

*Rapport du symposium Accès à la santé en toute égalité*



Actes de la journée de réflexion organisée par ACCÉSSS, avec la collaboration de METISS (Migration et ethnicité dans les interventions en santé et en services sociaux) et de la Commission multimodale sur les droits et l'harmonisation des relations interculturelles (UQAM)

Tenu au Pavillon Athanase David de l'UQAM, au 1430 rue Saint-Denis, local D-R200 le 3 juin 2014

## Table des matières

Quelques mots sur ACCÉSSS.....	3
Objectif .....	3
Contexte .....	3
Conférenciers .....	4
Participation .....	5
Résumé des conférences.....	5
<i>Mise en contexte historique de l'adaptation des institutions de la santé à la diversité.....</i>	5
<i>Comprendre l'équité en matière de santé et l'application des normes internationales – Organisation mondiale de la santé .....</i>	6
<i>Discrimination, droit à l'égalité en santé et Charte des droits .....</i>	7
<i>Comment se vit la multiethnicité au CUSM ? .....</i>	8
<i>Les mesures d'intégration professionnelle des personnes immigrantes par les ordres professionnels .....</i>	8
Échange avec les participants/es et pistes d'action .....	12
Premier thème : Identifier les enjeux et les défis majeurs dans le domaine d'intervention de l'accès à la santé et harmonisation des relations interculturelles .....	12
L'accès aux services aux personnes à statut précaire ou sans statut.....	12
L'accessibilité des services de soins spirituels.....	12
L'adaptation des messages de santé publique destinés aux personnes issues de l'immigration.....	13
Médiation culturelle .....	13
L'embauche de personnes issues de l'immigration au sein du réseau de la santé et des services sociaux .	13
Deuxième thème : Identifier les moyens de collaboration et de mise en valeur de l'expertise des organismes communautaires en matière de prévention et de promotion de la santé auprès des communautés ethnoculturelles.....	14
Recommandations, pistes de travail et de réflexion s'adressant au milieu de l'intervention (nouvelles pratiques) et aux décideurs (politiques publiques) dans le domaine de la santé.....	15
Conclusion .....	15
Évaluation du symposium .....	15
Annexes .....	17
Annexe 1 : programme de la journée.....	17
Annexe 2 : questionnaire remis aux participants/es.....	17

## **Quelques mots sur ACCÉSSS**

L'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS) est un regroupement provincial de 120 organisations offrant des services de santé et sociaux à une population multiethnique. Son objectif est de favoriser l'accessibilité et l'adéquation des services sociaux et de santé aux personnes issues de l'immigration vivant au Québec. Ses interventions fournissent aux dirigeants d'établissements de santé, ainsi qu'au personnel professionnel du réseau de la santé et des services sociaux, un soutien pratique pour faire face aux enjeux relatifs à la diversité et 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. ACCÉSSS considère qu'une gestion optimale 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 ricochet, accroître la satisfaction des patients.

## **Objectif**

Le symposium *Accès à la santé en toute égalité* a eu comme objectif principal la promotion d'une participation citoyenne à partir d'un débat d'idées et d'échanges entre professionnels de la santé, chercheurs, étudiants et citoyens interpellés par les difficultés d'accès aux services de santé des populations issues de l'immigration. Le but poursuivi était de discuter sur l'état de la situation et de stimuler la réflexion en matière de pistes d'actions à préconiser pour faire diminuer ces difficultés d'accès. Ce symposium se veut une première démarche d'une série de réflexions et de collaborations entre les différents acteurs qui se préoccupent de l'accès aux services de santé des personnes issues de l'immigration.

## **Contexte**

Le symposium s'inscrit dans un contexte dans lequel la population québécoise est de plus en plus diversifiée et où l'accès à la santé présente de nombreux défis. 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.

Pour résoudre le « paradoxe de la différence », il importe de toujours garder à l'esprit que pour traiter en toute égalité, il faut parfois traiter différemment. C'est de cette façon que diminueront les différentes formes d'exclusion, notamment en matière d'accès aux services de santé.

