

Santé en contexte migratoire : quelques repères

TRANSFERT DE CONNAISSANCES

JANVIER 2026

DOCUMENT SYNTHÈSE

RÉDACTION

Marie-Hélène Senay, conseillère scientifique
Marie-Kim Bouchard, conseillère
Secrétariat général

Elyse Durocher, conseillère scientifique spécialisée
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie

SOUS LA COORDINATION DE

Benoit Houle, chef d'unité, Affaires publiques, communications et transfert de connaissances
Secrétariat général
Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATION

Émilie Dionne
Sophie Pomedio
Direction de la planification, du développement et des mandats transversaux en santé publique
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Hamida Mukarurangwa, conseillère
Maritza Guillén, conseillère
Direction des politiques et programmes d'intégration
Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration

Janine Badr, conseillère scientifique
Vice-présidence aux affaires scientifiques
Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION

Maude Chapados, conseillère cadre politiques publiques
Julie St-Pierre, conseillère scientifique spécialisée
Secrétariat général

Les autrices ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2026
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-03014-5 (PDF [ensemble])
ISBN : 978-2-555-02966-8 (PDF)
DOI : <https://doi.org/10.64490/JWIV9772>

© Gouvernement du Québec (2026)

Personnes ayant révisé ou collaboré à enrichir ce projet

Institut national de santé publique du Québec

Stephani Arulthas, conseillère scientifique
Emilie Audy, conseillère scientifique spécialisée
Maryse Caron, cheffe d'unité scientifique, Unité milieux de vie inclusifs, sains et sécuritaires
Gabrielle Désilets, conseillère scientifique spécialisée
Dominique Gagné, coordonnatrice, Équipe Promotion de la sécurité et prévention de la violence
François Gagnon, conseiller scientifique spécialisé
Annie Gauthier, conseillère scientifique spécialisée
Liliana Gomez, conseillère scientifique spécialisée
Édith Guilbert, médecin-conseil
Mathieu Maltais, conseiller scientifique spécialisé
Aurélien Maurice, médecin spécialiste
Annie Montreuil, coordonnatrice, Équipe Tabagisme, Unité Produits et substances psychoactives
Elisabeth Papineau, conseillère scientifique spécialisée
Marie-Claude Roberge, coordonnatrice Équipe écrans/santé mentale/suicide
André Tourigny, médecin spécialiste
Direction du développement des individus et des communautés

Brigitte Paquette, chef d'unité scientifique, Unité Immunisation
Chantale Sauvageau, médecin spécialiste
Laurence Pothier, conseillère en soins infirmiers
Nicholas Brousseau, médecin spécialiste
Pierre-Henri Minot, chef d'unité scientifique Infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques

Sous-ministériat à la prévention et à la santé publique du Ministère de la Santé et des Services sociaux

Carol-Ann Lavoie, Geneviève Martel, Juliette Martin, Renée Paré, Carole Anne Auger, Catherine Dufour, Laetitia Madjri, Maryane Tremblay, Audrey Vézina, Isabelle Breton, Karine Grenier, Stéphane Groulx, Marie-Pier Parent, Peggy Bedon, Catherine Denis, Chantal Lacroix.

AUTRES PARTENAIRES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Zoé Brabant, responsable médicale
Danielle Kouhio Depri, agente de planification, de programmation et de recherche
Direction régionale de santé publique

Intervenants communautaires interculturels (ICI) – Santé

Hang Chen
Centre d'appui aux communautés immigrantes de Bordeaux-Cartierville

Jonathan Ferrero
Centre-Émersion Manicouagan

Solange Valérie Kouamo
Accès Accueil Action Basses-Laurentides

Ekta Manglik
Centre d'intégration multiservice de l'Ouest de l'île

Ouassila Mehamsadji
Accueil aux immigrants de l'est de Montréal

Paula Mazzeo
Alliance pour l'accueil et l'intégration des immigrant-e-s

Robbie Paul
Orientèque

Sylvie Pelletier
Accès Travail Portneuf

Table de concertation des organismes œuvrant auprès des réfugiés et des migrants (TCRI)

Marie-Claire Rufagari, responsable formation
Maude Bisson, chargée de projet du Programme d'accompagnement et de soutien à l'intégration
Nouhad Sawaf, formatrice pour le Service d'éducation et d'intégration interculturelle de Montréal

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

Francine Forget Marin, directrice, Affaires santé et Recherche
Elizabeth Obregon, chargée de projets, Promotion de la santé

Les personnes qui ont révisé ce document ont été conviées à apporter des commentaires sur la version préfinale, et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Transfert de connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques dont le format a été adapté pour une adéquation plus fine aux besoins de la clientèle cible.

Le présent document synthèse offre quelques repères concernant les déterminants de la santé en contexte migratoire, l'accès aux droits selon le statut ainsi que différentes barrières d'accès. Il est complété par [sept répertoires](#) de ressources sur différentes thématiques : la périnatalité ; la vaccination et l'immunisation ; la santé mentale ; la santé sexuelle et reproductive ; la dépendance ; les saines habitudes de vie et les maladies chroniques ainsi que la violence et l'intimidation.

Ces documents ont été élaborés à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du [Plan d'action interministériel 2022-2025](#) de la [Politique gouvernementale de prévention en santé](#), en collaboration avec le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration ainsi que des partenaires du milieu communautaire. Ils sont destinés aux intervenants communautaires interculturels. Ils pourront être utiles à toute personne s'intéressant à la santé en contexte migratoire.

Ces documents, produits en 2024, présentent les ressources disponibles à ce moment. Il est possible que certaines aient évolué depuis.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	III
RÉSUMÉ.....	1
1 INTRODUCTION	2
2 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ SELON LE STATUT MIGRATOIRE	3
2.1 Statut migratoire et couverture médicale.....	5
2.2 Demande pour considérations humanitaires	8
2.3 Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).....	9
3 DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ EN CONTEXTE MIGRATOIRE	11
3.1 Immigration et statut migratoire.....	12
3.2 Racialisation et discrimination.....	14
3.3 Emploi et revenu.....	15
3.4 Éducation.....	16
3.5 Logement	17
3.6 Insécurité alimentaire.....	19
3.7 Soutien social.....	20
3.8 Accès aux soins de santé et services sociaux.....	20
4 BARRIÈRES D'ACCÈS AUX SERVICES DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ DES IMMIGRANTS	22
4.1 Obstacles liés au statut migratoire	22
4.2 Obstacles socioéconomiques	23
4.3 Obstacles communicationnels.....	23
4.4 Obstacles culturels.....	24
4.5 Obstacles liés à la littératie organisationnelle	25
5 CONCLUSION.....	26
6 PRINCIPALES PORTES D'ACCÈS	27
7 RÉFÉRENCES.....	30

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CERDA	Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile
CH	Considération humanitaire
CISR	Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
PRAIDA	Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
PTAS	Programme des travailleurs agricoles saisonniers
PTET	Programme fédéral des travailleurs étrangers temporaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

RÉSUMÉ

Outre les caractéristiques individuelles, la santé des personnes est influencée par de nombreux facteurs sociaux, économiques et environnementaux qu'on appelle déterminants sociaux de la santé. Ce sont les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que l'ensemble des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne.

Les déterminants sociaux de la santé peuvent constituer des facteurs de risque ou de protection, selon la situation de la personne et les politiques mises en place. La précarité liée au statut migratoire ; l'inclusion sociale et la non-discrimination ; le revenu et les conditions d'emploi ; l'éducation ; le logement ; l'insécurité alimentaire ; le soutien social et, enfin, l'accès à des soins de santé et services sociaux abordables et de qualité sont les principaux déterminants de la santé en contexte migratoire.

