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

MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR ACCÉSSS

Sur la consultation du projet de Loi 94
Loi établissant les balises encadrant les demandes d'accommodement dans l'administration gouvernementale et dans certains établissements

Soumis à la Commission des institutions
Madame Kathleen Weil
Ministre de la Justice

POUR FAIRE PLUS, IL NE FAUT PAS UNIQUEMENT FAIRE MIEUX,
MAIS FAIRE DIFFÉREMMENT

7 MAI 2010

Table de matières

Table de matières 2

AVANT-PROPOS 3

RÉSUMÉ DU MÉMOIRE D'ACCÉSSS 4

I. PRÉAMBULE 5

II. INTRODUCTION 5

III. POUR UNE INCLUSION SANS DISCRIMINATION 7

IV. ÉGALITÉ DE RÉSULTATS : ACCOMMODEMENT ET CONTRAINTE EXCESSIVE 10

V. LE PROJET DE LOI 94 17

VI. LES COUTS LIÉS À L'EXCLUSION 21

VII. CONCLUSION 26

ANNEXE 1 : RECOMMANDATIONS 28

ANNEXE 2 : EXTRAIT DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 31

ANNEXE 3 - CADRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ORGANISATION DE LA PASTORALE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 37

AVANT-PROPOS

Rédaction du mémoire

Jérôme Di Giovanni

Responsable de la consultation
Traitement de texte

Adina Ungureanu

Remerciements

ACCÉSSS remercie tous les organismes membres et toutes les personnes qui ont émis des commentaires dans le cadre de notre consultation pour la production du présent mémoire.

ISBN : 978-2-922699-12-8

RÉSUMÉ DU MÉMOIRE D'ACCÉSSS

PROJET DE LOI 94
SOUMIS À LA COMMISSION DES INSTITUTIONS
MAI 2010

Fondée en 1984, ACCÉSSS (Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux) est un regroupement de plus de 100 organismes voué à la promotion de l'accessibilité et l'adéquation des services sociaux et de santé aux membres des communautés ethnoculturelles établis au Québec.

Notre mandat et notre expertise en tant qu'organisme étant principalement l'interaction et la collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux, nous croyons pertinent de jeter un coup d'œil sur la manière que les accommodements peuvent, d'une part, rendre accessibles les services de santé et les services sociaux aux communautés ethnoculturelles et, d'autre part, assurer leur inclusion dans la société québécoise.

Dans un contexte d'immigration, l'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.

Voici les sujets qu'ACCÉSSS aborde dans son mémoire :

Dans un premier temps, ACCÉSSS présente la notion de l'inclusion par la transformation de la norme établie. En second lieu, ACCÉSSS effectue une analyse relationnelle entre les notions suivantes : égalité de résultat, discrimination, contrainte excessive et l'accommodement tout en faisant un lien avec la santé et les services sociaux. Pour réaliser cette analyse, ACCÉSSS se réfère à la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, la Loi de la Santé et des Services sociaux ainsi que certains arrêts de la Cour Suprême.

En suite, ACCÉSSS soumet au législateur un ensemble de commentaires sur les notions de : neutralité religieuse de l'État, ainsi que sur l'égalité entre les hommes et les femmes, telle que stipulée dans le projet de Loi 94. Pour ce faire, ACCÉSSS se fonde sur la législation québécoise, la Loi constitutionnelle de 1982 et un arrêt de la Cour Suprême. ACCÉSSS termine son mémoire par un ensemble de recommandations.

I. PRÉAMBULE

Fondée en 1984, ACCÉSSS (Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux) est un regroupement de plus de 100 organismes voué à la promotion de l'accessibilité et l'adéquation des services sociaux et de santé aux membres des communautés ethnoculturelles établis au Québec. Depuis près de cinq ans, plusieurs organisations sont devenues membres d'ACCÉSSS à cause de l'augmentation de leur clientèle de différentes origines ethnoculturelles. Le nombre de membres adhérents au regroupement a donc plus que triplé durant cette période.

ACCÉSSS, grâce à sa mission et son expérience, est devenue un chef de file dans le dossier de la formation et de l'information aux intervenants/es des établissements et des organismes communautaires quant aux réalités des immigrants (es) et à l'intervention en contexte interculturel. ACCÉSSS est un organisme formateur agréé en Santé et en Services sociaux dans le cadre de la Loi 90 d'Emploi-Québec.

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

Nos interventions fournissent aux dirigeants d'établissements de santé, ainsi qu'au personnel professionnel un soutien pratique pour faire face aux phénomènes sociaux issus de la diversité et de l'immigration. ACCÉSSS, à travers ses formations et outils, développe des compétences et fournit des conseils pratiques pour permettre une action efficace dans le réseau de la santé. Une bonne gestion de la diversité implique un positionnement des organismes du réseau permettant d'utiliser les ressources des organismes communautaires des communautés ethnoculturelles de manière ciblée et, par conséquent, accroître la satisfaction des patients et l'efficience de leurs interventions.

II. INTRODUCTION

Notre mandat et notre expertise en tant qu'organisme étant principalement l'interaction et la collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux, nous croyons pertinent de jeter

un coup d'œil sur la manière que les accommodements peuvent, d'une part, rendre accessibles les services de santé et les services sociaux aux communautés ethnoculturelles et, d'autre part, assurer leur inclusion dans la société québécoise.

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 aînées ont utilisé l'accommodement pour sexualiser les postes en matière de soins intimes. Les personnes handicapées utilisent l'accommodement pour éliminer les barrières systémiques à leur inclusion dans toutes les sphères de notre société.

Dans le passage de « l'égalité de droit » à celui de « l'égalité de fait », la reconnaissance des préjugés est le premier pas dans la lutte contre la discrimination. Par conséquent, les changements de politiques et de programmes, la formation et la sensibilisation doivent être généralisés et doivent se faire dans un continuum incluant le citoyen, le secteur public et le secteur privé.