La réflexion sur la santé en toute égalité s'insère dans une démarche plus large visant à identifier les principaux obstacles à l'harmonisation des relations interculturelles dans le domaine de la santé.

## Conférenciers

Le symposium a débuté avec cinq conférences afin de stimuler la réflexion portant sur les différents obstacles vécus en matière d'accès aux services de santé. L'événement a été animé par Mme Francine Moreau.

Mme Carmen Gonzalez, présidente d'ACCÉSSS et directrice du Centre d'orientation paralégale et sociale pour immigrants (COPSI) a présenté les objectifs du symposium en rappelant les objectifs poursuivis, ainsi que les thématiques qui seront abordées après les conférences, à savoir l'identification des enjeux et des défis majeurs dans le domaine de l'accès à la santé et de l'harmonisation des relations interculturelles, les moyens de collaboration et de mise en valeur de l'expertise des organismes communautaires en matière de prévention et de promotion de la santé auprès des communautés ethnoculturelles, ainsi que l'élaboration de pistes de travail et de nouvelles pratiques s'adressant au milieu de l'intervention et aux décideurs dans le domaine de la santé.

Les conférenciers invités au symposium ont été :

- Mme Catherine Montgomery, professeure, Département de communication sociale et publique, UQAM et directrice de l'équipe de recherche METISS (Migration, Ethnicité et Interventions en Santé et Services sociaux)
- Mme Marie Serdyska, coordonnatrice des Services de consultation socioculturelle et d'interprétariat – SCSJ de l'Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill et présidente du Consortium canadien pour l'équité en matière de santé
- Mme Shirley Sarna, coordonnatrice, Direction de la recherche, de l'éducation-coopération et des communications à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ)
- Mme Wendy Sherry, infirmière clinicienne du Centre universitaire de santé McGill pour le don d'organes et de tissus
- Mme Nathalie Rodrigue, technologiste médicale, présidente de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec et vice-présidente du Conseil interprofessionnel du Québec

Le programme complet du symposium se trouve en annexe

## Participation

L'événement a accueilli 65 participantes et participants provenant des sphères de l'enseignement, de la recherche (comprenant des étudiantes et étudiants des cycles supérieurs), des professionnelles et professionnels de la santé, des intervenantes et intervenants communautaires, des cadres du réseau de la santé et des services sociaux, des représentants du milieu privé (pharmaceutique, institution d'enseignement privée, etc.), ainsi que des citoyennes et des citoyens.

## Résumé des conférences

***Mise en contexte historique de l'adaptation des institutions de la santé à la diversité : Mme Catherine Montgomery, professeure, Département de communication sociale et publique, UQAM et directrice de l'équipe de recherche METISS***

Les services sociaux et de santé sont reconnus comme des institutions clefs pour l'intégration des personnes issues de l'immigration par les lois régionales et internationales. Soulignons qu'au 19<sup>e</sup> siècle, dans les discours politiques et académiques l'immigration était associée à maladie et aux épidémies. Aujourd'hui, ce ne sont plus les immigrants qui rendent la société malade, mais plutôt l'inverse. Ainsi, la littérature montre clairement que les personnes immigrantes qui arrivent en santé au Québec voient celle-ci se détériorer après quelques années au pays. Certains mythes restent encore bien ancrés dans l'imaginaire collectif, notamment celui relatif à l'immigrant «abuseur» du système.

Au 19<sup>e</sup> siècle, il n'existe pas de services spécifiques aux personnes immigrantes, ils sont plutôt offerts par des organismes caritatifs, philanthropiques et par des entreprises privées de construction, ou bien du textile. Ainsi, les immigrants étaient soignés en marge du réseau dominant des services de santé. Au 20<sup>e</sup> siècle, des institutions comme SAV (1955), SAVI (1961), SMI (1973) et SARIMM (1993) donnent de l'assistance aux demandeurs d'asile et aux réfugiés. Avant les années 1980, les personnes immigrantes sont très peu prises en compte en ce qui concerne l'organisation des soins. La réforme majeure du système de santé durant les années 1970 ne fait aucune référence à l'immigration, malgré la place donnée au multiculturalisme au cours des années 1970. En résumé, le pluralisme a toujours existé au Québec, ainsi que le pluralisme de formes de soins et des conceptions de santé. On observe très peu d'adaptation dans le réseau de services sociaux et de de santé avant les années 1980, avec une évolution culturaliste, c'est-à-dire qui s'intéresse aux cultures des personnes de certains pays. Dans les années 1990, grâce aux ententes fédérales-provinciales en matière de politiques d'immigration, l'intérêt est orienté vers les inégalités sociales de la santé (pouvoir, racisme,