Au Québec, l'accès aux soins de santé et services sociaux d'une personne est déterminé par son statut migratoire. On peut distinguer les différents statuts en quatre grandes catégories : le statut permanent, le statut temporaire, le statut de demandeur d'asile et les migrants en situation irrégulière ou sans statut. Les barrières d'accès aux services de prévention et de promotion de la santé peuvent être nombreuses pour les personnes immigrantes. Elles comprennent les obstacles liés au contexte migratoire ; les obstacles socioéconomiques ; les obstacles communicationnels ; les obstacles culturels et les obstacles liés à la littératie organisationnelle.

Dans l'optique de réduire une partie de ces obstacles et de faciliter le travail des intervenants communautaires santé (ICI-Santé), ce document synthèse offre quelques repères sur l'accès aux soins de santé et services sociaux, dont les services de prévention et promotion, selon le statut migratoire. Il a aussi pour objectif d'harmoniser les connaissances quant aux principaux déterminants sociaux de la santé en contexte migratoire. Les [répertoires qui y sont associés](#) visent à offrir un outil de référence permettant aux intervenants de trouver des ressources rapidement pour les usagers. Sept thématiques sont abordées : la périnatalité ; la vaccination et l'immunisation ; la santé mentale ; la santé sexuelle et reproductive ; la dépendance ; les saines habitudes de vie et les maladies chroniques ainsi que la violence et l'intimidation.

Ce document synthèse et les répertoires associés ont été élaborés à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre du [Plan d'action interministériel 2022-2025](#) de la [Politique gouvernementale de prévention en santé 2015-2025](#), en collaboration avec le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration ainsi que des partenaires du milieu communautaire. Ils sont destinés aux intervenants communautaires interculturels. Ils pourront être utiles à toute personne s'intéressant à la santé en contexte migratoire.

1 INTRODUCTION

Contexte

Ce document synthèse et les [répertoires de ressources](#) qui l'accompagnent découlent du [Plan d'action interministériel 2022-2025](#) de la [Politique gouvernementale de prévention en santé](#) (PGPS). Ce plan prévoit l'embauche de nouveaux intervenants communautaires interculturels en santé (ICI-santé) pour informer, soutenir, aiguiller et accompagner les personnes immigrantes vers les services sociaux et de santé et vise à faire connaître les différents services en santé et services sociaux, dont en prévention et promotion, offerts aux personnes immigrantes. Ce document synthèse et les répertoires de ressources ont été produits en 2024, avant la création de Santé Québec et la publication de la [Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035](#) ainsi que du [Programme national de santé publique 2025-2035](#).

Les objectifs de ce document synthèse et des guides de ressources associés sont les suivants :

- Favoriser l'harmonisation des connaissances des ICI-Santé à propos des déterminants sociaux de la santé en contexte migratoire ainsi que des principaux services, programmes et ressources en lien avec les soins de santé et les services sociaux, dont les services de promotion et de prévention en santé au Québec concernant sept grands thèmes de santé publique.
- Outiller les ICI-Santé pour qu'ils puissent fournir rapidement des ressources aux usagers.

Offre de services en prévention et promotion de la santé

Les services de prévention et de promotion de la santé visent à accroître le bien-être et les années de vie en bonne santé en agissant en amont des problèmes de santé tout au long du parcours de vie. Ce document synthèse brosse un portrait des déterminants sociaux de la santé en contexte migratoire. Les sept répertoires qui l'accompagnent regroupent les services qui concernent : la périnatalité ; la vaccination et l'immunisation ; la santé mentale ; la santé sexuelle et reproductive ; la dépendance ; la violence et l'intimidation ainsi que les saines habitudes de vie et les maladies chroniques.

Comment utiliser ce document synthèse et les répertoires de ressources ?

Sans prétendre à l'exhaustivité, les répertoires regroupent les services par thématiques. Sauf exception, seules les ressources représentées au niveau national ont été incluses. Il est conseillé de compléter ces répertoires par une liste des ressources locales. Ces documents visent à faciliter le contact des ICI avec les intervenants du système de santé et de services sociaux et des ressources communautaires. Ce sont des outils de référence et ils ne constituent en aucun cas un outil d'intervention.

Les informations contenues dans ces documents sont à jour en date de juillet 2024, la recherche ayant été effectuée d'août 2023 à juin 2024. Les répertoires de ressources ont été révisés à l'automne 2025. La plupart des liens devraient pouvoir fournir l'information la plus récente.

2 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ SELON LE STATUT MIGRATOIRE

Au Québec, l'accès aux soins de santé et services sociaux d'une personne est déterminé par son statut migratoire. On peut distinguer les différents statuts en quatre grandes catégories : le statut permanent, le statut temporaire, le statut de demandeur d'asile et les migrants en situation irrégulière ou sans statut.

Statut	Statut permanent	Statut temporaire	Demandeur d'asile	Sans statut ou statut irrégulier
Description	Ont reçu la permission de résider de façon permanente au Canada, mais ne sont pas encore citoyens. Ont un statut permanent : réfugiés acceptés ; personnes protégées ; immigrants économiques ; immigrants liés au regroupement familial/parrainage ; personnes sélectionnées pour considérations humanitaires.	Ont reçu la permission de résider temporairement au pays. Ont un statut temporaire : visiteurs ; étudiants étrangers et leurs personnes à charge ; travailleurs étrangers temporaires et leurs personnes à charge.	Ont demandé le statut de réfugié à leur arrivée, mais n'ont pas encore obtenu de réponse.	Les personnes sans statut ou au statut irrégulier sont des personnes qui ne sont pas ressorties à l'échéance de leur titre de séjour temporaire ; sont des demandeurs d'asile qui n'ont pas quitté le pays à la date fixée à la suite d'un refus de leur demande ; ou sont des personnes entrées de façon irrégulière sur le territoire.
Accès	Accès à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) après un délai de carence de trois mois. Les réfugiés et les personnes protégées sont admissibles au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) pendant le délai de carence.	Doivent être assurés au privé ou payer personnellement les frais.	Sont admissibles au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).	Doivent être assurés au privé ou payer personnellement les frais.

Statut	Statut permanent	Statut temporaire	Demandeur d'asile	Sans statut — statut irrégulier
À surveiller	Les enfants et les femmes enceintes sont admissibles à la couverture de la RAMQ dès leur arrivée au Québec et sans délai de carence. Certains services de santé peuvent être rendus gratuitement pendant le délai de carence selon la situation de la personne : services aux victimes de violence conjugale, intrafamiliale ou d'agression sexuelle ; services liés à la grossesse, à l'accouchement ou à l'interruption de grossesse ; services nécessaires aux personnes aux prises avec des problèmes de santé de nature infectieuse ayant une incidence sur la santé publique.	EXCEPTION Les travailleurs étrangers qui ont un permis fermé de plus de six mois ou un permis de travail postdiplôme ont accès à la RAMQ après le délai de carence de trois mois. Certains travailleurs agricoles ont accès à la RAMQ dès leur arrivée au Québec. ATTENTION Le Québec a des ententes de sécurité sociale avec 11 pays européens. Les travailleurs étrangers et les étudiants provenant de ces pays sont couverts par la RAMQ malgré leur statut temporaire, et ce, sans délai de carence lorsqu'ils présentent un formulaire attestant qu'ils étaient couverts dans le pays d'origine. Les pays signataires sont les suivants : Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Luxembourg, Norvège, Portugal, Roumanie, Serbie, Suède.	L'ensemble des demandeurs d'asile devraient avoir accès aux soins de santé via le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Toutefois, ce ne sont pas tous les médecins qui sont inscrits à cette forme de paiement, voire connaissent l'existence du programme. Plusieurs refusent de voir les demandeurs d'asile pour ces raisons.	Selon la situation, la personne peut parfois tenter de régulariser son statut en faisant une demande d'asile ou une demande de résidence permanente pour considérations humanitaires. Elle peut aussi être parrainée par un conjoint citoyen canadien ou résident permanent. Des soins de santé gratuits sont offerts par Médecins du Monde dans certains cas. Accueil medecinsdumonde.ca Les organismes communautaires qui œuvrent en santé et services sociaux offrent des services gratuits et confidentiels, sans égard au statut de la personne. Voir les organismes membres de la Table des regroupements provinciaux d'organismes communautaires et bénévoles : Liste — TRPOCB

ATTENTION

Depuis septembre 2021, les enfants mineurs nés de parents au statut migratoire précaire peuvent bénéficier de la couverture de la RAMQ, peu importe le statut de leurs parents. Les enfants de demandeurs d'asile nés à l'extérieur du Canada ont accès au PFSI, comme leurs parents. Le délai de carence de trois mois de la RAMQ est aboli pour tous les enfants.

