



# ACCÉSSS

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

## *Rapport de l'étude portant sur la valorisation de la diversité et la lutte contre la discrimination*

*Présentée au ministère de l'Immigration, de la Diversité et de  
l'Inclusion (MIDI)*

Immigration,  
Diversité  
et Inclusion

Québec 

Décembre 2017

## Table de matières

INTRODUCTION.....	3
I. Notions de discrimination et d’accommodement.....	4
II. La législation en santé et services sociaux.....	7
III. Les groupes-focus .....	9
Du point de vue structurel .....	9
Au point de vue sociétal .....	11
L’adaptation des services.....	11
IV. Les PAE en matière de services de santé et de services sociaux.....	13
V. Conclusion.....	16
VI. Recommandations.....	18
ANNEXE — LES OBLIGATIONS DU QUÉBEC EN MATIÈRE D’ÉLIMINATION DE LA DISCRIMINATION .....	19

## INTRODUCTION

Les interventions et les programmes d'ACCÉSSS sont fondés sur l'analyse des demandes historiques faites à ACCÉSSS, ainsi que sur notre connaissance du terrain. Soulignons le fait qu'ACCÉSSS est le seul regroupement d'organismes de communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux au Québec.

Cela se traduit par de nombreuses demandes de partenariat émanant du secteur communautaire, du réseau de la santé et du milieu universitaire à l'égard d'ACCÉSSS qui, de plus, travaille étroitement avec ses 123 organismes membres. ACCÉSSS est donc devenu un lieu de convergence du milieu communautaire, du secteur privé, du réseau public et du milieu universitaire.

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

En tant que regroupement provincial, et tout en travaillant avec ses membres, ACCÉSSS se doit de travailler en partenariat avec différentes instances, tant communautaires qu'institutionnelles. Il s'agit de l'essence même de son travail. En raison de la philosophie de gestion d'ACCÉSSS, qui est de travailler en concertation avec ses différents partenaires, ainsi que de la nature des dossiers traités, ACCÉSSS est de plus en plus impliquée dans les réseaux de concertation.

Dans le cadre de la consultation sur la discrimination et le racisme du MIDI, ACCÉSSS a proposé de réaliser la consultation en matière de services de santé et de services sociaux auprès des communautés ethnoculturelles.

La proposition d'ACCÉSSS comprenait la réalisation de trois (3) groupes-focus (Montréal, Laval et Longueuil). Ces groupes-focus se sont tenus en octobre et novembre 2017.

La démarche d'ACCÉSSS a été réalisée par les personnes suivantes :

Madame Carmen Gonzalez, présidente d'ACCÉSSS et directrice générale de COPSI.

Madame Adina Ungureanu, responsable de programmes à ACCÉSSS.

Monsieur Jérôme Di Giovanni, directeur général d'ACCÉSSS.

Nous tenons à remercier les personnes, ainsi que les organismes communautaires desservant les communautés ethnoculturelles, qui ont accepté à participer à notre démarche.

En dernier lieu, nous sommes disponibles à rencontrer le MIDI pour discuter de nos recommandations.

## **I. Notions de discrimination et d'accommodement**

Au Québec, l'accommodement est utilisé par les groupes discriminés pour atteindre l'égalité de résultats. Dans le domaine de l'emploi, les femmes ont utilisé l'accommodement pour atteindre l'égalité avec les hommes et l'utilisent toujours. Soulignons que les femmes des communautés ethnoculturelles vivent une double discrimination en matière d'emploi (ethnoculturelle et sexuelle).

En santé et services sociaux, les personnes âgées ont utilisé l'accommodement pour sexualiser les postes en matière de soins intimes. Elles se sont fondées notamment sur les articles 10 et 20 de la Charte des droits, ainsi que sur les articles 3, 5 et 6 de la Loi des Services de santé et des Services sociaux.

Les personnes handicapées utilisent l'accommodement pour éliminer les barrières systémiques à leur inclusion dans toutes les sphères de notre société.

