



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

MÉMOIRE D'ACCÉSS

Sur la consultation des pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles

Soumis à la Commission Taylor-Bouchard

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

SEPTEMBRE 2007

REMERCIEMENTS

Coordination :
Jérôme Di Giovanni

Comité de rédaction :
Javiera Arroyo
Pascual Delgado
Jérôme Di Giovanni
Adina Ungureanu

Responsable de la consultation :
Adina Ungureanu

Traitement de texte :
Camila José

ACCÉSSS remercie tous ses organismes membres qui ont participé à la consultation.

I. INTRODUCTION

Notre mandat en tant qu'organisme et notre expertise 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 ethnoculturelles vivent une double discrimination en matière d'emploi. En santé et services sociaux, les personnes âgées 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 du pluralisme 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 du pluralisme dans la prestation de services publics. Outiller le personnel à mieux travailler en contexte pluraliste par le développement des compétences interculturelles contribuera à éviter des conflits ainsi que des plaintes des usagers pour discrimination. 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 à l'émergence d'une nouvelle culture. Ainsi, d'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 mettre en question le fait que le Québec est une société démocratique et libérale, car elles sont possibles 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 libérale.

II. ACCÉSSS

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

ACCÉSSS favorise donc le développement et le partage d'expertises en matière d'accessibilité et d'adéquation des services de santé et des services sociaux. Pour ce faire, ACCÉSSS a notamment comme rôle la formation et la sensibilisation des intervenants et des communautés ethnoculturelles ainsi que la promotion et la réalisation de recherches et d'enquêtes afin d'identifier les besoins spécifiques des communautés ethnoculturelles.

C'est une question de concertation et de planification des interventions entre le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les Agences de la Santé et des Services sociaux (ASSS), les Centres de la Santé et les Services sociaux (CSSS), et tout autre établissement public et ACCÉSSS, ainsi que de l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Sans une telle approche de travail partenariale, cela donnera lieu à une inadéquation 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 les organisations des communautés ethnoculturelles.

Ainsi, plusieurs organismes communautaires travaillent afin d'augmenter l'accessibilité et l'adéquation des services aux communautés ethnoculturelles. Sans offrir les mêmes services que le réseau public, ces organismes proposent des services complémentaires qui ont comme effet d'une part d'alléger le réseau et d'autre part de fournir aux populations ethnoculturelles des outils d'intégration. Ces organismes offrent notamment les services suivants :

- Accueil et établissement (accompagnement, interprétariat) ;
- Services destinés aux réfugiés ;
- Services destinés aux familles (support psychologique, suivi) ;
- Services destinés aux personnes âgées (activités sociales, accompagnement et suivi à domicile) ;
- Services destinés aux jeunes (activités sociales, aide scolaire) ;
- Services destinés aux femmes (maison d'hébergement, conseils parajuridiques) ;
- Services en santé mentale et services aux personnes handicapées ;
- Services de formation aux nouveaux arrivants (cours de français, de recherche d'emploi et d'insertion professionnelle).

En effet, les organismes communautaires membres d'ACCÉSSS sont des partenaires directs et indispensables du réseau de santé et des services sociaux. De plus, depuis sa fondation, ACCÉSSS a été invitée par plusieurs ministres afin de mettre à profit son expertise en matière d'accessibilité et d'adaptation des services sociaux et de santé aux communautés ethnoculturelles.

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, 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 de services publics.

En conséquence, ACCÉSSS réaffirme l'importance des principes d'accessibilité, d'universalité 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.

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.

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.

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 ET L'ACCOMMODEMENT, L'EXEMPLE DE L'EMPLOI

Dans notre société, le travail rémunéré est l'une des activités les plus valorisées. Ne pas avoir de travail rémunéré mène le plus souvent à l'exclusion sociale. Les minorités visibles vivent une exclusion très grande du marché du travail rémunéré, même si depuis une vingtaine d'années, un grand nombre de programmes et de services a été mis en place pour leur venir en aide. Plusieurs obstacles discriminatoires nuisent à leur accès au marché régulier du travail, à leur maintien en emploi et à leur mobilité professionnelle.