L'intégration de l'interculturel dans la prestation de services publics implique, d'une part, la représentation des communautés ethnoculturelles dans la fonction publique afin de refléter davantage la population du Québec. Jusqu'à maintenant, l'embauche des membres des communautés ethnoculturelles se fait lentement dans les paliers gouvernementaux, et ce, malgré l'existence des PAE et des objectifs d'embauche que s'étaient donnés les gouvernements qui se sont succédé.

D'autre part, la formation du personnel de la fonction publique sur la diversité culturelle doit être une priorité pour l'intégration de l'interculturel dans la prestation de services publics. Outiller le personnel à mieux travailler en contexte pluralisme et en pleine transformation sociétale par le développant des compétences interculturelles contribuera, notamment, à augmenter l'efficience des interventions, à éliminer le stress en emploi, à éviter des conflits, ainsi que des plaintes des usagers pour discrimination et l'exclusion de Québécois issus de l'immigration.

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.

Dans un contexte d'immigration, l'interculturel se définit comme les rapports entre groupes de culture et de pratiques sociales différentes, menant à de nouveaux rapports sociaux et, 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.

Par ailleurs, ces transformations ne viennent pas remettre en question le fait que le Québec est une société démocratique qui se fond sur la Charte des droits et libertés de la personne, car elles sont possibles justement grâce à cette démocratie. De plus, la Charte des droits et libertés de la personne du Québec est au cœur de ces transformations et de la consolidation de cette démocratie.

III. POUR UNE INCLUSION SANS DISCRIMINATION

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, on pourrait 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 en rendront l'exercice plus difficile, à moins que l'on se donne la peine de relativiser cette norme ou d'adapter l'organisation sociale pour neutraliser cet effet d'exclusion.

Cela nous amène à évoquer ce que certains auteurs ont nommé le « paradoxe de la différence »[1] : 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 ». Une personne issue des communautés ethnoculturelles demande à la fois qu'on lui donne accès au cadre et aux services que l'on procure à une personne issue de la majorité et qu'on adapte ce cadre pour qu'il lui soit accessible et lui permette une pleine participation.

Pour résoudre le « paradoxe de la différence », il faut donc 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.

En conséquence, ACCÉSSS réaffirme l'importance des principes d'accessibilité, d'universalité, d'égalité de résultats et de gratuité dans la prestation des services de santé et sociaux, ainsi que le respect de la différence. Pour garantir l'application de ces principes, ACCÉSSS a identifié deux exigences.

Une première exigence repose sur la gestion des priorités : ACCÉSSS demande que les spécificités des communautés ethnoculturelles soient pleinement considérées dans l'évaluation et la planification des programmes, ainsi que la prestation des services.

La seconde exigence est d'éviter l'uniformisation forcée des services pour garantir l'accessibilité des services à tous ceux qui en ont besoin et cela, dans un contexte où les groupes ont des particularités différenciées. Une fois que les principes directeurs et les critères des programmes sont clairement définis et adoptés, les modalités pratiques, elles, peuvent varier d'une communauté à l'autre et d'une région à l'autre.

---

1. Le concept a été développé, entre autres, par Erving Goffman au début des années 60, et a été repris par Martha MINOW, *Making All the Difference – Inclusion, Exclusion, and American Law*, Ithaca, 1990, Cornell University Press, p. 19 et ss. et par Jerome E. BICKENBACH, *Physical Disability and Social Policy*, Toronto, 1993, University of Toronto Press, p. 177-178. La Cour suprême du Canada a utilisé l'expression récemment dans l'arrêt *Eaton* c. *Conseil scolaire du comté de Brant*, [1997] R.C.S. 241, 273-274.

Ces deux exigences s’inscrivent notamment dans l’article 100 de la Loi de la Santé et des Services sociaux, ainsi que dans l’article 45 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, à savoir :

Loi de la Santé et des Services sociaux

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.

Charte des droits et libertés de la personne du Québec
Assistance financière

45. Toute personne dans le besoin a droit, pour elle et sa famille, à des mesures d'assistance financière et à des mesures sociales, prévues par la loi, susceptibles de lui assurer un niveau de vie décent.

La plupart du temps, c'est la question des ressources financières qui est réellement au cœur de la défense du gouvernement. Toutefois, le facteur « coût » ne peut pas être le seul à être utilisé pour justifier une conduite discriminatoire. Tous les jours, les gouvernements font des choix en ce qui concerne l'affectation des deniers publics. Ce faisant, il leur incombe de prendre des décisions financières qui respectent les droits à l'égalité de toutes et de tous, et non seulement d'une certaine partie de la société.

IV. ÉGALITÉ DE RÉSULTATS : ACCOMMODEMENT ET CONTRAINTE EXCESSIVE

1. Accommodement et normes à changer

L'exercice effectif du droit à l'accès à l'égalité, que ce soit en emploi ou à l'accès aux services publics, pour toute personne vivant au Québec est étroitement lié à la reconnaissance du droit à l'accommodement, sans discrimination, comme un droit fondamental.

En termes organisationnels, cela se traduit notamment en adaptation des systèmes et pratiques de gestion, de conditions et critères d'accès aux services collectifs.

Au travers de la diversité de leurs langues, systèmes de valeurs et comportements, les communautés ethnoculturelles influencent le quotidien des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Dès lors, quelles sont les compétences requises pour offrir une prise en charge adaptée ? Et comment assurer une qualité optimale des soins de santé en dépit de la diversité des besoins ? Les mesures d'accommodement s'adressent à cette problématique par l'identification et l'élimination des politiques et pratiques discriminatoires, qu'elles soient directes ou indirectes.