La Charte énonce dans le second « considérant » que les citoyens québécois sont égaux en valeur et que les lois du Québec s'appliquent, en toute égalité, à tous les citoyens. Ce « considérant » stipule :

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

Par ailleurs, à l'insu de la plupart des gens, la société est organisée en fonction des besoins et des caractéristiques du groupe qui a le pouvoir d'en définir les règles. Au Québec, il est possible de dire sans risquer de se tromper, que la norme implicite est établie en fonction des besoins des hommes « blancs », hétérosexuels, d'origine européenne (sinon française), de religion catholique, francophone, de condition sociale favorisée (alphabétisés et scolarisés, exerçant une profession ou une activité générant un revenu bien au-delà du revenu minimum) et, surtout, « valides » (sans déficience et sans limitation fonctionnelle).

Ces considérations aident à comprendre le fait que, dans les chartes des droits et dans les lois antidiscriminatoires, on ait identifié des motifs de discrimination. En fait, ces motifs sont « choisis » à partir des principales composantes de cette norme implicite : le sexe, la couleur de la peau, l'origine ethnique et nationale, etc., caractéristiques qui constituent autant d'occasions d'être « hors normes ».

La conséquence en est que les personnes qui ne répondent pas à la norme implicite risquent tôt ou tard d'être victimes d'exclusions ou de distinctions qui porteront atteinte à leurs droits et à leur épanouissement, en rendant l'exercice du droit à l'égalité plus difficile, à moins que l'on se donne la peine de relativiser cette norme ou d'adapter l'organisation des services pour neutraliser cet effet d'exclusion.

Cela nous amène à évoquer ce que certains auteurs ont nommé le « paradoxe de la différence » : pour éviter la stigmatisation, lorsqu'on présente un écart par rapport à la norme, on doit à la fois revendiquer un traitement « égal » et un traitement « différent ». Ainsi, pour résoudre le « paradoxe de la différence », il faut toujours garder à l'esprit que pour traiter en toute égalité, il faut parfois traiter différemment. C'est de cette façon que l'on fera reculer les différentes formes d'exclusion, faisant ainsi émerger une nouvelle culture de gestion des services publics.

Par ailleurs, le groupe de référence qui constitue la norme se compose de personnes ayant des croyances religieuses catholiques, de couleur de peau blanche, ayant des pratiques socioculturelles nord-américaines et ayant le français comme langue maternelle. Cela a comme effet, en raison de l'hétérogénéité ethnoculturelle de la société, de générer des politiques et des pratiques discriminatoires.

La personne issue des communautés ethnoculturelles est comparée à une personne du groupe de référence pour déterminer son « taux de ressemblance ». Plus grande est la

ressemblance, plus elle est incluse ; l'inverse est également vrai. C'est cette relation qui définit la situation de discrimination et les inégalités de nature systémique.

Pour être incluse, la personne présentant des différences ethnoculturelles doit répondre à la norme. Par ailleurs, les membres du groupe de référence ne seront jamais dans la situation des membres du groupe différent. C'est dans cette différence de situation que réside l'inégalité de résultats dans la disponibilité des services publics et dans l'accès à l'emploi, soit la situation de discrimination systémique qui est vécue par les membres des communautés ethnoculturelles.

À cause de leur différence, ces derniers ne pourront jamais, sans accommodement et transformation de la composition du groupe de référence, satisfaire la norme qui est fournie par le groupe de référence.

Rappelons que la discrimination systémique se définit comme suit :

Des politiques, des lois, des procédures ou des pratiques, apparaissant neutres, mais qui ont ou peuvent avoir des effets d'exclusion en raison de caractéristiques appartenant à un groupe donné.

Dans le cas des communautés ethnoculturelles, ces caractéristiques sont « la race, la couleur, la religion, la langue, l'origine ethnique et nationale ». Nous nous référons ici notamment à l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec ainsi qu'à l'Arrêt Meiorin de la Cour suprême (1999), l'Arrêt Commission scolaire régionale de Chambly (1994) et l'Arrêt de la Cour suprême de Troilo-Mercier (2000).

L'accommodement est l'outil par lequel les pratiques, les procédures ou les politiques discriminatoires sont éliminées pour atteindre l'égalité de résultat.

Cette notion de l'égalité met l'accent sur l'identification de la discrimination directe et indirecte et de son élimination. C'est le résultat visé et obtenu qui est important dans la lutte à la discrimination et à l'application des mesures d'accommodement, changeant ainsi la norme historiquement établie en raison des transformations sociétales.