1. Une norme à changer

L'exercice effectif du droit à l'accès à l'égalité en emploi pour les membres des communautés ethnoculturelles 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 du système d'emploi, de conditions de travail ainsi que du milieu de travail.

Pour les membres des communautés ethnoculturelles, le droit à l'accommodement est une condition sine qua non à l'élimination de la discrimination systémique, qu'elle soit directe ou indirecte. L'accommodement leur assure une évaluation équitable de leurs capacités, de leurs compétences et de leurs aptitudes d'acquiescer les compétences. L'accommodement se fonde donc sur le respect de la différence.

La reconnaissance du droit à l'accommodement et son exercice engendrent la tolérance dans le milieu de travail. Cela a comme résultante d'éliminer les obstacles systémiques à l'embauche, au maintien en emploi et à la mobilité professionnelle des membres des communautés ethnoculturelles, notamment :

- en assurant leur droit à l'égalité ;
- en leur assurant une évaluation équitable de leurs qualifications ;
- en favorisant un climat de tolérance dans le milieu de travail ;
- en assurant à celles et ceux qui sont sur le marché du travail une protection contre les pratiques discriminatoires.

Le droit à l'égalité des résultats pour les membres des communautés ethnoculturelles passe donc par un traitement différent, qui s'articule notamment par l'adaptation de l'organisation du travail, des conditions de travail et du milieu de travail. Ce droit se fonde sur le paradigme suivant :

Que l'organisation du travail ainsi que l'environnement tiennent 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 à l'emploi des communautés ethnoculturelles est le suivant :

Pour qu'un membre des communautés ethnoculturelles ait accès au marché du travail et se maintienne en emploi, il doit se conformer à la norme sur laquelle est constituée l'organisation du travail.

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 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.

2. Discrimination et accommodement

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.

Cet arrêt vient réformer les relations de travail, en incluant l'accommodement dans l'établissement d'une exigence professionnelle (norme). Ainsi, l'accommodement est incorporé dans les politiques et pratiques de gestion des ressources humaines.

En termes organisationnels, cela se traduit en adaptation de postes, de conditions de travail ainsi que du milieu de travail.

La Cour Suprême propose d'analyser une norme établie par l'employeur en trois étapes pour déterminer si elle est une exigence professionnelle justifiée. Ces étapes sont :

- (1) Qu'il a adopté la norme dans un but rationnellement lié à l'exécution du travail en cause ;
- (2) Qu'il a adopté la norme particulière en croyant sincèrement qu'elle était nécessaire pour réaliser ce but légitime lié au travail ;
- (3) Que la norme est raisonnablement nécessaire pour réaliser ce but légitime lié au travail.

On peut résumer l'explication de la Cour suprême de cette méthode en trois étapes comme suit :

La première étape de l'analyse consiste à voir si l'employeur a adopté la norme dans un but rationnellement lié à l'exécution du travail en cause. Il s'agit non pas de décider de la validité de la norme particulière, mais plutôt de la validité de son objectif plus général. L'employeur doit donc démontrer l'existence d'un lien rationnel entre l'objet général que la norme contestée vise, et les exigences objectives du travail. À défaut d'avoir un objet général légitime, la règle n'est pas une qualité requise et elle doit donc être annulée. La deuxième étape de l'analyse, où l'employeur doit établir qu'il a adopté la norme particulière en croyant sincèrement qu'elle était nécessaire pour réaliser ce but légitime lié au travail, sera de très peu d'utilité, sauf lorsque l'employeur a refusé de négocier une règle non discriminatoire. Et dans les cas où la discrimination est manifestement fondée sur un préjugé à l'égard d'un groupe, on ne pourrait de toute façon admettre l'invocation d'une croyance sincère. Autrement, il est difficile de voir en quoi ce test subjectif pourrait apporter une preuve utile pour déterminer si la norme est une exigence professionnelle justifiée. Peu importe la croyance de l'employeur, c'est surtout le test objectif imposant le double critère de rationalité et de nécessité qui permet d'évaluer de façon objective si la norme est justifiée. Dans ce sens, on peut présumer qu'en pratique c'est surtout à la troisième étape de l'analyse, où l'employeur doit prouver la nécessité de la règle, que les normes discriminatoires sont susceptibles d'échouer au test de justification.