discrimination, droit d'accès). ACCÉSSS et METISS ont mené une étude sur les soins spirituels dans le milieu de la santé et ont constaté que, malgré la laïcisation de ces services, il subsiste une certaine exclusion sur des bases religieuses.

La conférencière fait référence à l'ouvrage *Vivre, aimer et mourir en Nouvelle-France* rédigé par André Lachance publié à l'édition Libre Expression en 2000 pour ceux et celles qui voudraient en savoir davantage sur les soins de santé aux 17e et 18e siècles.

***Comprendre l'équité en matière de santé et l'application des normes internationales – Organisation mondiale de la santé*** : Mme Marie Serdynska, coordonnatrice des Services de consultation socioculturelle et d'interprétariat – SCSI de l'Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill et présidente du Consortium canadien pour l'équité en matière de santé

Le CUSM fait partie du Réseau international des Hôpitaux Promoteurs de la Santé et des Services de Santé (HPH), réseau d'établissements choisis par l'Organisation mondiale de la santé pour discuter les normes et leur application. Le CUSM est aussi membre du groupe de travail "Amis des Migrants", mis en place en 2005 à l'intérieur de ce réseau. Dans le cadre des activités de ce groupe, le CUSM développera une auto-évaluation en 2014 avec la sélection d'indicateurs de rendement et un plan d'action pour l'amélioration dans certains domaines.

Lorsqu'on parle d'équité en matière de soins de santé, on la considère comme la capacité de donner des chances équitables de réaliser le potentiel de santé et de réduire le plus possible les disparités en matière de santé. Ainsi, cette politique tente d'assurer l'égalité d'accès aux soins disponibles pour des besoins équivalents, l'égalité d'utilisation des soins pour des besoins équivalents et l'égalité de qualité des soins pour tous. L'équité signifie l'élimination des barrières existantes, comme celles de la langue et de l'alphabétisation. L'équité est vue comme une préoccupation avec des groupes défavorisés, elle reflète la volonté de réduire la discrimination et la marginalisation.

Au sein du groupe de travail coordonné par Antonio Chiarenza, il s'est opéré un changement en matière d'analyse, ce qui mène à reconnaître la complexité des variables environnementales et sociétales pouvant avoir un impact sur la santé des patients. La population cible du groupe était constituée de populations migrantes et ethnoraciales, mais l'équité en santé doit inclure tous les groupes socialement exclus ou vulnérables en matière d'inégalités en matière de santé, telles que les personnes sans papiers, les Autochtones, la population LGBT, les sans-abri et autres groupes marginalisés. Le groupe considère que l'éducation, la communication et les services adaptés sont essentiels pour ce public, ainsi qu'une intervention en collaboration avec la communauté. Les politiques et pratiques doivent tenir compte non seulement des populations spécifiques, mais de tous les facteurs contributifs qui exposent les groupes de personnes vulnérables au risque de l'exclusion.

Les normes préliminaires pour l'équité en matière de santé ont été présentées à la conférence HPH à Taipei, Taiwan, et validées par consensus par l'OMS et autres en 2012, et des essais pilotes des normes préliminaires ont été faits pour évaluer la clarté et assurer qu'elles répondent aux besoins réels des populations et services, à identifier les barrières et comment les surmonter.