Les barrières religieuses, linguistiques et culturelles se répercutent dans le dépistage, le diagnostic, le traitement et les suivis liés au traitement, ainsi qu'à l'adhésion au traitement. Le principe de l'égalité de résultat exige des établissements de santé qu'ils créent les conditions permettant à chaque personne de bénéficier d'un accueil, d'un traitement et d'un suivi médical adaptés à sa situation, indépendamment de sa culture d'origine, de sa langue, de son sexe, de sa religion, ainsi que de sa situation sociale et économique. L'accommodement se fonde donc sur le respect de la différence.

Cela nous amène à questionner l'accès équitable aux soins de santé de qualité des Québécois issus de l'immigration par rapport aux Québécois d'origine française et anglaise. Les services sont disponibles, mais pas nécessairement accessibles. Cela a comme conséquence que les communautés ethnoculturelles tardent à se prévaloir des services de soins préventifs et à se présenter aux services médicaux pour se faire soigner. De plus, en raison de ces barrières, cela peut donner lieu à de mauvais diagnostics, à des retards dans le diagnostic et à des difficultés à l'adhésion au traitement.

Une question se pose ici.

La qualité des soins pour les communautés ethnoculturelles correspond-elle à celle dont bénéficient les patients de la société d'accueil ?

C'est une approche différenciée à la maladie et au traitement qui doit être préconisée. À cet égard, la Loi de la Santé et des Services sociaux stipule aux articles 1, 2, 2.5, 2.7, 2.8, 3, 3.1, 3.2 et 3.3 ceci :

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

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

2.5 Tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques 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 ;

2.8 Favoriser la prestation efficace et efficiente de services de santé et de services sociaux, dans le respect des droits des usagers de ces services ;

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

3.1 La raison d'être des services est la personne qui les requiert ;

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

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

La Charte des droits et libertés de la personne du Québec stipule à l’alinéa 2 et aux articles 2, 3, 9.1, 10 et 41 ceci :

Préambule, alinéa 2
Considérant que tous les êtres humains sont égaux en valeur et en dignité et ont droit à une égale protection de la loi.

2. Droit au secours.
Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours.

Secours à une personne dont la vie est en péril.
Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.

3. Libertés fondamentales
Toute personne est titulaire des libertés fondamentales telles la liberté de conscience, la liberté de religion, la liberté d'opinion, la liberté d'expression, la liberté de réunion pacifique et la liberté d'association.

9.1 Rôle de la loi.
La loi peut, à cet égard, en fixer la portée et en aménager l'exercice.

10. Discrimination interdite.
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.

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

41. Éducation religieuse et morale.
Les parents ou les personnes qui en tiennent lieu ont le droit d'assurer l'éducation religieuse et morale de leurs enfants conformément à leurs convictions, dans le respect des droits de leurs enfants et de l'intérêt de ceux-ci.

En matière de santé et de services sociaux, l'alinéa 2 du préambule et l'article 9.1 font référence à la Loi de la Santé et des Services sociaux, notamment les articles 2.5, 2.7, 2.8 et 100. En conséquence, avoir un réseau de santé inclusif 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.

De manière générale, le droit à l'égalité des résultats pour toute personne membre d'un groupe discriminé passe donc par un traitement différent, qui s'articule dans le domaine de la santé et des services sociaux notamment par l'adaptation des programmes et services aux caractéristiques du groupe.

Pour les communautés ethnoculturelles, ce droit se fonde sur le paradigme suivant :

> Que l'organisation des programmes et services tient compte des pratiques socioculturelles, des croyances religieuses et de la capacité de compréhension de la langue française de la personne.

Le paradigme actuel sur lequel est basé l'accès aux programmes et services en santé pour les communautés ethnoculturelles est le suivant :

> Pour qu'un membre des communautés ethnoculturelles ait accès aux programmes et services en santé, il doit se conformer à la norme sur laquelle est constituée l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux.

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 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.

Dans l'arrêt Meiorin (1999), la Cour Suprême a décidé que l'obligation d'accommodement de l'employeur couvre à la fois la discrimination directe qu'indirecte. La Cour Suprême considère que l'accommodement assure que chaque personne est évaluée selon ses propres capacités, plutôt qu'en fonction de présumées caractéristiques de groupe. Selon la Cour, ces caractéristiques sont fondées sur des préjugés historiques.

La Cour Suprême, dans l'arrêt Meiorin, établit trois critères pour définir la contrainte excessive à l'égard d'un employeur. Ces critères sont : l'impossibilité de réaliser un accommodement, l'existence d'un risque grave et le coût exorbitant de l'accommodement. Même si l'affaire Meiorin est une cause de discrimination fondée sur le sexe, la décision de la Cour Suprême s'applique à toutes les formes de discrimination (origine nationale, race, langue, ethnicité et religion) et dans tous les secteurs de la société, incluant les services.

La Cour indique qu'au « cœur de la question de l'égalité » se trouve « le but de la transformation ». La Cour ajoute également, qu'il ne suffit pas de faire certaines concessions à ceux qui sont « différents », mais qu'il faut plutôt abandonner « l'idée de la normalité » et œuvrer à la véritable inclusion. (Paragraphe 36 du jugement)

2. Accommodement et contrainte excessive

La contrainte excessive détermine la limite au-delà de laquelle les employeurs et les fournisseurs de services ne sont pas tenus de prendre une mesure d'adaptation. Il y a

habituellement contrainte excessive lorsqu'un employeur ou un fournisseur de services ne peut absorber les coûts de la mesure d'adaptation, tant au niveau des charges financières que de l'efficacité.

Il n'existe pas de formule permettant de décider quels coûts constituent une contrainte excessive et il n'y a pas non plus de définition légale précise de la « contrainte excessive ». Cependant, il faut se rappeler que la « contrainte excessive » implique que certaines contraintes peuvent être reliées à l'obligation de prendre une mesure d'adaptation. Les employeurs et les fournisseurs de services sont tenus d'épuiser toutes les possibilités raisonnables de mesures d'adaptation avant de prétendre à la contrainte excessive.

