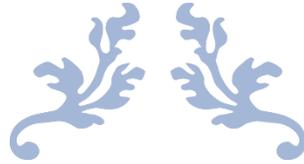


Université de Montréal



---

# L'accès aux services de santé et services sociaux en fonction du statut migratoire et impact de la COVID-19

---

Par Cyrille Junior Soh Fotsing



**Superviseure:** Béatrice Godard

**Co-superviseure :** Adina Ungureanu

Département de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal  
École de Santé Publique

Rapport de stage en vue de l'obtention du grade de Maîtrise  
en Santé Publique, option Santé Mondiale

DÉCEMBRE 2020

## Résumé

**Contexte :** Les immigrants présentent davantage de difficultés d'accès aux services de santé et services sociaux comparativement aux non-immigrants. Cet accès est soumis à diverses conditions en fonction du statut migratoire car chaque statut est réglementé différemment. Avec la pandémie de la COVID-19, beaucoup craignent une augmentation des inégalités de santé. L'objectif de cette étude était de mieux comprendre les difficultés de l'accès aux services de santé et services sociaux que rencontrent les immigrants qui résident sur le territoire québécois en fonction du statut migratoire afin de mieux orienter les actions de santé publique.

**Méthodes :** Nous avons adopté l'approche d'une recherche qualitative en menant des entrevues semi-dirigées auprès de six (6) informateurs clés qui étaient soit des intervenants de milieux communautaires offrant des services aux immigrants ou des chercheurs spécialistes sur la question migratoire. Nous avons utilisé le cadre conceptuel de Penchansky et Thomas adapté aux différents statuts migratoires pour mieux comprendre les barrières d'accès aux services de santé et services sociaux de ces personnes. Le codage et l'analyse ont été faits grâce au logiciel QDA Miner.

**Résultats :** Les difficultés d'accès aux services de santé et services sociaux sont différentes selon les statuts migratoires. Les barrières présentées par les résidents permanents sont communes à tous les autres statuts. Les demandeurs d'asile présentent une autre difficulté en plus qui est le refus de l'assurance maladie du fédéral (PFSI) par certains professionnels de la santé. Les résidents temporaires et les sans-papiers sont les statuts qui souffrent le plus, car ceux-ci ne possèdent aucune couverture médicale publique et la plupart n'ont pas de ressources nécessaires pour souscrire à une assurance privée ou encore payer les soins médicaux. De plus, certaines personnes de ces deux groupes renoncent tout simplement aux soins par manque d'argent ou par peur d'être déporté pour les sans-papiers. La COVID-19 a eu des conséquences tant négatives que positives sur la situation de nombreux immigrants.

**Conclusion :** Les difficultés d'accès aux services de santé et services sociaux pour les migrants à statut précaire sont nombreuses. Elles peuvent avoir des conséquences sur la santé physique et mentale et parfois occasionnent des décès. Ce projet nous permettra de formuler des recommandations à l'endroit de ACCÉSSS et des décideurs.

**Mots clés :** difficultés, accès aux services de santé, services sociaux, immigrants, COVID-19, Québec

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de mon stage et qui m'ont aidée lors de la rédaction de ce rapport.

Je remercie dans un premier temps mes superviseuses de stage, **Mme Béatrice Godard** et **Mme Adina Ungureanu** pour leurs disponibilités et surtout leurs précieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion pour le bon déroulement de mon stage.

Je remercie également tous les employés d'ACCÉSSS pour leurs collaborations et leurs orientations. En particulier le directeur **M. Jérôme Di Giovanni**, ainsi que **Mme Nina Meango** et **Mme Laetitia Muteteli**.

Je n'oublierais pas toute **l'équipe pédagogique de L'ESPUM**, pour leur implication dans la partie théorique de ma formation.

Je tiens à témoigner ma reconnaissance à **tous les participants** qui ont donné leur temps pour répondre à nos entrevues et à ma sœur Mace qui a relu mon rapport.

## Table des matières

Résumé .....	i
Remerciements .....	ii
Liste des abréviations : .....	iv
1. Introduction .....	1
2. Contexte .....	2
3. Synthèse des écrits .....	3
4. Démarche .....	6
4.1. Cadre conceptuel .....	6
4.2. Collecte de données .....	8
4.3. Analyse des données .....	9
4.4. Limites de l'étude .....	9
5. Résultats .....	10
5.1. Description des interviewés .....	10
5.2. Analyse thématique .....	10
5.2.1. Accessibilité aux services .....	10
5.2.2. Acceptabilité et influence de la culture .....	11
5.2.3. Disponibilité des services .....	12
5.2.4. Capacité financière .....	12
5.2.5. L'accommodation .....	13
5.2.6. Défi des organismes communautaires .....	13
5.2.7. Conséquences de la COVID-19 .....	14
5.3. Recommandations .....	14
Conclusion .....	15
Références : .....	16
Annexes .....	19
Annexes 1 : Grille d'entretien semi-dirigé .....	19
Annexes 2 : résumé des principales difficultés d'accès aux services de santé et services selon les différents statuts migratoires .....	21
Annexes 3 : Formulaire d'information et de consentement .....	22

## **Liste des abréviations :**

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

**ENSP** : Enquête nationale sur la Santé de la Population

**ESPUM** : École de Santé Publique de l'Université de Montréal

**ISQ** : Institut de la Statistique du Québec

**LSSSS** : Loi sur les Services de Santé et Services Sociaux

**ONU** : Organisation des Nations unies

**PFSI** : Programme Fédéral de Santé Intérimaire

**RAMQ** : Régie de l'Assurance Maladie du Québec

## **1. Introduction**

Les immigrants représentent une part importante de la population canadienne et québécoise. Le Québec accueille en moyenne plus de 50000 résidents permanents et migrants par an (Filip et al, 2018) et plus de 200 000 résidents temporaires par an (ISQ, 2020). Cependant, l'accès aux soins de cette partie de la population demeure préoccupant. Selon les données de la littérature, les besoins en matière de santé et de services sociaux sont plus importants chez la plupart des immigrants, étant donné leur plus grande vulnérabilité face à certains déterminants de la santé comme le revenu et l'habitat (Picot et Lu, 2017). Plus encore, les immigrants qui sont admissibles aux couvertures médicales provinciale ou fédérale utilisent moins de services que les autres Canadiens (Rink et al, 2017). On sait que l'accès aux services de santé et services sociaux est soumis à plusieurs conditions selon le statut migratoire car, chaque statut est réglementé différemment.

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, les migrants font partie des groupes les plus vulnérables et dès le début de la pandémie, beaucoup de dispensateurs de soins craignaient déjà une exacerbation des inégalités de santé dans cette partie de la population (Santé publique Ontario, 2020; Oxfam, 2020). Ainsi, l'accès aux services de santé et services sociaux pour les immigrants représente un enjeu de santé publique préoccupante.