La RAMQ n'a pas le droit de contacter l'Agence des services frontaliers du Canada pour vérifier le statut ou dénoncer une personne en situation irrégulière.

D'autres exceptions peuvent exister, pour un complément d'information : [connaître les conditions d'admissibilité à l'assurance maladie | Régie de l'assurance maladie du Québec \(RAMQ\) \(gouv.qc.ca\)](#)

Pour de l'information sur l'accessibilité aux mesures sociales : [L'accès aux mesures sociales selon le statut](#)

Pour plus d'information sur la facturation pendant le délai de carence : [Facturation pendant le délai de carence | RAMQ \(gouv.qc.ca\)](#)

Bon à savoir : certains hôpitaux spécifient sur leur site Internet qu'ils offrent des services aux patients non assurés en cas d'urgence seulement. Toutefois, ils ne précisent pas ce qui constitue une urgence. Évidemment, toute personne a le droit de recevoir des soins urgents nécessaires pour maintenir sa vie ou son intégrité physique.

Dans tous les cas, les patients non assurés devront payer les coûts des services reçus. Les frais pour les soins de santé sont déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et ne peuvent pas être modifiés. Ces tarifs sont révisés chaque année et sont sujets à changement.

Pour consulter un exemple des coûts possibles : [Tarifs en milieux hospitaliers](#). Ces tarifs excluent les honoraires du médecin qui sont facturés séparément.

2.1 Statut migratoire et couverture médicale

Au Québec, la [Loi sur l'assurance maladie](#) et le [Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec](#) déterminent l'éligibilité à l'assurance maladie provinciale. Comme les droits relatifs aux soins de santé et aux services sociaux varient en fonction du statut migratoire, une proportion non négligeable de personnes qui ont un statut temporaire ou qui attendent une décision n'ont pas accès à la RAMQ.

Il en est de même pour les résidents permanents qui seront admissibles à la RAMQ uniquement **après les trois premiers mois de résidence**. Cette **période d'attente** entre l'arrivée et l'admissibilité est ce qu'on appelle le **délai de carence**. Ce délai n'est pas applicable aux personnes de moins de 18 ans.

Il existe quatre types de statuts d'immigration pouvant déterminer l'accès ou non à la RAMQ : le statut permanent ; le statut temporaire ; le demandeur d'asile et le statut irrégulier. Bien que les demandeurs d'asile disposent d'un statut temporaire, ils sont ici présentés séparément pour souligner la situation particulière d'incertitude dans laquelle ils se trouvent. En effet, à leur arrivée en sol québécois, ils ne savent pas s'ils devront quitter le pays ou pourront y rester ni quand ils seront appelés à le quitter si tel est le cas. Les démarches liées à la demande d'asile sont aussi très fastidieuses (recherche d'information, parfois dans le pays d'origine, traduction, etc.).

Le **résident permanent** peut demeurer au Canada en bénéficiant des mêmes droits et avantages qu'un citoyen canadien, sauf exception (ex. : droit de vote et passeport canadien). L'accès au statut de résident permanent s'effectue par trois principaux programmes : l'immigration économique, le regroupement familial qui permet aux résidents permanents et aux citoyens canadiens de parrainer des membres de leur famille et la voie de la protection qui inclut les personnes ayant le statut de réfugié ou de personne protégée¹. D'autres voies sont possibles par le travail et les études (1). De façon exceptionnelle, il est possible d'obtenir le statut de résident permanent en présentant une demande de résidence permanente pour considérations humanitaires (voir plus bas pour les détails). Les personnes qui détiennent un statut permanent ont droit à une couverture médicale identique à celle des citoyens canadiens à la fin du délai de carence. Durant cette période de trois mois, elles doivent assumer elles-mêmes les frais des soins de santé ou contracter une assurance privée. Les réfugiés et les personnes protégées sont admissibles au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) durant le délai de carence.

Le **résident temporaire** possède un permis de séjour (visa) d'une durée prédéterminée, soit à titre de visiteur, de travailleur temporaire ou d'étudiant étranger. Ces personnes doivent généralement être assurées au privé ou assumer personnellement les frais des services de santé. Il y a cependant certaines exceptions. Les travailleurs étrangers (et leurs personnes à charge) qui ont un permis fermé de plus de six mois et les individus qui ont un permis de travail post-diplôme sont admissibles à la RAMQ après le délai de carence (2). Les travailleurs agricoles saisonniers dépendants du Programme des travailleurs agricoles saisonniers (PTAS) ou du Programme fédéral des travailleurs étrangers temporaires (PTET) venant du Guatemala, du Honduras, du Mexique ou du Salvador ont accès à la RAMQ sans délai de carence (3). Finalement, tous les travailleurs et les étudiants étrangers qui proviennent d'un pays avec lequel le Québec a une entente de sécurité sociale sont couverts par la RAMQ malgré leur statut temporaire, et ce, sans délai de carence lorsqu'ils présentent un formulaire attestant qu'ils étaient couverts dans le pays d'origine (4).

¹ La personne réfugiée est acceptée en fonction de [l'article 96](#) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, au sens de la Convention de Genève de 1951. La personne à protéger est acceptée selon [l'article 97](#) de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* selon des critères ajoutés par le Canada.

Le **demandeur d'asile** a demandé le statut de réfugié à son arrivée, mais n'a pas encore obtenu de réponse. Pendant qu'il attend la décision de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR), il est considéré comme un résident temporaire. Une fois qu'une décision est rendue, le demandeur d'asile devient : soit une personne protégée ou un réfugié qui peut ensuite faire une demande de résidence permanente ; soit une personne dont la demande d'asile a été refusée (cette personne peut être en procédure pour différents recours ou visée par une mesure de déportation). Si le demandeur d'asile ne quitte pas le pays au moment de la date indiquée dans sa lettre de refus, il est considéré comme étant en situation irrégulière (2,5). Durant le temps au cours duquel le demandeur d'asile est en attente d'une réponse quant à son statut ou en recours, il est admissible au PFSI. Si sa demande est refusée, il bénéficie de la couverture du PFSI jusqu'à la date (indiquée sur sa lettre de refus) à laquelle il doit quitter le territoire.

Les **personnes sans statut** sont en général demeurées sur le territoire après que leur permis de séjour soit expiré, ont dérogé à un ordre de renvoi du Canada ou encore sont entrées sur le territoire de façon irrégulière. Il s'agit de la situation migratoire la plus précaire. Il est parfois possible pour la personne de régulariser son statut en présentant une demande d'asile, en faisant une demande de résidence permanente pour considérations humanitaires, en étant parrainée par un conjoint citoyen canadien ou résident permanent ou en faisant appel du refus du statut de réfugié lorsque la situation est applicable (2). Les personnes sans statut ne peuvent bénéficier d'aucune couverture de santé, qu'elle soit provinciale ou fédérale, et elles renoncent souvent aux soins par peur d'être dénoncées et déportées. Le système de santé informel (par exemple les organismes communautaires ou de soutien comme Médecins du Monde) devient alors la source principale de soins de santé.