Pour prouver que la norme est raisonnablement nécessaire, il faut démontrer qu'il est impossible de composer avec les employés qui ont les mêmes caractéristiques que le demandeur sans que l'employeur subisse une contrainte excessive.

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.

Dans le cadre du nouveau paradigme décrit plus haut, le droit à l'adaptation débouche sur des mesures permanentes et préférentielles nécessaires pour atteindre et maintenir l'égalité des résultats en emploi pour les membres des communautés ethnoculturelles, modifiant à la fois la norme sur laquelle sont fondées l'organisation du travail et l'organisation elle-même.

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 ». De plus, la Cour ajoute, 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).

V. UN RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ÉQUITABLE

Les gouvernements nous présentent l'accès à la santé surtout à partir des considérations financières. Ils se sont engagés dans une restructuration largement imposée par l'augmentation des coûts des soins de santé et cherchent à implanter des mesures budgétaires et administratives pour freiner ces coûts.

Par ailleurs, ces mesures administratives et budgétaires ne règlent pas les problèmes d'accès pour les communautés ethnoculturelles. Les services peuvent être disponibles, mais pas nécessairement accessibles ; l'organisation des programmes n'est pas nécessairement équitable. En fait, les préoccupations des communautés ethnoculturelles risquent d'être enterrées dans le processus de restructuration et cela pour plusieurs raisons. Par exemple :

- Les communautés ethnoculturelles ne sont pas adéquatement représentées dans les structures décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux ;
- Les recherches sont inadéquates pour ce qui touche aux obstacles d'accès et à l'identification des besoins des communautés ethnoculturelles, de sorte que ces

éléments sont négligés dans la planification, dans la détermination des budgets et l'allocation des ressources ;

- En mettant l'accent sur la compression des dépenses, les gestionnaires hésitent à préciser les nouveaux programmes qui seraient requis en raison de l'immigration.

Par conséquent, ACCÉSSS propose d'analyser l'accès à la santé en tenant compte de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec et la notion de l'égalité de résultats, car ces mesures suscitent des préoccupations d'équité. 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; c'est-à-dire l'élimination des obstacles à l'accessibilité et le renforcement du soutien social.

C'est 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 ; c'est-à-dire d'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, 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'équité.

Rappelons que le programme d'accès à l'égalité est l'instrument privilégié par la Charte pour identifier et éliminer la discrimination. Il est également 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.

En définitive, ACCÉSSS fait la promotion d'un réseau de la santé et des services sociaux fondé sur le principe de l'ÉQUITÉ. C'est-à-dire que les gestionnaires répartissent équitablement les ressources et que les services soient créés et dispensés selon les besoins.

VI. LES COÛTS 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 à l'échec des PAE en emploi, au refus de 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 sont confrontés 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. Soit 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 inadéquation 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.

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 ethnospcifiques de ces clientèles, tel que les facteurs génétiques ?

Lors des campagnes de vaccination ou de prévention des maladies épidémiques, rejoint-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 d'élaborer une politique, d'édicter une loi, d'élaborer 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 de 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 incluses dans la gestion du réseau, les modes de prestation des services et la formation des intervenants.

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 et pratiques qui ont ou peuvent avoir un effet d'exclusion. Rappelons que la discrimination systémique se définit comme suit :

Des politiques, des lois 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. 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.

ANNEXES AU MÉMOIRE D'ACCÉSSS À LA COMMISSION TAYLOR-BOUCHARD

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, 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 âgées 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 inclut 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 PIDEAC 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.

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

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:

- 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, socio-culturelles, ethno-culturelles 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'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3° l'utilisateur 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'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5° l'utilisateur 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'utilisateur, 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'examen, 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'utilisateur 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.