Le présent projet s'inscrit dans le plan d'action 2019-2020 d'ACCÉSSS, notamment dans l'axe de la prévention des maladies et la promotion de la santé de la population issus de l'immigration. Selon le PNSP 2015-2025, il est nécessaire d'adapter des interventions de santé publique aux immigrants. De plus, cette adaptation figure dans la loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS), notamment dans ces articles 2.5, 2.7, 2.8, 3, 4 et 5. Cependant, il existe une fracture entre la législation et la réalité sur le terrain. Ainsi, ce projet vise à mieux comprendre les difficultés de l'accès aux services de santé et services sociaux aux immigrants qui résident sur le territoire québécois en fonction du statut migratoire afin de mieux orienter les actions de santé publique, plus spécifiquement, comprendre les disparités dans l'accès aux services de santé et services sociaux des immigrants en fonction du statut migratoire et comprendre l'impact qu'a la COVID-19 sur cet accès.

Les livrables que ce projet nous a permis de produire sont : un document faisant état des barrières à l'accès aux services de santé et services sociaux dont sont victimes les personnes immigrantes ainsi qu'une note de politique avec des recommandations adressées aux décideurs et aux professionnels de la santé publique.

## **2. Contexte**

L'immigration est un phénomène qui touche l'ensemble des pays du monde. En 2019, le nombre de migrants internationaux dans le monde était estimé à 272 millions, dont 8 millions, au Canada (ONU, 2019). Ainsi, les immigrants représentent une part importante de la population canadienne et québécoise. Selon les données de 2016 de Statistique, les immigrants représentent environ 21,9% de la population canadienne (Statistique Canada, 2017). Le Québec est l'une des provinces canadiennes qui accueillent le plus d'immigrants. En 2019, il a accueilli 40 567 résidents permanents et 202 516 résidents non permanents (ISQ, 2020).

Les personnes qui arrivent au Québec se trouvent dans une situation qui détermine leur statut migratoire. Ainsi, l'accès aux services de santé et services sociaux est réglementé en fonction de chaque statut migratoire. Il existe 4 principaux groupes de statuts migratoires au Québec : les résidents permanents, les résidents temporaires, les demandeurs d'asile et les sans-papiers (Observatoire des tout petits, 2020).

Les résidents permanents sont des personnes qui ont reçu des autorités d'immigration, la permission de résider de façon permanente au Canada, mais qui ne sont pas encore citoyens canadiens (Gouvernement du Canada, 2019). Dans ce groupe, on compte les réfugiés, les immigrants économiques et les immigrants du volet regroupement familial. Le Canada accueille chaque année en moyenne 250 000 immigrants. La part de la population immigrée installée au Québec varie selon les années, allant de 21,3% en 2012 à 11,9% en 2019 (ISQ, 2020). Au Québec, tous les résidents permanents sont couverts par la RAMQ (Régie d'Assurance Maladie du Québec) après un délai de carence de 3 mois. Cependant, malgré le fait que cette partie de la population soit couverte, des études montrent qu'il existe un écart dans l'utilisation des services de santé entre cette population comparativement aux restes des Canadiens (Rink et al, 2017).

Les demandeurs d'asile sont « *des personnes qui sollicitent une protection internationale hors des frontières de leurs pays, mais qui n'a pas encore été reconnue comme réfugié* » (Amnesty, s.d).

Avant 2017, le nombre moyen des demandeurs d'asile au Québec était d'environ 6500. Mais depuis 2017, à cause de la fermeture des frontières des États-Unis, on assiste à une augmentation historique du nombre de demandeurs d'asile au Québec avec plus de 27000 demandes en 2018 (Gouvernement du Québec, 2020). Les demandeurs d'asile sont couverts par le régime d'assurance publique fédéral (le PFSI). Cependant, plusieurs études font état de barrières à l'accès aux services de santé et services sociaux dont sont victimes ces personnes.

Les résidents non permanents sont des « étrangers qui sont légalement autorisés à entrer au Canada à des fins temporaires » (gouvernement du Canada, 2020). Dans ce groupe, on retrouve : les étudiants étrangers et leurs personnes à charge, les travailleurs étrangers et leurs personnes à charge et les visiteurs. Le Québec accueille plus de 200000 résidents non permanents par an (ISQ, 2020). Ils ne sont couverts par aucun des régimes d'assurance publique (PFSI et RAMQ) à l'exception des 10 pays ayant signé une entente avec le Québec (Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Luxembourg, Norvège, Portugal, Roumanie et Suède) (RAMQ, s.d).

Enfin, les sans-papiers sont des personnes qui sont entrées illégalement au Québec ou qui sont restées sur le territoire québécois après l'expiration de leur permis de séjour. Ils sont estimés à près de 200 000 au Canada (Samba, 2020). Tout comme les résidents temporaires, ils ne bénéficient d'aucune couverture médicale provinciale ou fédérale.

Les barrières à l'accès aux services de santé et services sociaux que présentent les différents statuts migratoires peuvent avoir des conséquences sur la santé physique et mentale de ces personnes. Les enjeux de santé publique sont le nombre important de personnes qui sont concernées et les inégalités qui existent non seulement entre les immigrants et les non-immigrants, mais aussi entre les immigrants. De plus, la pandémie de la COVID-19 avec les mesures sanitaires qui en découlent (ex. : distanciation physique, isolement, quarantaine) est un événement historique qui pourrait influencer grandement cette problématique.

### **3. Synthèse des écrits**

Les nouveaux immigrants sont généralement en bonne santé comparativement à la population née au Canada. Cela est dû à la politique d'immigration favorisant les personnes en bonne santé (Vang et al, 2015). Toutefois, la santé des immigrants se détériore progressivement avec le temps et on assiste à une augmentation des besoins en soins de santé (Gushulak, 2011). Selon le cadre

conceptuel de la santé et de ses déterminants, plusieurs facteurs peuvent affecter la santé des immigrants, entre autres le système des services de santé et services sociaux (Emond et al, 2010).

Selon le Gouvernement du Québec, l'accès aux services de santé est universel sur l'ensemble du territoire. Cependant, ce sont seulement les citoyens canadiens, les résidents permanents et les citoyens de quelque 10 pays de l'Europe qui sont couverts par la RAMQ. Dans la littérature, plusieurs auteurs mentionnent des barrières à l'accès aux services de santé touchant spécifiquement les immigrants. Lebrun (2010) a fait une synthèse de la documentation sur l'accès aux services de santé auprès des immigrants. Il indique que la plupart des études révèlent plus de difficultés d'accès aux soins chez les immigrants que chez les citoyens canadiens. D'autres études viennent confirmer cette tendance, à l'instar de la revue systématique de Kalich et collaborateurs (2020). Sur les 27 articles qui ont été identifiés par ces auteurs, 23 faisaient état de barrières d'accès aux soins chez les immigrants. Selon d'autres auteurs, les difficultés sont aussi présentes dans de grandes villes comme dans des petites (Lum et al, 2016). Dans l'étude qualitative de Donnelly et ses collaborateurs (2010), on note que les facteurs socio-économiques influencent davantage l'accès aux soins. Les personnes à faible revenu seraient plus stressées ce qui limiterait leur capacité d'adaptation au pays d'accueil. D'autres études mentionnent des barrières culturelles, linguistiques, le manque de littératie en santé et la méconnaissance des structures de santé (Kang et al, 2019). Lai et Surood (2013), regroupent l'ensemble des barrières d'accès aux services de santé dans quatre principaux types, à savoir l'incompatibilité culturelle, attitude personnelle, problèmes administratifs et défis circonstanciels.