LE STATUT PRÉCAIRE

On entend souvent l'expression *migrants à statut précaire*. Cette expression ne fait pas référence à un statut juridique ou migratoire particulier. Il s'agit plutôt d'une catégorie générale qui comprend une panoplie de statuts et de parcours différents.

Le statut de ces personnes est qualifié de précaire soit parce qu'il peut être perdu à tout moment, soit parce qu'il ne leur garantit pas de pouvoir rester légalement à long terme. Dans le contexte du Québec, on peut penser aux travailleurs temporaires, aux visiteurs, aux étudiants étrangers, aux demandeurs d'asile, aux personnes dont le statut est expiré ou encore qui sont entrées sur le territoire de façon irrégulière.

Bien qu'elle ne représente pas un statut juridique en soi, cette expression est utilisée dans ce document, afin d'alléger le texte.

2.2 Demande pour considérations humanitaires

La demande de résidence permanente pour considérations humanitaires (CH) est une mesure exceptionnelle. Elle est généralement le dernier recours lorsque toutes les alternatives pour demeurer de manière permanente au Canada ont été épuisées. De façon générale, c'est une procédure destinée aux personnes qui résident déjà sur le territoire. Sous certaines conditions, des personnes peuvent toutefois présenter une demande CH de l'étranger. Pour être admissible à une demande CH, il ne faut pas avoir une demande d'asile en cours et il faut attendre plus de 12 mois après une demande d'asile rejetée. Des exceptions existent : un état de santé grave ou des conséquences pour un enfant peuvent exempter du délai de 12 mois. On ne peut pas non plus présenter une demande CH si l'on est interdit de territoire canadien pour des raisons de sécurité nationale, de violation des droits de la personne ou de crime organisé (6).

Habituellement, deux raisons principales sont invoquées pour une demande CH : **les difficultés** et **les risques**. **Les difficultés** se rapportent à une situation qui cause des problèmes ou des souffrances graves. Il est aussi possible de présenter une demande CH si les personnes sont établies au Canada et ne peuvent pas retourner dans leur pays d'origine parce qu'elles y sont en danger ou qu'il n'y a pas de gouvernement responsable. Les difficultés d'ordre médical ne constituent habituellement pas une bonne raison pour une demande CH, à moins qu'il y ait un risque de mort dans le pays d'origine, faute de traitement médical adéquat ou approprié.

Les risques réfèrent à une probabilité importante qu'un ou plusieurs des événements qui suivent se produisent si la personne est forcée de retourner dans son pays d'origine : persécution, torture, menace à la vie, traitements cruels, etc. La personne qui présente une demande CH sur la base de risques doit démontrer l'existence de ces risques et le fait qu'ils sont propres à elle ou à sa famille. Dans tous les cas, elle doit faire la preuve qu'elle est personnellement affectée.

Au Québec, le Programme des personnes sélectionnées pour considérations humanitaires permet à des ressortissants étrangers, qui se trouvent dans une situation particulière de détresse, d'immigrer au Québec. Un candidat au Programme des personnes sélectionnées pour considérations humanitaires doit avoir été préalablement autorisé à présenter une demande de résidence permanente pour motifs d'ordre humanitaires au Canada par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (7). Les personnes dont la demande aura été approuvée en principe par IRCC devront présenter une demande de sélection permanente au MIFI pour obtenir un Certificat de sélection du Québec. Dès la réception du CSQ, elles pourront obtenir la carte de la RAMQ.

Pour plus d'informations sur les demandes pour considérations humanitaires, consultez la [fiche d'information no 1 de la Mission Communautaire de Montréal](#), l'information sur le [Programme des personnes sélectionnées pour considérations humanitaires](#) et l'article 65 du [Règlement sur l'immigration au Québec I-0.2.1, r.3 — Règlement sur l'immigration au Québec](#)

2.3 Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)

Au Canada, le PFSI offre une protection en matière de soins de santé limitée et temporaire aux personnes appartenant à certains groupes inadmissibles à un régime provincial d'assurance maladie. Les personnes qui peuvent bénéficier du PFSI sont les réfugiés, les personnes protégées, les demandeurs d'asile et certains autres groupes de personnes comme les victimes de traite de personne ou de violence familiale qui possèdent un permis de séjour temporaire. Il est important de noter que ce ne sont pas tous les médecins ou cliniques qui acceptent le PFSI.

La **couverture de base** du PFSI est similaire à celle offerte par un régime provincial. Sont couverts :

- les services hospitaliers destinés aux patients hospitalisés et externes ;
- les services de médecine, les services infirmiers autorisés ou d'autres professionnels de la santé autorisés à pratiquer au Canada, y compris les soins prénataux et postnataux ;
- les services de laboratoire, de diagnostic et d'ambulance (8).

Le PFSI offre aussi une couverture supplémentaire minimale en matière de :

- soins dentaires urgents et soins de la vue de base ;
- soins à domicile et à long terme ;
- services prodigués par des professionnels de la santé : notamment des psychologues cliniciens, des psychothérapeutes, des thérapeutes avec service de consultation, des ergothérapeutes, des orthophonistes et des physiothérapeutes, avec certaines limites en nombre de séances et coûts ;
- appareils et accessoires fonctionnels, fournitures et matériels médicaux, notamment :
 - matériel orthopédique et prothèses ;
 - aide à la mobilité ;
 - matériel destiné aux diabétiques ;
 - fourniture pour incontinence ;
 - équipement d'oxygène (8).

Relativement aux **médicaments sur ordonnance**, le PFSI offre une couverture des médicaments et d'autres produits énumérés dans les formulaires des régimes provinciaux d'assurance médicaments.

Pour obtenir plus de renseignements, consultez le [Programme fédéral de santé intérimaire](#).

Consultez la liste des [changements au Programme fédéral de santé intérimaire attendus en mai 2026](#).

Pour de l'information pour les bénéficiaires du PFSI en français, en anglais, en espagnol et en arabe : [Le PFSI : favoriser l'accès aux soins de santé — CERDA — Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile.](#)

Pour des renseignements plus exacts concernant les couvertures offertes par le PFSI, consultez les [tableaux des avantages et des services couverts.](#)

Pour trouver des fournisseurs qui offrent des services en vertu du PFSI : [Programme fédéral de santé intérimaire — Recherche de fournisseurs \(Canada seulement\) — PFSI \(medaviebc.ca\).](#)

Quelques liens utiles :

Association québécoise des avocats et avocates en droit de l'immigration — [Services de référence.](#)

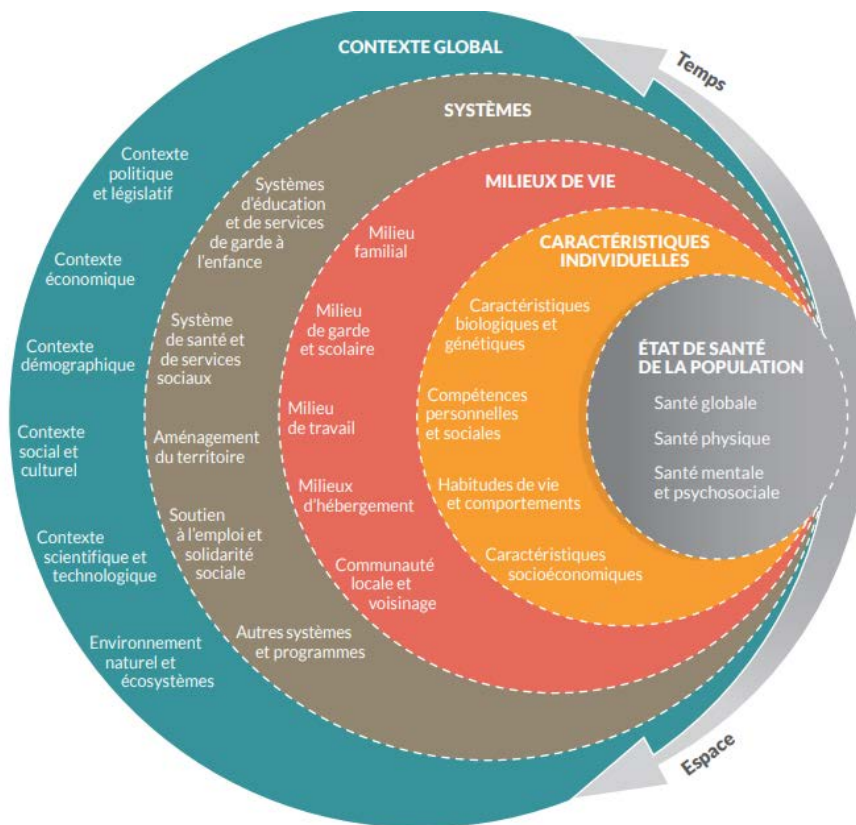
Aide juridique en droit de l'immigration — [Services juridiques en droit de l'immigration – aide juridique Montréal | Laval.](#)