## II. La législation en santé et services sociaux

La Charte énonce dans le second « considérant » que les citoyens québécois sont égaux en valeur et que les lois du Québec s'appliquent, en toute égalité, à tous les citoyens. Ce « considérant » stipule :

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

Cette affirmation de la Charte des droits n'est pas respectée par la Loi 10 (Projet de Loi 10 adopté en février 2015). Pourquoi la Loi 10 établit-elle deux catégories de Québécois en matière d'accès aux services de santé et aux services sociaux, à savoir les Québécois issus de l'immigration et les Québécois d'origine anglaise ? ACCÉSSS fait ici référence aux articles 28 et 76 de la Loi 10. Ces articles stipulent :

« 28. (...) De plus, le conseil d'administration d'un centre intégré doit obtenir l'accord d'au moins les deux tiers des voix exprimées par les membres d'un établissement regroupé qu'il administre pour toute décision relative à l'accès aux services de nature culturelle ou linguistique rendus dans les installations de cet établissement.

76. Tout établissement public doit élaborer, dans les centres qu'il indique, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise ou, le cas échéant, conjointement avec d'autres établissements publics, élaborer un tel programme dans les centres qu'il indique qui sont exploités par ces établissements.

Le programme doit identifier les services accessibles en langue anglaise dans les installations indiquées. Il doit, de plus, prévoir les exigences linguistiques pour le recrutement ou l'affectation du personnel nécessaire à la dispensation de tels services.

Un établissement public peut, avec l'accord d'un établissement privé conventionné, indiquer dans son programme d'accès des services pouvant être dispensés par cet établissement à ses usagers en vertu d'une entente.

Le programme doit tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement. Il doit être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les cinq ans. »

L'article 76 établit un programme d'accès à l'égalité obligatoire en matière de services de santé et de services sociaux pour les Québécois d'origine anglaise ainsi qu'une

obligation d'évaluation. C'est un programme qui doit être également approuvé par le ministre de la Santé.

Par ailleurs, l'article 28 n'impose pas ces conditions pour les Québécois issus de l'immigration. Pour ces Québécois, le programme d'accès aux services de santé et des services sociaux est volontaire. De plus, pour qu'un tel programme soit implanté, il faut que deux tiers des membres du conseil d'administration de l'établissement l'acceptent.

Par ailleurs, la Loi des Services de santé et des Services sociaux stipule dans les articles 2.5, 2.7, 100 et 349 ceci :

« **2.5.** tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socioéconomiques des régions ;

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

**100.** Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à résoudre les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.

**349.** Une agence doit, en concertation avec les organismes représentatifs des communautés culturelles et les établissements de sa région, favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés culturelles. »



### III. Les groupes-focus

**Les principaux propos recueillis lors des trois groupes-focus ont permis de rencontrer 47 personnes dans trois régions différentes, à savoir Montréal, Longueuil et Laval.**

#### **ENJEUX ET DÉFIS D'ACCESSIBILITÉ EN GÉNÉRAL POUR LES PERSONNES IMMIGRANTES**

Tel qu'il est suggéré dans la littérature, les principaux enjeux et défis en termes d'accessibilité aux services sociaux et de santé pour les personnes immigrantes relèvent principalement de problèmes liés à la barrière linguistique, la méconnaissance des institutions par rapport aux besoins spécifiques de cette population, ainsi que la méconnaissance des personnes immigrantes de l'organisation du système de santé et leurs droits à la santé et au bien-être.

En effet, la difficulté à s'exprimer en français (ou en anglais dans certaines situations) peut occasionner des malentendus, des retards de traitement ou encore des diagnostics erronés.

#### **Du point de vue structurel**

- Plusieurs personnes n'ont pas reçu les informations émanant du MIDI (par exemple les personnes parrainées). Or, la dépendance dans des cas de parrainage constitue un facteur supplémentaire de vulnérabilité. Souvent, les femmes cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité, ce qui renforce davantage leur isolement, le tout devenant un cercle vicieux.
- Méconnaissance relativement généralisée des droits dans le réseau de la santé ou dans le réseau du travail (Emploi-Québec, possibilité de bénéficier de l'assurance-emploi, etc.). Les personnes ont peur de demander les services et ont de la difficulté à faire valoir leurs droits de peur d'être stigmatisées. Souvent elles se sentent intimidées par les intervenants/es et ont de la difficulté à communiquer (langue/codes culturels).
- Les personnes sont souvent jugées selon leur accent et reçoivent moins d'informations et de services lorsque celui-ci est manifeste. Ils sont souvent infantilisés, voire méprisés. Selon un participant, « *ils [les intervenants] ne prennent pas soin vraiment de les écouter* ». D'autres propos sont plus nuancés, soutenant que le manque d'écoute ne serait pas conscient ou volontaire, mais qu'il relèverait plutôt d'un manque de sensibilisation à l'égard des enjeux d'un travail clinique dans un contexte interculturel : « *Donc, pour revenir à la question bureaucratique, c'est que les préposés à l'intérieur de la structure ne sont pas*