Les difficultés d'accès aux services de soins sont aussi présentées chez les résidents permanents que chez les résidents temporaires ou les sans-papiers. Mais l'importance des difficultés varie selon le statut migratoire étant donné que chaque statut est réglementé différemment. Campbell et ses collaborateurs ont examiné dans leur étude, la vulnérabilité dans la recherche de soins des personnes n'ayant pas de statut légal (les sans-papiers) sur le territoire canadien et l'on comparé à celle des demandeurs d'asile et des résidents permanents. Ils sont arrivés à la conclusion que les sans-papiers sont plus désavantagés en matière d'accès aux services de santé. Nombreux d'entre eux renoncent aux soins par peur d'être déportés et pour certains, le système de santé informel (organismes communautaires comme Médecins du Monde) devient la principale source de soins de santé (Campbell et al, 2014).

Parmi ces derniers, c'est l'attitude personnelle qui a plus d'impact sur la santé physique et mentale des immigrants.

Les barrières à l'accès aux services de santé et services sociaux sont à l'origine de nombreuses conséquences négatives sur la santé physique et mentale des individus (Lai et Surood, 2013).

Les obstacles à l'accès aux services de santé et services sociaux sont étroitement liés aux besoins en santé non comblés. Dans une étude publiée en 2020, Ride et ses collaborateurs ont examiné les besoins de santé non satisfaits chez les migrants sans couverture médicale à Montréal et ont fait ressortir plusieurs barrières d'accès aux soins. Selon eux, les principales barrières d'accès aux soins selon l'ordre d'importance sont : le manque d'argent, la peur d'être surfacturé, l'impact négatif potentiel d'une consultation de santé sur le statut migratoire et la peur d'être rejeté par l'hôpital. Les migrants sans couverture médicale présentent davantage de besoins de santé non satisfaits par rapport aux immigrants ayant une couverture des soins de santé (Ride et al. 2020). La situation est encore plus grave pour certains sous-groupes de migrants sans couverture médicale encore appelés migrants à statut précaire. Selon Cloos et ses collaborateurs, les personnes avec un statut non autorisé (sans-papiers) représentent le sous-groupe de population migrante qui présente plus de difficultés d'accès. Cela ayant des répercussions sur la santé auto perçue. Environ 54,4% des personnes de ce sous-groupe présentent une santé auto perçue négative contre 36,1% chez les migrants ayant un statut légal autorisé avec une différence statistiquement significative (Cloos et al, 2020). Parmi les migrants ayant un statut migratoire légal, les travailleurs temporaires et des étudiants étrangers ainsi que leurs personnes à charge respective sont ceux qui déclarent plus de besoins non satisfaits élevés (plus de 73%) (Ride et al. 2020).

À l'opposé, certaines études ont révélé qu'il n'existait pas de différence dans les barrières d'accès aux soins entre les immigrants et les non-immigrants. Cependant, il faut mentionner que l'ensemble de ces études ont utilisé des données secondaires lors de leur collecte de données. Ainsi, Setia et ses collaborateurs ont évalué en 2011, l'accès aux soins de santé sur une période de 12 ans selon le statut migratoire en utilisant les données secondaires de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). En utilisant deux indicateurs, dont la possession, ou non d'un médecin régulier et le besoin de santé perçu, ils sont arrivés à la conclusion qu'il n'y avait pas de barrière d'accès aux soins de santé entre les immigrants et les non-immigrants. Rappelons que la plupart des études qui analysent les données secondaires ne révèlent aucune différence dans l'accès aux

soins de santé entre les immigrants et les non-immigrants comparativement aux études qui utilisent les données primaires (Kalich et al, 2016).

Selon les données de la littérature, les barrières à l'accès aux services de santé ont des conséquences négatives sur la santé physique et mentale (Lai et Surood, 2013). En effet, les obstacles aux services de santé font que la plupart des immigrants ne font recours aux services de santé qu'à un stade tardif du problème de santé. Ainsi, dans les hôpitaux, le diagnostic des cas sévères se trouve davantage chez les immigrants comparés aux non-immigrants (Hynie et al, 2016).

## **4. Démarche**

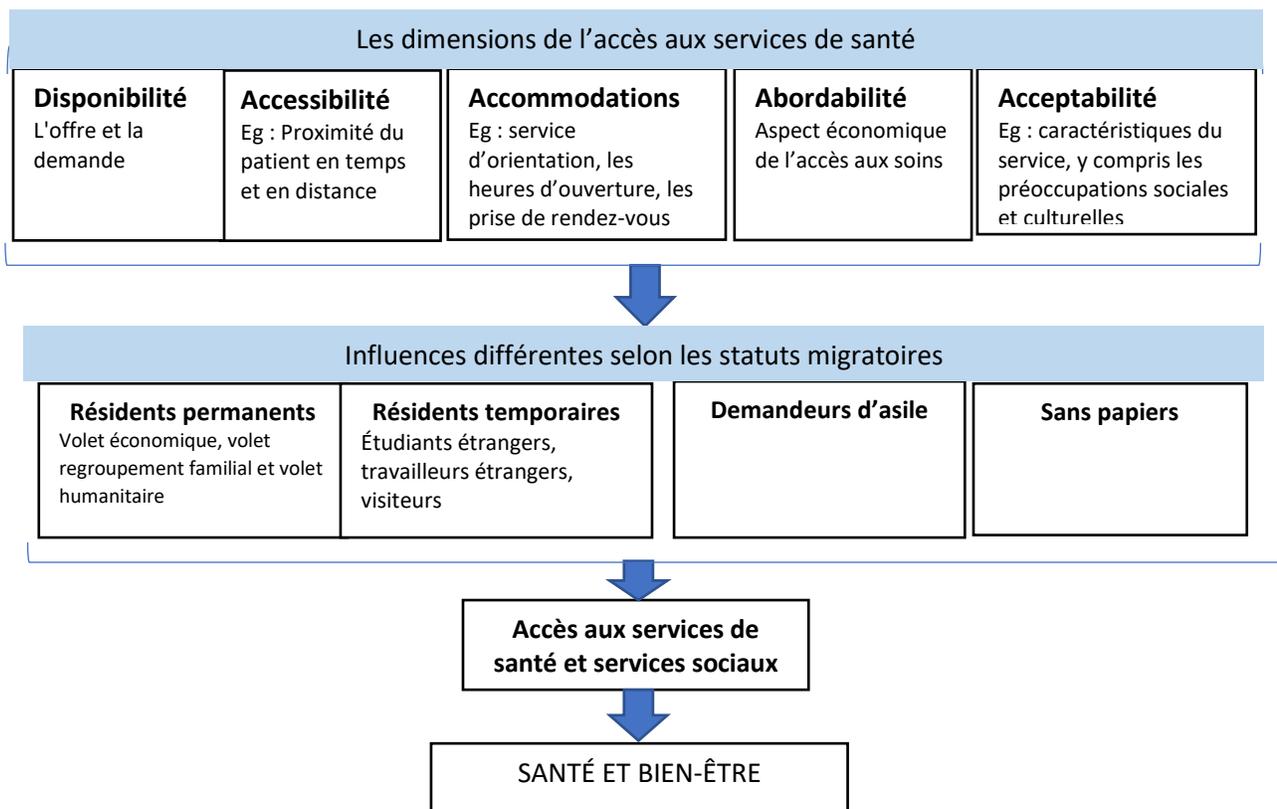
Nous avons adopté une démarche qualitative pour examiner les expériences des personnes qui travaillent auprès des immigrants pour améliorer leur santé et leur bien-être social. En effet, cette approche permet de comprendre la problématique dans son contexte (Khon et Christiaens, 2014). D'après Khon et Christiaens, *"faire la recherche qualitative c'est une façon de regarder la réalité sociale"*.