ANNEXE 3 : LISTE DES MEMBRES

1. Accueil aux immigrants de l'est de Montréal (AIEM)
2. Accueil Liaison pour arrivants (ALPA)
3. Accueil Parrainage Outaouais
4. Amitié Chinoise de Montréal
5. Assemblée chrétienne Shekinah
6. Association Canadienne pour la Santé mentale filiale de Montréal
7. Association haitiano-canado-québécoise
8. Association Montréalaise pour les aveugles
9. Association des citoyens âgés (ASKLIPIOS)
10. Association des femmes immigrantes de l'Outaouais
11. Association des femmes roumaines "MIORITZA"
12. Association multiethnique pour l'intégration des personnes handicapées (AMEIPH)
13. Afghan women's Association in Montreal
14. Bouclier d'Athéna
15. Bureau de la Communauté haïtienne de Montréal
16. CARI Saint-Laurent
17. Carrefour communautaire Montrose inc.
18. Carrefour d'aide aux nouveaux arrivants
19. Carrefour Le Moutier
20. Carrefour Solidarité Anjou
21. CASA - C.A.F.I
22. CDEC Centre-Nord
23. Centre africain de développement et d'entraide
24. Centre Afrika C.A.C
25. Centre communautaire Bon courage
26. Centre communautaire des femmes sud-asiatiques
27. Centre culturel des Canadiens japonais de Montréal
28. Centre d'aide à la famille
29. Centre d'aide Multi-Écoute
30. Centre d'animation multi-ethnique éducatif de Rosemont (CAMER)
31. Centre d'encadrement pour jeunes filles immigrantes (CEJFI)
32. Centre d'hébergement Flora Tristan
33. Centre d'intervention de crise en santé mentale (TRACOM)
34. Centre d'orientation paralégale et sociale pour immigrants (COPSI)
35. Centre de réadaptation Constance Lethbridge
36. Centre de référence de la communauté russophone du Québec (CRCRQ)
37. Centre de Ressources et d'Intervention en Santé et Sexualité (CRISS)
38. Centre des femmes italiennes de Montréal
39. Centre Jeunesse de Québec
40. Centre international des femmes du Québec
41. Centre multiethnique de Québec inc.
42. Centre S.A.I.M - Services aux Aînés de Montréal
43. Centre Sino-Québec de la Rive-Sud
44. Centre social d'aide aux immigrants (CSAI)
45. Centre sur la diversité culturelle et les pratiques solidaires (CEDISOL)
46. Chantier d'Afrique du Canada (Chafric)
47. CLAM (Carrefour de liaison et d'aide multiethnique)

48. CLUB AMI
49. Collectif des femmes immigrantes du Québec
50. Comité Accessibilité de Rosemont
51. Comité des femmes, Fédération des communautés ethnoculturelles de l'Estrie
52. Communauté vietnamienne du Canada de Montréal
53. Conseil régional des personnes âgées italo-canadiennes de Montréal
54. COOP Santé Globale
55. Entraide Saint-Michel
56. Entraide ukrainienne de Montréal inc.
57. Famille Espoir
58. Femmes autochtones du Québec
59. Femmes du monde à Côte-des-Neiges
60. Fondation roumaine de Montréal
61. Forum régional d'intervention auprès des familles issues de l'immigration (FORFI)
62. Groupe action pour prévention
63. Halte-femmes de Montréal-Nord
64. Hôpital de Montréal pour enfants
65. Institut Interculturel de Montréal
66. L'Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale - Rive-Sud
67. L'Hirondelle
68. La Maisonnée inc. (Service d'Aide et de Liaison pour Immigrants)
69. Les Services Sans Frontière inc.
70. Maison d'accueil Mutchmore
71. Maison internationale de la Rive-Sud
72. Maison internationale de Québec - MIQ
73. Maison Plein Cœur
74. Maison La Virevolte
75. Médecins d'ailleurs
76. Mieux-être des immigrants
77. Mouvement Jeunesse Mtl-Nord (Café Jeunesse Multiculturel)
78. Option Travail inc.
79. Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec
80. Point de Ralliement des Femmes d'origine haïtienne
81. PROMIS
82. Regroupement des organismes du Montréal ethnique pour le logement (R.O.M.E.L)
83. Service à la famille chinoise du Grand-Montréal
84. Service d'aide à l'adaptation des immigrants/es (SAAI)
85. Service d'aide aux Néo-Canadiens (SANC)
86. Services communautaires Canadiens-Italiens du Québec
87. Services d'assistance aux immigrants juifs (JIAS)
88. Solidarité Ahuntsic
89. Solidarité ethnique régionale de la YAMASKA (SERY)
90. Spectre de rue
91. Vision inter-cultures