*assez informés et formés pour dealer avec une population qui n'est pas québécoise, de souche* ». Une écoute active et ouverte constitue la base de la communication interculturelle et permettrait, selon les participants, une meilleure compréhension de la relation entre les professionnels et les clientèles immigrantes : « *Un autre facteur important, c'est la connaissance de la culture de l'Autre, la culture des immigrants. Les personnes des différentes cultures qui sont éloignées de la culture nord-américaine ou européenne auraient vraiment des fois un problème de pouvoir se faire comprendre* ». L'attitude des fonctionnaires est souvent dénuée de sensibilité et les explications fournies ne tiennent pas compte de la réalité des personnes issues de l'immigration. L'approche est différenciée à cause de la perception d'une différence culturelle.

- Beaucoup de personnes immigrantes se sentent prisonnières de ces difficultés (accès aux services, discrimination, méconnaissance des droits). En effet, la méconnaissance des services existants est souvent accompagnée d'une méconnaissance des droits en matière de santé et bien-être. À quels services ont-ils droit ? Dans quelle langue ? Ont-ils droit à un interprète ? Que faire lorsque les services sont mal rendus ou qu'il y a erreur médicale ? Où trouver de l'information relative aux droits ? Qui contacter pour faire une plainte ? Ce ne sont que quelques-unes des questions relatives aux droits que certaines des personnes rencontrées se sont déjà posées. Selon les participants, la méconnaissance des droits est encore plus grande pour des populations considérées comme étant les plus vulnérables. En effet, plusieurs participants estiment que les pauvres sont en général beaucoup plus discriminés, dans toutes les sphères de la société. Il s'agit, à la fois, d'un problème de statut d'immigration, d'appartenance ethnoculturelle ainsi que de condition socioéconomique.
  
- Le profilage racial policier reste une réalité indéniable.
  
- Par ailleurs, les enfants des personnes immigrantes développent un sentiment d'impuissance face à leurs parents qui ont des difficultés linguistiques et ne peuvent, donc, faire valoir leurs droits.
  
- Beaucoup de personnes, notamment âgées, craignent de demander des services de peur de passer pour des quêteurs. La fragmentation des services est particulièrement difficile surtout pour les personnes ayant des problèmes complexes nécessitant l'intervention de différents types de professionnels de la santé. C'est le cas, par exemple, d'une personne âgée en perte d'autonomie qui

avait besoin de services à domicile tout en ayant besoin de soins spécialisés pour des problèmes liés aux déficiences sensorielles ou handicapées.

### **Au point de vue sociétal**

- Beaucoup de difficultés et d'abus vécus par les personnes sans statut, ainsi que par les travailleurs saisonniers agricoles privés d'informations et de droits (ex. la possibilité de faire une réclamation à la CSST). En outre, il en ressort qu'il existe un mépris généralisé des travailleurs agricoles et que les employeurs ne respectent pas toujours leurs engagements, ainsi que les besoins de repos/loisirs des employés.
- Les familles élargies ne sont pas favorisées et on n'en tient pas compte dans les programmes/interventions
- L'évaluation de la santé et des comportements se fait selon les normes et visions nord-américaines
- Les immigrants ne sont pas assez valorisés dans la société/médias. Il y a une réflexion à faire sur la place de l'immigrant dans la société
- Les personnes ne se sentent jamais comme étant « d'ici » en faisant appel aux services auxquels ils ont droit ; ce sentiment est partagé par plusieurs participants
- Les Droits universels humains ne sont pas toujours respectés et les personnes immigrantes les connaissent peu (droit à l'éducation, aux soins de santé)
- Les personnes immigrantes et leurs descendants adoptent une identité canadienne plutôt que québécoise
- Les enfants issus de l'immigration (même nés au Québec) développent souvent des problèmes identitaires assez importants ; ils sont déchirés entre une société qui ne les accueille pas complètement et un pays de provenance qu'ils ne connaissent pas. Beaucoup font face au décrochage scolaire et développent d'autres problèmes (drogues, violence, etc.)
- Les agressions passives (ex. indifférence, mépris) doivent être aussi considérées comme des facteurs de discrimination

