a-la-sante-au-dela-des-soins/>

14 RAMQ (s.d.), *Services dentaires*. En ligne : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/services-dentaires14>

15 Voir le *Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie* (PQPTM) qui vise, à terme, à couvrir les troubles mentaux fréquents. En ligne : <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/programme-quebecois-de-psychotherapie-pour-les-troubles-mentaux-pqptm/>

16 À titre d'exemple en réadaptation physique voir : *Accès insuffisant et inéquitable aux services de réadaptation physique*, Anne Hudon, Kadja Perreault et Marie-Eve Veilleux, Droits et libertés, vol. 39, no 2, automne 2020/hiver2021. En ligne : <https://liguedesdroits.ca/revue-le-droit-a-la-sante-au-dela-des-soins/>

17 *Loi sur la santé publique* (RLRQ, chapitre S-1.2), En ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-2.2>

La santé publique se voit donc confier un rôle de surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants. Elle doit en suivre l'évolution et voir à ce que la population bénéficie de mesures et de services appropriés.

Là encore, par ses politiques de financement et les restructurations du réseau de la santé — dont la santé publique est partie intégrante — le gouvernement se trouve en porte-à-faux avec les objectifs prévus à la *Loi de la santé publique*. Notons à cet effet l'analyse d'impact du modèle de gouvernance issu de la réforme du réseau de la santé de 2015<sup>18</sup> (réforme Barrette) produite en mars 2019 par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). On y dénonce notamment l'effet de la réduction de 30 % imposée au budget régional de santé publique ainsi que l'imposition d'un moratoire sur les rencontres de répondants régionaux pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Selon l'INSPQ, ces mesures ont eu un impact majeur sur le maintien de l'expertise professionnelle au sein des équipes-conseils et sur la capacité des différentes instances d'agir de manière intersectorielle et concertée sur les principaux facteurs déterminants de la santé.

D'autres dénoncent l'impact de ces politiques et de ces réformes sur l'approche collective de la santé publique, opposée à l'approche — favorisée actuellement — « centrée sur la responsabilité individuelle et les habitudes de vie, qui ne tient pas compte des inégalités sociales<sup>19</sup> ».



## LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

L'un des quatre piliers de la protection sociale<sup>20</sup> au Canada, la *Loi canadienne sur la santé*<sup>21</sup> est le principal levier d'intervention du gouvernement fédéral en matière de santé. En fait, cette loi impose aux provinces des conditions en ce qui concerne leur régime de santé qu'elles doivent respecter pour avoir droit au financement fédéral. Ce financement se fait par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

Une de ces conditions vise à décourager le prélèvement de frais modérateurs de la part des hôpitaux et la surfacturation chez les médecins. La *Loi* prévoit l'imposition automatique d'une sanction équivalente si une province en venait à permettre ce type de prélèvements pour des services de santé assurés.

Aussi, pour avoir accès pleinement au TCS, les provinces doivent assurer que leur régime de santé satisfait aux cinq principes suivants :

<p><b>L'universalité</b></p> <p>Tous les résidents et toutes les résidentes ont droit à des services de santé assurés prévus par le régime, selon des modalités qui doivent être uniformes;</p>	<p><b>La gestion publique</b></p> <p>Le régime d'assurance maladie d'une province ou d'un territoire doit être géré sans but lucratif par une autorité publique;</p>	<p><b>L'accessibilité</b></p> <p>Aucun obstacle financier ou autre ne doit entraver l'accès satisfaisant des personnes assurées aux services qui sont dispensés par un hôpital et un médecin;</p>
<p><b>La transférabilité</b></p> <p>Les provinces doivent prévoir le paiement des montants pour les coûts des services de santé lorsqu'une personne assurée déménage ou voyage au Canada, ou encore voyage à l'extérieur du pays;</p>	<p><b>L'intégralité</b></p> <p>Tous les services médicaux requis offerts par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés.</p>	

18 *Évaluation de la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2015-2025 – Analyse de l'impact des nouveaux mécanismes de gouvernance*, Institut national de santé publique du Québec, mars 2019. En ligne : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2552\\_evaluation\\_gouvernance\\_programme\\_national\\_sante\\_publique\\_2015\\_2025.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2552_evaluation_gouvernance_programme_national_sante_publique_2015_2025.pdf)

19 *Reprenons en main notre réseau de la santé et des services sociaux!*, René Charest, Droits et libertés, vol. 39, no 2, automne 2020/hiver2021. En ligne : <https://liguedesdroits.ca/revue-le-droit-a-la-sante-au-dela-des-soins/>