2.1 Quels sont les facteurs dont il faut tenir compte pour déterminer s'il y a contrainte excessive ?

Il y a contrainte excessive quand les mesures destinées à répondre aux besoins d'une personne ou d'une catégorie de personnes visées constituent, pour la personne qui doit les prendre, une contrainte excessive en matière de coûts, de santé et de sécurité.

Ces trois facteurs (santé, sécurité et coût) doivent être pris en compte pour déterminer si une mesure d'adaptation crée une contrainte excessive. Il n'est pas suffisant de se fonder sur des présomptions subjectives ou des conclusions impressionnistes pour déterminer ce qui est ou de ce qui n'est pas possible et on ne peut pas simplement dire : « Il en coûte trop cher pour prendre une mesure d'adaptation » ou « La mesure d'adaptation pose des problèmes de santé et de sécurité ». Pour démontrer qu'il y a contrainte excessive, il faut fournir les preuves à l'appui.

À travers ses divers arrêts sur la discrimination, l'accommodement et la contrainte excessive, la Cour suprême a énuméré d'autres facteurs qui doivent être également pris en compte, soient :

- La nature du travail effectué ;
- La taille de l'effectif ;
- Le caractère interchangeable des fonctions du poste ;
- La capacité financière de prendre une mesure d'adaptation ;
- Les répercussions de cette mesure sur la convention collective ;

- L’atteinte indue aux droits des employés ;
- Les répercussions sur le moral des employés.

Ces facteurs varient d’un cas à l’autre tout comme l’importance de chacun.

2.2 Quels sont les facteurs à ne pas prendre en considération pour déterminer s'il y a contrainte excessive ?

Un employeur ou un fournisseur de service ne peut prétendre qu’il y a contrainte excessive si cette prétention contredit les motifs de non-discrimination inscrits dans l’article 10 et les droits enchâssés dans la Charte des droits et libertés de la personne du Québec.

Par exemple, un employeur ou un fournisseur de service ne peut prétendre que l’un ou l’autre des facteurs suivants causera une contrainte excessive :

- Préférence de la clientèle ou du public qui repose sur un préjudice ou un stéréotype ;
- Objections discriminatoires comme celles d’autres employés à l’égard de mesures d’adaptation qui reposent sur des préjudices ou des attitudes contraires aux valeurs inhérentes aux droits de la personne ;
- Menace de griefs de la part d’autres employés.

2.3 Existe-t-il un article dans la Charte des droits et libertés de la personne du Québec permettant une exclusion, distinction ou préférence ?

C’est l’article 20 qui permet une distinction, exclusion ou préférence. Cet article stipule les motifs justifiant une exclusion, distinction ou préférence. C’est-à-dire :

Distinction fondée sur aptitudes non discriminatoires

20. Une distinction, exclusion ou préférence fondée sur les aptitudes ou qualités requises par un emploi, ou justifiée par le caractère charitable, philanthropique, religieux, politique ou éducatif d'une institution sans but lucratif ou qui est vouée exclusivement au bien-être d'un groupe ethnique est réputée non discriminatoire.

Cette exception à la règle de non-discrimination liée à l'emploi à exercer doit se fonder sur deux motifs. Toute politique, règle ou pratique doit avoir un lien important avec l'entreprise ou l'institution et la discrimination ne doit pas être davantage de ce qui est nécessaire pour exercer les tâches et les fonctions de l'emploi. On fait ici référence aux exigences professionnelles justifiées.

Le second volet de l'article 20 confère des droits à certaines personnes de s'associer afin d'exprimer des opinions particulières ou d'exercer des activités dans des circonstances précises. C'est la promotion ou le bien-être d'un groupe de personnes identifiables par un des motifs de l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec. On fait ici référence aux motifs justifiables.

V. LE PROJET DE LOI 94

Voici quelques éléments de réflexion qu'ACCÉSSS soumet au législateur québécois au sujet du projet de Loi 94.

1. Notion de l'accommodement (article 1)

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'accommodement est l'outil par lequel les pratiques, les procédures ou les politiques discriminatoires sont éliminées pour atteindre l'égalité de résultat. L'article 1 parle uniquement du « droit à l'égalité ».

ACCÉSSS propose que l'article fasse référence au « droit à l'égalité de résultat ». Cette notion de l'égalité met l'accent sur l'identification de la discrimination 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.

L'article 1 situe l'accommodement et l'élimination de la discrimination, d'une part, dans l'administration publique et, d'autre part, dans les services offerts par l'administration publique. ACCÉSSS demande que le gouvernement, dans l'application de l'accommodement dans le réseau de la santé et des services sociaux, réserve des ressources financières pour assurer l'adaptation des programmes et services aux caractéristiques des Québécoises et Québécoises issus de l'immigration. C'est une approche différenciée à la maladie et au traitement qui doit être préconisée.

ACCÉSSS est d'accord avec la définition de l'accommodement présentée dans l'article 1. Elle est conforme avec la définition que nous présentons dans la Section III de notre mémoire.

2. Égalité entre les hommes et les femmes (article 2)

L'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne affirme l'égalité entre les hommes et les femmes (interdiction de discriminer fondée sur le sexe). ACCÉSSS est d'accord d'affirmer l'égalité entre les hommes et les femmes. Par ailleurs, ACCÉSSS s'oppose que cette égalité soit prépondérante à l'égalité entre les autres groupes de notre société, tel que stipulé dans l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne.

Si le port du voile par certaines femmes de religion musulmane est perçu comme une atteinte à l'égalité entre les femmes et les hommes et que ce projet de Loi veut éliminer la discrimination des femmes dans la religion musulmane, alors, le gouvernement du Québec doit s'assurer que toutes les femmes, indépendamment des religions, ne subissent pas de discrimination. Ce projet de Loi ne vise pas cela.