### **L'adaptation des services**

- La question de la langue (barrière linguistique) est très présente. La loi 101, protégeant le français, devient un motif pour refuser l'adaptation des informations en d'autres langues. Or cet état des choses soulève des questions d'éthique. D'une part, le fait de ne pas comprendre la rencontre clinique, que ce

- soit sur le plan de l'information, du diagnostic ou du traitement, constitue un risque potentiel pour la santé et le bien-être des individus. D'autre part, le recours à des interprètes informels (enfants ou autres parents, amis, bénévoles ou membres de la famille) comporte des limites importantes. Certains participants ont commenté spécifiquement le recours fréquent aux enfants pour la traduction, en dépit de leur manque de maturité, de compréhension des enjeux ou leur difficulté à comprendre et expliquer des sujets parfois complexes.
- Qu'il s'agisse d'un enfant ou d'autres personnes, l'interprétariat fait par les proches peut porter atteinte à l'intimité du patient ou encore à la confidentialité des informations, sans mentionner la possibilité que les traductions faites par des non professionnels ne reproduisent pas toujours le dialogue de façon fidèle
  - Le PRAIDA joue un rôle très important pour les personnes requérantes du statut de réfugié. Les personnes réfugiées ou demandeurs d'asile constituent une population particulièrement à risque en raison de leur statut migratoire. Ressortissants de guerres civiles, témoins ou victimes de violence et d'actes de répression, ils ont un vécu prémigratoire parfois très lourd qui peut engendrer des traumatismes ou d'autres problèmes psychosociaux ou d'adaptation. Il s'agit aussi d'un groupe dont l'accès à la santé est compliqué par le partage des responsabilités fédérales et provinciales. À la différence des autres catégories d'immigration, dont la santé est un dossier relevant des pouvoirs provinciaux, les soins aux demandeurs d'asile sont plutôt sous la responsabilité du gouvernement fédéral.
  - Les soins spirituels et religieux sont souvent demandés et une adaptation doit être amorcée tenant compte de la diversité des cultes. Pour des raisons historiques, la religion ne joue pas un grand rôle dans l'organisation des soins au Québec. Cependant, pour certaines communautés, les croyances religieuses sont intimement liées à la façon de comprendre des problèmes de santé et leur traitement.
  - Les participants proposent que les pistes d'action doivent nécessairement dépasser le seul milieu de la santé et des services sociaux. Ainsi, au-delà des enjeux concrets de l'accessibilité, la sensibilisation du grand public demeure une priorité afin de créer des milieux institutionnels ouverts et tolérants.

#### **IV. Les PAE en matière de services de santé et de services sociaux**

La solution proposée par ACCÉSSS, pour assurer un accès en toute égalité à des services de santé et des services sociaux pour les communautés ethnoculturelles, s'inscrit dans la Charte des droits et libertés de la personne du Québec et la notion de l'égalité de résultats. Ainsi, le système de santé et de services sociaux du Québec doit être fondé sur une vision d'équité dans l'organisation des programmes et de la dispensation des services.

Malheureusement, la Loi 10 n'offre pas de mesures pour l'élimination des obstacles à l'accessibilité en toute égalité.

C'est donc la Charte des droits et libertés de la personne du Québec qui nous offre la solution pour rendre le réseau de la santé et des services sociaux inclusifs, à savoir élaborer un système d'organisation de programmes et de prestations de services totalement accessibles aux communautés ethnoculturelles. Nous faisons ici référence aux articles 86 et 92 de la Charte des droits et libertés de la personne qui permettent l'élaboration et l'implantation de Programmes d'accès à l'égalité en matière de services sociaux et de santé pour des groupes victimes de discrimination.

L'article 86 déclare :

« Un programme d'accès à l'égalité a pour objet de corriger la situation de personnes faisant partie de groupes victimes de discrimination dans l'emploi, ainsi que dans les secteurs de l'éducation ou de la santé et dans tout autre service ordinairement offert au public ».