Les normes visent l'équité en matière 1) de politiques 2) d'accès et d'utilisation 3) de qualité de soins 4) dans la participation et 5) la promotion de l'équité. Ces normes visent notamment à adopter des mesures qui créent une prise de conscience de l'impact des obstacles à l'accessibilité et de la discrimination. Elles tentent d'encourager les centres de santé à éliminer les barrières qui empêchent les personnes d'accéder aux services de soins de santé, et essaient de proposer des mesures lorsque les règles d'accès compromettent les droits de la personne. On espère que ces institutions soient capables de tenir compte des expériences et opinions individuelles dans la co-construction du processus de soins, grâce aux utilisateurs participant au processus.

***Discrimination, droit à l'égalité en santé et Charte des droits*** : Mme Shirley Sarna, coordonnatrice, Direction de la recherche, de l'éducation-coopération et des communications à la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse

Les pratiques et les règlements doivent respecter la Charte des droits et libertés de la personne, une loi fondamentale adoptée en 1975 et qui, entre autres, prévoit le droit à la vie, à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté, ainsi que le droit d'être secouru lorsque notre vie est en péril. Parmi les droits fondamentaux insérés dans la Charte, on note la liberté de conscience, de religion, d'opinion, d'expression, de réunion pacifique et d'association. Si on a à limiter des droits, c'est strictement pour des raisons de respect des valeurs démocratiques, de l'ordre public et du bien-être général des citoyens du Québec et, pour cette raison, la Commission de droits s'est opposée au projet de loi 60 et a réfuté ses arguments. L'article concernant l'égalité constitue la pierre angulaire de la charte puisqu'il doit s'arrimer avec tous les autres droits. Le droit à l'égalité sans discrimination est fondé sur 13 motifs, dont 5 sont inter reliés, indissociables et au cœur de notre débat : la race, la couleur, la religion, l'origine ethnique ou nationale et la langue. La Commission est un endroit où des personnes peuvent déposer des plaintes en matière de discrimination. Du total des plaintes, 1/3 sont fondées sur ces cinq motifs (la discrimination en raison d'un handicap est le motif le plus cité parmi l'ensemble des plaintes de ce type).

Au contraire de ce que l'on pense, il y a peu de plaintes concernant la religion, possiblement à cause des accommodements réalisés et aussi parce que les citoyens n'en déposent peut-être pas assez à la Commission. Concernant la santé, un autre motif qui a mobilisé récemment la Commission est le délai de carence pour l'utilisation des services de santé pour les nouveaux arrivants. La Commission a émis

un avis juridique identifiant ce problème comme étant une discrimination systémique, perçue comme une faille dans le système qui devrait être abolie puisque tous ont les mêmes droits, selon la Charte. Il faut adapter les services et assurer l'embauche de personnes qualifiées issues de cinq groupes traditionnellement exclus : les femmes, les minorités visibles, les minorités ethniques, les autochtones et les personnes handicapées, notamment par des programmes d'accès à l'égalité.

***Comment se vit la multiethnicité au CUSM ? Une vision terrain : Mme Wendy Sherry, infirmière clinicienne du Centre universitaire de santé McGill pour le don d'organes et de tissus***

La question de la langue est importante puisque, selon Statistiques Canada (2013), 11.7% de la population québécoise n'a pas le français, l'anglais ou autre langue aborigène comme langue maternelle. Il faut penser aux cultures comme à un système de référence partagé par un groupe d'individus, appris et transmis d'une génération à l'autre, mais aussi à l'individu et ses cultures, ainsi qu'aux effets de l'acculturation. Le groupe pour le don d'organes et de tissus du CUSM essaye de favoriser comme pratique professionnelle l'anticipation des conflits culturels et l'intervention respectueuse. Il tente de reconnaître les tensions et de parler aux familles de leurs croyances, valeurs et coutumes en leur témoignant du respect. D'autres efforts consistent à incorporer les informations culturelles dans les plans de soins, de reconnaître que, selon leurs caractéristiques culturelles, d'autres personnes peuvent avoir une compréhension différente de la santé, de la maladie et du corps, et que les professionnels de la santé font également partie d'une culture. Considérant que le don d'organe demeure un sujet délicat, un manuel a été développé afin d'aider et de guider les professionnels de la santé du CUSM dans leurs approches aux familles multiculturelles des donneurs potentiels. Ce guide souligne l'importance d'adopter un langage positif auprès des familles, tout en respectant leur besoin de temps et d'espace pour la réflexion. Comme valeurs primordiales, le groupe souligne l'inclusion, le respect, la valorisation des différences, l'équité et l'engagement.