La méthode qualitative que nous avons utilisée était des entrevues semi-dirigées individuelles, réalisées à distance (en ligne), grâce à la plateforme Zoom. Dans le contexte de la pandémie de la COVID 19, cette méthode nous a paru la mieux adaptée pour atteindre nos objectifs. De plus, elle permet de recueillir des informations plus détaillées chez les interviewés grâce à un temps de parole plus long.

### **4.1. Cadre conceptuel**

Le cadre conceptuel que nous avons utilisé dans cette étude est celui de Penchansky et Thomas (Penchansky et Thomas, 1981). Nous avons adapté ce cadre à la population immigrante pour mieux comprendre les barrières d'accès aux services de santé et services sociaux selon les statuts migratoires (Figure 1). Ce cadre nous a permis entre autres d'orienter nos entrevues semi-dirigées et d'identifier les principales catégories lors de l'analyse des données. Selon Penchansky et Thomas, l'accès aux soins de santé est soumis à cinq dimensions à savoir : la disponibilité, l'accessibilité, l'accommodation, l'abordabilité et l'acceptabilité. Ces dimensions influencent différemment l'accès aux services des personnes migrantes selon leur statut migratoire.

- La disponibilité fait référence à l'adéquation entre les besoins de la population et les services disponibles. Elles englobent les éléments tels que la disponibilité des moyens de transport et les connaissances de services disponibles.
- L'accessibilité renvoie à la capacité des usagers à utiliser les services de santé en prenant en compte leur proximité en temps et en distance.
- L'accommodation indique comment le système est organisé pour accepter les usagers. Elle informe sur les facteurs qui peuvent influencer l'utilisation des services. Par exemple, un service d'orientation, les heures d'ouverture, les prises de rendez-vous.
- L'abordabilité fait référence à l'aspect économique de l'accès aux soins. Cela comprend la capacité des usagers à payer les coûts directs et indirects liés à leur demande de soins. En effet, si les résidents permanents ont accès à la couverture médicale de la RAMQ, ce n'est pas le cas pour tous les résidents temporaires.
- L'acceptabilité renvoie à l'attitude de l'utilisateur envers le fournisseur de soins et les caractéristiques du service, y compris les préoccupations sociales et culturelles



**Figure 1 :** Cadre conceptuel de Penchansky et Thomas adapter aux différents statuts migratoires

## 4.2. Collecte de données

Pour répondre aux objectifs de notre étude, nous avons effectué dans un premier temps, une synthèse des écrits scientifiques pour dresser un portrait de l'accès aux services de santé et services sociaux des immigrants. Pour cela, nous avons utilisé le modèle PRISMA. La recherche de la documentation pertinente sur le sujet a été réalisée grâce aux moteurs de recherche et des bases de données, notamment PubMed, Medline et google scholar. Les principaux concepts utilisés dans la recherche d'articles étaient : difficulties, health services, social services, immigrants.

Dans un deuxième temps, nous avons effectué des entrevues semi-dirigées auprès des informateurs clés pour recueillir leur expérience. Le recrutement de ces personnes a eu lieu entre le 07 octobre et le 03 décembre 2020. Ils ont été contactés à travers des invitations envoyées par courriel. Le nombre de personnes visé était de dix (10), mais nous avons obtenu la confirmation de seulement six (6) personnes. Pour les personnes qui n'ont pas répondu à notre premier courriel, nous avons envoyé des courriels de rappel, jusqu'à un maximum de deux.

Les participants que nous avons pu rejoindre étaient constitués des intervenants d'organismes communautaires et des chercheurs spécialistes de la question migratoire au Québec et Canada. Le choix de cette population était justifié par leur plus grande connaissance sur les défis d'accès aux services de santé et services sociaux de la population immigrante. De plus, ils sont en première ligne dans la prise de contact avec les immigrants qui désirent accéder aux services de santé et services sociaux, grâce à leur service d'accueil et l'orientation. Ces informateurs clés ont été identifiés grâce aux réseaux de connaissance que possède les membres de l'organisme ACCÉSSS, aussi en consultant la liste d'organismes communautaires du Québec qui offrent des services aux personnes immigrantes et enfin en utilisant la technique dite "boule de neige" qui consiste à demander aux personnes qui ont déjà été sélectionnées d'identifier des connaissances qui sont mieux placées pour répondre à nos questionnements (Chow et Thomson, 2003). En raison du contexte de la pandémie de la COVID-19, nous avons effectué la prise de contact par courriel ou par téléphone, car il n'était pas possible de nous rendre en personne dans un organisme.

Un guide d'entrevue semi-structuré a été rédigé avant les entretiens pour mieux orienter les discussions et recueillir des données les plus pertinentes. Notre grille d'entrevue était structurée comme suit : 1) connaissance générale sur les statuts migratoires, les couvertures médicales et les

besoins en santé non comblés, 2) les difficultés d'accès aux soins selon les statuts migratoires et 3) l'impact de la COVID 19 sur l'accès aux services de santé et services sociaux.

Les entrevues ont été enregistrées pour faciliter la retranscription et l'analyse. En plus, des notes sur l'attitude et les gestes des interviewés ont été prises durant les entrevues. Tous les participants ont consenti à l'enregistrement audio et la durée moyenne des entrevues était de 38 minutes. Dans une des entrevues, un participant a invité deux autres personnes avec lui. Dans la dynamique de cette entrevue, nous avons remarqué que les idées des uns stimulaient celles des autres. Donc, nous avons considéré cette entrevue comme un "mini focus group".

### **4.3. Analyse des données**

Les enregistrements audios des entrevues ont été retranscrits et lus à plusieurs reprises. Les notes prises durant les entrevues nous ont permis de mieux comprendre le contenu des textes. Nous nous sommes servis du logiciel QDA Miner pour l'analyse thématique. Pour l'analyse de nos données, nous avons utilisé une approche descriptive qui consiste à faire dialoguer les données empiriques avec des dimensions analytiques construites a priori donc le cadre conceptuel Penchaksy & Thomas, etc. Ensuite, nous avons adopté la démarche d'analyse déductive-inductive où d'une part les catégories analytiques sont construites sur la base des dimensions du cadre conceptuel et d'autre part des idées et catégories émergent des données empiriques de manière inductive. Ainsi, nous avons construit deux thèmes supplémentaires à savoir les défis rencontrés par les organismes communautaires et les conséquences liées à la COVID-19.