Un tel programme est réputé non discriminatoire s'il est établi conformément à la Charte.

Un programme d'accès à l'égalité en emploi est, eu égard à la discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe ou l'origine ethnique, réputé non discriminatoire s'il est établi conformément à la Loi sur l'accès à l'égalité en emploi dans des organismes publics et modifiant la Charte des droits et libertés de la personne (L.R.Q., c. A-2.01). »

L'article 92 déclare :

« Le gouvernement doit exiger de ses ministères et organismes dont le personnel est nommé suivant la Loi sur la fonction publique l'implantation de programmes d'accès à l'égalité dans le délai qu'il fixe. »

C'est la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec qui a le mandat de surveiller l'élaboration et l'implantation de ces programmes. Malheureusement, la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec n'a développé que des programmes d'accès à l'égalité en matière d'emploi.

**ACCÉSSS demande donc au gouvernement du Québec d'implanter des programmes d'accès à l'égalité en matière de services sociaux et de santé pour les communautés ethnoculturelles.**

ACCÉSSS estime que ces programmes devraient comprendre les éléments suivants :

1. Analyse populationnelle :

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

2. Disponibilité des programmes et services :

- Faire l'inventaire des programmes et des services existants.
- Analyser les critères de détermination des programmes et services.

3. Analyse de la prestation des services :

- Analyser l'allocation des ressources humaines et faire l'analyse des effectifs.
- Analyser l'allocation et le mode d'utilisation des ressources matérielles.
- Analyser l'allocation et mode d'utilisation des ressources financières.
- Analyser les modalités d'accès aux services dispensés.

4. Détermination de la sous-utilisation des services existants :

- Analyser le niveau d'utilisation des services par la population ethnoculturelle en comparaison avec la population d'accueil.

5. Détermination de l'insuffisance des programmes et services en raison des spécificités ethnoculturelles de la population.

6. Élaborer un plan d'action en matière d'accessibilité à la santé et de prestation des services fondée sur l'égalité de résultats.

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

- Comment est intégrée la composante ethnoculturelle dans la formation du personnel du réseau (cadres et non-cadres) ?
- De quelle manière a été faite l'allocation des ressources pour tenir compte de la diversité ethnoculturelle de la population ?
- Est-ce que les établissements tels que les hôpitaux, les cliniques, GMF, etc., sont adéquatement préparés pour accueillir les clientèles des minorités ethnoculturelles, surtout les nouveaux arrivants ?
- Quelles ressources alternatives (matérielles ou humaines) utilisent-ils pour traduire les documents pertinents dans les langues de ces communautés ?
- Quel genre de traitement reçoivent ces clientèles à l'accueil ?
- Lors d'examens, est-ce que le dépistage ou la phase diagnostique tient compte des caractéristiques ethnospécifiques de ces clientèles, telles que les facteurs génétiques ?
- Lors des campagnes de vaccination ou de prévention des maladies épidémiques, rejoigne-t-on adéquatement les membres des communautés ethnoculturelles, surtout les nouveaux arrivants ?

- Lors des campagnes d'éducation sur la prévention des infections et maladies, quels moyens utilisent les départements de santé publique pour rejoindre ces populations ?
- Quels moyens utilisent les DSP pour traduire les renseignements sur la bonne consommation des médicaments, sur la bonne alimentation, etc., dans la culture et les langues maternelles des communautés ethnoculturelles, surtout celles des nouveaux arrivants ?
- Les répondants d'Info-Santé sont-ils capables de communiquer dans les langues maternelles des communautés ethnoculturelles, surtout celles des nouveaux arrivants ?
- Est-ce que les établissements de santé et services sociaux, les centres de réadaptation et les services spécialisés de première, deuxième ou troisième ligne sont préparés pour offrir des services adéquats aux personnes handicapées issues de l'immigration et des communautés ethnoculturelles ?
- Comment la Loi des Services de santé et des Services sociaux et la Loi 10 sont-elles appliquées aux communautés ethnoculturelles ?

Rappelons que le programme d'accès à l'égalité est l'instrument privilégié par la Charte pour identifier et éliminer la discrimination. Il s'agit également d'un outil de changement organisationnel et de planification. D'une part, cela conduit les gestionnaires à faire une analyse des besoins de la population, à l'identification de l'insuffisance des services et l'identification de l'inaccessibilité des services disponibles. D'autre part, les gestionnaires auront toute l'information pour identifier les mesures correctrices, pour allouer les ressources nécessaires et établir un échéancier d'implantation.