Aide juridique Québec — [Aide juridique Québec.](#)

3 DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ EN CONTEXTE MIGRATOIRE

La santé est influencée par de nombreux facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qu'on appelle déterminants de la santé. La carte de la santé et de ses déterminants ci-dessous montre leurs interrelations. Elle comprend quatre champs déployés en cercles concentriques autour de l'élément central auquel ils contribuent : l'état de santé de la population. Ces quatre champs sont :

- Les caractéristiques individuelles ;
- Les milieux de vie ;
- Les systèmes ;
- Le contexte global.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux. « [La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir](#) », 2012.

Les déterminants sociaux de la santé sont donc les multiples facteurs non médicaux et non individuels qui, interreliés, influencent l'état de santé. Ce sont les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent ainsi que l'ensemble des forces et des systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne (9).

Les recherches sur les déterminants sociaux de la santé montrent qu'ils peuvent exercer une influence plus importante que les soins de santé ou les choix de mode de vie. Ils seraient responsables de 30 % à 55 % des résultats en matière de santé (9). Les déterminants sociaux peuvent constituer des facteurs de risque ou de protection, selon la situation de la personne et les politiques mises en place. Les déterminants sociaux de la santé en contexte migratoire les plus souvent identifiés dans la littérature sont les suivants :

- La précarité liée au statut migratoire ;
- L'inclusion sociale et la non-discrimination ;
- Le revenu et les conditions d'emploi ;
- L'éducation ;
- Le logement ;
- L'insécurité alimentaire ;
- Le soutien social ;
- L'accès à des soins de santé et services sociaux abordables et de qualité décente (10).

Les réfugiés et les immigrants forment un groupe hétérogène. Leurs besoins de santé physique et mentale peuvent être très différents les uns des autres, ainsi que de ceux des populations du pays d'accueil, notamment en fonction du vécu dans leur pays d'origine, du parcours migratoire ainsi que des conditions de vie et de travail dans le pays d'accueil. Bien que les déterminants sociaux de la santé soient les mêmes pour tous, le contexte migratoire complexifie le quotidien des populations migrantes, peut influencer les autres déterminants sociaux de la santé et rendre certaines personnes particulièrement vulnérables par exemple face aux maladies et problèmes associés à la santé mentale (11).

3.1 Immigration et statut migratoire

D'abord, il est évident que le contexte prémigratoire, par exemple les conditions de vie dans le pays d'origine et le fait d'avoir séjourné ou non dans un camp de réfugiés, influence la santé d'une personne avant même qu'elle entame la migration vers le Canada. L'expérience du déplacement et de la migration est aussi en elle-même un déterminant de la santé. Elle peut affecter la santé physique et mentale et avoir un impact sur les autres déterminants comme l'emploi, les opportunités liées à l'éducation et le réseau social.

Les défis rencontrés pendant le processus migratoire entraînent également des répercussions concrètes sur le bien-être psychologique des personnes, surtout durant les premières années suivant leur installation dans le pays d'accueil. Cela est particulièrement vrai pour celles qui migrent involontairement en raison par exemple d'une catastrophe naturelle, de la guerre ou d'un contexte politique de persécution (12).

En effet, les réfugiés et les migrants sont plus à risque de développer des problèmes de santé physique et mentale compte tenu des difficultés amenées par le parcours d'immigration. Avant et pendant la migration, les personnes peuvent souffrir de différentes violations des droits de la personne, être exposées à de multiples facteurs de stress, être discriminées ou persécutées, subir des pertes matérielles et humaines et devoir effectuer des déplacements multiples qui limitent l'accès aux services (13).

Les personnes migrantes, surtout les réfugiées et celles qui ont été exposées à l'adversité, sont plus nombreuses à éprouver de l'anxiété, un trouble de stress post-traumatique, de la tristesse, du désespoir, des troubles du sommeil, de la lassitude, de l'irritabilité et de la colère que les populations du pays d'accueil (14). Ces observations faites à l'échelle mondiale sont aussi applicables en contextes québécois et canadien : 21 % des nouveaux arrivants résidant depuis 6 à 15 ans déclarent des symptômes d'anxiété modérés ou graves, contre 11 % des personnes nées au Canada (15). Facteur aggravant, les populations immigrantes et réfugiées sont moins susceptibles que les personnes nées au Canada de demander de l'aide en cas de problèmes de santé mentale, principalement en raison de barrières linguistiques, mais aussi de la peur et de la stigmatisation.

Ces répercussions sur la santé sont d'autant plus importantes lorsqu'on dispose d'un statut précaire. Le statut migratoire temporaire et le statut de demandeur d'asile par exemple peuvent engendrer un niveau significatif de stress, alimenté par des préoccupations liées notamment au renouvellement du statut, au temps que prendra l'étude de la demande, au succès de la demande d'asile et donc à la crainte d'expulsion en cas d'une réponse négative (16). Cette précarité a un impact significatif sur l'emploi, le logement, l'éducation, mais aussi le réseau social puisqu'il est plus difficile de développer une relation de confiance et un sentiment d'appartenance avec la société d'accueil. Le statut temporaire a également un impact sur l'accès aux soins de santé des résidents temporaires qui ne bénéficient pas systématiquement d'une couverture d'assurance maladie publique (16).

L'EFFET DE L'IMMIGRANT EN BONNE SANTÉ

Les personnes immigrantes déclarent généralement être en meilleure santé ou dans le même état de santé que les personnes nées dans le pays d'accueil, à l'exception des personnes âgées qui se déclarent souvent en moins bonne santé que leurs pairs natifs (16). Ce phénomène contribue à ce qu'on nomme l'effet de *l'immigrant en bonne santé*.

Ce concept, bien qu'il soit toujours présent dans la littérature, est de plus en plus critiqué. On évoque notamment, pour remettre en question sa pertinence, de nouvelles vagues migratoires et des conditions liées aux migrations nationales et internationales ainsi que la sous-utilisation des services de santé par les personnes immigrantes liée à leur statut ou au manque de connaissance du système de santé.

Selon le concept de l'immigrant en bonne santé, même s'il est vrai que la santé des immigrants est souvent meilleure ou égale à celle des personnes nées dans le pays à leur arrivée au pays, l'effet s'amenuise lorsque la durée de séjour s'allonge (17). Ce phénomène est aussi observé chez les immigrants au Québec, à l'exception des réfugiés et demandeurs d'asile qui ont souvent connu un parcours migratoire encore plus difficile et qui n'ont donc pas un meilleur état de santé à leur arrivée. L'état de santé des nouveaux arrivants se dégraderait graduellement, et ce, dès la première année suivant l'arrivée. La dégradation de l'état de santé, surtout du bien-être psychologique, peut perdurer au cours des cinq à 10 années suivantes (16). Plusieurs facteurs peuvent être évoqués pour comprendre la dégradation de l'état de santé au fil du temps : les conditions de vie, l'adoption d'habitudes de vie nuisibles à la santé, le stress acculturatif ou psychosocial, voire la stigmatisation et la discrimination dont les individus peuvent faire l'objet (17). C'est en général après environ 10 ans de résidence que les personnes migrantes retrouvent un état de santé physique et mental comparable ou supérieur à celui des personnes nées au Canada et au Québec (16).