***Les mesures d'intégration professionnelle des personnes immigrantes par les ordres professionnels : Mme Nathalie Rodrigue, technologiste médicale, présidente de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec et vice-présidente du Conseil interprofessionnel du Québec***

Mme Rodrigue explique le fonctionnement de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux qu'elle représente. L'Ordre est l'organisme de réglementation de la profession de technologiste médical au Québec. Il a pour principale mission de protéger le public en vérifiant la qualité des actes professionnels posés par ses membres. C'est pourquoi il doit s'assurer, avant l'émission d'un permis, que le candidat a acquis la formation et l'expertise requise pour exercer au Québec. Il a donc adopté



des règlements établissant les règles permettant d'évaluer la formation et l'expérience antérieure du candidat détenant un diplôme obtenu hors Canada.

Au Québec, le diplôme donnant ouverture à la profession est de niveau collégial et d'une durée de trois ans. Il comporte une composante théorique et pratique et une composante clinique, encadrées et évaluées. L'admission aux études collégiales requiert généralement la réussite de 11 années d'études primaires et secondaires. Pour exercer en cytopathologie, le candidat doit compléter une année supplémentaire de formation de niveau collégial, concentrée sur ce secteur d'activité.

Avant de présenter une demande de permis, il est recommandé au candidat formé hors Canada de consulter le Guide à l'intention des candidats à la profession sur la base de l'équivalence de diplôme et de la formation.

Il est possible, pour un candidat formé hors Canada, d'obtenir un résultat sommaire de l'évaluation de ses acquis à l'égard des critères québécois et de mesurer les éléments requis pour l'obtention d'un permis permettant d'exercer au Québec. Pour ce faire, le candidat doit consulter la section Évaluation des acquis hors Canada.

Ce résultat ne constitue pas une décision définitive. Il est recommandé d'avoir lu le guide qui décrit les démarches requises pour s'intégrer à un ordre professionnel et se soumettre à des mécanismes d'évaluation.

#### LE PROCESSUS D'ÉVALUATION COMPORTE DEUX ÉTAPES :

1. Évaluation de la scolarité en comparaison avec le système scolaire québécois, nommée *L'évaluation comparative des études effectuées hors Québec* : cette évaluation est réalisée par le ministère de l'Immigration, Diversité et Inclusion du Québec (MIDI). Elle sert entre autres à situer la formation du candidat dans le cursus de formation québécois. Elle n'établit pas l'équivalence du contenu spécifique de la formation.
2. Évaluation par l'Ordre du contenu de la formation, de l'expérience en technologie d'analyses biomédicales et de la connaissance du français.

L'Ordre a mis en place un outil qui permet d'évaluer les acquis réels de chacun des candidats et d'identifier les compétences à mettre à niveau. Il s'agit d'études de cas, par secteur d'activités, que le candidat doit compléter. Il n'y a pas de préparation requise pour cet exercice, car il vise à évaluer les acquis réels sur la base de l'expérience du candidat.

Par la suite, le candidat reçoit par écrit la décision de l'Ordre relativement à la reconnaissance de l'équivalence de votre diplôme ou de votre formation. En cas de refus de la reconnaissance de l'équivalence ou la reconnaissance partielle de l'équivalence, l'Ordre informe le candidat du programme d'études, des stages ou des examens dont la réussite lui permettra d'obtenir la reconnaissance de l'équivalence. Cette information constitue la prescription de formation et est valide pour un délai de 5 ans.

Le programme d'études ou les compléments de formation requis par l'Ordre doivent être suivis dans un cégep (collège d'enseignement général et professionnel) offrant le programme *Technologie d'analyses biomédicales* situé au Québec. Le financement de la formation d'un immigrant reçu pour réaliser la prescription de formation dans les 11 cégeps est actuellement assumé par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec. Un collège anglophone n'acceptait pas les prescriptions de formation de l'Ordre, situation qui a finalement changé depuis un an et demi suite à notre intervention. Avant cela, on prétextait une absence de financement pour la formation d'appoint.