## **V. Conclusion**

La diversité ethnoculturelle croissante de notre société engendre des pressions sur la prestation de services sociaux et de santé ainsi que dans tous les autres services publics. Cela exige également des changements dans la gestion du réseau et la formation des intervenants.

Sans l'implantation de ces changements, cela conduit à des inégalités dans la santé des communautés ethnoculturelles. Ces inégalités sont provoquées par le fait que les



différences ethnoculturelles ne sont pas structurellement incluses dans la gestion du réseau, les modes de prestation des services et la formation des intervenants. Et cela, même si ces différences sont clairement identifiées dans la Loi de la Santé et des Services sociaux.

Ce n'est pas uniquement la représentation des communautés ethnoculturelles dans la fonction publique qui va résoudre les problèmes d'adéquation des services à une clientèle pluriethnique, mais aussi la formation interculturelle de TOUT le personnel qui contribuera à offrir des services qui répondent adéquatement aux usagers de toutes origines ainsi que l'implantation d'un réel programme de sensibilisation destiné aux nouveaux arrivants sur les réalités de la société québécoise et d'un programme d'information sur les programmes et services publics.

En termes d'amélioration du respect des droits, il serait important de commencer par éliminer le délai de carence aux soins de santé, imposé aux résidents permanents les 3 premiers mois. Les services de santé et les services sociaux sont des services publics. Le Gouvernement du Québec doit assurer le plein accès aux soins de santé au même titre que le droit à l'éducation. Ce délai constitue une discrimination systémique des plus flagrantes et un non-respect des droits de personnes sélectionnées par le Québec et qui ne constituent pas un « risque » de santé du fait qu'il s'agit justement d'un critère de sélection.

**Par ailleurs, ce délai contribue à véhiculer le message que les immigrants profitent du système de santé et par association des autres programmes sociaux, et à encourager les préjugés à l'égard des personnes issues des communautés ethnoculturelles.**

Une inclusion, en toute égalité, des immigrants dans la société d'accueil demande également que la société d'accueil soit responsable de leur intégration. Celle-ci doit fournir aux immigrants l'environnement sociétal et les outils pour leur pleine participation dans la société, ainsi que pour leur inclusion.

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

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

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

En dernier lieu, ACCÉSSS a comme objectif, en soulevant ce questionnement, l'établissement d'un cadre d'analyse pour identifier les politiques, les procédures et les pratiques qui ont ou peuvent avoir un effet d'exclusion.

Pour ACCÉSSS, la lutte contre la discrimination passe indéniablement par l'application de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, ainsi que par l'application du gouvernement du Québec des conventions et des pactes internationaux en matière de droits à l'égalité et d'élimination du racisme.

## **VI. Recommandations**

Lutter contre la discrimination signifie une adaptation des services sociaux et de santé aux caractéristiques des communautés ethnoculturelles, notamment en matière de langue, de culture et de croyance religieuse. Cela exige un haut niveau de concertation et de planification des interventions entre le MSSS, le réseau de la santé et ACCÉSSS, ainsi que de l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Pour ce faire, voici nos recommandations :

### ***1. Augmenter l'offre de formations interculturelles***

Ces formations devraient viser toutes les catégories d'intervenants, que ce soit des infirmières, travailleurs sociaux, médecins, d'autres professionnels de la santé ou encore des étudiants inscrits dans des programmes de formation liées à la santé et le bien-être.

### ***2. Améliorer l'accès aux services d'interprétariat***

Étant donné l'importance particulière de la barrière linguistique soulevée par les participants, un plus grand accès aux services d'interprétariat a aussi été identifié comme piste d'action prioritaire.

### ***3. Élaborer une politique officielle en matière de diversité et d'accessibilité aux services***

#### **4. Sensibiliser le grand public et lutter contre les stéréotypes et les préjugés**

Les participants proposent que les pistes d'action doivent nécessairement dépasser le seul milieu de la santé et des services sociaux. Ainsi, au-delà des enjeux concrets de l'accessibilité, la sensibilisation du grand public demeure une priorité afin de créer des milieux institutionnels ouverts et tolérants.