En conséquence, le gouvernement du Québec doit regarder notamment la place des femmes dans la religion catholique. Dans cette religion, les lieux de pouvoir sont exclusivement occupés par des hommes (prêtres, évêques, papes). De plus, elles n'ont pas le droit de « célébrer la messe » ; cette célébration est réservée aux hommes. Les femmes ont dans cette religion un rôle de servante aux prêtres, aux évêques et aux papes.

De plus, l'Église catholique est contre la contraception, l'avortement et la planification des naissances. Trois (3) revendications majeures du mouvement des femmes pour prendre contrôle de leur vie.

Dans cette volonté du gouvernement du Québec de protéger le droit à l'égalité entre les femmes et les hommes, ACCÉSSS pose au législateur les questions suivantes :

- Pourquoi le législateur ne considère-t-il pas que le port du voile par les femmes religieuses catholiques ne porte pas atteinte à l'égalité entre des femmes et des hommes ?
- Pourquoi le législateur ne considère-t-il pas que la place des femmes dans la religion catholique ne porte pas atteinte à l'égalité entre les femmes et les hommes ?

- Pourquoi le législateur considère-t-il que le fait que l'Église catholique et certaines églises protestantes soient contre la planification des naissances, l'avortement et la contraception ne porte pas atteinte à l'égalité entre les femmes et les hommes ?

Dans l'Arrêt Troilo Mercier (2001), la Cour Suprême confirme que les objectifs de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, soit le droit à l'égalité et la protection contre la discrimination, ne sauraient se réaliser à moins que l'on reconnaisse que les actes discriminatoires peuvent être fondés autant sur les perceptions, les mythes et les stéréotypes, que sur l'existence de limitations fonctionnelles réelles.

Même si cet Arrêt porte sur la discrimination fondée sur le handicap en emploi, ACCÉSSS considère que dans tout le débat du port du voile par les femmes de religion musulmane, cette affirmation de la Cour Suprême s'applique. Le législateur québécois, dans le projet de Loi 94, présuppose que le port du voile est une contrainte excessive pour l'État. L'article 6 du projet de Loi fait référence au « visage découvert » et impose aux femmes de religion musulmane d'avoir le visage découvert pour avoir accès à des services publics.

3. Neutralité religieuse de l'État (article 4)

L'article 4 du projet de Loi proclame que l'État québécois est neutre sur le plan religieux et ne favorise aucune religion. Ce principe, d'une part n'a aucun fondement juridique et, d'autre part, est en opposition avec une des lois du Québec.

La Charte des droits et libertés du Québec ne proclame pas que l'État du Québec est neutre sur le plan religieux. La Loi des normes du travail du Québec oblige les Québécoises et Québécois à prendre congé lors de certaines fêtes de la religion catholique (Noël, Pâques, Action de grâce, St-Jean-Baptiste) et oblige les employeurs à payer ces congés. Voici ce que cette loi proclame aux articles 60, 62, 63 et 64 :

Jours fériés et chômés
60. Les jours suivants sont des jours fériés et chômés :
1 Le 1er janvier;
2 Le Vendredi saint ou le lundi de Pâques, au choix de l'employeur ;
3 Le lundi qui précède le 25 mai ;
4 Le 1er juillet ou, si cette date tombe un dimanche, le 2 juillet;
5 Le 1er lundi de septembre ;

6 Le deuxième lundi d'octobre ;
7 Le 25 décembre.

Calcul de l'indemnité
62. Pour chaque jour férié et chômé, l'employeur doit verser au salarié une indemnité égale à 1/20 du salaire gagné au cours des quatre semaines complètes de paie précédant la semaine du congé, sans tenir compte des heures supplémentaires. Toutefois, l'indemnité du salarié rémunéré en tout ou en partie à commission doit être égale à 1/60 du salaire gagné au cours des 12 semaines complètes de paie précédant la semaine du congé.

Congé compensatoire
63. Si un salarié doit travailler l'un des jours indiqués à l'article 60, l'employeur, en plus de verser au salarié occupé ce jour férié le salaire correspondant au travail effectué, doit lui verser l'indemnité prévue par l'article 62 ou lui accorder un congé compensatoire d'une journée. Dans ce cas, le congé doit être pris dans les trois semaines précédant ou suivant ce jour, sauf si une convention collective ou un décret prévoient une période plus longue.

Congé compensatoire
64. Si un salarié est en congé annuel l'un des jours fériés prévus par l'article 60, l'employeur doit lui verser l'indemnité prévue par l'article 62 ou lui accorder un congé compensatoire d'une journée à une date convenue entre l'employeur et l'intéressé ou fixée par une convention collective ou un décret.

ACCÉSSS rappelle au législateur qu'il y a des Pâques orthodoxes, des Pâques juives et un Noël orthodoxe. De plus, cette loi ne fait aucune mention des fêtes d'autres religions pratiquées par les Québécoises et Québécois. Les fêtes énumérées dans cette loi sont intégrées dans les politiques de gestion des ressources humaines et dans les conventions collectives.

ACCÉSSS porte à l'attention du législateur l'Arrêt Commission scolaire régionale de Chambly (1994) de la Cour Suprême. Le calendrier scolaire, qui en apparence semble neutre, avait pour effet de créer une situation de discrimination pour les enseignants de religion juive de cette commission scolaire. En raison de leurs croyances religieuses, ces enseignants doivent prendre congé pour pratiquer leur religion (célébration du Yom Kippour).

La Commission scolaire refuse de leur payer ce congé ; ces enseignants, pour pratiquer leur religion, doivent subir une perte de salaire, tandis que l'employeur accepte de payer le congé

des autres enseignants qui sont de foi catholique, notamment Noël et Pâques. De plus, ces enseignants de religion juive ne pouvaient pas récupérer la journée de travail perdu, en travaillant une autre journée, soit le samedi, le dimanche ou à Noël.