3.2 Racialisation et discrimination

La racialisation ou racisation est le processus par lequel certaines personnes sont affectées à une catégorie raciale socialement construite. Elle renvoie à un processus de signification ou de différenciation, de production de catégories et de hiérarchies qui s'articulent sur des rapports de pouvoir qui contribuent à inférioriser certains groupes (18,19).

Il est plus probable que les migrants racialisés soient affectés de façon négative par les déterminants sociaux de la santé. D'abord, parce qu'ils sont plus susceptibles d'être victimes de discrimination, ce qui a des effets directs sur la santé, particulièrement la santé mentale, mais aussi physique (20). Les expériences de discrimination peuvent provoquer des réponses affectives, cognitives et comportementales, notamment : en exacerbant des expériences traumatiques ; en entraînant l'internalisation de stéréotypes négatifs ; en induisant des comportements nocifs et en limitant la socialisation des personnes migrantes (21–23).

Ensuite, la discrimination peut exacerber leur position de vulnérabilité face aux autres déterminants sociaux comme l'[emploi](#), l'[éducation](#), le logement et même l'accès aux soins (13,20).

Discrimination et cumul des facteurs

Les personnes migrantes peuvent être sujettes à un cumul des facteurs des risques considérant leur parcours de vie et la situation migratoire. Plus une personne est exposée à un grand nombre de facteurs de risque, plus les répercussions négatives peuvent être importantes (24). On parle alors d'un état de vulnérabilité dû à un cumul des facteurs de risques. On peut aussi observer des circonstances semblables en ce qui concerne la discrimination. Les différentes sources de discrimination peuvent se chevaucher et se renforcer mutuellement (ex. : personne migrante et femme, personne migrante et racialisée, LGBTQ+ ou handicapée), et faire que les individus subissent plusieurs formes de discrimination. On parle alors d'intersectionnalité des discriminations.

Des études soulèvent que ce n'est pas uniquement le fait d'être issu de l'immigration qui présente des défis et amplifie la vulnérabilité des personnes, mais aussi beaucoup le fait d'être issu d'une minorité visible (25).

Le terme « minorité visible » est employé dans la [Loi sur l'équité en matière d'emploi](#) du Canada pour désigner les personnes, autres que les Autochtones, qui n'ont pas la peau blanche. C'est aussi une catégorie utilisée notamment par Statistique Canada et par l'Institut de la statistique du Québec pour la production de statistiques. Il est utilisé dans ce guide pour référer aux données communiquées par ces organisations.

Quelques exemples des impacts de la discrimination sur les personnes racisées seront donnés dans les prochaines sections.

3.3 Emploi et revenu

Des associations étroites existent entre le revenu, l'emploi et la santé.

Lorsque l'emploi est valorisant, utile et stimulant, il joue un rôle important dans la santé globale et le bien-être. Il contribue aussi à la sécurité financière, aux interactions sociales positives, ainsi qu'à la croissance et au développement personnel. À l'inverse, la précarité d'emploi (alternance travail chômage, bas salaire, sous-emploi, emploi indésirable) peut avoir un effet néfaste sur la santé physique et mentale (10,28).

Pour les femmes au Québec, le revenu moyen était d'environ 45 000 \$ alors qu'il s'établissait à 37 000 \$ pour les femmes immigrantes : un écart de 17 % selon les données du recensement de 2016 (29). En 2021, on estimait au Québec un écart salarial de 26 % entre les immigrants arrivés il y a moins de 10 ans et les travailleurs nés au Canada. On constatait aussi un écart salarial persistant de 11,6 % pour les immigrants arrivés il y a plus de 10 ans (30). Seule exception, le salaire médian des immigrants admis par l'immigration économique dépasse d'environ 12,4 % le salaire médian de l'ensemble de la population canadienne en 2019 (31). La sélection minutieuse des dossiers de l'immigration économique expliquerait en bonne partie cette réalité.

Le taux de chômage au Québec se situe chez l'ensemble des personnes immigrantes autour de 6,5 %, alors qu'il s'établit à 3,8 % chez les personnes non immigrantes en 2023 (25). Le taux de chômage le plus haut s'élèverait à 9,4 % chez les personnes arrivées depuis 5 ans ou moins, ce qui témoigne des défis qu'elles rencontrent dans l'intégration du marché du travail (25). Les groupes de migrants racialisés et leurs enfants présentent les plus grandes disparités en matière de revenu d'emploi (32). Des études menées à Montréal ont d'ailleurs montré que les immigrants montréalais qui s'identifient aux groupes de minorités visibles vivent davantage de vulnérabilité en matière d'emploi ; ces personnes rencontrent plus de difficultés pour obtenir un emploi et elles occupent des emplois de moindre qualité (non-permanents, moins d'avantages sociaux) (33).

RACIALISATION ET IMPACT SUR L'EMPLOI

Selon une étude menée au Québec, le taux d'emploi chez les personnes de 15 à 64 ans issues de minorités visibles se situerait environ à 68 %, comparativement à environ 74,9 % dans le reste de la population. L'écart atteindrait près de 15 points dans le cas des personnes chinoises et environ 10 points pour ce qui est des personnes arabes et sud-asiatiques (34). On observe aussi un écart entre les migrants issus de minorités visibles et le reste de la population migrante, avec des taux d'emploi respectifs de 67,3 % et 77,4 % chez les 25 à 64 ans ayant immigré entre 2016 et 2021. On constate enfin un écart salarial important avec un revenu moyen de 43 840 \$ chez les personnes issues de minorités visibles de 25 à 64 ans, comparativement à 56 350 \$ pour le reste de la population (34).

Pour de l'information sur l'admissibilité aux mesures et aux services d'emplois selon le statut : [Admissibilité selon la situation statutaire des personnes immigrantes aux mesures et services d'emplois.](#)

3.4 Éducation

Comme pour le niveau de revenu, il existe un lien entre le niveau de scolarité et l'état de santé des personnes. De façon générale, les populations d'immigrants ont des niveaux de scolarité plus élevés et sont plus susceptibles d'avoir un diplôme d'études postsecondaires que les personnes nées au Canada (35). Ces taux de scolarité plus élevés devraient normalement se traduire en un taux de chômage plus bas chez ces populations. Pourtant, les personnes migrantes très instruites sont plus susceptibles d'être au chômage que leurs pairs nés au Canada (25). Elles sont aussi plus susceptibles d'occuper un emploi peu ou moyennement qualifié alors qu'elles ont un niveau d'études élevé. Le recours aux agences de placement pour trouver un emploi renforce d'ailleurs ce phénomène (34). Beaucoup rencontreront des difficultés considérables pour trouver un emploi à temps plein qui correspond à leurs compétences (16). La déqualification professionnelle (déclassement professionnel ou surqualification), une réalité bien présente chez les personnes immigrantes (1), renvoie donc à la non-correspondance entre le niveau de scolarité détenu par une personne et le niveau de qualification exigé par l'emploi.

qu'elle occupe. Or, une disparité entre les niveaux de scolarité et d'occupation engendre des taux plus élevés de dépression et d'autres troubles mentaux (35). Ce déclassement professionnel peut aussi avoir des impacts physiques lorsque les personnes exercent des emplois qui sont physiquement exigeants. Le revenu sera aussi touché si elles occupent des emplois moins bien rémunérés ou si leur situation d'emploi est précaire.

Ainsi, même si les politiques de sélection du Canada favorisent les immigrants plus instruits, leurs diplômes ne leur garantissent pas nécessairement un emploi à la hauteur de leur diplomation et de leurs compétences. La faible reconnaissance des diplômes étrangers au Québec expliquerait en partie le phénomène (34).