20 Lucie Lamarche (2020), *Le droit à un niveau de vie suffisant : faut-il s'inquiéter lorsque le rapport d'impôt s'en mêle ?*, Ligue des droits et libertés. En ligne : [https://liguedesdroits.ca/wp-content/fichiers/2020/06/ldl-protectsociale\\_black\\_200505.pdf](https://liguedesdroits.ca/wp-content/fichiers/2020/06/ldl-protectsociale_black_200505.pdf)

21 *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. 1985, ch. C-6. En ligne : [http://web5.uottawa.ca/www2/rl-rl/fra/citations-juridiques/1\\_12-citer\\_loi.html](http://web5.uottawa.ca/www2/rl-rl/fra/citations-juridiques/1_12-citer_loi.html)



Bien que souvent confrontés à des objections relatives à la juridiction des provinces en matière de santé, ces éléments d'ordre législatif offrent certainement des arguments sur lesquels s'appuyer pour revendiquer des politiques favorables à la réalisation du droit à la santé. Un jugement rendu en septembre 2020 en Colombie-Britannique est venu confirmer les dispositions de la loi de cette province visant « essentiellement à assurer que l'accès aux soins se fasse selon les besoins de la patiente ou du patient sans égard à ses moyens financiers<sup>22</sup> ».



### LE COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE ET LE DROIT À LA SANTÉ

Le Commissaire à la santé et au bien-être a pour mission de « contribuer à la santé et au bien-être de la population en éclairant le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé pérenne, agile et performant<sup>23</sup> ». Ainsi, dans le contexte de pandémie de COVID-19, la Commissaire, Johanne Castonguay a-t-elle reçu le mandat du gouvernement d'évaluer « la performance du système de santé et de services sociaux quant à la dispensation des soins et des services d'hébergement aux aînés<sup>24</sup> ».

Le Commissaire à la santé et au bien-être, temporairement aboli de 2016 à 2019, assure une partie des fonctions auparavant dévolues au défunt Conseil de la santé et du bien-être. La *Loi sur le Conseil de santé et de bien-être du Québec*<sup>25</sup>, abrogée en 2006 confiait au Conseil la fonction de conseiller le ministre sur les meilleurs moyens d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Le Conseil pouvait aussi donner des avis au ministre sur l'évolution des problèmes de santé et de bien-être, les causes qui y sont liées et les groupes les plus vulnérables.

En comparant les mandats respectifs du Commissaire à la santé et au bien-être et du défunt Conseil de santé et de bien-être, on peut constater que le premier s'intéresse plus particulièrement à la question des soins de santé et à la performance du système, alors le second devait également s'intéresser aux causes des problèmes de santé et de bien-être.

De plus, il faut savoir que le Conseil « était formé d'abord et avant tout de citoyen-ne-s usager-ère-s du système de santé et de services sociaux, organismes communautaires, intervenant-e-s du domaine social et communautaire et de professionnel-le-s œuvrant sur le terrain (...) ». Considéré comme un comité consultatif et citoyen, le Conseil a été « remplacé par une structure à tête unique à qui a été confiée individuellement la fonction de Commissaire à la santé et au bien-être<sup>26</sup> ». Si on peut saluer la remise en place du Commissaire, il faut néanmoins savoir que son rôle en ce qui concerne l'état de réalisation du droit à la santé ne tient pas compte de tous les éléments de la définition du droit à la santé.

22 *L'égalité d'accès aux soins médicaux face à la lutte de Cambie Surgeries*, Marie-Claude Prémont, Droits et libertés, vol. 39, no 2, automne 2020/hiver2021. En ligne : <https://liguedesdroits.ca/revue-le-droit-a-la-sante-au-dela-des-soins/>

23 En ligne : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/commissaire/organisation/mission.html> Voir aussi *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être* (RLRQ, chapitre C-32.1.1), article 2. En ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-32.1.1>

24 En ligne : <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/soins-et-hebergement-pour-aines-la-commissaire-a-la-sante-et-au-bien-etre-evaluera-la-performance-du/>

25 En ligne : <https://www.canlii.org/fr/qc/legis/lois/lrq-c-c-56.3/14891/lrq-c-c-56.3.html>

26 *Le Commissaire à la santé et au bien-être, un chien de garde édenté*, Dre Isabelle Leblanc, Droits et libertés, vol. 39, no 2, automne 2020/hiver2021. En ligne : <https://liguedesdroits.ca/revue-le-droit-a-la-sante-au-dela-des-soins/>

# Quelques perspectives

En vue d'alimenter la réflexion collective à mener sur le droit à la santé, voici quelques éléments qui pourraient faire éventuellement l'objet du débat public à tenir.