Le candidat qui auparavant avait dû faire le DEC en entier doit obligatoirement réussir l'examen de l'Office québécois de la langue française (OQLF) avant de pouvoir obtenir un permis de l'Ordre. Par contre, celui qui réussit la formation d'appoint prescrite par l'Ordre peut se prévaloir d'un permis temporaire annuel renouvelable trois fois avant de réussir l'examen de français de l'OQLF. Passé ces trois années, si le candidat échoue à l'examen, son permis n'est pas renouvelé.

Une fois que le candidat a terminé sa formation d'appoint, il est éligible pour obtenir un permis de l'Ordre et porter le titre de technologiste médical. Cependant, il peut faire face à un obstacle découlant de la nomenclature des postes dans les hôpitaux. Pour obtenir un poste de technologiste médical, le libellé se lit ainsi, le candidat:

- Doit détenir un diplôme d'études collégiales (DEC) avec spécialisation en technologie médicale d'une école reconnue par le Ministère de l'Éducation des Loisirs et des Sports;
- Doit être membre de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec.

Les membres ayant obtenu un permis de l'Ordre sur la base d'une équivalence de diplôme ou de la formation ne détiennent pas un diplôme d'études collégiales (DEC) ou d'attestation d'études collégiales (AEC) d'une école reconnue par le ministère. Certains hôpitaux utilisent cette disposition comme prétexte pour refuser un poste à un candidat membre de l'Ordre mais ne détenant pas de DEC.

Cette situation remet aussi en cause les efforts afin d'arriver à la conclusion d'un *Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle* des qualifications professionnelles entre l'Ordre et ses contreparties de la France. Elle constitue aussi une barrière à la mise en application des dispositions relatives à la mobilité de la main-d'œuvre dans le cadre de l'*Accord du commerce intérieur*.

Depuis 2010, l'Ordre a fait plusieurs interventions auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux pour faire modifier la nomenclature pour le titre d'emploi de Technologiste médical. Force est de constater que rien n'a bougé à ce jour dans ce dossier.

Une autre difficulté rencontrée par les candidats est le manque de places de stage dans les hôpitaux. À cause de cette situation, le Collège de Rosemont a dû retarder la prochaine cohorte d'étudiants formés à l'étranger. En juin 2014, cinq étudiants du DEC régulier n'ont pas terminé leur cours faute de manque de places de stage.

Il reste encore beaucoup de travail à faire pour améliorer l'intégration des candidats formés à l'étranger dans le milieu du travail. La connaissance et la reconnaissance de l'autre doivent se faire tant de la part des Québécois que de celle des nouveaux arrivants.

À l'OPTMQ, nous avons mis en place des mécanismes reconnus et nous avons d'ailleurs été en lice pour recevoir le Prix de la citoyenneté de l'Assemblée nationale en 2009 pour notre section [Évaluation des acquis hors Canada](#) de notre site Internet.

Nous recevons entre 80 et 90 demandes d'équivalences annuellement et ces dernières sont évaluées par le comité d'admission qui se réunit quatre fois par année et est composé de technologistes médicaux et de professeurs enseignant le DEC TAB.

Au Québec, il y a pénurie de technologistes médicaux et l'Ordre souhaite que les obstacles rencontrés par les candidats formés à l'étranger soient éliminés et nous mettons tout en œuvre pour faciliter la reconnaissance des acquis. Souhaitons que les autres instances qui ont un travail à faire le fassent rapidement.