RACIALISATION ET IMPACT SUR L'ÉDUCATION

Les différences dans le taux d'emploi et de revenu ne peuvent donc pas s'expliquer par des taux d'éducation plus bas. Selon un portrait québécois effectué à partir de données de 2021, environ 35 % des personnes issues de minorités visibles âgées de 15 à 64 ans ont fait des études universitaires (baccalauréat et plus), alors que cette proportion descend à environ 24 % chez les personnes non issues de minorités visibles (34). Cette tendance est aussi observable chez les populations migrantes qui ont souvent des niveaux de scolarité plus élevés et sont plus susceptibles d'avoir un diplôme d'études postsecondaires que les personnes nées au Canada. Environ 44 % des personnes ayant immigré entre 2011 et 2014 détenaient un baccalauréat, et plus de 15 % détenaient une maîtrise, un doctorat ou un diplôme en médecine (35).

Les statistiques sur les niveaux de scolarité plus élevés chez les populations migrantes et chez les personnes issues de minorités visibles, jumelées aux statistiques d'emploi et de revenu, mettent bien en évidence que le fait d'être un migrant racialisé devient un facteur de vulnérabilité supplémentaire.

3.5 Logement

Le logement et le quartier dans lequel il se situe sont d'importants déterminants sociaux de la santé. Les mauvaises conditions d'un logement ou de son milieu, par exemple le fait d'habiter dans un logement insalubre, non sécuritaire ou surpeuplé peut entraîner des effets négatifs sur la santé physique et mentale, sur le bien-être et la qualité de vie (36).

Pour les nouveaux arrivants, un logement décent et abordable dans un quartier accueillant et sécuritaire constitue d'ailleurs une étape primordiale qui permet d'organiser la vie quotidienne et d'accéder plus facilement à des services par exemple d'insertion linguistique ou économique. Or, très souvent, le premier logement répond plutôt uniquement aux exigences de base en raison du contexte migratoire, des ressources financières restreintes ou de la faible connaissance du marché ainsi que de l'absence de références ou de cote de crédit émise au Canada (37).

De façon générale, les personnes immigrantes font face à des enjeux importants de vulnérabilité en matière de logement. Elles ont un taux d'accès à la propriété plus faible, davantage de difficultés lors de la recherche de logement, notamment liées à la discrimination, et plus d'insalubrité dans leur logement. Une étude menée à Montréal en 2020 montrait qu'environ une personne immigrante sur cinq avait dû déménager involontairement de son logement en raison d'une éviction, d'une hausse du loyer ou d'un problème de salubrité (33). Les immigrants qui ont un statut de résident temporaire sont particulièrement touchés par des conditions d'habitation dégradées, surtout ceux qui sont hébergés par leur employeur comme c'est le cas dans plusieurs secteurs. Par exemple, selon un rapport rédigé par Emploi et développement social Canada à la suite de consultations publiques auprès d'intervenants clés, plusieurs préoccupations persistent quant aux logements fournis par les employeurs dans le milieu agricole (38).

Il y a trois principaux facteurs principaux qui impactent la qualité de vie des immigrants en matière de logement : l'abordabilité, la salubrité et la taille adéquate du logement.

Abordabilité du logement : Le fait de vivre dans un logement inabordable peut avoir des effets sur la santé. L'incapacité à payer son logement peut générer des sentiments d'anxiété et de dépression. D'autre part, plus le coût du logement représente une portion importante des revenus, plus les sommes disponibles pour les autres besoins essentiels diminuent. L'abordabilité du logement a donc un impact direct sur la santé mentale et la sécurité alimentaire. Les immigrants récents dont les revenus sont plus faibles en moyenne (10,16,35) sont alors directement touchés par l'inabordabilité des logements. Chez les immigrants arrivés au Canada au cours des cinq dernières années, 39 % ont déclaré vivre de l'anxiété liée au logement, contre 22 % chez les Canadiens non immigrants (10,15,35).

Salubrité du logement : Les logements insalubres peuvent avoir des effets néfastes sur la santé physique des personnes. Entre autres, différents contaminants présents peuvent causer une détérioration des conditions cardiaques et respiratoires (36). Chez les travailleurs agricoles saisonniers par exemple, les problèmes de salubrité des logements sont parmi les principaux motifs de plainte. On rapporte entre autres des préoccupations relatives au manque d'espace personnel, une mauvaise qualité de l'air et de l'eau, des logements non entretenus et la présence de matières dangereuses dans les logements ou à proximité de ceux-ci (38). Pour les autres catégories d'immigration, on constate aussi des problèmes de salubrité plus courants que chez les personnes non immigrantes comme la présence de souris ou de rats, de blattes, de punaises de lit ou de moisissures. En moyenne, selon une étude menée à Montréal, 23 % des répondants non immigrants auraient constaté des problèmes de salubrité dans leur logement contre 33 % des répondants issus de l'immigration (33).

Taille adéquate du logement : Dans les résidences partout au Canada, les normes nationales d'occupation recommandent de consacrer une chambre par adulte, sauf pour les couples ou pour les mineurs de moins de 18 ans. L'Organisation des Nations unies considère pour sa part qu'un logement est surpeuplé à partir de trois personnes par pièce (39). Les familles ayant immigré récemment et spécialement les personnes réfugiées sont particulièrement touchées par les enjeux liés à la taille des logements disponibles et abordables. Elles sont plus souvent

victimes de l'entassement dû aux logements trop petits puisqu'elles ne peuvent pas se permettre un logement de taille adéquate. Les ménages des familles immigrantes comptent aussi souvent plus de membres que les ménages des familles natives du Québec et ils habitent plus souvent dans des logements surpeuplés (37). Une étude menée par l'Institut universitaire SHERPA mentionne par exemple la situation des demandeurs d'asile : 27,2 % des répondants de leur enquête vivaient dans un logement avec plus d'une personne par pièce (37).

3.6 Insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire se définit comme étant « l'incapacité de se procurer ou de consommer des aliments de qualité, ou en quantité suffisante, de façon socialement acceptable, ou encore l'incertitude d'être en mesure de le faire » (40). La disponibilité physique des aliments, l'accessibilité économique des aliments, l'utilisation des aliments et la stabilité de ces trois dimensions sont les composantes de la sécurité alimentaire (41).

De façon générale, les familles migrantes au Canada sont plus susceptibles de déclarer une situation d'insécurité alimentaire que les personnes nées au Canada. Selon des données de Statistique Canada, une famille sur quatre dont le soutien économique principal a immigré entre 2013 et 2022 (immigration récente) a déclaré se trouver en situation d'insécurité alimentaire. Cette proportion diminue légèrement à 20 % chez les personnes ayant immigrées avant 2013 (immigrants établis) et elle se fixe à 17 % pour les ménages constitués de personnes nées au Canada (42).

L'insécurité alimentaire peut générer des conséquences multiples sur la santé physique et mentale des personnes qui la vivent. L'insécurité alimentaire est généralement associée à une alimentation de moins bonne qualité et des apports nutritionnels inappropriés. Des études récentes démontrent d'ailleurs que l'insuffisance alimentaire durant la petite enfance est associée à l'embonpoint et à l'obésité chez certains enfants. Ce phénomène peut s'expliquer par l'association entre le coût des aliments, leur densité énergétique et l'obésité. Les aliments à forte densité énergétique étant moins coûteux, ils seraient plus accessibles pour les populations à faible revenu (43).

Les individus touchés par l'insécurité alimentaire sont aussi plus à risque de souffrir de maladies cardiaques, de diabète et d'hypertension.

Comparativement aux personnes en situation de sécurité alimentaire, les personnes touchées par l'insécurité alimentaire sont plus nombreuses à :

- Percevoir leur état de santé comme étant moyen ou mauvais (19 % contre 10 %) ;
- Atteindre un niveau élevé de détresse psychologique (33 % contre 19 %) ;
- Se situer à un niveau faible de soutien social (38,5 % contre 18 %) (43).