## L'INCLUSION DU DROIT À LA SANTÉ DANS LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DU QUÉBEC

Demander d'inclure dans la *Charte des droits et libertés du Québec* le droit à la santé, c'est en fait demander au gouvernement de respecter les obligations envers lesquelles le Québec s'est engagé en adhérant au PIDESC. C'est aussi faire la promotion d'une approche exigeant de l'État l'adoption de mesures qui agissent sur les déterminants de la santé, assurent l'accès à des soins et services adaptés aux réalités des personnes et communautés visées et visent à mettre un terme aux inégalités sociales de santé vécues notamment par les personnes en détention, les personnes vivant en résidences, les personnes à faible revenu, les personnes racisées, les communautés et personnes autochtones.



## DES APPELS À L'ACTION POUR CONTRER LE RACISME ET LA DISCRIMINATION SYSTÉMIQUES

Le rapport de la Commission Viens<sup>27</sup>, publié en septembre 2019, détaille notamment les barrières culturelles et les multiples problèmes d'accès aux soins et services de santé auxquels sont confrontés les Autochtones du Québec. La mort de Joyce Echaquan a dramatiquement rappelé qu'il y a urgence d'agir pour mettre un terme au racisme systémique qui brime la réalisation du droit à la santé des Autochtones. Le Principe de Joyce<sup>28</sup> appelle les différents paliers de gouvernement afin qu'ils reconnaissent le racisme systémique auquel sont confrontés les Autochtones en matière de santé et adoptent une série de mesure pour y remédier. Le Principe de Joyce s'adresse également à la société civile afin qu'elle appuie cette démarche.



## LA SURVEILLANCE DE L'ACTION GOUVERNEMENTALE EN REGARD DU DROIT À LA SANTÉ

Il n'existe pas actuellement au Québec une institution qui aurait pour mandat de surveiller à proprement parler l'action gouvernementale en regard du droit à la santé, d'être en quelque sorte un chien de garde du droit à la santé. Certaines interviennent en matière de santé publique et leur mandat consiste à assurer un suivi de l'évolution de l'état de santé de la population. Ces institutions ne sont pas indépendantes de l'État. Mentionnons entre autres l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) et la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST). Quant au Commissaire à la santé et au bien-être, il s'intéresse plus spécifiquement aux résultats de notre système de santé et de services sociaux plutôt qu'aux causes des problèmes de santé.

Certains, dont les Médecins québécois pour le régime public (MQRP), proposent la création d'un « groupe formé d'expert-e-s et de citoyen-ne-s qui puisse porter un regard critique à la fois sur la qualité et l'accessibilité de notre système et sur les effets des politiques gouvernementales sur la réalisation du droit à la santé<sup>29</sup> ».

27 Voir Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès, dont le rapport a été rendu public le 30 septembre 2019.

En ligne : [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_final.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf)

28 *Principe de Joyce*, Mémoire présenté par le Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation Atikamekw, novembre 2020, présenté au gouvernement du Canada et au gouvernement du Québec.

En ligne : [https://www.atikamekwsiipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc\\_Principe-de-Joyce.pdf](https://www.atikamekwsiipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf)

29 Voir note 27.



## À LA BASE DU RÉSEAU : LE RETOUR À DES SOINS ET DES SERVICES DE PROXIMITÉ ET L'APPEL À LA PARTICIPATION DE LA POPULATION

Au moment de concevoir notre réseau de la santé, le modèle proposé reposait sur des services de proximité regroupés dans des centres locaux de santé (*Rapport Castonguay-Neveu*). Chaque centre se voyait confier la responsabilité d'une population donnée. Il devait compter sur le travail de concertation mené par une équipe composée de médecins, travailleurs sociaux, infirmières, etc. Il devait également faire appel à la participation de la population rejointe.

C'est sur cette base qu'ont été créés les CLSC qui témoignaient également de l'importance accordée au principe de proximité. Cette proximité favorisait une connaissance intime de la population d'un quartier, d'un territoire donné et la prise de décisions en mesure de non seulement de répondre adéquatement à diverses situations problématiques, mais aussi de les prévenir.