## **Échange avec les participants/es et pistes d'action**

### **Premier thème : Identifier les enjeux et les défis majeurs dans le domaine d'intervention de l'accès à la santé et harmonisation des relations interculturelles**

Les commentaires recueillis se divisent en cinq thèmes principaux, à savoir :

- L'accès aux services aux personnes à statut précaire ou sans statut
- L'accessibilité des services de soins spirituels
- L'adaptation des messages de santé publique destinés aux personnes issues de l'immigration
- La médiation culturelle
- L'embauche de personnes issues de l'immigration au sein du réseau de la santé et des services sociaux

#### **L'accès aux services aux personnes à statut précaire ou sans statut**

- Améliorer l'accès aux soins de santé aux personnes sans statut et à statut précaire, ainsi que les informer de leurs droits de se présenter à la Commission des droits pour porter plainte aux différentes instances. Les organismes communautaires peuvent accompagner les personnes dans le processus de dépôt de plaintes, avec un protocole qui pourra les outiller dans les démarches.
- Assurer le droit à la confidentialité lorsque la personne se présente à l'hôpital ou à une clinique afin d'éviter que la personne ne soit pas dénoncée à l'immigration.

#### **L'accessibilité des services de soins spirituels**

- Adapter les services de soins spirituels aux demandes des familles, avec de l'ouverture de la part des équipes de santé et de la direction des établissements. Les besoins des communautés culturelles en termes de soins spirituels sont énormes et parfois faciles à répondre. Méconnaissance des personnes par rapport à leur droit de recevoir ces services, tel que stipulé dans la Loi sur les services sociaux et de santé.

- Créer ou échanger des manuels et d'autres matériels de formation pour les professionnels de la santé, comme celui produit par le CUSM pour mieux communiquer avec les familles des patients.

### **L'adaptation des messages de santé publique destinés aux personnes issues de l'immigration**

- Utiliser des mesures pour préserver le capital-santé des immigrants par des actions de prévention et promotion de la santé. Adapter les messages destinés au public immigrant.
- Les programmes et le plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux ne font pas allusion aux immigrants.

### **Médiation culturelle**

- Favoriser la médiation culturelle et accès aux services de la santé dans la langue de la personne qui demande. Il existe un besoin de traduction des documents dans différentes langues et de l'utilisation d'approches spécifiques pour donner des explications aux patients et à leurs familles.
- Il y a un débat entre l'universalité de soins et le particularisme de certains types de population, pas juste en termes d'immigration, mais aussi de l'âge, handicap, santé mentale, etc., pour définir la nécessité d'adaptation des ressources. Faut-il donner le même service à tous ou ajouter des ressources pour pouvoir répondre aux spécificités de certains groupes ?

### **L'embauche de personnes issues de l'immigration au sein du réseau de la santé et des services sociaux**

- Il existe des préjugés et de la discrimination envers les professionnels de la santé immigrants qui passent par la période d'approbation avec un traitement différent de celui des autres travailleurs. Selon un témoignage donné, rares sont les personnes qui gardent leur emploi après cette période parce qu'elles sont notées et suivies de plus près que les Québécois. Même celles qui y restent ne réussissent pas vraiment à s'intégrer dans l'équipe, sauf quand elles arrivent à trouver d'autres personnes de même provenance au sein de l'établissement, formant ainsi une sorte de ghetto. Ce genre de pratique discriminatoire est plus observé

davantage dans le milieu francophone que dans le milieu anglophone selon l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec. Nathalie Rodrigue précise ensuite que la situation est peut-être liée au fait que les francophones sont encore incertains de leur identité.

- Il y a un gaspillage de ressources et de connaissances en raison de ce processus discriminatoire de sélection des professionnels de santé venus de l'étranger, malgré le besoin énorme de ces professionnels dans le réseau québécois de la santé. Besoin d'engagement des ordres professionnels et des établissements d'enseignement pour changer rapidement cette situation.

### **Deuxième thème : Identifier les moyens de collaboration et de mise en valeur de l'expertise des organismes communautaires en matière de prévention et de promotion de la santé auprès des communautés ethnoculturelles**