### **4.4. Limites de l'étude**

Bien que le nombre de participants n'ait pas beaucoup d'importance en recherche qualitative et que nous avons sélectionné les personnes les mieux placées pour nous fournir des informations, nous aurions aimé interroger plus de personnes. Et ce, dans le but d'augmenter au maximum la probabilité de la saturation des données. Aussi, le fait d'interroger uniquement les informateurs clés et pas les immigrants eux-mêmes a également constitué une limite. Car, les immigrants auraient pu donner plus détails concernant certaines difficultés d'accès aux services de santé et services sociaux.

## **5. Résultats**

### **5.1. Description des interviewés**

Nous avons interviewé huit personnes au total, à travers six entrevues semi-dirigées. En effet, un participant avait invité deux autres personnes avec lui, dont une personne issue de l'immigration qui a longuement parlé de son expérience dans l'accès aux services de santé en tant qu'immigrant. Les autres personnes interrogées étaient des citoyens canadiens, dont plusieurs étaient issus de l'immigration. Ces personnes étaient soit des intervenants de milieu communautaire avec plusieurs années d'expérience dans les organismes qui s'occupent de l'accueil et de l'intégration des immigrants (n=5), soit spécialiste de la question migratoire (n=1) un chercheur en particulier. Les deux personnes qui ont été invitées par un autre participant étaient des stagiaires, mais qui avaient déjà de l'expérience dans d'autres organismes communautaires impliqués dans l'intégration des nouveaux arrivants. Elles ont beaucoup participé à la discussion compte tenu de leur expérience de terrain et en tant que personnes issues de l'immigration. Nous avons interviewé six femmes et deux hommes (Odds Ratio= 3/1 en faveur des femmes).

### **5.2. Analyse thématique**

L'analyse de nos entrevues nous a permis de relever plusieurs barrières à l'accès aux services de santé et services sociaux et de les classer selon les cinq dimensions de l'accès aux services de notre cadre conceptuel, ainsi que selon d'autres thèmes qui ne ressortent pas dans notre cadre conceptuel.

#### **5.2.1. Accessibilité aux services**

Ce thème renvoie au fait qu'une personne qui ressent le besoin de soins doit pouvoir y avoir accès aux services adéquats. Nous avons relevé plusieurs sous-catégories sous ce thème : premièrement, le manque d'information sur la manière d'accéder aux services. En effet, la plupart de nos participants ont mentionné que l'une des premières barrières à l'accès aux services était le fait que la majorité des immigrants, surtout les nouveaux, ne possédait pas des informations nécessaires pour accéder à certains services dont ils ont normalement droit. Cette barrière est commune à tous les immigrants, quel que soit le statut. Deuxièmement, le refus de l'assurance médicale fédérale (PFSA) par certaines cliniques. Les demandeurs d'asile sont couverts par le PFSA, malheureusement, l'une des difficultés que rencontrent ces personnes est le fait que ce n'est pas tous les médecins qui sont abonnés à ce système de facturations. Ainsi, certains demandeurs d'asile

doivent payer leur soin de leurs poches. Une intervenante du milieu communautaire a dit ceci : *"la semaine passée, il y a une femme qui... est allée dans une clinique, elle ne savait vraiment pas... elle n'a pas demandé si ses soins étaient totalement couverts, étant donné son statut... Mais on lui a tout fait et puis après chez elle, elle reçoit une facture de 19000 \$ qu'elle doit payer"*.

Troisièmement, la peur d'être déporté pour les sans-papiers est une barrière qui a été mentionnée par l'ensemble des participants au projet. Cette peur se renforce d'autant plus si d'autres personnes du même statut ont été déportées en consultant dans un service. Plusieurs intervenantes ont dit avoir reçu des cas de personnes qui ont été reçues à l'hôpital et ont été signalées à la police. Certaines personnes interviewées mentionnent avoir reçu des cas de personnes ayant été déportées après avoir consulté dans un hôpital. *"On a vu un cas où la femme était enceinte... ils ont [d'abord] pris beaucoup de temps pour la prendre... elle a perdu son bébé... ils ont appelé l'immigration et la dame a été déportée... avec une dette de 45000\$"*. Cependant, ces intervenants pensent que ce sont des cas isolés qui arrivent de temps en temps, et pourraient être le fruit du racisme, car le personnel médical est normalement tenu au secret médical. *"Les employés [de l'hôpital] n'ont pas le droit d'appeler l'immigration même pour n'importe quel motif. Je pense que c'était une décision personnelle de l'employé de l'hôpital... Vous savez, le racisme systémique, ça se voit même là [aussi]"*.

### **5.2.2. Acceptabilité et influence de la culture**

L'acceptabilité rend compte de la capacité d'un individu qui est dans le besoin, de demander les soins. Les barrières en lien avec l'acceptabilité que nous avons relevées dans nos entrevues sont d'abord la barrière linguistique. Le Québec est une province multiculturelle. On y rencontre des personnes provenant de diverses origines et certains d'entre eux ne parlent ni l'anglais ni le français. La barrière linguistique est une difficulté qui est ressortie tout au long de nos entrevues et concerne l'ensemble des immigrants. Dans ces cas, trouver des interprètes se révèle aussi difficile que coûteux. *" On rencontre souvent des gens par exemple qui ne parlaient qu'arabe. Et là, chercher un interprète ça coûte des sous"* LB.

Les immigrants ont également des difficultés d'accès aux services de santé et services sociaux du fait des barrières culturelles. Dans ce cas, il s'agit de certaines valeurs qui entrent en considération lorsque certains immigrants ont besoin de services. Par exemple, pour les immigrantes victimes de violence conjugale, une intervenante de milieu communautaire a dit ceci *"avant d'arriver chez*

*nous (dans l'organisme), certaines victimes (se posent la question de savoir) ... qu'est-ce que ma famille va dire ? Qu'est-ce que mon prêtre ou ma communauté religieuse va dire ? MJR.* Ce qui empêche bon nombre à demander les services dont ils ont besoin. Aucun des interviewés n'a mentionné le manque de littératie comme étant une barrière d'accès aux services de santé et services sociaux. Cependant, dans la littérature soulève cette barrière.

### **5.2.3. Disponibilité des services**

Les barrières qui ont été mentionnées en lien avec la disponibilité des services touchent aussi bien les immigrants que les non-immigrants. En effet, avant la COVID-19, plusieurs cliniques sans rendez-vous étaient ouvertes au public. Mais, durant la COVID-19, la majorité de ces cliniques sans rendez-vous ont fermé et certains usagers ont été orientés vers d'autres cliniques un peu plus éloignées de leur lieu d'habitation, comme la mentionnée NDJ : *"Elles veulent rester à l'intérieur du quartier... quand on leur demande d'aller dans une clinique sans rendez-vous ailleurs, elles ne veulent pas partir"*.

### **5.2.4. Capacité financière**

Cette catégorie de barrière à l'accès aux services de santé et services sociaux concerne principalement les résidents temporaires et les sans-papiers puisqu'ils ne sont admissibles à aucune des couvertures médicales publiques. Pourtant, le Québec dispose d'une couverture médicale universelle. Ceci constitue une première difficulté, car certaines personnes ne comprennent pas le système de santé lorsqu'ils arrivent au Québec. Ils pensent que la couverture médicale est accessible à tous. NDJ dit ceci : *"Quand elles quittent leur pays, elles pensent que la couverture médicale est universelle pour tous. Mais malheureusement, ce n'est pas vraiment gratuit pour tous"*. Pour avoir accès aux services de santé, les immigrants appartenant à ces deux groupes de statut migratoire doivent soit souscrire à une assurance privée, soit payer les soins de leur poche. Dans ces deux cas, il faut disposer d'un certain niveau de ressources financières que la plupart ne sont pas capables d'assurer. Ainsi, le manque d'argent a été généralement cité par tous nos participants comme l'une des barrières les plus importantes de l'accès aux soins. Cette difficulté pousse certaines personnes à renoncer tout simplement aux soins et cela peut entraîner des conséquences comme le dit NDJ : *"Il y a deux ans, on a eu une étudiante qui est morte... étant enceinte. Elle a eu une grossesse ici, et les gens lui ont dit que si tu pars à l'hôpital, ils vont te taxer de 50 000 à 60 000 \$. Elle voulait se faire accoucher à la maison et elle a perdu la vie"*.

Certains participants ont aussi mentionné que parfois il y a quelques professionnels de la santé qui aident gratuitement ces personnes qui endurent d'atroces souffrances. « *Dernièrement, il y a une maman qui est venue visiter ses filles ici, et elle est tombée malade ici [au Québec], ses filles l'ont emmené à l'hôpital, mais son assurance ne couvrait pas son mal. Elle me dit que j'ai seulement trouvé quelqu'un de bon cœur là-bas [à l'hôpital] qui m'a aidé de manière humaine comme ça* ». NDJ

Pour les immigrants qui ont la RAMQ, certains participants ont évoqué que l'un des facteurs pouvant influencer l'accès aux soins est le statut socio-économique. En effet, selon les données de la littérature, les groupes ayant un faible statut socio-économique utilisent moins les services que ceux qui ont un statut socio-économique plus élevé (Barbier, 2008).

### **5.2.5. L'accommodation**

Sous cette catégorie, nos répondants ont soulevé plusieurs barrières à savoir, le système de prise de rendez-vous qui n'est pas adapté aux différents statuts migratoires. Par exemple comme dit ESC, « *Quand vous [voulez]... prendre un rendez-vous, par exemple par internet, on vous demande [le numéro de] la carte d'assurance maladie, et ces gens-là n'ont pas la carte d'assurance maladie* ». Cette difficulté constitue une barrière administrative qui limite l'accès aux services de santé et services sociaux pour ces personnes. D'autres barrières administratives ont également été évoquées dans les entrevues, notamment le fait de demander trop d'informations que certains immigrants n'ont pas forcément. ESC dit : « *il y a des programmes qui exigent le code postal de la personne... par exemple [dans certaines] banque d'aliments... on demande la carte d'identification de résidence..., une facture d'Hydro-Québec ou une facture de téléphone. Est-ce les sans papier ont tous ces documents?* »

### **5.2.6. Défis des organismes communautaires**

Le défi rencontré par les organismes communautaires est un thème émergent qui est ressorti lors de nos entrevues, mais qui ne faisait pas partie de notre cadre conceptuel. Il s'agit premièrement du manque de clarté dans les informations. D'après certaines participantes, les informations ne sont pas assez claires. Une participante interrogée disait ceci : « *Même pour nous en tant qu'organisme communautaire, ce n'est pas très clair. Parce que si c'est clair... on peut [mieux] les aider* » NDJ. Une autre participante dit que « *de fois on ne sait pas où les détourner (orienter)... il faut qu'ils se débrouillent* ». Deuxièmement, il y a aussi les ressources limitées des organismes

communautaires. En effet, certaines personnes compte tenu de leur statut ne vont rechercher les soins que dans quelques organismes communautaires qui offrent les soins aux migrants sans assurance maladie comme Médecins du Monde. Cependant, ces organismes manquent de ressources pour avoir un impact un peu plus large. Car, il ne compte en grande partie que sur les bénévoles. *"On offre des soutiens psychosociaux... avec la COVID, la santé mentale... est un volet tellement demandé chez nous et on n'est pas subventionné pour ça non plus, c'est avec les bénévoles psychologues qui viennent donner leur temps". ESC.*

### **5.2.7. Conséquences de la COVID-19**

Il est ressorti de nos entrevues que les demandes de certains services sociaux par les immigrants ont augmentées depuis le début de la pandémie. Cela s'observe par exemple au niveau des services d'aide alimentaire. « *Avant la COVID on donnait entre 100 et 120 [paniers alimentaires] chaque mardi et maintenant on donne plus de 300* » dit NDJ. Mais cela pourrait être le reflet d'une augmentation des besoins, compte tenu des pertes d'emploi qu'il y a eu dans ce groupe, comme l'ont signalé d'autres. La COVID aurait aussi entraîné une augmentation du problème d'isolement social avec des conséquences sur la santé mentale. En revanche, la COVID-19 a néanmoins eu un côté positif dans le sens qu'elle a permis une plus grande visibilité des migrants à statut précaire dans le système de santé. Grâce à la décision du gouvernement de prendre en charge tous les cas reliés à la COVID-19, quel que soit le statut de la personne.

### **Les retombées du projet**

Ce projet nous a permis d'identifier et de mieux comprendre les barrières à l'accès aux services de santé et services sociaux chez les immigrants. À présent, cela va nous permettre de formuler quelques pistes de solution à l'endroit des décideurs et de ACCÉSSS, pour améliorer l'accès aux services de santé et services sociaux des immigrants.

## **5.3. Recommandations**

De ce qui précède, nous recommandons ce qui suit. Aux décideurs politiques :

- Insérer l'assurance maladie dans quelques titres de séjour, à savoir les permis d'étude et les permis de travail, afin que ces personnes soient couvertes en arrivant au Québec.

- De donner accès à internet aux immigrants en élargissant le programme « famille connectée » à tous les immigrants quel que soit le statut et en diffusant l'information. En effet, pendant cette période de pandémie, l'accès à une connexion internet est plus que nécessaire.
- De rendre le système de facturation plus équitable en abolissant la surfacturation des soins aux migrants à statut précaire
- Inclure aussi en temps de pandémie l'accès gratuit à tous les soins médicaux pas juste ceux liés à la COVID comme le font d'autres provinces (eg Ontario).

#### À ACCÉSSER :

- De mener des campagnes de sensibilisations pour informer les immigrants par rapport aux services dont ils ont droit,
- D'offrir plus de formations aux nouveaux arrivants, sur le fonctionnement du système de santé québécois
- De faire des plaidoyers auprès des décideurs pour qu'il puisse financer davantage les programmes d'aide aux immigrants,

## **Conclusion**

Les immigrants présentent plusieurs barrières à l'accès aux services de santé et services sociaux. Ces barrières sont variables d'un statut migratoire à l'autre. Les résidents permanents présentent moins de difficultés d'accès aux soins que tous les autres statuts migratoires. Par contre, les résidents temporaires et les sans-papiers sont les statuts migratoires qui souffrent beaucoup lorsqu'ils ont besoin d'accéder aux services de santé ou aux services sociaux. Ces difficultés entraînent des conséquences observables sur la santé physique et mentale qui sont parfois fatales.

La pandémie de la COVID-19 est un événement historique qui a eu des conséquences négatives sur la santé physique et mentale des immigrants, à cause de nombreuses pertes d'emploi et leur présence en première ligne de la lutte contre la pandémie. Cependant, l'événement de la COVID-19 a amélioré l'accès aux services de santé de ces personnes, grâce à la décision du gouvernement d'offrir les soins en lien avec la COVID-19 à tout monde, quel que soit le statut.

Compte tenu des limites qui ont entaché notre étude, d'autres recherches plus approfondies avec la prise en compte de l'expérience des immigrantes permettront d'en savoir davantage sur le sujet, pour mieux agir.

## Références :

1. Amnesty, s.d. <https://www.amnesty.fr/focus/droit-asile>
2. Barbier C. 2008. Les inégalités socio-économiques de santé. Éducation santé. Disponible en ligne à <http://educationsante.be/article/les-inegalites-socio-economiques-de-sante/>
3. Campbell, R. M., Klei, A. G., Hodges, B. D., Fisman, D., & Kitto, S. (2014). A comparison of health access between permanent residents, undocumented immigrants and refugee claimants in Toronto, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(1), 165-176.
4. Chow M., et Thomson S.K. 2003. Estimation avec plans d'échantillonnage par dépistage de liens : une approche bayésienne. *Statistique Canada*. Vol. 29, No 2, pp. 221-230
5. Cloos, P., Ndao, E. M., Aho, J., Benoit, M., Fillol, A., Munoz-Bertrand, M., ... & Ridde, V. (2020). The negative self-perceived health of migrants with precarious status in Montreal, Canada: A cross-sectional study. *PloS one, 15*(4), e0231327.
6. Donnelly, T. T., McKellin, W., Hislop, G., & Long, B. (2009). Socioeconomic influences on Vietnamese-Canadian women's breast and cervical cancer prevention practices: a social determinant's perspective. *Social Work in Public Health, 24*(5), 454-476.
7. Filip RP, Beauvais B, Benzakour C et Laur E. (2018). Portrait de l'immigration permanente au Québec selon les catégories d'immigration. *MIFI*. [http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Portraits\\_categories\\_2013-2017.pdf](http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Portraits_categories_2013-2017.pdf)
8. Gouvernement du Canada (2019). Comprendre le statut de résident permanent. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/nouveaux-immigrants/carte-rp/comprendre-statut-rp.html>
9. Gouvernement du Québec, 2020. Demandeur d'asile. [en ligne] Consulter le 25/11/2020 à l'URL : <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/immigrer-installer/immigration-humanitaire/demandeur-asile/index.html>
10. Gushulak, B. D., Pottie, K., Roberts, J. H., Torres, S., & DesMeules, M. (2011). Migration and health in Canada: health in the global village. *Cmaj, 183*(12), E952-E958.

11. Hynie, M., Arden, C. I., & Robertson, A. (2016). Emergency room visits by uninsured child and adult residents in Ontario, Canada: What diagnoses, severity and visit disposition reveal about the impact of being uninsured. *Journal of immigrant and minority health*, 18(5), 948-956.
12. ISQ, (2020). Estimations démographiques (septembre 2020). Adapté par l'Institut de la statistique du Québec. <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/migration/internationales-interprovinciales/602.htm>
13. Kalich, A., Heinemann, L., & Ghahari, S. (2016). A scoping review of immigrant experience of health care access barriers in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(3), 697-709.
14. Kang, C., Tomkow, L., & Farrington, R. (2019). Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK. *British Journal of General Practice*, 69(685), e537-e545.
15. Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique, 53(4), 67-82.
16. Lai, D. W., & Surood, S. (2013). Effect of service barriers on health status of aging South Asian immigrants in Calgary, Canada. *Health & Social Work*, 38(1), 41-50.
17. Lebrun LA. Accès aux services de santé parmi les immigrants au Canada. *Can Ethn Stud*. 2010;41(3):247-60.
18. Lum, I. D., Swartz, R. H., & Kwan, M. Y. (2016). Accessibility and use of primary healthcare for immigrants living in the Niagara Region. *Social Science & Medicine*, 156, 73-79.
19. Observatoire des tout petits, ND. Les différents statuts migratoires. [En ligne] Consulter le 20/09/2020 à l'URL : <https://tout-petits.org/publications/dossiers/acces-soins-de-sante-migrants/statuts-migratoires/>
20. ONU. 2019. Migrations. [En ligne] Consulter le 15/10/2020 à l'URL : <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/migration/index.html>
21. Oxfam, 2020. Inégalités face au coronavirus : certains groupes seront davantage touchés. Disponible en ligne au <https://oxfam.qc.ca/coronavirus-inegalites-groupes-recommandations/>
22. Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 127-140.  
[https://www.jstor.org/stable/3764310?seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/3764310?seq=1#metadata_info_tab_contents)
23. Picot G et Lu Y (2017). Faible revenu chronique chez les immigrants au Canada et dans ses collectivités. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2017397-fra.htm>
24. RAMQ, s.d. Ententes de sécurité sociale avec d'autres pays. [En ligne] Consulter le 20/10/2020 à l'URL : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/ententes-securite-sociale-autres-pays>

25. Ridde, V., Aho, J., Ndao, E. M., Benoit, M., Hanley, J., Lagrange, S., ... & Cloos, P. (2020). Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada. *Global Public Health*, 1-14.
26. Rink, N., Muttalib, F., Morantz, G., Chase, L., Cleveland, J., Rousseau, C., & Li, P. (2017). The gap between coverage and care—what can Canadian paediatricians do about access to health services for refugee claimant children?. *Paediatrics & Child Health*, 22(8), 430-437.
27. Samba M. 2020. COVID-19 : des sans-papiers réclament des soins de santé sans risque d’expulsion. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1676197/covid-19-coronavirus-sans-papiers-sanctuary-health>
28. Santé publique Ontario. (2020). COVID-19 – Ce que nous savons jusqu’à présent sur... les déterminants sociaux de la santé. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/ncov/covid-wvksf/2020/05/what-we-know-social-determinants-health.pdf?la=fr>
29. Setia, M. S., Quesnel-Vallee, A., Abrahamowicz, M., Tousignant, P., & Lynch, J. (2011). Access to health-care in Canadian immigrants: a longitudinal study of the National Population Health Survey. *Health & social care in the community*, 19(1), 70-79.
30. Statistique Canada (2017). Immigration et diversité ethnoculturelle : faits saillants du recensement de 2016.
31. Vang, Z., Sigouin, J., Flenon, A., & Gagnon, A. (2015). L’effet de la sélection de l’immigrant en bonne santé au Canada : Une revue systématique. *Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail*, 3(2), 6.

## Annexes

### Annexes 1 : Grille d'entretien semi-dirigé

#### CONNAISSANCE GÉNÉRALE SUR LES STATUTS MIGRATOIRES

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pouvez-vous me décrire les différents statuts migratoires et la couverture médicale de chacun ? (Résident permanent, demandeur d'asile, personne parrainée, travailleur temporaire, étudiant étranger).</li> </ul>	<p>Pouvez-vous me parler davantage des personnes parrainées</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>D'après votre expérience est-ce qu'il existe des besoins non comblés en matière de soins de santé chez les personnes migrantes?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quelle est l'ampleur du problème selon vous ?</li> <li>Est-ce que vous pensez que beaucoup d'autres migrants se trouvent dans cette situation?</li> <li>Est-ce que vous pensez que certains statuts migratoires ont plus de besoins non comblés que d'autres?</li> <li>Avez-vous remarqué des changements depuis le début de la pandémie actuelle ?</li> <li></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pouvez-vous m'en dire davantage ?</li> <li>Pouvez-vous me donner des exemples ?</li> </ul>

#### LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SERVICES ET IMPACT DE LA COVID-19

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pensez-vous que les migrants présentent des difficultés d'accès aux services de santé et services sociaux?</li> <li>Si oui, lesquels?</li> <li>Sinon, est-ce que vous pensez qu'il y a des facteurs qui les avantagent?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Est-ce que les difficultés sont les mêmes pour tous les statuts migratoires?</li> <li>Avez-vous des exemples à me citer de cas où des personnes normalement couvertes n'ont pas reçu de services de santé ou sociaux ? De quels services s'agissait-il ? Qu'en est-il des services de garde?</li> <li>Est-ce que les difficultés dont vous avez parlé sont plutôt de type structurel, selon vous?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?</li> <li>Pouvez-vous m'en dire davantage ?</li> <li>Pouvez-vous me donner des exemples ?</li> </ul>

	<p>(ex. méconnaissance des statuts migratoires par les préposés aux cliniques)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous été dans l'obligation d'offrir un service qui ne relève pas de votre mandat (social ou de santé) ou d'accompagner une personne afin qu'elle y ait accès? (Pour les organismes communautaires)</li> <li>• Est-ce que vous jugez que l'accès est plus facile aux services médicaux d'urgence par rapport aux services complémentaires tels que les suivis, analyses sanguines ou physiothérapie, par exemple ?</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que vous pensez que la COVID 19 a eu un impact sur l'accès aux soins des personnes migrantes?</li> <li>• Si oui, lequel?</li> </ul>		

#### PISTES DE SOLUTIONS

Questions principales	Questions complémentaires	Questions de clarification
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous des pistes de solutions pour améliorer l'accès aux services de santé chez les personnes migrantes?</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pouvez-vous m'en dire un peu plus ?</li> <li>• Pouvez-vous m'en dire davantage ?</li> <li>• Pouvez-vous me donner des exemples ?</li> </ul>

#### CLÔTURE

- Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter concernant les barrières d'accès aux services des migrants?

## Annexes 2 : résumé des principales difficultés d'accès aux services de santé et services sociaux selon les différents statuts migratoires

Résidents permanents	Demandeurs d'asile
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrières linguistiques</li> <li>• Barrières culturelles</li> <li>• Manque d'information</li> <li>• Faible statut socioéconomique</li> <li>• Long délai d'attente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrières linguistiques</li> <li>• Barrières culturelles</li> <li>• Manque d'information</li> <li>• Faible statut socioéconomique</li> <li>• Long délai d'attente</li> <li>• Refus du PFSI dans certaines cliniques</li> </ul>

Résidents temporaires	Sans-papiers
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrières linguistiques</li> <li>• Barrières culturelles</li> <li>• Manque d'information</li> <li>• Faible statut socioéconomique</li> <li>• Long délai d'attente</li> <li>• Absence de couverture médicale</li> <li>• Manque d'argent</li> <li>• Barrières administratives</li> <li>• Système de prise de rendez-vous</li> <li>• Peur de la surfacturation</li> <li>• Distances avec certains organismes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barrières linguistiques</li> <li>• Barrières culturelles</li> <li>• Manque d'information</li> <li>• Faible statut socioéconomique</li> <li>• Long délai d'attente</li> <li>• Absence de couverture médicale</li> <li>• Manque d'argent</li> <li>• Barrières administratives</li> <li>• Système de prise de rendez-vous</li> <li>• Distances avec certains organismes</li> <li>• Peur de la surfacturation</li> <li>• Peur d'être déporté</li> </ul>

## Annexes 3 : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
---------------------------------------------

### IDENTIFICATION

Nom du projet : L'accès aux services de santé et services sociaux en fonction du statut migratoire : impact de la COVID 19

Superviseure académique : Mme Béatrice Godard, professeure titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal

Chargé d'enseignement clinique : Mme Adina Ungureanu, Coordonnatrice de l'Observatoire Familles Immigration à l'Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux (ACCESSS)

Étudiant : Cyrille Junior Soh Fotsing, Candidat à la MSc en Santé Publique option Santé Mondiale

Adresse courriel : [Cyrille.junior.soh.fotsing@umontreal.ca](mailto:Cyrille.junior.soh.fotsing@umontreal.ca)

Téléphone :

### BUT GÉNÉRAL DU PROJET

Vous êtes invité(e) à prendre part au présent projet qui vise à mieux connaître les difficultés de l'accès aux services de santé et services sociaux des immigrants résidant sur le territoire Québécois en fonction du statut migratoire, afin de mieux orienter les actions de santé publique. Plus spécifiquement, il vise également à présenter les disparités dans l'accès aux services de santé et services sociaux des immigrants selon le statut migratoire et aussi mieux comprendre l'impact qu'a la COVID 19 sur l'accès aux services des immigrants. Ce projet est réalisé dans le cadre d'un stage de Maîtrise en santé Publique, option santé Mondiale à l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal.

### PROCÉDURE OU TÂCHE DEMANDÉE AU PARTICIPANT

Votre participation consiste à donner une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous sera demandé votre point de vue sur les thèmes suivants : "Statuts migratoires, couverture médicale et besoins en santé non comblés" ; "les difficultés d'accès aux services" et "les pistes de solutions". Cette entrevue sera enregistrée numériquement avec votre permission pour faciliter la retranscription et prendra environ une heure de votre temps. La transcription sur support informatique qui en suivra ne permettra pas de vous identifier.

### AVANTAGES et RISQUES

Votre participation pourrait permettre de réaliser des avancées dans l'accessibilité aux soins pour les immigrants.

Le seul inconvénient de votre participation à ce projet est le temps que vous allez consacrer à l'entrevue.

Vous demeurez libre de ne pas répondre à une question que vous estimez embarrassante ou de vous retirer en tout temps sans avoir à vous justifier.

## ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls, la superviseure du projet et la chargée d'enseignement, Mme Béatrice Godard et Mme Adina Ungureanu pourront avoir accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription codés) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé pour la durée totale du projet.

## PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de ce projet. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que les renseignements recueillis lors de l'entrevue puissent être utilisés aux fins du présent projet de stage à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

## COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet.

## DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Vous pouvez contacter l'étudiant responsable du projet au numéro 438-340-8876 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec la CEC Mme Adina Ungureanu des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant au projet.

## REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

## VOTRE CONSENTEMENT

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce projet de stage portant sur l'accès aux services de santé et services sociaux en fonction du statut migratoire : impact de la COVID 19. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom, prénom, coordonnées :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_