Les réformes qui se sont succédé ont mené à la mise en place de structures hypercentralisées, nées de la fusion sur une base régionale de l'ensemble des établissements de la santé. Les Groupes de médecine familiale (GMF) dans les années 2000, véritables entreprises privées gérées par le corps médical, ont réduit fortement le rôle des CLSC. La place faite à la participation de la population et des communautés locales s'est depuis considérablement érodée de même que la préservation du principe de proximité.

Devant les lacunes de notre réseau de la santé mises en lumière par la pandémie de COVID-19 et certaines décisions prises par les autorités qui se sont avérées mal avisées plusieurs s'entendent sur la nécessité de revenir à un modèle d'organisation axé notamment sur la proximité des services et sur la participation citoyenne.



## LE RENFORCEMENT DU RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La réalisation du droit à la santé repose sur la prise en compte des déterminants sociaux de la santé et l'adoption de politiques qui seront en mesure de contrer les inégalités sociales en santé. En cela, le rôle de la santé publique se situe bien au-delà de la promotion de saines habitudes de vie et de la responsabilisation des individus. Si le mandat de la santé publique est assez clairement défini à ce propos, les moyens dont elle dispose ne sont certainement pas à la hauteur. N'y aurait-il pas lieu aussi de renforcer le pouvoir d'intervention des institutions vouées à la santé publique ainsi que leur degré d'indépendance à l'égard du gouvernement? D'assurer l'autonomie des instances régionales en les affranchissant des structures ayant fusionné l'ensemble des établissements de santé d'une même région?



## ASSURER L'INTÉGRITÉ MÊME DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

À diverses occasions, le gouvernement prend prétexte de la limite atteinte par les ressources de notre système de santé pour justifier le recours accru au privé<sup>30</sup>. Or la marchandisation des soins de santé, notamment par une privatisation accrue, remet en question l'intégrité de notre système public de santé et nous éloigne de l'universalité que l'on exige d'un droit. La primauté néolibérale du curatif (axé sur la technologisation des soins notamment avec le concours des pharmaceutiques) sur le préventif (dont l'efficacité et la rentabilité des mesures sont moins mesurables à court terme) illustre bien comment le néolibéralisme réduit le droit à la santé aux seuls soins de santé.

D'autres droits sont également affectés, notamment les droits des travailleurs et travailleuses, dont les conditions de travail se détériorent au point de contribuer à accentuer les pénuries de personnel et le recours accru à des agences de placement. Cette dégradation figure parmi les causes des multiples violations de droit constatées dans les Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), notamment durant la pandémie de COVID-19.

L'expérience des derniers mois nous invite, collectivement, à étoffer davantage notre compréhension de la portée du droit à la santé et à proposer des changements de fond de notre système de santé et de services sociaux. Ces changements doivent tenir compte des inégalités sociales de santé vécues notamment par les personnes en détention, les personnes vivant en résidences, les personnes à faible revenu, les personnes racisées, les communautés et personnes autochtones.

---

30 Voir Marie-Claude Prémont et Cory Verbauwhede (2020), « COVID-19 surgery backlogs: Turning to private clinics is the wrong idea », The Star, 13 mai 2020.

En ligne : <https://www.thestar.com/opinion/contributors/2020/05/13/covid-19-surgery-backlogs-turning-to-private-clinics-is-the-wrong-idea.html>

Voir aussi cette contestation judiciaire en Colombie-Britannique par un médecin pour accroître la possibilité pour les patientes et patients d'avoir recours au privé en santé : The Canadian Press (2020), « Decade-long health-care battle comes to a close Friday », CBC, 28 février 202.

En ligne : <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/brian-day-cambie-surgery-centre-bc-supreme-court-1.5479574>

# Pour la santé de nos droits et libertés Devenez membre!

Votre adhésion  
est essentielle  
[liguedesdroits.ca](http://liguedesdroits.ca)

→ La Ligue des droits et libertés offre  
des formations sur le droit à la santé.  
**Informez-vous !**

Fondée en 1963, la Ligue des droits et libertés est un organisme à but non lucratif, indépendant et non partisan qui vise à faire connaître, à défendre et à promouvoir l'universalité, l'indivisibilité et l'interdépendance des droits reconnus dans la Charte internationale des droits de l'Homme. La Ligue des droits et libertés est affiliée à la Fédération internationale pour les droits humains (FIDH).

[liguedesdroits.ca](http://liguedesdroits.ca)