- La sectorisation des services à Montréal empêche les sans-abris, les sans statut et certaines populations vulnérables d'accéder aux services sociaux et de santé, puisqu'ils ne détiennent pas une adresse fixe ou carte d'assurance-maladie. Il importe d'améliorer la collaboration avec les ressources communautaires afin de tenir compte de cette particularité et proposer des changements qui permettront de mieux accueillir ces publics dans leurs besoins.
- Il serait opportun de développer des cours d'intégration linguistique et de culture québécoise pour préparer l'étudiant au milieu professionnel. Développer des formations à l'interne, au niveau des ressources humaines, pour mieux intégrer les étudiants et professionnels étrangers.
- Il serait souhaitable d'offrir des formations transversales en interculturel et diversité culturelle au sein des universités
- Il serait important de reconnaître la contribution des immigrants dans l'histoire du Québec.
- En région, on se pose la question sur la manière d'améliorer les relations entre professionnels québécois de la santé et immigrants

## **Recommandations, pistes de travail et de réflexion s'adressant au milieu de l'intervention (nouvelles pratiques) et aux décideurs (politiques publiques) dans le domaine de la santé**

Les documents, bilans, rapports et études existent déjà, mais l'information ne circule pas assez entre groupes communautaires, instances politiques, universitaires, associations culturelles et autres. On travaille encore trop en silos, il importe que le réseautage se fasse à toute occasion qui se présente.

À cet effet, ACCÉSSS est en pourparlers avec l'UQAM pour la création d'un pôle de recherche et de réflexion réunissant les chercheurs, étudiants/es et organismes intéressés et préoccupés par la question relative à la santé dans un contexte d'immigration. Ce pôle permettra d'assurer une connivence entre les préoccupations terrain et les sujets de recherche choisis par les équipes de recherche qui s'intéressent à ces questions.

### **Conclusion**

La compétence culturelle, en tant qu'approche ou pratique, doit être intégrée à une compréhension plus large des facteurs économiques et sociaux qui sont à l'origine des inégalités en matière d'accès aux soins. Les personnes et les organisations qui luttent pour l'équité en santé font face à un changement de paradigme. Ce changement reconnaît que la principale culture, dans sa position dominante, impose des barrières et des pratiques discriminatoires par rapport à certaines personnes et à certains groupes, et que ces pratiques doivent donc être revues. Cet état des choses démontre l'importance de la formation du personnel du réseau de la santé et des services sociaux qui est appelé à fournir des services à une population de plus en plus diversifiée.

### **Évaluation du symposium**

25 personnes ont répondu au questionnaire qui se trouve en annexe.

La majorité des répondants/es ont estimé que la qualité des exposés, l'organisation des débats et la gestion des participations, ainsi que le contenu de l'événement étaient bonnes ou très bonnes. Près de 20% des participants/es ont trouvé la localisation satisfaisante, le reste ayant choisi la réponse «bonne» ou «très bonne» pour cette rubrique.

100% des répondants/es ont indiqué désirer qu'un événement tel que celui-ci soit réédité. La proportion de ceux et celles étant intéressés à participer à la création d'un pôle de recherche santé et immigration se situe à 70%.

Près de 50% des répondants/es sont intéressés à développer des partenariats avec ACCÉSSS dans le cadre de leur mandat.

Parmi les sujets qui suscitent l'intérêt des participants/es mentionnons :

- Le développement d'expertise dans les différentes régions québécoises en matière d'immigration
- Avoir un lieu d'échange sur les questions d'accessibilité aux services de santé et sociaux
- Les personnes sans statut ou à statut précaire
- Information de la clientèle sur les processus de plainte
- Échanges avec les intervenants/es en vue de dégager des pistes de solution face à la recrudescence d'une clientèle vulnérable
- Stratégies communicationnelles en promotion de l'équité en matière de santé
- L'équité en matière d'accès aux services
- Communication et diversité culturelle dans le milieu de la santé
- La santé mentale de la population issue de l'immigration
- Intégration des personnes issues de l'immigration dans le milieu du travail (domaine de la santé)
- La promotion du don d'organes et de tissus

Enfin, plusieurs répondants/es désirent qu'un événement ultérieur puisse permettre davantage de dialogues entre les participants/es sous la forme de questions/réponses ou d'ateliers.



## Annexes

### Annexe 1 : programme de la journée



Programme\_Accès à  
la santé en toute éga

### Annexe 2 : questionnaire remis aux participants/es



Questionnaire  
évaluation\_Accès à le