ANNEXE 4 : DOCUMENTS ET MÉMOIRES IMPORTANTS SUR LA PROBLÉMATIQUE DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AUX COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES. (EN ORDRE CHRONOLOGIQUE)

Gouvernement du Québec, Développement culturel et scientifique - Autant de façons d'être québécois, Plan d'action du gouvernement du Québec à l'intention des communautés culturelles. (mars 1981)

SORÉCOM inc. - En plus, on est moins! Sondage sur les actions des établissements du réseau des Affaires sociales dans la région de Montréal métropolitain à l'égard des communautés culturelles. (août 1983)

C.T.A.S.S.C.C. - Politique d'accessibilité des services sociosanitaires publics et parapublics aux communautés ethnoculturelles de Montréal Métropolitain. (Mai 1984)

C.T.A.S.S.C.C. - Rapport du Comité aviseur au Groupe de travail au sujet de la politique d'accessibilité aux services sociosanitaires des C.L.S.C. (12 février 1985)

C.T.A.S.S.C.C. - Document de référence (mai 1985)

C.T.A.S.S.C.C. - Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon). (22 mai, 1986)

Ministère de la Santé et des Services sociaux - Rapport final, Comité consultatif sur l'accessibilité des services des établissements du réseau aux communautés culturelles (Comité Sirros). (novembre 1987)

ACCÉSSS et L'Association Multi-ethnique pour l'intégration des Personnes Handicapées du Québec - Mémoire sur le projet de politique de santé mentale pour le Québec, présenté à la Commission des Affaires Sociales. (23 novembre 1987)

Gouvernement du Québec - Rapport de la Commission d'Enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Rochon). (février 1988)

ACCÉSSS - Mémoire présenté à Madame la Ministre de la santé et des services sociaux dans le cadre de la consultation sur le Rapport Rochon. (3 juin 1988)

ACCÉSSS - Rapport final, Journée d'étude " Échange = Accès " (19 mai 1988)

Conseil des relations interculturelles et de l'immigration - L'accessibilité des membres des communautés culturelles aux services de santé et aux services sociaux. (10 juin 1988)

Bibeau, Gilles - À la fois d'ici et d'ailleurs : les communautés culturelles au Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé. (8 septembre 1988)

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bureau des services aux communautés culturelles - Rapport final. Journée de consultation des organismes communautaires des communautés culturelles. (27 janvier 1989)

Santé Québec - Les communautés culturelles et la santé, ça va? (1989)

ACCÉSSS. Mémoire sur l'Avant-projet de loi. Présenté à La Commission des Affaires sociales. (15 janvier 1990)

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bureau des services aux communautés culturelles - Accessibilité des services aux communautés culturelles. Orientations et plan d'action 1989-1991. (février 1990)

Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain - Plan régional d'accessibilité aux communautés culturelles. (22 février 1990)

ACCÉSSS - Le Québec, une société multiculturelle. Mémoire présenté à la Commission parlementaire sur l'avenir politique constitutionnel du Québec. (octobre 1990)

ACCÉSSS - Mémoire présenté à la Commission sur la culture sur L'Énoncé de politique d'immigration et d'intégration. (février 1991)

ACCÉSSS - Mémoire sur le financement des services sociaux et de santé, présenté au Ministre de la Santé et les Services sociaux, Marc-Yvan Côté. (février 1992)

ACCÉSSS - Mémoire présenté au sujet du Projet de loi 120 (Réforme Côté). (avril 1992)

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bureau des services aux communautés culturelles - Actes du colloque Le Pluralisme : défi d'aujourd'hui dans le réseau de la santé et des services sociaux, tenu le 18 novembre 1992.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bureau des services aux communautés culturelles - Orientations et plan d'action 1993-1996 (1993).