La Cour Suprême a donc conclu que l'horaire de travail était préjudiciable et le refus de la Commission scolaire de payer l'absence de ses professeurs de religion juive pour pratiquer la fête du Yom Kippour était discriminatoire. La Cour Suprême reconnaît donc que l'horaire de travail de la Commission scolaire régionale de Chambly était établi en fonction des fêtes catholiques. Pour la Cour Suprême, le paiement de ces absences comme mesure d'accommodement est le seul moyen pour respecter les fêtes religieuses des autres religions pratiquées par son personnel, éliminant ainsi l'effet préjudiciable du calendrier scolaire.

Dans toute cette question de la neutralité religieuse de l'État québécois, ACCÉSSS se réfère également à la Loi constitutionnelle canadienne de 1982. La Loi constitutionnelle de 1982 du Canada stipule ceci dans son premier attendu :

« LOI CONSTITUTIONNELLE DE 1982
PARTIE I — CHARTE CANADIENNE DES DROITS ET LIBERTÉS
Attendu que le Canada est fondé sur des principes qui reconnaissent la suprématie de Dieu et la primauté du droit ».

Cela est une preuve de plus que l'État du Québec n'est pas neutre sur le plan religieux. Le terme « Dieu » exprime la divinité des diverses religions chrétiennes et fait du Québec un état religieux chrétien.

De plus, la séparation du clergé catholique et de la classe politique québécoise (Révolution tranquille), d'une part, et l'élimination des écoles confessionnelles (Amendement constitutionnel), d'autre part, ne font pas pour autant du Québec un État neutre sur le plan religieux.

VI. LES COUTS LIÉS À L'EXCLUSION

Le discours de l'État québécois sur la diversité de la société québécoise ne s'est pas traduit en action du changement et en inclusion.

Nous n'avons qu'à penser aux barrières relatives à la reconnaissance des expériences et de la formation acquises hors Québec, au délai de carence de trois mois à l'accès à l'assurance maladie, à un manque de reconnaissance de l'expertise des organismes des communautés ethnoculturelles et à un financement inférieur à celui des organismes de la société de souche.

De manière générale, les problèmes d'accès aux services collectifs et à l'emploi auxquels doivent faire face les immigrants et les réfugiés sont fréquemment considérés comme des difficultés de « nouveaux arrivants » qui se résoudront un jour par leur intégration dans la société d'accueil.

Il est très simple d'évaluer précisément les coûts reliés à l'exclusion sociétale des communautés ethnoculturelles (immigrants, minorités visibles et autres). Les composantes sont multiples et très bien connues : le taux de chômage des immigrants, la discrimination en emploi des minorités visibles, le taux de décrochage scolaire, la maladie, les situations de handicap, ainsi que l'inadéquation des soins de santé et des services sociaux.

Avoir un réseau de santé inclusif 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 grand 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. Sans une telle approche de travail partenariale, cela donnera lieu à une inadaptation des services, à une sous-utilisation et à une mauvaise utilisation des services de santé et sociaux existants, d'où l'importance d'établir un partenariat public communautaire entre le réseau de la santé et des services sociaux et ACCÉSSS.

Les changements démographiques en raison d'une immigration accrue exigent une nouvelle manière de développer et de gérer le réseau de la santé et des services sociaux. Cela implique de revoir le mécanisme d'allocation des ressources (budgétaires, humaines et matérielles), la détermination des programmes, les modes de prestation des services et la formation du personnel. Dans cette perspective, il faut également une phase de rattrapage pour les communautés ethnoculturelles. Un réseau de la santé et des services sociaux, sans discrimination, doit se fonder sur la connaissance de sa population et une organisation de services répondant aux besoins de cette population.

Dans la pratique clinique et l'intervention médicale, la communication est essentielle dans un environnement où se parlent plusieurs langues étrangères et interagissent plusieurs cultures. La gestion de la diversité, considérée comme un défi au MSSS et au réseau, doit être analysée sous

l’angle de la qualité des prestations, des principes d’efficacité et d’efficience, du développement des compétences du personnel, ainsi que celui du financement.

Les mesures visant à développer les compétences en interculturel du personnel, à améliorer l’efficience et l’efficacité des structures, la qualité des services, des procédures médicales et des résultats du traitement englobent expressément les aspects spécifiques à la gestion de la diversité. Ils sont la pierre angulaire d’une prestation effectivement orientée sur le patient. Tenir compte des différences qui apparaissent dans toute nouvelle situation, c’est se donner la possibilité de concevoir des structures et des procédures qui mènent à des résultats adaptés à chaque cas.

Les barrières linguistiques et culturelles se répercutent dans l’exercice du droit du patient à la confidentialité, au consentement aux soins et à la participation aux décisions affectant sa santé. Ces droits sont prescrits par la Loi de la Santé et les Services sociaux aux articles 8, 9 et 10 :

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

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

(……)

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

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

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

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

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

Ces barrières se répercutent également sur la pratique clinique et l'intervention médicale. C'est-à-dire le dépistage, le diagnostic, le traitement et les suivis liés au traitement, ainsi qu'à l'adhésion au traitement.

Le principe de l'égalité de résultat exige des établissements de santé qu'ils créent les conditions permettant à chaque personne de bénéficier d'un accueil, d'un traitement et d'un suivi médical adaptés à sa situation, indépendamment de sa culture d'origine, de sa langue, de son sexe, de sa religion ainsi que de sa situation sociale et économique.