5. Que la CDPDJ élabore et implante des PAE en matière de services de santé et de services sociaux.

6. Afin d'implanter ces recommandations, que le Gouvernement du Québec mette en place un comité composé du MIDI, le MSSS et d'ACCÉSSS.

La recherche nous démontre que la citoyenneté comprend deux parties, la citoyenneté formelle et la citoyenneté effective (Paquet 2008). La citoyenneté formelle réfère au statut légal de citoyen, tel qu'attribué par l'État soit à la naissance ou soit comme le résultat d'un processus de naturalisation. La seconde portion de la citoyenneté se réfère à la pratique concrète des droits hérités du statut de citoyen. En conséquence, nos recommandations ont comme objet l'exercice de la citoyenneté effective.

### **ANNEXE — LES OBLIGATIONS DU QUÉBEC EN MATIÈRE D'ÉLIMINATION DE LA DISCRIMINATION**

Toute politique gouvernementale d'immigration fondée sur la diversité et l'inclusion implique également l'identification et l'élimination de politiques et de pratiques discriminatoires. Nous faisons ici référence aux ressources que le gouvernement investit pour appliquer la Charte québécoise, la Charte canadienne, la Convention internationale pour l'élimination de toute forme de discrimination raciale (CIEDR) et le Pacte international des droits économiques, culturels et sociaux (PIDEC) dans le secteur de la santé et des services sociaux. Cela doit se traduire également par des programmes et services assurant la citoyenneté effective.

#### **1. Charte des droits et libertés de la personne du Québec**

Voici certains articles à respecter :

[Droit à la vie.]

- 1.** Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à liberté de sa personne.

[Discrimination interdite.]

10. Toute personne a droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, des droits et libertés de la personne, sans distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge sauf dans la mesure prévue par la loi, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale, le handicap ou l'utilisation d'un moyen pour pallier ce handicap.

[Motif de discrimination.]

Il y a discrimination lorsqu'une telle distinction, exclusion ou préférence a pour effet de détruire ou de compromettre ce droit.

## **2. Charte canadienne des droits et libertés**

Voici certains articles à respecter :

7. Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne ; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

- 15.(1) La loi ne fait exception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

(2) Le paragraphe (1) n'a pas pour effet d'interdire les lois, programmes ou activités destinés à améliorer la situation d'individus ou de groupes défavorisés, notamment du fait de leur race, de leur origine nationale ou ethnique, de leur couleur, de leur religion, de leur sexe, de leur âge ou de leurs déficiences mentales ou physiques.

### **3. Convention internationale pour l'élimination de toutes formes de discrimination raciale (CIEDR)**

Voici certains articles à respecter :

1. Dans la présente Convention, l'expression « discrimination raciale » vise toute distinction, exclusion, restriction ou préférence fondée sur la race, la couleur, l'ascendance ou l'origine nationale ou ethnique, qui a pour but ou pour effet de détruire ou de compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, dans des conditions d'égalité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social et culturel ou dans tout autre domaine de la vie publique.

5. Conformément aux obligations fondamentales énoncées à l'article 2 de la présente Convention, les États parties s'engagent à interdire et à éliminer la discrimination raciale sous toutes ses formes et à garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique, notamment dans la jouissance des droits suivants :

e) Droits économiques, sociaux et culturels, notamment :

iv) Droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux ;

### **4. Pacte international des droits économiques, culturels et sociaux (PIDEC)**

Voici un des articles à respecter :

Article 12

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :

a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;

- b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ;
- c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;
- d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

Soulignons que le Canada a adhéré, en 1976, au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Le Québec a adopté au mois d'avril de la même année le décret 1438-76 pour marquer son adhésion à ce pacte.

En adhérant à ce Pacte, les gouvernements acceptent de rendre compte de son application de façon périodique aux Nations Unies. Ils s'engagent à adopter des moyens appropriés, en particulier des mesures législatives, pour assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le Pacte. Parmi ceux-ci, il y a le droit au travail et le droit de jouir de conditions de travail justes et raisonnables, le droit à un niveau de vie suffisant pour soi-même et sa famille, le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale que l'on est capable d'atteindre, ainsi que le droit à l'éducation. Cette adhésion crée pour le gouvernement québécois des obligations de résultats, notamment en matière de services sociaux et de santé.