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de soutien aux organismes communautaires - État de situation et réflexions sur les organismes communautaires des communautés culturelles ou des communautés autochtones. (Mars 1993)

ACCÉSSS - Accessibilité des services sociaux et de santé aux communautés culturelles. Bilan des dix dernières années. Perspectives. (août 1993)

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bureau des services aux communautés culturelles - Accessibilité des services aux communautés culturelles. Orientations et plan d'action, 1994-1997.

ACCÉSSS - Vers un nouvel équilibre. Mémoire présenté par ACCÉSSS...à La Régie régionale de Montréal-Centre. (20 avril 1995)

ACCÉSSS, Comité de travail Santé Mentale - Document de travail présenté...au CLSC St-Louis du Parc, dans le cadre des travaux préparatoires du Forum sur le virage ambulatoire. (20 février 1998)

ACCÉSSS - La Santé pour tous. Avis portant sur l'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal tel que présenté par la Régie régionale de Montréal-Centre dans son document de support intitulé " Choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services, le défi de l'accès ". (4 mars 1998)

ACCÉSSS - Les actes du colloque, Première journée de réflexion " Rapports familiaux en milieu ethnoculturel : Où en sommes nous? " (18 mars 1999)

ACCÉSSS - L'Interprétariat dans le milieu communautaire. Avis présenté à la Régie régionale de Montréal-Centre, Document de travail. (Hiver 2000)

Direction de la santé publique de Montréal-Centre, RRSSSM-C - Culture, santé et ethnicité, vers une santé publique pluraliste. (2000)

ACCÉSSS - Violence conjugale en milieu ethnoculturel, tour d'horizon de la littérature existante. (2001)

ACCÉSSS - Violence conjugale en milieu ethnoculturel, outil de référence. (2001)

ACCÉSSS - État de situation sur l'accessibilité des services sociaux et de santé aux immigrants et aux communautés ethnoculturelles (Rapport Vento) (2002)

ACCÉSSS - Mémoire présenté à la Commission parlementaire sur le projet de loi sur les agences de développement de réseaux locaux des services de santé et des services sociaux (projet de loi 25). (Décembre 2003)

ACCÉSSS - Document de sensibilisation sur la réalité et les besoins des personnes âgées de 65 ans et plus membres des communautés ethnoculturelles. Présenté [au] Parlement des sages, Québec. (2004.)

ACCÉSSS - Mémoire au sujet de la consultation sur 'Le projet clinique,' présenté au Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux pour les personnes issues des communautés ethnoculturelles, Ministère de la Santé et des Services sociaux. (16 août 2004)

ACCÉSSS - Mémoire sur le projet de loi 83 - Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. (Janvier 2005)

ACCÉSSS - Avis sur la question de la santé mentale des communautés ethnoculturelles au Québec. Document de travail. (Août 2005)

ACCÉSSS - Cadre de référence sur le financement des organismes membres, (Octobre 2005)

ACCÉSSS - Mémoire au Groupe de travail sur la pleine participation à la société québécoise des communautés noires. (novembre 2005)

ACCÉSSS - Commentaires d'ACCÉSSS sur le Livre blanc du MSSS " Garantir l'accès " (mars 2006)

ACCÉSSS et CRIVIFF - Projet de prévention de la violence conjugale auprès des hommes des communautés ethnoculturelles, Rapport de recherche. (5 juin 2006)

ACCÉSSS - Déclaration de principes sur la violence conjugale et familiale. (22 juin 2006)