Voici quelques questions qu'ACCÉSSS soulève :

- Comment est intégrée la composante ethnoculturelle dans la formation du personnel du réseau (cadres et non-cadres) ?
- Comment a été faite l'allocation des ressources pour respecter 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, tel que les facteurs génétiques ?
- Lors des campagnes de vaccination ou de prévention des maladies épidémiques, rejoigne-on adéquatement les membres des communautés ethnoculturelles, surtout les nouveaux arrivants ?
- Lors des campagnes d'éducation sur la prévention des infections et maladies, quels moyens utilisent les départements de santé publique pour rejoindre ces populations ?
- Quels moyens utilisent les DSP pour traduire les renseignements sur la bonne consommation des médicaments, sur la bonne alimentation, etc., dans les langues maternelles des communautés ethnoculturelles, surtout celles des nouveaux arrivants ?
- Les répondants d'Info-Santé sont-ils capables de parler 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 ?
- À quand les Programmes d'accès à l'égalité dans le secteur de la santé et des services sociaux ?

Il ne suffit pas de proposer une politique, d'édicter une loi, de développer un plan d'action et de mettre en place des structures pour que les communautés ethnoculturelles puissent les utiliser en toute égalité. Cela relève de la pensée MAGIQUE.

Il faut que le MSSS, les ASSS et les CSSS gèrent et développent le réseau différemment. C'est un changement de culture, l'implantation de nouvelles pratiques de gestion, une nouvelle orientation de la formation du personnel et un nouveau cadre de recherche et d'évaluation de programmes qui sont exigés ici. Cela ne peut se faire sans la mise en œuvre des mesures d'accommodement.

VII. CONCLUSION

La diversité ethnoculturelle croissante de notre société engendre des pressions sur la prestation de services sociaux et de santé. 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 pour les communautés ethnoculturelles. Ces inégalités sont provoquées par le fait que les différences ethnoculturelles et religieuses 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. L'expérience terrain nous démontre que cette égalité de droit ne s'est pas encore traduite en égalité de fait.

À partir de l'expérience des vingt dernières années, ACCÉSSS a identifié cinq moyens principaux afin d'arriver à l'accessibilité équitable des communautés ethnoculturelles aux services de santé et des services sociaux. C'est ce que nous appelons les cinq « piliers de l'égalité », à savoir :

Pilier 1. La prestation des services de santé et services sociaux égale en qualité à ceux offerts à la population en général ; (c.-à-d., adaptation de ces services à la diversité ethnoculturelle de la population québécoise) ;

Pilier 2. L'embauche des minorités ethnoculturelles au sein du réseau ;

Pilier 3. L'adéquation des ressources offertes aux organismes communautaires des communautés ethnoculturelles par rapport à la taille de ces communautés au sein de la société québécoise ;

Pilier 4. La participation des minorités ethnoculturelles au sein des instances décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux ;

Pilier 5. Développement des compétences en intervention interculturelle — la formation continue et de base des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que des étudiants et des professionnels du domaine de la santé et des services sociaux.

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 pratiques qui ont ou

peuvent avoir un effet d'exclusion. 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 à l'article 10 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec.

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.

En dernier lieu, le débat actuel sur les accommodements fait suite à des concessions discutables qu'on a cru être des accommodements raisonnables. Certaines instances (municipales, politiques, médiatiques) ont malheureusement contribué au dérapage du sujet plutôt qu'à un échange constructif sur ce dernier. On discute désormais de questions telles que l'intégration des immigrants, les niveaux d'immigration, la laïcité au Québec, l'identité et les valeurs québécoises.

Le débat reflète non seulement une mauvaise compréhension de la part de la population en général de la notion d'accommodement et de son utilisation, mais également des malaises que certains éprouvent à l'égard de la présence des immigrants ainsi que des transformations socioculturelles que cette présence engendre au sein de la société. Il faut plutôt insister sur le caractère inclusif de la notion d'accommodement raisonnable et défaire les mythes s'y entourant. Pour ce faire, il faudra informer et former les personnes qui feront face dans le cadre de leur fonction à des demandes d'accommodements à départager ce qui constitue un véritable accommodement raisonnable et ce qui n'en constitue pas un. C'est ainsi que les assentiments sensationnalistes, qui font l'objet des débats actuels, se feront de plus en plus rares.

ANNEXE 1 : RECOMMANDATIONS

1. Que le gouvernement du Québec reconnaisse ACCÉSSS comme organisme expert-conseil et établisse un partenariat public communautaire en matière d'adaptation des modes de soins de santé et des services sociaux aux caractéristiques des communautés ethnoculturelles.

2. Que le gouvernement du Québec, en collaboration avec le réseau et ACCÉSSS, élabore et implante des programmes d'accès à l'égalité en matière de services sociaux et de santé pour les communautés ethnoculturelles.

3. Que le gouvernement du Québec, en collaboration avec ACCÉSSS, implante des programmes d'accès à l'égalité en emploi au sein du réseau de la santé et des services sociaux, tels que définis par la Loi sur l'accès à l'égalité en emploi (L.R.Q., chapitre A-2.01).

4. Que la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) et ACCÉSSS mettent sur pied un comité de travail sur l'implantation des PAE (Référence article 86 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec.

5. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise, avec la collaboration d'ACCÉSSS, une enquête pour déterminer dans quelle mesure les services de santé offerts par les établissements du réseau sont adéquatement préparés pour desservir les clientèles des communautés ethnoculturelles.

6. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux procède à l'analyse, avec la collaboration d'ACCÉSSS, de ses programmes de développement des compétences en intervention interculturelle, et de formation continue et de base des intervenants du réseau, ainsi que des étudiants des professions du domaine de la santé et des services sociaux.

7. Que le gouvernement du Québec et ses institutions vouées à la protection des femmes en situation de crise, tout en s'assurent que les services et programmes créés pour aider ces femmes sont adéquatement outillés pour aider les femmes des communautés ethnoculturelles en détresse.

8. Que le gouvernement du Québec augmente les ressources humaines et matérielles allouées aux centres d'hébergement des femmes victimes de violence conjugale desservant les femmes des communautés ethnoculturelles.

9. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise, avec la collaboration d'ACCÉSSS, une enquête pour déterminer dans quelle mesure les services liés à la santé mentale offerts par ces services (c.-à-d., psychiatriques, lignes d'écoute, assistance, maisons d'hébergement, counselling, etc.) sont adéquatement préparés pour desservir les clientèles issues des communautés ethnoculturelles.

10. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise, avec la collaboration d'ACCÉSSS, une enquête sur la problématique des jeunes des communautés ethnoculturelles pour déterminer les facteurs qui produisent une proportion importante de ces jeunes au sein des Centres jeunesse, ainsi que dans le bassin de clientèles d'autres institutions vouées à la réduction des tensions raciales dans la société québécoise.

11. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise, avec la collaboration d'ACCÉSSS, une enquête pour identifier les barrières d'accès aux services vécues par les personnes aînées des communautés ethnoculturelles, et pour trouver des solutions avec la collaboration des représentants des organismes communautaires voués à la défense des droits de ces communautés.

12. ACCÉSSS recommande que les organismes communautaires constitués par les diverses minorités ethniques et raciales soient reconnus dans leur spécificité, et au pied d'égalité avec les autres organismes voués à la préservation des valeurs, traditions et cultures, telle que comprise par les articles 20 et 43 de la Charte des droits et libertés de la Personne du Québec.

13. Que le gouvernement du Québec reconnaisse les organismes communautaires des communautés ethnoculturelles en tant qu'organismes communautaires québécois au pied d'égalité avec tous les autres organismes ; et qu'il réserve une enveloppe budgétaire pour ces organismes proportionnelle aux clientèles qu'ils desservent.

14. ACCÉSSS recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux nomme des représentants des minorités ethniques et raciales au sein des instances décisionnelles prévues pour les nouvelles structures administratives à partir de la réforme en cours (c.-à-d., les conseils d'administration des agences de santé et des services sociaux, les RLS, les CSSS, les établissements fusionnés, etc.).

15. Que le gouvernement du Québec abolisse le règlement sur le délai de carence de trois mois en matière d'accès au Régime de l'assurance-maladie par les immigrants.

16. Que le processus de reconnaissance de formation acquise à l'étranger soit accéléré et que la formation d'appoint et les stages soient rendus plus accessibles, afin de permettre aux professionnels ayant des formations acquises à l'étranger de pratiquer rapidement leur profession.

17. Que le gouvernement du Québec inclue dans ses politiques et programmes de recherche la composante communauté ethnoculturelle.

18. Que le gouvernement du Québec, en collaboration avec la CDPDJ et les organismes communautaires des communautés ethnoculturelles, élabore une campagne médiatique sur la discrimination et le racisme.

19. Que le gouvernement du Québec élabore un plan d'action et alloue les ressources appropriées pour l'implantation du PIDEC et des autres conventions internationales en matière de droits à l'égalité et d'élimination du racisme.

20. Que le Ministère de la Justice, en collaboration avec ACCÉSSS et la CDPDJ, élabore un programme de formation en matière d'intervention interculturelle pour le personnel, à tous les niveaux, du système judiciaire et alloue les ressources appropriées pour appliquer ce programme.

21. Que la CDPDJ élabore un programme de formation, destiné aux organismes communautaires des communautés ethnoculturelles, en matière de promotion de la Charte, des droits, de lutte contre la discrimination et sur le processus des plaintes à la CDPDJ et alloue les ressources appropriées pour appliquer ce programme.

22. ACCÉSSS recommande qu'il ait un débat de société sur la place de la religion dans l'espace public, la laïcité de l'État québécois et l'hétérogénéité de la société québécoise et d'utiliser la Charte des droits et libertés du Québec comme base de ce débat.

ANNEXE 2 : EXTRAIT DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

© Éditeur officiel du Québec
Dernière version disponible
À jour au 6 novembre 2006

L.R.Q., chapitre S-4.2
LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

PARTIE I OBJET DE LA LOI ET DROITS DES USAGERS
TITRE I OBJET

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

Objectifs :
Il vise plus particulièrement à :
1. réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps ;
2. agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion ;
3. favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être des personnes ;
4. favoriser la protection de la santé publique ;
5. favoriser l'adaptation ou la réadaptation des personnes, leur intégration ou leur réintégration sociale ;
6. diminuer l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie des personnes ;
7. atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

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

Réalisation des objectifs :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lignes directrices :

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

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

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

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

4 l'usager doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant ;
5 l'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.
1991, c. 42, a. 3 ; 2002, c. 71, a. 2.

TITRE II DROITS DES USAGERS
CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Information
4. Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.
1991, c. 42, a. 4.

Droit aux services
5. Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.
1991, c. 42, a. 5 ; 2002, c. 71, a. 3.

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

Acceptation ou refus
Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.
1991, c. 42, a. 6.

Soins appropriés
7. Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.
1991, c. 42, a. 7.

Informations

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

Droit à l'information

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

Définition

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

"accident".

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

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

Consentement requis

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

Consentement aux soins

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

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

Participation

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

Plan d'intervention

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

Modification

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

1991, c. 42, a. 10.

Accompagnement

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

1991, c. 42, a. 11.

Représentant

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

Présomption

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

1 ° le titulaire de l'autorité parentale de l'usager mineur ou le tuteur de cet usager ;

2 ° le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'usager majeur inapte ;

3 ° la personne autorisée par un mandat donné par l'usager majeur inapte antérieurement à son inaptitude ;

4 ° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte.

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

Exercice des droits

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

1991, c. 42, a. 13.

Période d'hébergement

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

Congé de l'établissement

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

1991, c. 42, a. 14.

Langue anglaise

15. Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348.

1991, c. 42, a. 15.

Recours

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

Recours

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

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

Services offerts.

100. Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à résoudre les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et collaborer avec les autres intervenants du

milieu, incluant le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations.
1991, c. 42, a. 100 ; 2002, c. 71, a. 5 ; 2005, c. 32, a. 49.

ANNEXE 3 - CADRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ORGANISATION DE LA PASTORALE EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX