

Université de Montréal



**ACCÉSSS**

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

---

**Loi 15 visant à rendre le système de santé plus efficace : qu'en est-il de l'accès aux services de santé  
et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles?**

---

Par

LAROCHELLE, Julie G.

Superviseur académique : Lara Gauthier

Superviseure de terrain : Nina Meango

École de santé publique de l'Université de Montréal

Département de médecine sociale et préventive

Rapport de stage rédigé

en vue de l'obtention de la maîtrise

en Santé publique

Option Santé mondiale

Session Hiver 2025

## Résumé

L'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les communautés ethnoculturelles fait face à de nombreuses barrières persistantes au Québec. Parmi ces barrières, on retrouve la langue, la méconnaissance du réseau de la santé, la complexité du système de la santé, le statut d'immigration, le manque d'adaptation culturelle et linguistique des services, la discrimination et la stigmatisation, les barrières géographiques et les barrières technologiques. Toutefois, la nouvelle loi 15, adoptée le 9 décembre 2023, contient les articles 2, 71, 408 et 419 touchant l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles. Dans le cadre de ce projet, 10 entrevues semi-dirigées ont été réalisées avec des membres des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des comités des usagers et d'un organisme de défense des droits. Ces entrevues cherchaient à identifier les barrières à l'accès les plus importantes sur le terrain, comprendre les actions prises par le MSSS et Santé Québec pour l'application des articles 2, 71, 408 et 419 de la loi 15 et identifier des pistes d'action pertinentes pour améliorer cet accès. Les entrevues ont permis de faire ressortir quatre nouveaux thèmes par rapport à la recension des écrits, soit les ressources limitées des établissements, le manque de représentativité des communautés ethnoculturelles dans la direction des établissements de santé et les comités des usagers, l'incertitude face à la loi 15 et l'absence d'actions prises par le MSSS et Santé Québec pour faire appliquer les articles 2, 71, 408 et 419 de la loi 15. Les ressources limitées des établissements et le manque de représentation des communautés ethnoculturelles viennent agir comme des barrières à l'accès aux services. Finalement, les entrevues et l'analyse des résultats ont permis d'identifier des pistes d'action pertinentes pour le MSSS, Santé Québec, les organismes communautaires et ACCÉSSS visant à améliorer l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles.

**Mots-clés :** Accès aux services de santé et services sociaux, communautés ethnoculturelles, Loi 15, barrières d'accès aux soins, santé publique

## Table des matières

Introduction.....	6
L'accessibilité aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles .....	6
Contexte : la Loi 15.....	7
Objectifs, livrables et apprentissages critiques .....	8
Synthèse critique des écrits pertinents (CEPH-6).....	10
Démarche .....	10
Les barrières d'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles et leurs conséquences.....	10
Analyse du rôle des parties prenantes pertinentes à l'accès aux soins pour les communautés ethnoculturelles au Québec (SM1) .....	14
Cadre conceptuel (CEPH-22).....	16
Démarche .....	18
Méthode .....	18
Déroulement des entrevues.....	19
Résultats.....	20
Barrières d'accès pour les communautés ethnoculturelles.....	20
Incertitude par rapport à la Loi 15 .....	24
Absence d'actions prises par le MSSS et Santé Québec.....	24
Recommandations pour MSSS et Santé Québec .....	25
Recommandations pour les organismes communautaires.....	27
Recommandations pour ACCÉSSS .....	27
Discussion, limites et recommandations (CEPH-4)(CEPH-21).....	28
Considérations éthiques .....	32
Synthèse du journal réflexif (SM6).....	32
Conclusion .....	33
Bibliographie.....	34

## **Liste des figures**

Figure 1. Schéma des parties prenantes pertinentes à l'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles au Québec

Figure 2. Cadre conceptuel de l'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles au Québec

## **Liste des tableaux**

Tableau 1. Pistes d'action pour améliorer l'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles au Québec

## Liste des sigles et abréviations

ACCÉSSS : Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux

CH : Centre hospitalier

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CPEJ : Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse

CR : Centre de réadaptation

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

ÉDI : Équité, diversité et inclusion

IU : Institut universitaire

MIFI : ministère de l'Immigration, Francisation et Intégration

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

PFSI : Programme fédéral de santé intérimaire

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

## **Introduction**

### **L'accessibilité aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles**

L'accès aux services de santé et services sociaux est un enjeu important de santé publique [1]. Il est estimé qu'un accès raisonnable et équitable à des services de santé permet, entre autres, de faciliter une prise en charge précoce des maladies et de réduire les taux de mortalité. Cela permettrait également d'avoir de meilleurs résultats physiques, mentaux, émotionnels et sociaux [2]. Toutefois, certaines populations, comme les communautés ethnoculturelles, font face à de nombreuses barrières d'accès à ces services [3].

Tout d'abord, une communauté ethnoculturelle est définie comme un groupe qui partage des caractéristiques communes propres à ce groupe et qui les distingue des autres. Ces caractéristiques peuvent être la langue, la religion, les traditions culturelles, le pays d'origine, l'identité nationale, l'origine ancestrale et les traits physiques [4]. Les communautés ethnoculturelles incluent notamment les personnes issues de l'immigration, qui représentaient 13,7% de la population québécoise en 2016, et est en hausse depuis les dernières décennies. En effet, les personnes issues de l'immigration représentaient seulement 8,7% de la population québécoise en 1991, puis 9,9% de la population en 2001 et 12,6% de la population en 2011. Toutefois, cette proportion est moins grande que d'autres provinces canadiennes, comme l'Ontario avec 29,1% de la population issue de l'immigration en 2016, et que l'ensemble du Canada, où on retrouvait 21,9% de la population totale issue de l'immigration en 2016 [5].

Au Québec, l'immigration économique reste la principale porte d'accès à l'immigration permanente. En effet, en 2023, parmi les immigrants permanents admis, 69% venaient de l'immigration économique, tandis que 19% venaient du regroupement familial et 10% des réfugiés et des personnes en situation semblable [6]. Selon leur statut, les immigrants peuvent avoir un accès mitigé aux services de santé et aux services sociaux. Également, la connaissance de la langue officielle au Québec, le français, peut entraîner des conséquences sur l'accès à de nombreux services. Parmi les personnes immigrées en 2016, 4,4% ne connaissaient ni l'anglais ni le français, tandis que 15% de ces personnes connaissaient uniquement l'anglais. Parmi les personnes admises à l'immigration en 2020, 15,4% avaient déclaré ne pas connaître ni le français ni l'anglais [5].

Au Canada, de nombreuses études ont démontré que la santé des populations ethnoculturelles est affectée par de nombreuses barrières. Celles-ci comptent notamment les politiques d'immigration, les barrières socioéconomiques, les barrières à l'accès à des soins de santé et à des services sociaux appropriés et adaptés, l'exclusion sociale, les comportements liés à la santé et des facteurs psychosociaux. Ces barrières amènent

une dégradation de l'état de santé de cette population au fil du temps et la création d'inégalités en matière de santé. En effet, par rapport aux personnes nées au Canada, les immigrants de longue date, soit les immigrants arrivés depuis plus de 10 ans, ont un taux de diabète de 1,2 fois plus élevé et un taux de douleur dentaire également 1,2 fois plus élevé. D'un autre côté, au cours de la dernière année, les immigrants récents, soit les immigrants présents depuis 10 ans et moins au Canada, sont beaucoup moins susceptibles d'avoir consulté un professionnel de la santé ou de soins dentaires [7].

## **Contexte : la Loi 15**

Le stage se déroule dans le contexte de la Loi 15, la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*. Cette nouvelle loi, adoptée le 9 décembre 2023, vise à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, plus humain et plus performant. Les principaux axes de la loi sont d'améliorer l'accès aux soins, aux services de santé et aux services sociaux, de coordonner les services offerts grâce à Santé Québec, de s'assurer de la qualité des services offerts aux Québécoises et Québécois et de revenir à une gestion de proximité [8].

La Loi 15 amène une nouvelle réforme du système de santé et de services sociaux, notamment avec l'arrivée de Santé Québec. Avec cette réforme, Santé Québec devient l'unique employeur du réseau de la santé et a pour rôle principal d'offrir des services de santé et des services sociaux via les établissements publics et s'occuper des opérations et de la performance des activités effectuées dans le réseau, avec la satisfaction des usagers et usagères au cœur des priorités. C'est Santé Québec qui assure la prévisibilité, l'accessibilité, l'efficacité et la pérennité du réseau de la santé. La création de Santé Québec vise à contribuer à une meilleure accessibilité et disponibilité des gestionnaires locaux, notamment en les libérant de certaines tâches administratives, au partage de bonnes pratiques dans tout le réseau de la santé et à optimiser le processus d'embauche et de dotation. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), quant à lui, a comme rôle, entre autres, de déterminer les orientations et les cibles à atteindre, d'établir les règles budgétaires et de recevoir la reddition de comptes financière et d'évaluer l'atteinte des objectifs établis [9].

Concernant l'accès aux services de santé et de services sociaux pour les communautés ethnoculturelles, la Loi 15 comprend les articles 2, 71, 408 et 419 suivants :

*Article 2. [...] Les services de santé et les services sociaux visent à atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être entre les différents groupes de la population et entre les différentes régions [10]*

*Article 71. [...] Santé Québec doit s'assurer que son mécanisme d'accès aux services tient compte des particularités du territoire de même que des particularités socioculturelles et linguistiques des usagers et*

*qu'il permet de coordonner les activités des établissements publics et des prestataires privés de services du domaine de la santé et des services sociaux [10]*

*Article 408. Un établissement public favorise, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés ethnoculturelles du Québec ainsi que pour les autochtones, lorsque la situation l'exige [10]*

*Article 419. L'établissement public doit, en concertation avec les organismes représentatifs des communautés ethnoculturelles et les autres établissements de sa région, favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés ethnoculturelles [10]*

Cependant, les articles 2, 71 et 408 de la Loi 15 existaient déjà dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), adoptée en 1991, sous les articles 1.7, 2.5 et 2.7 [11]. Toutefois, malgré l'existence de ces articles de loi depuis plus de deux décennies, il existe des barrières persistantes dans l'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles au Québec [3].

### **Objectifs, livrables et apprentissages critiques**

Dans ce contexte de réforme du système de la santé, le projet de stage vise à faire comprendre aux décideurs qu'il existe de nombreux problèmes persistants dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les communautés ethnoculturelles. Il vise aussi à favoriser l'inclusion de ces communautés et d'ACCÉSSS dans la planification de l'application des articles 2, 71, 408 et 419 de la loi 15. L'objectif général est donc de sensibiliser les décideurs aux barrières et défis encourus par les communautés ethnoculturelles dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux au Québec et à l'importance d'impliquer ces communautés dans le processus de planification de l'application des articles 2, 71, 408 et 419 de la loi 15. Cet objectif se décline en trois objectifs spécifiques, soit :

1. Recenser les barrières et défis dans l'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles au Québec
2. Comprendre comment la loi 15 (art. 2,71, 408, 419) vient agir sur les barrières dans l'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles au Québec.
3. Sensibiliser les acteurs clés à l'importance de la prise en compte des communautés ethnoculturelles dans la planification de l'application de la loi 15 (art. 2,71, 408, 419)

La transmission et la diffusion des résultats de ce projet de stage se fait par une note de politique et une présentation orale résumant les principaux résultats obtenus et énonçant des pistes d'action pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, Santé Québec, les organismes communautaires et ACCÉSSS visant

l'application des articles 2, 71, 408 et 419 de la loi 15. La note de politique a été distribuée au Symposium d'ACCÉSSS du 11 avril 2025. Finalement, un rapport écrit faisant le point sur le projet sera remis au milieu de stage.

Les apprentissages critiques suivants seront démontrés dans ce rapport de stage :

- CEPH-4 : Interpréter les résultats de l'analyse des données à des fins de recherche et d'établissement de politiques ou de pratiques en santé publique
- CEPH-6 : Discuter de la façon dont les biais structurels, les iniquités sociales et le racisme minent la santé et créent des obstacles à l'atteinte de l'équité en matière de santé sur les plans de l'organisation, de la collectivité et de la société
- CEPH-21 : Intégrer les perspectives d'autres secteurs ou professions pour promouvoir et améliorer la santé des populations
- CEPH-22 : Mettre en application les outils de la pensée systémique afin de représenter visuellement une problématique de santé publique dans un format autre qu'un texte narratif habituel
- SM1 : Analyser les rôles, relations et ressources des parties prenantes influençant la santé mondiale
- SM6 : Adopter une posture réflexive et d'humilité culturelle et s'engager dans une démarche d'apprentissage continu en santé mondiale

## **Synthèse critique des écrits pertinents (CEPH-6)**

### **Démarche**

La réalisation de la synthèse des écrits pertinents s'est faite avec les moteurs de recherche Google et Google Scholar. Une combinaison des mots-clés suivants, en français et en anglais, a été utilisée : « barrières », « accès », « soins », « services de santé », « services sociaux », « conséquences », « ethnoculturelle », « immigrants » et « Québec ».

### **Les barrières d'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles et leurs conséquences**

#### **Barrière linguistique**

Au Canada, il est reconnu que quatre groupes peuvent être affectés par une barrière linguistique : les Premières Nations et les Inuits, les nouveaux arrivants, les sourds et, selon la province, les locuteurs d'une langue maternelle. Ceci est lié au fait que leur langue maternelle n'est pas une langue officielle de la province dans laquelle ils habitent. En effet, certains anglophones vivant au Québec peuvent aussi faire face à des barrières linguistiques dans l'accès aux soins dans leur langue maternelle [12]. Également, selon les données du recensement de 2016, seulement 80,6% des immigrants connaissaient le français, 15% connaissaient seulement l'anglais comme langue officielle et 4,4% ne connaissaient ni l'anglais ni le français au Québec [13].

La barrière linguistique peut avoir des effets sur l'accès aux services, car elle empêche le patient de se présenter pour être examiné et soigné. Cette barrière linguistique se traduit, par exemple, par une participation moins élevée aux programmes de prévention et de dépistage. Elle affecte également le diagnostic et le traitement du patient, car il s'agit d'une entrave à la bonne communication avec le fournisseur de soins, ce qui entraîne une augmentation de l'utilisation des soins d'urgence et la réalisation d'examen supplémentaires [12].

#### **Méconnaissance et complexité du système de santé**

Au Québec, le système de santé et des services sociaux est assez complexe. Il peut être difficile de bien comprendre où aller se procurer des soins et comment obtenir une couverture de soins par une assurance-maladie publique. En effet, dans une étude effectuée sur l'utilisation des services sociaux et de santé par les hommes migrants, les hommes indiquaient que le système de santé québécois est beaucoup plus complexe, voire bureaucratique, que celui présent dans leur pays d'origine. Cette complexité peut amener de la

frustration, notamment à cause de l'obligation de passer par un médecin généraliste pour avoir une référence à un médecin spécialiste [14].

Chez les nouveaux arrivants, le manque de connaissance du système de santé peut entraîner une difficulté à avoir accès à des soins de qualité. Par exemple, ils peuvent ne pas savoir où trouver des soins et où trouver de l'aide en matière de santé, ce qui les amène à aller chercher la plus grande partie de leurs soins dans les cliniques sans rendez-vous ou dans les salles d'urgence. Ils peuvent également ne pas connaître les avantages d'un système de santé de première ligne, comme la prévention et le dépistage, ou encore ne pas connaître leurs droits d'accès aux soins venant des régimes d'assurances provinciaux et fédéral [15].

### **Services couverts et statut d'immigration**

Au Québec, l'accès à une couverture publique de services de santé et de services sociaux se fait par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Toutefois, plusieurs catégories de personnes n'ont pas accès à l'assurance-maladie, comme les personnes à statut précaire. Les personnes à statut précaire comprennent les immigrants temporaires (étudiants internationaux, travailleurs temporaires, demandeurs d'asile) et les personnes qui n'ont pas de statut, les « sans papiers » [16].

Les étudiants étrangers, à part ceux provenant d'un des 11 pays signataires d'une Entente de sécurité sociale, doivent se procurer une assurance-maladie privée. Ces pays sont la Belgique, le Danemark, la Finlande, la France, la Grèce, le Luxembourg, la Norvège, le Portugal, la Roumanie, la Serbie et la Suède [17]. Cependant, les couvertures médicales offertes par les compagnies privées sont souvent partielles et excluent généralement les soins liés à la grossesse [16].

Les travailleurs temporaires, quant à eux, ne sont pas couverts par la RAMQ s'ils ont un permis de travail d'une durée de moins de 6 mois. Par ailleurs, les travailleurs ayant un permis de travail d'au moins 6 mois ont accès à la couverture par la RAMQ, mais ont un délai de carence de 3 mois, où ils doivent se procurer une assurance privée [16].

Les demandeurs d'asile et les réfugiés ont quant à eux accès à une couverture d'assurance-maladie offerte par le gouvernement fédéral avec le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Toutefois, l'accès aux services couverts par le PFSI est limité. En effet, seulement peu d'établissements sont inscrits comme fournisseur du PFSI et peuvent donc fournir des soins couverts par ce programme. Il est reconnu que cet accès limité a des conséquences sur la santé des patients, mais également sur le réseau de la santé [18].

Un statut d'immigration précaire peut entraîner des conséquences comme un taux plus élevé de stress, d'anxiété et de maladies avancées [15]. La précarité du statut peut également entraîner de la crainte et de la méfiance envers le système de la santé et des services sociaux. En effet, la crainte de se faire dénoncer aux

autorités, dans la situation d'une personne sans statut, ou qu'il y ait des impacts sur le processus d'immigration peut amener à des délais avant de consulter un fournisseur de soins, et ainsi entraîner des complications sur l'état de santé physique et mentale du patient [19].

### **Adaptation culturelle et linguistique des services**

De nombreuses études montrent que l'adaptation linguistique, notamment par l'accès à un interprète médical professionnel, est un élément essentiel pour des soins de qualité. En effet, un manque d'accès à des interprètes ou à des professionnels parlant la langue du patient peut entraîner des problèmes de communication entre les patients et le fournisseur de soins pouvant contribuer à des erreurs médicales, de la morbidité et de la mortalité. L'absence d'adaptation linguistique des services peut entraîner une difficulté à expliquer ses symptômes ou à bien comprendre le traitement qui est prescrit. Un manque d'accès à un interprète entraîne généralement une moins grande participation des patients aux décisions concernant leurs soins et une diminution des explications reçues par le patient concernant son traitement et son consentement éclairé, ce qui peut amener des bris de confidentialité ainsi qu'une perte de confiance envers le personnel soignant. Une étude a également ressorti que l'utilisation d'interprètes non professionnels, comme des amis ou de la famille, peut entraîner des problèmes de communication entraînant une diminution de la qualité des soins. En effet, certains interprètes informels auraient tendance à ne pas traduire certaines informations qu'ils pensent être sans pertinence pour le médecin, lorsque ce n'est pas réellement le cas [20].

L'adaptation culturelle des services est également un élément important à considérer dans l'accessibilité aux soins. En effet, de nombreuses études indiquent que les barrières linguistiques et l'incompatibilité culturelle expliqueraient la plus grande partie de la sous-utilisation des services de santé mentale dans un contexte migratoire. Par exemple, une étude de Lebrun a mis en lumière un manque de compréhension des croyances religieuses des immigrants musulmans dans les milieux de soins, ce qui limitait leur utilisation des services de santé mentale [21].

### **Discrimination et stigmatisation**

Au Québec, il est reconnu qu'il existe de la discrimination et de la stigmatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les comportements stigmatisants peuvent prendre diverses formes, comme des comportements discriminatoires ou injustes, une attitude ou un langage condescendant, paternaliste, infantilisant ou irrespectueux, l'utilisation d'étiquettes ou de généralisations et la minimisation des propos tenus ou des symptômes physiques décrits par la personne. Ces comportements peuvent entraîner des conséquences sur les patients, comme un bris de confiance envers les fournisseurs de soins ou encore un frein à la demande d'aide, surtout chez les jeunes, pouvant entraîner une aggravation de l'état de santé du patient ou la nécessité d'utiliser des interventions plus complexes et contraignantes [22].

Malgré les principes d'universalité et d'accessibilité du système de la santé et des services sociaux, certains groupes, comme les personnes en situation d'itinérance, les migrants et les autochtones, vivent des inégalités de santé en lien avec leurs déterminants sociaux de la santé, comme leur revenu, leur niveau d'éducation et leur statut social. Ces groupes peuvent aussi faire face à une attitude négative venant des fournisseurs de santé, qui peut augmenter ces inégalités, notamment en renforçant la réticence à utiliser les services médicaux et en offrant des soins de moins bonne qualité. Toutefois, des recherches ont montré que l'ajout de notions concernant la compétence culturelle permet d'améliorer l'attitude, les connaissances et les compétences des médecins pour soigner ces populations plus marginalisées [16].

### **Barrières géographiques**

L'accessibilité géographique est un élément à considérer dans l'accès aux services. La centralisation des services, notamment par le regroupement en groupe de médecine de famille (GMF) de plusieurs cliniques dispersées, a entraîné la diminution de services de proximité. Ceci tend à augmenter la distance entre le domicile des usagers et les fournisseurs de soins, et ainsi le temps et le coût du transport, ce que tous n'ont pas les moyens de se permettre. En région urbaine, on retrouve également des « déserts médicaux urbains », soit des régions densément peuplées où il y a une plus grande pénurie de médecins, ce qui rend l'accès plus difficile. À Montréal, il s'agit de quartiers généralement plus pauvres, comme Hochelaga-Maisonneuve et Montréal-Nord [16].

### **Barrières technologiques**

Avec l'arrivée de la télémédecine, certains enjeux peuvent être une barrière d'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles. En effet, il a été identifié que plusieurs patients ne possèdent pas d'ordinateur ou d'adresse courriel, et qu'il est donc impossible d'envoyer un lien de connexion pour une consultation en ligne. Également, pour des raisons financières, certains patients n'ont pas accès à une technologie de qualité, ce qui a des impacts sur la qualité de la communication avec le fournisseur de soins. Il a également été identifié que certains patients, comme les demandeurs d'asile, peuvent avoir un niveau de littéracie numérique limité, restreignant l'accès aux services de santé et services sociaux à distance [23].

## **Analyse du rôle des parties prenantes pertinentes à l'accès aux soins pour les communautés ethnoculturelles au Québec (SM1)**

De nombreux acteurs agissent de près ou de loin sur l'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles. Ces acteurs, ainsi que les liens qui les unissent, sont illustrés à la figure 1. Tout d'abord, on retrouve le premier ministre, qui a le rôle d'établir les priorités de son gouvernement et le pouvoir de nommer, muter et démettre des ministres [24]. Le premier ministre est conseillé par le conseil exécutif, ou conseil des ministres, où les décisions concernant la mise en application des lois sont prises. Il est également supporté par le Secrétariat du Conseil du trésor, qui conseille sur la gestion adéquate des ressources de l'État, notamment en préparant annuellement un budget pour les ministères et les organismes [25].

Il y a 3 ministères ayant qui entrent en jeu dans l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles. Tout d'abord, le ministère de l'Économie, Innovation et Énergie permet de contribuer à l'essor de la recherche et de l'innovation, notamment avec les Fonds de recherche du Québec [26]. Les Fonds de recherche du Québec permettent de financer des Instituts universitaires (IU) comme l'IU SHERPA, reconnue pour son expertise en matière d'accès aux soins de santé pour les personnes migrantes. L'IU SHERPA collabore notamment avec le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA), qui est sous la direction du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, pour l'initiative CoSaMi visant l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les personnes migrantes à statut précaire [27].

Ensuite, le ministère de l'Immigration, Francisation et intégration (MIFI) s'occupe de sélectionner les personnes immigrantes, de les soutenir dans leur démarche de francisation et de leur offrir les services nécessaires pour faciliter leur intégration au Québec [26]. Ce rôle se concrétise par exemple par le référencement, qui est obligatoire, aux 14 Cliniques des réfugiés du Québec, où des services de santé physique et psychologique sont disponibles, ou par le Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) offert par le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, dont la mission est partagée entre le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et le MIFI [28][29].

Le principal ministère responsable de l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles est le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce ministère a le rôle de définir les orientations, les objectifs et les budgets pour le réseau de la santé. Le MSSS comprend également le Comité national sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles, qui conseille le ministre de la Santé sur la prestation des services aux personnes issues des communautés ethnoculturelles du Québec et sur leur accessibilité [30]. Sous la direction du MSSS se

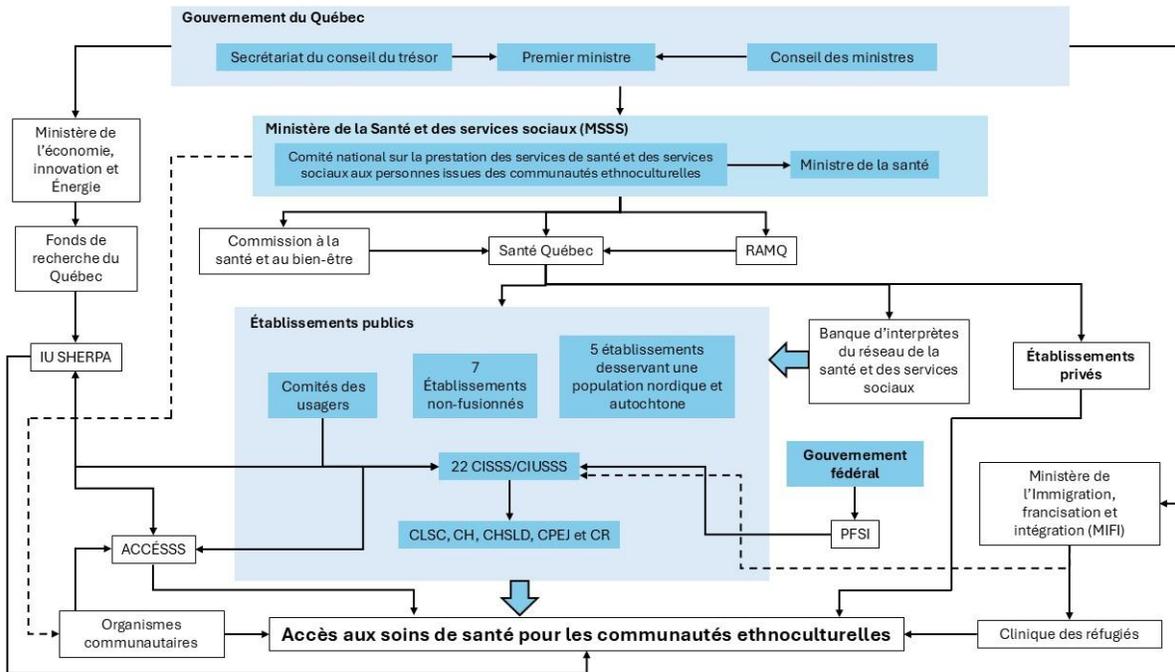
retrouve la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), qui facilite l'accès aux soins, notamment en offrant la couverture d'assurance-maladie publique, et la Commission à la santé et au bien-être (CSBE), qui s'occupe de l'analyse de la performance du système de la santé en fonction des objectifs choisis et l'identification des changements requis dans le réseau [31]. Sous le MSSS se retrouve également Santé Québec, la nouvelle institution amenée par la Loi 15, dont la mission est d'offrir des services de santé et des services sociaux par les établissements publics, et de coordonner et soutenir les activités des établissements privés. Il s'agit donc du bras opérationnel de Santé Québec [32].

Maintenant, sous la direction de Santé Québec se retrouve 22 Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et des services sociaux (CIUSSS), qui offrent des services aux usagers par des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres hospitaliers (CH), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et des centres de réadaptation (CR) de leur région respective [33]. Également, chaque établissement de santé a un comité des usagers, qui évalue le degré de satisfaction des usagers, renseigne ceux-ci sur leurs droits et leurs obligations et fait la promotion de l'amélioration de la qualité des services et des conditions de vie des usagers auprès de leur établissement [34]. On retrouve également 7 établissements non fusionnés, comme le CHU de Québec-Université Laval, le Centre universitaire de santé McGill et le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, et 5 établissements desservant une population nordique et autochtone, comme le CLSC Naskapi ou le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie James [35]. Sous la direction de Santé Québec on retrouve également la Banque d'interprètes du réseau de la santé et des services sociaux, qui favorise l'accès aux services de santé et aux services sociaux en aidant à la communication entre le fournisseur de soins et l'utilisateur [36].

Le gouvernement fédéral participe également à l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles, entre autres par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), qui offre une couverture d'assurance-maladie limitée et temporaire dans les établissements publics, notamment aux réfugiés réinstallés et aux demandeurs d'asile [37].

Finalement, parmi les partenaires du système de la santé, on retrouve les organismes communautaires. Ces organismes sont partiellement financés par le MSSS, mais restent autonomes par rapport au système de santé et des services sociaux. Ils offrent de nombreux services aux usagers, comme des services de prévention, d'aide et de soutien, des services d'hébergement temporaire et font des activités visant la promotion et la défense des droits et des intérêts des usagers des services de santé et les services sociaux [38]. Ces organismes peuvent être membres ou non d'un regroupement, comme l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS). ACCÉSSS aide à faire le pont entre les populations immigrantes et le réseau de la santé, notamment en offrant du soutien et

de la formation au personnel du réseau de la santé et des services sociaux et en fournissant des informations adaptées, multilingues et sur différents sujets touchant la santé aux personnes issues des communautés ethnoculturelles. ACCÉSSS collabore également à des projets de recherche, comme la réalisation d'enquêtes visant à identifier les besoins spécifiques des communautés ethnoculturelles [39].

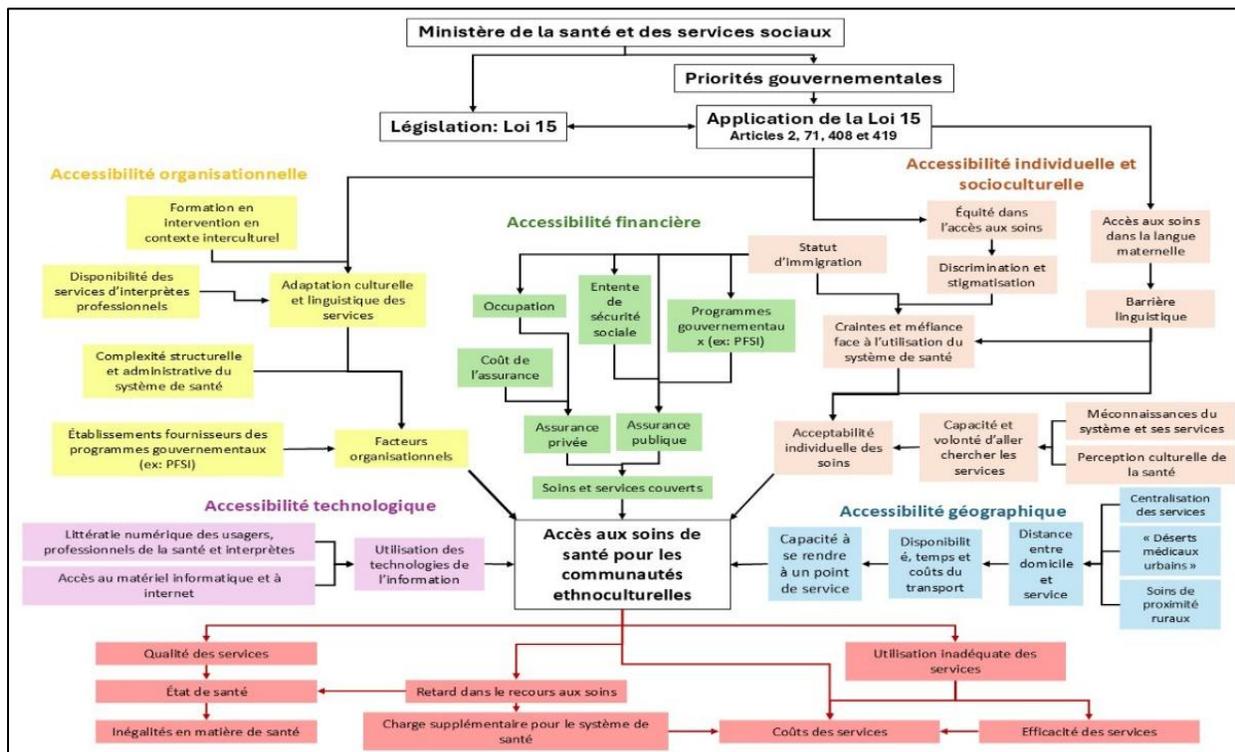


**Figure 1.** Schéma des parties prenantes pertinentes à l'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles au Québec

## Cadre conceptuel (CEPH-22)

Un cadre conceptuel causes-conséquences, adapté avec les 5 dimensions de l'accessibilité décrites par la Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (CSBE), a été utilisé. Ce cadre a été choisi, car il permet de bien séparer les barrières en fonction de leur dimension d'accessibilité et de faire un lien clair avec les conséquences potentielles sur le patient et le réseau de la santé. Les 5 dimensions proposées par la CSBE sont l'accessibilité financière, organisationnelle, géographique, technologique et individuelle et socioculturelle. L'accessibilité financière correspond à la capacité de payer les services et dépend, entre autres, de la couverture de soins et services offerte par les régimes d'assurance privée et publique (RAMQ). L'accessibilité organisationnelle, quant à elle, correspond à la facilité d'accéder aux soins et services grâce aux modalités organisationnelles mises en place, dont l'adaptation culturelle et linguistique des services. L'accessibilité technologique correspond à la possibilité d'utiliser des technologies de l'information et

inclut des facteurs comme le niveau de littéracie numérique des usagers. L'accessibilité individuelle et socioculturelle correspond à l'acceptabilité des soins et services pour les personnes, et dépend, entre autres, de facteurs comme la présence d'une barrière linguistique et la méconnaissance du système et de ses services. Finalement, l'accessibilité géographique correspond à la facilité des personnes à se rendre à l'emplacement des soins, et dépend de facteurs comme la distance entre le domicile et les services [40]. Le cadre présente également les conséquences de l'accès aux soins de santé pour les communautés ethnoculturelles. Par exemple, l'accès aux services a des conséquences sur la qualité des services reçus, ce qui affecte l'état de santé du patient et peut contribuer aux inégalités en matière de santé. Elle peut également entraîner un retard dans le recours aux soins ou une utilisation inadéquate des services, ce qui peut causer une charge supplémentaire pour le système de santé, affecter l'efficacité des services et donc entraîner des conséquences sur les coûts des services. Finalement, le cadre présente le MSSS, qui a la charge de l'application de la Loi 15. L'application des articles 2, 71, 408 et 419, qui peut être affectée par les priorités gouvernementales, peut avoir des effets sur l'accès aux soins dans la langue maternelle du patient, sur l'équité dans l'accès aux soins et sur l'adaptation culturelle et linguistique des services offerts par le système de santé et de services sociaux.



**Figure 2.** Cadre conceptuel de l'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles au Québec

## Démarche

### Méthode

La collecte de données faite pour ce projet utilise une approche de recherche qualitative. Celle-ci a été choisie, car le projet tente de répondre à des questions complexes, d'avoir une compréhension approfondie de l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles et d'obtenir l'opinion des répondants, en discutant avec eux [41]. Pour ce faire, 10 entrevues semi-dirigées individuelles ont été réalisées et ont permis de collecter diverses perspectives dans le réseau de la santé et des services sociaux. En effet, 5 membres de comités des usagers, 3 employés des CIUSSS, 1 employé du MSSS et 1 membre d'une organisation de défense des droits ont participé aux entrevues. Parmi ces répondants, 5 faisaient partie des communautés ethnoculturelles. Des entrevues semi-dirigées ont été choisies afin de répondre à des questions spécifiques, tout en laissant une certaine souplesse pour préciser des propos ou pour faire développer le répondant sur les nouveaux sujets apportés [42]. Le questionnaire a été développé en se basant sur la recension des écrits et a été testé une fois avant sa mise en application. Les entrevues étaient enregistrées et, une fois terminées, elles ont été transcrites, à l'exception de 2 répondants ne voulant pas être enregistrés. La transcription des 8 entrevues s'est faite à l'aide de Microsoft TEAMS et a été corrigée manuellement par la suite. Les entrevues ont ensuite été codées avec le logiciel QDA Miner. La codification de type mixte inductif-déductif a été utilisée, permettant de combiner les avantages du codage inductif et déductif [43]. En effet, de cette façon, il est possible d'avoir un ensemble de codes correspondant aux barrières identifiées dans la recension des écrits (inductif), tout en laissant sortir de nouveaux thèmes lors des entrevues, comme des pistes d'action ou de nouvelles barrières d'accès (déductif). Finalement, une analyse thématique des entrevues a été réalisée. L'analyse thématique a été choisie, car elle permet d'identifier, de catégoriser et de sortir rapidement les éléments les plus importants présents dans les données collectées [44].

La méthode utilisée a permis d'atteindre les objectifs du projet de stage, soit d'identifier les barrières d'accès aux services de santé et services sociaux qui sont les plus importantes sur le terrain actuellement, selon l'opinion des répondants. Elle a également permis de savoir quelles sont les actions prises par Santé Québec et le MSSS depuis l'adoption de la Loi 15 et d'avoir l'opinion des répondants sur la prise en compte des communautés ethnoculturelles dans la planification de l'accès aux services de santé et services sociaux. Finalement, elle a surtout permis d'identifier des pistes d'action pouvant être pertinentes pour l'application des articles 2, 71, 408 et 419 de la Loi 15 et ce, en considérant l'expérience personnelle des différents répondants.

## **Déroulement des entrevues**

Les entrevues semi-dirigées étaient réalisées en ligne. Afin d'assurer la protection et la confidentialité des répondants, un formulaire de consentement était envoyé et signé avant le début de l'entrevue. Au début de l'entrevue, un bref retour sur le consentement était effectué et une vérification concernant l'enregistrement de l'entrevue était faite. À cette étape, 2 des 10 répondants ont refusé l'enregistrement.

L'entrevue débutait avec des questions sur le répondant, visant à clarifier leur rôle dans leur organisation, leur connaissance de la définition des communautés ethnoculturelles et leur compréhension de la Loi 15. Lorsque le répondant ne pouvait pas définir les communautés ethnoculturelles ou expliquer sommairement la Loi 15, une brève explication leur était fournie. Ensuite, les répondants ont été questionnés par rapport aux barrières qu'ils perçoivent dans l'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles.

Ensuite, les répondants étaient questionnés par rapport à leur établissement. Les questions portaient sur les mesures prises en place pour favoriser l'accès aux services dans leur langue et adaptés aux particularités socioculturelles des usagers. Ils ont également été questionnés sur la place des usagers et des communautés ethnoculturelles dans la planification de l'accès aux services dans leur organisation.

La section suivante du questionnaire visait à comprendre quelles sont les actions prises par Santé Québec, le MSSS et leur organisation quant à l'application des articles 2, 71, 408 et 419 de la Loi 15. Cette section a été introduite par une brève présentation de ces 4 articles de loi.

Finalement, les répondants ont été questionnés sur des pistes d'actions qu'ils pensent pertinentes pour l'application des articles 2, 71, 408 et 419 de la Loi 15. Les pistes d'actions ont été identifiées séparément pour le MSSS et Santé Québec, les organismes communautaires et les communautés ethnoculturelles ainsi que pour ACCÉSSS.

## Résultats

### Barrières d'accès pour les communautés ethnoculturelles

#### Barrière linguistique

Presque tous les participants ont identifié la barrière linguistique comme étant une barrière importante à l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les communautés ethnoculturelles au Québec. Certains participants ont indiqué que la langue est importante pour que les usagers comprennent et suivent bien le traitement recommandé par le professionnel de la santé, mais constitue un obstacle pour aller chercher les services.

*« La barrière principale c'est la langue, parce que, pour comprendre ce qu'on fait, pour te faire expliquer, quand tu retournes à la maison, pour bien faire les choses, ben c'est important de comprendre » - comité des usagers*

*« C'est la langue qui est le principal obstacle d'accès, parce que tu n'es pas capable d'élaborer ce que tu veux, puis tu ne trouves pas quelqu'un pour te le traduire » - organisation de défense des droits*

#### Méconnaissance du système et de ses services

Quelques participants ont identifié la méconnaissance des usagers par rapport au système de santé et de ses services offerts comme une barrière à l'accès aux services, surtout chez les nouveaux arrivants.

*« Pour les nouveaux arrivants, c'est la compréhension du système, la capacité à recevoir [des soins] aussi, parce que des fois, tu n'as pas de carte d'assurance maladie, c'est privé, c'est complexe. Donc, il y a toute cette tranche de personnes qui ont un accès mitigé au réseau. » - Comité des usagers*

Un participant a également mentionné que certaines formations sur le système de santé sont offertes aux nouveaux arrivants, mais qu'elles ne seraient pas reçues par tous.

*« Je dirais plus la connaissance du système de santé lui-même, parce qu'il y en a qui reçoivent des formations en arrivant ici, mais ce n'est pas nécessairement tout le monde qui reçoit ces formations-là sur le système de santé, sur le système québécois en général, sur le système canadien » - comité des usagers*

### **Manque d'adaptation culturelle et linguistique des services**

Plusieurs participants ont identifié le manque d'adaptation culturelle et linguistique des services comme une barrière d'accès pouvant amener des difficultés dans la compréhension des besoins des usagers de ces communautés. Certains d'entre eux ont mentionné que l'adaptation des services est nécessaire pour aller chercher les communautés ethnoculturelles et qu'elles utilisent les services.

*« On va parler de l'adaptation de certains services, parce que là, on n'a pas forcément des informations ou des connaissances spécifiques sur certaines communautés, donc pour aller les chercher, [il faut] pouvoir justement leur offrir des services adaptés » - CIUSSS*

*« Si on n'adapte pas les services dans un contexte ethnoculturel, c'est-à-dire sur la culture, la vision, l'organisation des services, la capacité de comprendre aussi, par exemple, les relations homme-femme et tout, ça fait que les services, les gens soit ils n'y vont pas, où on ne comprend pas les besoins nécessairement. Alors, il faut adapter le réseau, il faut adapter le système public aux différentes problématiques » - comité des usagers*

### **Ressources limitées des établissements**

De nombreux participants ont mentionné que les ressources limitées des établissements de santé sont une barrière à la mise en place de mesures concernant l'Équité, la diversité et l'inclusion (ÉDI). En effet, un participant venant d'un comité des usagers a mentionné que leurs propositions ne sont pas appliquées, et ce, souvent à cause de questions budgétaires.

*« Il y a plusieurs propositions qui sont faites, même si elles nous écoutent, qui ne sont pas appliquées, qui ne sont pas prises en compte. Donc on nous parle souvent de questions budgétaires. » - comité des usagers*

Un autre participant a mentionné qu'avant, la mention « selon les ressources disponibles » présente dans les articles de loi visait davantage la protection des établissements, mais que maintenant, avec les coupures récentes, il n'y a tout simplement pas de ressources.

*« Avant, [dans la loi], ça mettait selon les ressources, ça protégeait les établissements. Maintenant, c'est selon les ressources, puis il n'y en a pas » - comité des usagers*

### **Manque de disponibilité des services d'interprètes**

Plusieurs participants ont mentionné qu'un manque de disponibilité des services d'interprètes serait une barrière d'accès pour les communautés ethnoculturelles. En effet, un participant a soulevé que le service d'interprétariat est disponible, mais qu'il manquerait de personnel. Il a également ajouté que dans un contexte d'urgence, ce manque de disponibilité se fait encore plus ressentir, à cause des délais d'attente venant avec ces services.

*« Il y a un service d'interprétariat qui est disponible, mais qui n'est pas très fourni d'interprètes, donc je pense que c'est là le problème. [...] puis souvent dans des contextes où c'est vraiment, il est à l'urgence, donc c'est urgent, on a besoin de quelqu'un tout de suite, on ne peut pas aller piger dans une banque puis attendre que quelqu'un arrive, donc c'est vraiment difficile » - comité des usagers*

Un autre participant a également ajouté que les problèmes de communication liés au manque de disponibilités des services d'interprètes peuvent amener les usagers à ressentir une diminution de la qualité des services reçus.

*« Ce qui arrive souvent c'est une personne qui se présente à l'urgence. Mettons qu'il parle chinois, puis que tu n'as pas de traducteur chinois dans le coin, il y a des personnes qui vont comprendre éventuellement sans avoir de traducteur, [...] mais ça va être laborieux. C'est que la personne, alors, peut sentir qu'elle n'a pas les services équivalents aux autres à cause de la communication » - Organisme de défense des droits*

### **Discrimination et stigmatisation**

Quelques participants ont soulevé la discrimination et la stigmatisation dans le réseau de la santé comme une barrière importante à l'accès aux services. En effet, les préjugés des professionnels de la santé pourraient amener des barrières dans la prestation des soins, comme de la méfiance venant des communautés ethnoculturelles, qui diminueraient la qualité des services.

*« On ne le dit pas souvent, on n'ose pas le dire ouvertement, mais même avec les professionnels, il peut arriver qu'eux-mêmes, ils mettent ces barrières-là, parce qu'avec les jugements qu'ils ont, avec les préjugés qu'ils ont, ça peut faire naître des barrières automatiques. Et puis donc, ça fait qu'ils ne donnent pas les services comme il faut aux personnes issues de ces communautés-là » - Comité des usagers*

Un autre participant a ajouté que le racisme venant des professionnels de la santé peut venir de la méconnaissance des cultures, des traditions et des visions de certaines communautés ethnoculturelles.

## **Statut d'immigration**

Quelques participants ont identifié le statut d'immigration comme un facteur pouvant affecter l'accès aux services de santé et de services sociaux, à cause de l'effet de ce statut sur la couverture d'assurance-maladie des usagers. Un participant a illustré ce propos avec l'exemple des demandeurs d'asile, qui font face à un accès plus complexe avec le programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).

*« Les autres barrières arrivent à différents degrés selon les couvertures des usagers. Par exemple, pour les demandeurs d'asile, il y a des particularités qui causent d'autres barrières. Il y a plus d'étapes, le système est plus complexe. Les fournisseurs de soins doivent vérifier au préalable de donner des soins si l'utilisateur a le PFSI et si celui-ci est en vigueur, et de l'autre côté l'utilisateur doit trouver un fournisseur de soins qui donne le PFSI. Ça amène une lourdeur au parcours d'accès et c'est une situation très complexe, car elle vient chercher la responsabilité des deux gouvernements, provincial et fédéral. » - MSSS*

## **Manque de représentativité ethnoculturelle**

Finalement, plusieurs participants ont mentionné que le manque de représentativité des communautés ethnoculturelles pourrait affecter l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles. Quelques participants ont soulevé que la représentativité de ces communautés se faisait rare, surtout dans les plus hautes sphères, comme dans la direction, où les décisions sont prises. Un participant a ajouté que cela donne parfois l'impression qu'elles ne sont là que pour l'image, pour montrer que le réseau de la santé est inclusif. Également, ce manque est visible au sein des comités d'usagers et de résidents.

*« Il y a des corps d'emploi qui sont un peu moins rémunérés où les gens arrivent, mais en même temps, la haute direction, les gens qui prennent les décisions, on voit dans les hautes sphères qu'il y a moins de personnes issues [des communautés ethnoculturelles] » - comité des usagers*

*« Dans la direction, il n'y a pas beaucoup de représentation ethnoculturelle, et souvent ce sont des personnes plus là pour l'image » - CIUSSS*

*« Quand on regarde le profil des comités d'usagers et de résidents, ce qu'on se rend compte, c'est que, là aussi, il y a très peu de gens issus [des communautés ethnoculturelles]. Et puis on le voit au congrès aussi. Pour que les gens comprennent le système, puis deviennent bénévoles, puis accompagnent les usagers dans leurs parcours, il faut être là depuis un moment, puis il faut comprendre aussi le système. [...] Les gens ne se sentent pas nécessairement interpellés par cette structure-là » - Comité des usagers*

## **Incertitude par rapport à la Loi 15**

L'incertitude par rapport à la Loi 15 causerait des insécurités ou de l'incompréhension par rapport à ce que la nouvelle réforme du système de la santé va changer au niveau de l'offre de services pour les usagers.

*« On est dans cette phase-là, actuellement, on vit beaucoup d'insécurité. Ou d'incompréhension. On ne sait pas encore où est-ce qu'on s'en va trop? Mais la fin de l'année financière, c'est le 31 mars, on va démarrer une nouvelle année. Je ne sais pas encore en quoi ça va changer les services pour les soins offerts à la population là, cette fameuse loi 15 » - comité des usagers*

Un autre participant a mentionné de l'inquiétude par rapport à la place de la question de la sécurisation culturelle, pour laquelle il ne savait pas si le budget serait renouvelé 11 jours après l'entrevue.

*« C'est notamment la question de la sécurisation culturelle. On ne sait pas au 31 mars si le financement va être reconduit pour la personne qui est sur ce poste là dans chacun des établissements, fait que ça c'est un bon exemple de l'inconnu qui existe en ce moment» - CIUSSS, 20 mars 2025*

Un autre participant a mentionné que, plus d'un an après l'adoption de la loi 15, un plan d'action concret pour la mise en place de cette réforme se fait encore attendre.

*« On est rendu le 28 du mois de mars 2025 est-ce que t'as vu un plan d'action? Non? » - organisation de défense des droits*

## **Absence d'actions prises par le MSSS et Santé Québec**

Concernant l'application des articles 2, 71, 408 et 419 de la loi 15, les participants mentionnaient qu'à leur connaissance, aucune action n'était prise par le MSSS et Santé Québec pour l'instant. En effet, plusieurs participants ont mentionné qu'il était trop tôt pour jauger les actions prises, car la réforme est encore à l'étape de déploiement. Un autre participant a ajouté que l'application des articles 2, 71, 408 et 419 visant l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles n'est pas dans les priorités actuelles, car certaines choses sont plus urgentes.

*« C'est un peu tôt pour jauger, ce qui est prévu avec Santé Québec est axé opérationnel, il y a plus de souplesse que le MSSS pour atteindre les objectifs opérationnels. Mais les deux vont se concentrer sur leur mission première » - MSSS*

*« À ma connaissance, il y a aucune action. Encore là, ils sont à l'étape de déploiement et il y a beaucoup de choses. Ce n'est pas encore clair. » - CIUSSS*

*« Je ne crois pas que ce sont les priorités pour eux parce que présentement, ils ont des priorités beaucoup plus urgentes à adresser » - organisation de défense des droits*

## **Recommandations pour MSSS et Santé Québec**

### **Donner des orientations claires et prioritaires**

Quelques participants ont mentionné la pertinence d'avoir des orientations claires venant du MSSS qui mettent en priorité la question de l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles.

*« Mais avoir des orientations claires à ce sujet-là, [l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles]. Je pense que c'est par en haut que ça doit se passer aussi, puis là on ne le voit pas beaucoup. » - Comité des usagers*

Un autre participant a ajouté que la priorisation de l'ÉDI pourrait se faire notamment en amenant le cadre de l'imputabilité. En effet, ce participant suggère que la reddition de comptes concernant, par exemple, la complétion d'une formation obligatoire en ÉDI, serait un moyen efficace pour prioriser la question de l'ÉDI dans les orientations.

*« En rendant une formation ou en prenant en compte que l'ÉDI soit vraiment comme des priorités. Je pense que là les établissements vont se sentir une obligation de reddition des comptes et je pense que c'est la seule alternative qui peut amener les établissements de pouvoir justement mettre de l'avant une certaine importance, des ressources aussi pour l'application de ces articles et ces dispositions là parce que lorsqu'une initiative n'est pas comme inscrit dans le cadre de l'imputabilité » - CIUSSS*

### **Formation en Équité, Diversité, Inclusion et sécurisation culturelle obligatoire**

De nombreux participants ont également mentionné la pertinence d'une formation sur l'équité, la diversité, l'inclusion et la sécurisation culturelle qui serait obligatoire pour les professionnels de la santé. Un participant mentionne qu'en rendant la formation obligatoire, cela permettrait d'augmenter le taux de participation et d'en augmenter son importance.

*« Évidemment je ne dis pas que la formation qui existe actuellement [que l'on doit utiliser]. Il faut la valider, peut-être la bonifier et puis la rendre obligatoire. C'est une difficulté que nous on a eu quand on a commencé à promouvoir cette formation. Là, évidemment, du fait qu'elle n'est pas obligatoire, elle n'est pas une priorité, donc on ne pouvait pas faire beaucoup, sinon que de faire une note de service, demander aux Directions de faire passer les messages à au niveau des équipes pour que les gens puissent*

*justement aller sur la formation. Mais tu sais, la participation est toujours comme faible en quelque sorte » - CIUSSS*

Un autre participant suggère que cette formation pourrait se faire en collaboration avec les organismes communautaires, mais surtout qu'elle devrait se faire durant les heures de travail ou dans les rencontres d'équipe, soit des heures payées.

*« Les organismes communautaires devraient collaborer avec les CIUSSS pour donner des ateliers de sensibilisation dans des rencontres d'équipe, dans les heures payées, les heures de travail. [...] Les ateliers de sensibilisation sont sur l'heure du midi, où ce n'est pas payé, donc les gens qui n'ont pas d'intérêt particulier ne viennent pas. » - CIUSSS*

### **Augmenter la représentation ethnoculturelle**

Quelques participants ont soulevé qu'il serait pertinent d'augmenter la représentation des communautés ethnoculturelles dans le réseau de santé, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques. Cela pourrait avoir un effet rassurant sur les communautés ethnoculturelles, qui contribuerait à les amener à aller chercher les soins dont elles ont besoin.

*« Si on s'intéressait vraiment à avoir de la représentativité dans les membres, partout dans les organisations, dans les membres du personnel, au conseil d'administration de la haute direction. Je ne parle pas de quota, parce que c'est clairement démontré que les quotas, ce n'est pas efficace comme approche, mais une sensibilité à la représentativité. C'est sûr que moi, je suis une personne, puis que je veux avoir des services en santé mentale. Je vais probablement me sentir plus en sécurité avec quelqu'un qui me ressemble, parce qu'on a des enjeux communs, on a des expériences possiblement en commun et donc ça, ça peut avoir un aspect rassurant qui fait en sorte que je vais y aller, cherche le soin. » -  
CIUSSS*

Un autre participant a ajouté que la représentation des communautés ethnoculturelles dans les conseils d'établissement pourrait être un moyen intéressant de s'assurer que l'ÉDI soit pris en compte.

*« Je n'ai pas regardé les critères d'une manière globale, mais je me dis, il y a une action à faire à ce niveau-là. S'assurer en fait au niveau des différents conseils d'établissement que l'aspect ÉDI soit pris en compte. Donc parmi les personnes qui vont être désignées pour appartenir à ces conseils-là, qu'on puisse justement avoir des représentants de ces communautés-là ou au moins des représentants d'organisations qui interviennent sur cette question-là, je pense que ça, ça peut être quelque chose d'intéressant. » -  
CIUSSS*

## **Recommandations pour les organismes communautaires**

### **Faire des partenariats**

Quelques participants ont recommandé aux organismes communautaires de faire plus de partenariats avec les établissements de santé. Ceci pourrait aider à augmenter la représentation des communautés ethnoculturelles, par exemple, parmi les patients partenaires.

*« Ben je pense que la question ça va être peut-être d'utiliser, de peut-être valider du côté des organismes communautaires avec lesquels on travaille. Il y a cette possibilité à il y aurait la possibilité d'ouvrir à tous et à toutes par des moyens de communication, de faire des affiches « Vous souhaitez faire partie de nos patients partenaires? » dans différents lieux, pas toujours à la même place » - CIUSSS*

Un autre participant a ajouté que les organismes communautaires qu'un bon moyen de favoriser la collaboration avec le réseau de la santé serait d'aller davantage vers les établissements de santé pour faire connaître les services qu'ils offrent.

*« Je sais que nous aussi on devrait faire autant, mais les communautés, les organisations communautaires aussi, devraient davantage justement chercher à avoir une collaboration, mais aussi parler de ce qu'elles font pour pouvoir justement aller vers une collaboration. Je pense que c'est à ce niveau-là : apprendre davantage à se connaître, qu'est-ce que nous on fait, qu'est-ce que eux ils font, qu'est-ce qu'on peut pouvoir faire ensemble. Donc explorer les possibilités de collaboration » - CIUSSS*

### **Informers les usagers**

Quelques participants ont soulevé la pertinence d'informer les personnes issues des communautés ethnoculturelles sur le fonctionnement du réseau de la santé et sur les droits et obligations des usagers.

*« C'est une piste d'informer aussi les usagers eux-mêmes, donc issus des communautés ethnoculturelles, donc d'informer les usagers de leurs droits, de les informer de toute la manière dont le système de santé fonctionne, qu'est-ce que c'est le système de santé? [...] Le fait de savoir leurs droits, de savoir leurs obligations, c'est aussi un pas pour pouvoir se faire entendre et pouvoir faire appliquer leurs propositions par les décideurs » - Comité des usagers*

## **Recommandations pour ACCÉSSS**

### **Faire le relais aux institutions sur les besoins des communautés ethnoculturelles**

Quelques participants ont suggéré à ACCÉSSS d'agir en tant qu'intermédiaire entre les organismes communautaires et le réseau de la santé pour relayer les besoins des communautés ethnoculturelles. Un

participant a soulevé que les organismes communautaires ne sont pas toujours à l'aise de relayer ces informations au réseau de la santé et qu'ACCÉSSS pourrait être un intermédiaire dans une telle situation.

*« On a reçu plein d'informations, puis il y avait une grosse charge affective, puis je comprends que la directrice s'est sentie à l'aise de nous le dire, mais je me dis, combien d'organismes ne nous disent pas comment leur population perçoivent nos services? Fait que peut-être d'avoir un intermédiaire pour relayer l'information stratégique sur les problématiques qu'on pourrait ne pas connaître, nos angles morts dans la population qu'on dessert, ça pourrait être super utile » - CIUSSS*

### **Augmenter la collaboration avec le réseau de la santé**

Quelques participants ont également suggéré à ACCÉSSS de continuer, et même accroître leur participation aux événements dans le réseau de la santé, car cela pourrait amener de nouvelles opportunités de collaboration.

*« ACCÉSSS fait un très beau travail. Il faut maintenir la présence dans les événements, les rencontres. ACCÉSSS pourrait participer à tous les événements auxquels les CIUSSS participent, pour que les CIUSSS puissent réfléchir à des opportunités de collaboration. ACCÉSSS pourrait aussi aider à concrétiser les choses, à l'opérationnalisation, en aidant avec des plans d'action à court, moyen terme » - CIUSSS*

Un autre participant a suggéré qu'ACCÉSSS pourrait collaborer avec le réseau de la santé notamment dans le cadre d'activités en faveur de communautés ethnoculturelles. Ce participant mentionne que la collaboration pourrait prendre la forme d'activités de sensibilisation, comme des webinaires.

*« À des moments comme le mois de l'histoire des Noirs, ce sont des moments où différentes organisations, que ça soit au niveau public, parapublic ou communautaire, réalisent des activités en faveur de communautés ethnoculturelles. Ça serait d'aller chercher une collaboration avec les organisations, par exemple, des webinaires où on va pouvoir inviter une organisation comme ACCÉSSS. [...] On pourrait imaginer d'avoir des activités de collaboration avec ces entités-là » - CIUSSS*

### **Discussion, limites et recommandations (CEPH-4)(CEPH-21)**

Les entrevues réalisées dans le cadre de ce projet ont permis de mettre en lumière plusieurs obstacles d'accès aux services de santé et services sociaux pour les personnes issues des communautés ethnoculturelles au Québec. Elles viennent enrichir les constats de la littérature par des perspectives terrain et permettent d'identifier les barrières prioritaires sur lesquelles agir dans un contexte de réforme du

système de la santé, amené par la loi 15. Cette réforme majeure présente un défi d'opérationnalisation dans le respect des droits des usagers et des populations vulnérables, dont les communautés ethnoculturelles. L'objectif principal de cette réforme est d'offrir des services de santé et services sociaux de qualité accessibles pour tous. Toutefois, comme le montre l'existence de barrières persistantes dans le réseau de la santé et la présence, au moins partielle, des articles 2, 71 et 408 de la loi 15 dans la LSSSS adoptée en 1991, il existe une certaine rupture entre les intentions politiques et la réalité d'opérationnalisation.

Parmi les barrières identifiées dans la recension des écrits, on retrouve la barrière linguistique, qui a été identifiée comme la barrière principale à l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles. Comme mentionné dans la recension des écrits, elle peut entraîner un retard dans le recours aux soins, une augmentation de l'utilisation des soins d'urgence et créer une charge supplémentaire pour le réseau de la santé, notamment par la réalisation d'examen supplémentaires. Parallèlement, les résultats ont permis d'identifier le manque de disponibilité des services d'interprètes comme une barrière pouvant entraîner une diminution de la qualité ressentie des services et avoir des effets sur l'état de santé de l'utilisateur. Le manque de disponibilité des services d'interprètes professionnels est étroitement lié à la barrière linguistique, puisque les interprètes permettent aux usagers de communiquer adéquatement avec les professionnels de la santé. Il est donc primordial que ces barrières deviennent une réelle priorité au cours de cette nouvelle réforme. Le renforcement des services d'interprètes professionnels actuellement disponibles permettrait de diminuer la barrière linguistique et donc de rendre les services plus accessibles pour tous, de diminuer les inégalités en matière de santé et d'améliorer l'efficacité des services d'urgence, notamment en limitant son utilisation inadéquate.

Comme soulevé par les résultats, la méconnaissance du système de santé peut amener une barrière d'accès pour les communautés ethnoculturelles, qui est accentuée chez les nouveaux arrivants. Elle pourrait entraîner une utilisation inadéquate des services de santé, et donc une baisse d'efficacité du réseau de la santé. Il a été suggéré de se tourner vers les organismes communautaires, qui constituent un milieu de choix pour former les usagers sur le fonctionnement du réseau de la santé, sur leurs droits et leurs obligations en tant qu'utilisateurs. En effet, il s'agit de milieux ayant plus de proximité avec les communautés ethnoculturelles et qui ont des personnes qui parlent la même langue, qui ont une expérience terrain et qui sont, pour la plupart, issues des communautés ethnoculturelles.

Une autre barrière précédemment identifiée dans les résultats et la littérature est le manque d'adaptation culturelle et linguistique des services, qui pourrait limiter l'utilisation des services par les communautés ethnoculturelles et amener une difficulté à bien comprendre les besoins des usagers. La discrimination et la stigmatisation de certains professionnels envers les communautés ethnoculturelles, pouvant venir d'une méconnaissance des autres cultures et de préjugés individuels, viendraient amplifier ce problème en

diminuant la qualité des services offerts à ces communautés. Pour contrer ces barrières, une formation en ÉDI et sécurisation culturelle pourrait être rendue obligatoire. Cette formation pourrait aider à mettre en place des structures organisationnelles capables d'intégrer les caractéristiques des personnes immigrantes, comme prescrit par l'article 71 de la loi 15. Pour assurer la mise en œuvre de la loi 15, il est important de fournir un effort collectif, et surtout de donner des intentions politiques fermes. Par exemple, un processus de reddition de comptes devrait être mis en place pour s'assurer que les établissements de santé donnent cette formation. Ceci permettrait d'arrêter de se reposer uniquement sur la bonne volonté d'individus isolés pour améliorer les services pour les communautés ethnoculturelles. De plus, le manque d'adaptation culturelle et linguistique des services est étroitement lié au manque de représentation ethnoculturelle dans le réseau de la santé. Cette barrière, identifiée grâce aux entrevues réalisées, viendrait limiter la place donnée à la question des communautés ethnoculturelles lors de la planification de l'accès aux services. Les entrevues ont soulevé que ce manque se fait ressentir principalement dans la direction du réseau de la santé, où les décisions sont prises. L'augmentation de la représentativité ethnoculturelle dans la direction pourrait faciliter la prise en compte de la question de l'ÉDI dans la planification des services et montrerait une réelle volonté du réseau de la santé d'adapter les services aux particularités culturelles et linguistiques des usagers.

L'analyse des résultats a fait ressortir la barrière des ressources limitées des établissements de santé, qui n'était pas recensée dans la littérature. En effet, les résultats indiquent que les questions budgétaires peuvent affecter la mise en place de mesures concernant l'ÉDI et avoir des effets sur l'adaptation culturelle et linguistique des services offerts par le réseau de la santé. Afin d'opérationnaliser les articles 2, 71, 408 et 419 de la loi 15, il est essentiel que les ressources fournies aux établissements pour les initiatives en ÉDI concordent avec les intentions politiques amenées par la réforme.

Deux autres thèmes sont ressortis des entrevues, soit l'incertitude par rapport à la loi 15 et l'absence d'actions prises par le MSSS et Santé Québec pour appliquer les articles 2, 71, 408 et 419 de cette loi. En effet, les résultats ont fait ressortir une inquiétude, notamment à cause des coupes budgétaires, par rapport à la place prévue pour la question de la sécurisation culturelle, qui est étroitement liée à l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles. De plus, les résultats ont ressorti qu'aucune action n'a été prise concernant cet enjeu depuis le début de la réforme, soit depuis l'adoption de la loi le 9 décembre 2023, et que les priorités semblent être ailleurs pour l'instant, et non sur l'application de ces articles de loi. Ceci montre la nécessité de donner des intentions politiques claires et fermes concernant l'opérationnalisation des articles 2, 71, 408 et 419 de la loi 15, mais également la nécessité de prioriser la question de l'ÉDI.

Le projet de stage comporte de nombreuses limites. Tout d'abord, les entrevues ont été réalisées avec des participants uniquement de la région de Montréal, il est donc possible que certaines particularités spécifiques aux régions n'aient pas été ressorties. Également, seulement 10 entrevues ont été réalisées.

Malgré qu'une certaine saturation des résultats ait été atteinte, cela reste un petit échantillon pour avoir une bonne représentation de tout le système de santé, qui comprend des centaines de milliers de travailleurs. De plus, comme constaté lors des entrevues, la nouveauté de la Loi 15 rend difficile de bien comprendre comment la mise en application de la loi va affecter l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles. Cependant, le projet comporte quand même quelques forces. Malgré le petit échantillon, il a été quand même possible d'obtenir une variété de points de perspectives, avec des participants venant des comités des usagers, des CIUSSS, du MSSS et d'un organisme de défense des droits. Également, les entrevues ont permis de ressortir des pistes d'action intéressante pour différents acteurs dans le réseau, qui concordent avec les barrières identifiées lors de la recension des écrits pertinents.

À la suite des entrevues et de l'analyse des résultats, de nombreuses pistes d'action peuvent être suggérées. Ces pistes d'action sont présentées dans le Tableau 1 suivant :

**Tableau 1.** Pistes d'action pour améliorer l'accès aux services de santé et services sociaux pour les communautés ethnoculturelles au Québec

<b>Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Donner des orientations claires et prioritaires aux établissements de santé concernant l'Équité, la Diversité et l'Inclusion (ÉDI)</li> <li>➤ Augmenter le financement destiné aux initiatives en Équité, Diversité et Inclusion (ÉDI) et aux organismes communautaires</li> </ul>
<b>Pour Santé Québec</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Augmenter la représentativité des communautés ethnoculturelles, autant dans les comités des usagers que dans le personnel et les comités de direction des établissements de santé</li> <li>➤ Rendre une formation en Équité, Diversité, Inclusion et sécurisation culturelle obligatoire pour le personnel des établissements de santé</li> <li>➤ Améliorer les services d'interprétation, notamment en : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Renforçant la Banque d'interprètes du réseau de la santé et des services sociaux</li> <li>○ Utilisant les technologies de l'information (ex : le projet VOYCE du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Pour les organismes communautaires</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informer les usagers sur le système de santé, sur leurs droits et sur les possibilités de s'impliquer dans le réseau de la santé par la réalisation de séances d'information accessibles et données régulièrement.</li> <li>➤ Collaborer avec les établissements de santé en faisant connaître leur offre de services et pour augmenter la représentativité des communautés ethnoculturelles dans le réseau de la santé</li> </ul>
<b>Pour ACCÉSSS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informer le personnel de la santé sur la Loi 15 et sur la diversité ethnoculturelle par des séances d'information offertes dans les établissements de santé.</li> <li>➤ Relayer les besoins en santé perçus par le milieu communautaire aux établissements de santé</li> <li>➤ Augmenter la collaboration avec le réseau de la santé en participant davantage aux mêmes activités que les CIUSSS et en offrant des services dans le cadre d'activités en faveur des communautés ethnoculturelles.</li> </ul>

## **Considérations éthiques**

Durant le projet de stage, de nombreuses considérations éthiques ont fait surface. Tout d'abord, lors de la réalisation des entrevues, la valeur professionnelle de la confidentialité et de la vie privée était particulièrement importante. Ainsi, un formulaire de consentement présentant brièvement le projet, les conséquences potentielles pour le participant et demandant l'autorisation d'enregistrer la séance a été créé et signé avant les entrevues. Au début des entrevues, un bref rappel du consentement a été fait afin de s'assurer de la bonne compréhension des différents aspects par les participants. Également, dans le cadre de cette valeur, il était important de bien garder l'anonymat des participants dans la diffusion des résultats, ce qui a été fait notamment en ne divulguant pas les noms de ceux-ci, mais aussi en évitant d'identifier l'établissement spécifique où le participant travaille. Lors de l'analyse des résultats, la valeur de la rigueur scientifique a également été importante. Celle-ci s'est concrétisée en s'assurant de l'exactitude et de l'intégrité des données qualitatives collectées, notamment en réécoutant les entrevues afin de rectifier la transcription automatique par TEAMS, et en utilisant de manière judicieuse les données collectées pour identifier des pistes d'action pour les différents acteurs du réseau de la santé [45].

## **Synthèse du journal réflexif (SM6)**

Au cours de mon projet de stage, j'ai réfléchi à plusieurs reprises sur les conséquences de ma posture sur ma vision de la problématique et sur mes actions. Par exemple, en tant que femme blanche, il peut m'être difficile de bien comprendre la discrimination et la stigmatisation vécue par les communautés ethnoculturelles dans le réseau de la santé. Il peut également m'être difficile de bien comprendre les barrières d'accès vécues par ces communautés et surtout de comprendre l'ampleur des conséquences qu'elles peuvent engendrer sur ces communautés. De plus, en étant plutôt jeune, je n'ai pas beaucoup d'expérience avec le système de la santé, autant en tant qu'usagère qu'en tant que professionnelle. Je n'ai donc pas d'expérience concrète par rapport à la complexité des relations dans le réseau et peu de connaissances sur les problématiques qui sont ancrées dans le système de santé. Cette expérience m'a bien fait comprendre l'importance d'intégrer l'expérience de plusieurs perspectives différentes dans le projet. En effet, certains participants, étant issus des communautés ethnoculturelles, avaient des expériences personnelles différentes ou des histoires de leurs proches pouvant affecter leur vision du système de santé. Également, d'autres participants, ayant de nombreuses années d'expérience dans le réseau, pouvaient critiquer davantage le réseau sur des problèmes qui sont persistants.

## Conclusion

En conclusion, l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les communautés ethnoculturelles fait face à plusieurs barrières au Québec. Parmi ces barrières, on retrouve notamment la langue, la méconnaissance du réseau de la santé par les usagers, la complexité du système de la santé, le statut d'immigration, le manque d'adaptation culturelle et linguistique des services, la discrimination et la stigmatisation, les barrières géographiques et les barrières technologiques. La réalisation de 10 entrevues semi-dirigées individuelles avec des membres des CIUSSS, du MSSS, des comités des usagers et d'un organisme de défense des droits a permis d'identifier deux barrières supplémentaires, soit les ressources limitées des établissements et le manque de représentation des communautés ethnoculturelles, surtout dans la direction du réseau de la santé. Ces entrevues ont également permis de ressortir deux autres grands thèmes. Tout d'abord, le réseau de la santé semble ressentir une certaine incertitude par rapport à la loi 15. En effet, les participants ne savaient pas comment la réforme allait entraîner des changements au niveau de l'offre de services pour les usagers et une certaine inquiétude concernant les budgets alloués à l'ÉDI a été soulevée. Le deuxième grand thème était l'absence d'actions prises par le MSSS et Santé Québec pour appliquer les articles 2, 71, 408 et 419 de la Loi 15. En effet, considérant la nouveauté de la réforme, les participants ont mentionné qu'il était encore trop tôt pour voir les actions de ces acteurs et qu'il semblait avoir d'autres éléments plus prioritaires actuellement.

Ce projet a permis de confirmer la présence de barrières persistantes à l'accès aux services pour les communautés ethnoculturelles au Québec et d'identifier d'autres barrières moins présentes dans la littérature. Également, le projet a permis de comprendre les actions, ou plutôt l'absence d'actions prises par le MSSS et Santé Québec quant à l'application des articles 2, 71, 408 et 419 de la loi 15. Finalement, les entrevues et l'analyse des résultats a permis d'identifier des pistes d'actions qui seraient pertinentes pour cet enjeu. Parmi ces pistes d'action se retrouvent l'augmentation du financement destiné aux initiatives ÉDI par le MSSS, l'amélioration des services d'interprétation disponibles par Santé Québec, la formation par les organismes communautaires des personnes issues des communautés ethnoculturelles sur le système de santé et la formation du personnel du réseau de la santé sur la loi 15 et la diversité ethnoculturelle par ACCÉSSS.

## Bibliographie

1. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal [En ligne]. 2022. Diagnostic territorial des enjeux de santé publique du CCSMTL. Disponible à : [https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscssmtl/files/media/document/DiagnosticTerritorial\\_CahierAccesSoinsServicesSociaux.pdf](https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusscssmtl/files/media/document/DiagnosticTerritorial_CahierAccesSoinsServicesSociaux.pdf)
2. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [En ligne]. 2019. L'accès aux services de santé en tant que déterminant social de la santé. Disponible à : <https://www.censa.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-FR.pdf>
3. ACCÉSSS [En ligne]. 2023. Proposition - Mémoire PL-15. Disponible à : <https://trpocb.org/wp-content/uploads/2023/05/1-Proposition-ACCÉSSS-Memoire-PL-15-final.pdf>
4. Gouvernement du Canada [En ligne]. 2005. Politique sur les organismes de bienfaisance servant les communautés ethnoculturelles. Disponible à : <https://www.canada.ca/en/revenue-agency/services/charities-giving/charities/policies-guidance/policy-statement-023-applicants-assisting-ethnocultural-communities.html>
5. Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration [En ligne]. Québec; 2019. Immigration et démographie 2019. Disponible à : [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/immigration/publications/fr/recherches-statistiques/Pub\\_Immigration\\_et\\_demo\\_2019.pdf](https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/immigration/publications/fr/recherches-statistiques/Pub_Immigration_et_demo_2019.pdf)
6. Institut de la statistique du Québec [En ligne]. 2024. Migrations internationales et interprovinciales. Disponible à : <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/migrations-internationales-interprovinciales-bilan-demographique>
7. Institut national de santé publique du Québec [En ligne]. 2019. La santé des immigrants au Québec. Disponible à : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2019/jasp2019\\_sante\\_immigrants\\_marie\\_des\\_meules.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2019/jasp2019_sante_immigrants_marie_des_meules.pdf)
8. Gouvernement du Québec [En ligne]. Transformation du système de santé et de services sociaux. [Mis à jour le 20 décembre 2023]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/systeme-quebecois-de-sante-et-de-services-sociaux/transformation-systeme-sante/reseau-sante-efficace-population>
9. Gouvernement du Québec [En ligne]. Gouvernance du système de santé et de services sociaux et création de Santé Québec. [Mis à jour le 7 mars 2025]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/systeme-quebecois-de-sante-et-de-services-sociaux/transformation-systeme-sante/reseau-sante-efficace-personnel>
10. Assemblée nationale du Québec [En ligne]. Projet de loi 15 (2023, chapitre 34) [En ligne]. Disponible à : [https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_client/lois\\_et\\_reglements/LoisAnnuelles/fr/2023/2023C34F.PDF](https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/LoisAnnuelles/fr/2023/2023C34F.PDF)
11. Légis Québec [En ligne]. 1991. Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) [Mis à jour le 30 novembre 2024]. Disponible à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>
12. Santé Canada [En ligne]. 2001. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé [En ligne]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessibilite-soins-sante/barrieres-linguistiques.html>
13. Statistique Canada [En ligne]. 2017. L'intégration linguistique des immigrants et les populations de langue officielle au Canada. Disponible à : <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016017/98-200-x2016017-fra.cfm>
14. Institut universitaire SHERPA [En ligne]. 2022. Portrait de l'utilisation des services sociaux et de santé : perspectives des hommes immigrants. Disponible à : [https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2022/02/portrait\\_hommes\\_immigrants.pdf](https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2022/02/portrait_hommes_immigrants.pdf)

15. Enfants Néo-Canadiens [En ligne]. Barrières d'accès aux soins. [Mis à jour en mars 2014]. Disponible à : <https://enfantsneocanadiens.ca/care/barriers>
16. Médecins québécois pour le régime public [En ligne]. 2018. La santé pour tous et toutes sans exception. Disponible à : [https://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Rapport\\_MQRP\\_2018\\_La-sante%CC%81-pour-tous-et-toutes-sans-exception-4.pdf](https://mqrp.qc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Rapport_MQRP_2018_La-sante%CC%81-pour-tous-et-toutes-sans-exception-4.pdf)
17. Régie de l'assurance maladie du Québec [En ligne]. S.d. Ententes de sécurité sociale avec d'autres pays. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/ententes-securite-sociale-autres-pays>
18. CERDA [En ligne]. S.d. Guide du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Disponible à : <https://cerda.info/pfsi-guide>
19. Institut universitaire SHERPA [En ligne]. 2024. Culture, migration et parentalité : enjeux et perspectives pour les professionnels. Disponible à : [https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/Journee-protection-de-la-jeunesse/DPJ-PPT-11nov2024-B1\\_Culture.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/Journee-protection-de-la-jeunesse/DPJ-PPT-11nov2024-B1_Culture.pdf)
20. Institut universitaire SHERPA [En ligne]. S.d. Impacts de barrières linguistiques sur la qualité des soins en santé mentale et rôle clé des interprètes professionnels. Disponible à : [https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2021/11/Annexe3\\_sante.pdf](https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2021/11/Annexe3_sante.pdf)
21. Ourhou, A., Bergeul, S. et Habimana, E. [En ligne]. 2023. Expériences des immigrants en santé mentale. Revue Québécoise de psychologie. Disponible à : <https://www.erudit.org/en/journals/rqpsy/2023-v44-n1-rqpsy08096/1100439ar/>
22. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [En ligne]. 2016. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>
23. Trudel, J. [En ligne]. 2023. Téléconsultations en contexte de diversité culturelle. ACCÉSSS. Disponible à : <https://accesss.net/wp-content/uploads/2023/03/Les-teleconsultations-en-contexte-de-diversite-culturelle.pdf>
24. Assemblée nationale du Québec [En ligne]. Premier ministre. Dans : Encyclopédie du parlementarisme québécois. Disponible à : <https://www.assnat.qc.ca/fr/patrimoine/lexique/premier-ministre.html>
25. Gouvernement du Québec [En ligne]. Politique de gestion des ressources budgétaires [Mis à jour le 7 mars 2025]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/gouvernement/votre-gouvernement/budget-depenses-politique-gestion-ressources-budgetaires>
26. Gouvernement du Québec [En ligne]. Ministères et organismes [Mis à jour le 27 juin 2024]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-organismes>
27. Institut universitaire SHERPA [En ligne]. S.d. COSAMI : Concertation pour la santé des migrants. Disponible à : <https://sherpa-recherche.com/fr/projet/cosami-concertation-pour-la-sante-des-personnes-migrantes/>
28. CIUSSS de la Capitale-Nationale [En ligne]. Clinique santé des réfugiés. Disponible à : <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/acces-professionnel-sante/sante-refugies>
29. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal [En ligne]. PRAIDA (Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile). [Mis à jour le 15 avril 2025]. Disponible à : <https://www.ciussscentreouest.ca/programmes-et-services/praida-programme-regional-daccueil-et-dintegration-des-demandeurs-dasile/>
30. Gouvernement du Québec [En ligne]. Comité national sur la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles [Mis à jour le 2 décembre 2024]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-organismes/sante-services-sociaux/coordonnees-structure/organismes-lies/comite-national-prestation-sante-communautes-ethnoculturelles>
31. Commissaire à la santé et au bien-être [En ligne]. S.d. Analyse de la performance du système. Disponible à : <https://www.csbe.gouv.qc.ca/performance/analyse-performance-systeme.html>
32. Gouvernement du Québec [En ligne]. Organismes liés du ministère de la Santé et des Services sociaux [Mis à jour le 19 décembre 2024]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-organismes/sante-services-sociaux/coordonnees-structure/organismes-lies>

33. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [En ligne]. S.d. Établissements de santé et de services sociaux [Mis à jour le 3 août 2018]. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>
34. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal [En ligne]. S.d. Nous joindre [mis à jour le 3 mars 2025]. Disponible à : <https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/nous-joindre/comite-des-usagers>
35. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [En ligne]. S.d. Portrait organisationnel du réseau [mis à jour le 3 septembre 2024]. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/portrait-organisationnel/>
36. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal [En ligne]. S.d. Leadership et innovations : Banque d'interprètes du RSSS [Mis à jour le 6 décembre 2024]. Disponible à : <https://ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca/propos/qui-sommes-nous/leadership-et-innovations/banque-dinterpretes-du-rsss>
37. Gouvernement du Canada [En ligne]. S.d. Programme fédéral de santé intérimaire : couverture offerte [Mis à jour le 19 février 2025]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-partir-canada/soins-sante/programme-federal-sante-interimaire/resume-couverture-offerte.html>
38. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [En ligne]. S.d. Partenaires du système [Mis à jour le 23 septembre 2024]. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/partenaires-du-systeme/organismes-communautaires/>
39. ACCÉSSS [En ligne]. S.d. Mission et expertise. Disponible à : <https://accesss.net/mission-et-expertise/>
40. Commissaire à la santé et au bien-être [En ligne]. 2022. La dimension de l'accessibilité du cadre d'évaluation de la performance du CSBE. Disponible à : [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Fiches\\_techniques/CSBE-Fiche\\_accessibilite.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Fiches_techniques/CSBE-Fiche_accessibilite.pdf)
41. Comprendre la recherche [En ligne]. S.d. Méthodologie : une explication des méthodes de recherche qualitatives, quantitatives et mixtes ainsi que l'approche participative. Disponible à : <https://www.comprendrelarecherche.ca/methodologie/>
42. La Taupe [En ligne]. S.d. Les types d'entrevues. Disponible à : <https://www.lataupe.net/fiche/les-types-dentrevues/>
43. Claude, G. [En ligne]. 2020. Méthodes inductives et déductives [Mis à jour le 24 mars 2021]. Scribbr. Disponible à : <https://www.scribbr.fr/methodologie/methodes-inductives-deductives/>
44. Consentsquare [En ligne]. S.d. Méthodes d'analyse de données qualitatives. Hotjar. Disponible à : <https://www.hotjar.com/fr/analyse-donnees-qualitatives/methodes/>
45. Institut national de santé publique du Québec [En ligne]. 2010. Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique. Disponible à : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2010\\_referentiel\\_valeurs\\_analyse\\_ethique.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2010_referentiel_valeurs_analyse_ethique.pdf)