3.7 Soutien social

Le soutien social est constitué des relations qui permettent aux individus et aux groupes d'accéder à une gamme de ressources et d'appuis. Ce soutien social peut influencer les résultats de santé de plusieurs manières, notamment : en partageant rapidement de l'information donc en améliorant l'accès aux ressources ; en offrant une aide concrète comme de l'argent, des soins de convalescence, des services de transports ; en consolidant les normes de santé ; ou en offrant du soutien affectif (44). Le manque de soutien social, de la part de la famille, d'amis ou de la communauté est rapporté comme ayant une grande incidence sur la santé, principalement sur la santé mentale (15). Puisque les migrants sont confrontés à de multiples facteurs de stress au cours du processus d'installation, un réseau de soutien social fort — qui participe à diminuer le stress, favorise la santé mentale et physique et facilite la recherche d'aide — est particulièrement important.

Selon une étude menée à l'échelle canadienne, environ 24 % des nouveaux arrivants déclarent ne pas avoir de lien avec leur famille et leurs amis et seulement 36 % des nouveaux arrivants indiquent avoir des réseaux de soutien, par rapport à 52 % des Canadiens (15). Considérant le contexte migratoire, il peut sembler normal que beaucoup de nouveaux arrivants ne disposent pas d'un vaste réseau social. Les personnes immigrantes et réfugiées sont en effet souvent confrontées à la séparation familiale, l'absence de réseau de soutien et l'isolement social. Les barrières linguistiques, culturelles et économiques sont aussi des obstacles à la création de relations de confiance avec la population locale (16). Les organisations communautaires ou religieuses, ou encore les associations d'aide aux immigrants peuvent alors constituer d'importantes sources de soutien et devenir des facteurs de protection (44).

3.8 Accès aux soins de santé et services sociaux

L'accès aux services sociaux et aux soins de santé, c'est-à-dire la possibilité d'identifier un besoin en matière de santé, de trouver l'information sur les services, d'accéder aux services, de les payer et de s'engager dans des soins afin que ses besoins en matière de santé soient comblés a de toute évidence un impact important sur l'état de santé. Un accès facile et en temps opportun est important pour la santé. Au contraire, la difficulté d'accéder aux services peut avoir de multiples conséquences. Il y peut y avoir un délai dans la recherche et l'obtention de traitement ; une sous-utilisation des soins ou services de santé préventifs ou la méconnaissance de tels services ou encore un risque accru de complications si le diagnostic est retardé ; un mauvais respect ou suivi du traitement (26). Lorsqu'elles le peuvent, certaines personnes préfèrent même retourner dans le pays d'origine pour obtenir des soins en raison d'une perception négative des services offerts au Canada (27).

La garantie d'accès à des soins universels contribue au maintien d'un bon état de santé, mais aussi à assurer la sécurité du revenu des citoyens en leur évitant de payer des sommes élevées lorsqu'ils recourent à des soins. Il s'agit d'une forme de protection sociale collective (26). Cependant, tous n'ont pas le même accès aux soins de santé et services sociaux, même s'ils habitent le même territoire. Les immigrants, particulièrement ceux qui ont un statut précaire, sont parmi les membres les plus vulnérables de la société et font pourtant parfois face à un accès restreint aux services de santé.

Plusieurs éléments peuvent être des obstacles à l'accès aux soins de santé et services sociaux pour les immigrants. Ils sont abordés dans la section suivante.

4 BARRIÈRES D'ACCÈS AUX SERVICES DE PRÉVENTION DE LA SANTÉ DES IMMIGRANTS

L'accès aux soins de santé et aux services sociaux figure parmi les plus importants déterminants de la santé. Une accessibilité réduite aux services peut affecter négativement la santé des personnes immigrantes et augmenter la vulnérabilité de leur situation. Ces enjeux sont d'autant plus importants que le nombre de migrants au Canada et au Québec a augmenté considérablement au cours des dernières années (45).

Outre l'aspect financier, les personnes immigrantes — qu'elles aient un statut permanent, temporaire ou irrégulier — sont susceptibles de rencontrer plusieurs défis pour accéder aux services de santé. Parmi ceux-ci, l'Organisation mondiale de la Santé identifie par exemple le manque de connaissance pour s'orienter dans le système de santé, l'insensibilité aux spécificités culturelles de la part des prestataires de soins, la stigmatisation ou encore l'absence de services d'interprétation (14).

Une étude menée auprès d'hommes immigrants au Québec révèle que près du trois quarts des répondants mentionnaient des difficultés à obtenir des soins de santé lorsqu'ils en avaient besoin (12). De façon générale, cinq grandes catégories de barrières d'accès sont rapportées au Québec : les obstacles liés au contexte migratoire ; les obstacles socioéconomiques ; les obstacles communicationnels ; les obstacles culturels et les obstacles liés à la littératie organisationnelle.

4.1 Obstacles liés au statut migratoire

De prime abord, le statut migratoire peut être, en lui-même, une barrière à l'accès aux soins de santé et services sociaux. En effet, les migrants à statut précaire et particulièrement les personnes dont le statut est irrégulier peuvent renoncer aux soins ou services dont elles ont besoin par peur d'être déportées (46) et faute de ressources financières.

Au Québec, le système de santé est public et universel. De fait, l'État québécois s'engage à fournir l'accès aux soins de santé selon les besoins et non selon les capacités à payer. Cependant, certaines personnes établies dans la province sont privées d'un accès au régime public d'assurance maladie et d'assurance médicaments du Québec ou au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) (47).

Les personnes couvertes par le PFSI sont d'ailleurs confrontées à plusieurs défis liés au fait que ce ne sont pas tous les professionnels qui y adhèrent. Ce phénomène serait associé entre autres à un manque de connaissance des professionnels du PFSI et à des appréhensions sur la complexité des démarches à entreprendre pour se faire rembourser, ce qui a un impact direct sur la disponibilité des ressources. Dans d'autres cas, même lorsqu'il y a admissibilité au régime public, certains individus font face à un délai de carence de trois mois au cours duquel ils ne bénéficient d'aucune couverture publique. D'autres, en situation précaire, se retrouvent sans aucune assurance maladie.

4.2 Obstacles socioéconomiques

La question de l'abordabilité des services et de la capacité financière est plus fréquemment un enjeu pour les migrants qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance public. Pour plusieurs, l'installation dans un nouveau pays est accompagnée d'une période de précarité socioéconomique (12). Pour certains, il s'agit d'un changement majeur dans leur statut socioéconomique alors qu'ils bénéficiaient d'une bonne situation dans leur pays d'origine. Cette précarité nouvelle et le recours à certaines ressources d'aide, parfois même pour des besoins de base comme l'alimentation et les vêtements, peuvent alors être perçus comme stigmatisants. Plusieurs éléments comme le manque d'argent, la peur d'être surfacturés et l'obligation de déboursier soi-même les montants, à défaut de souscrire à une assurance privée qui est également onéreuse, sont évoqués par les personnes migrantes sans couverture médicale (17).

Pour les personnes qui ne sont pas assurées, l'accès aux soins de santé et services sociaux est extrêmement coûteux ; les frais médicaux associés à la grossesse et à l'accouchement constituent l'un des exemples les plus parlants de cette réalité (1). La grossesse est effectivement une situation particulière puisque la plupart des assurances maladie privées ne la couvrent pas. Pour les femmes enceintes qui ne sont pas couvertes par la RAMQ, la question des coûts devient alors très problématique. Celles qui désirent un suivi périnatal sont souvent dans l'obligation de donner un acompte à l'hôpital avant la naissance. Dans la région de Montréal, ces acomptes sont en moyenne de 12 000 \$, mais peuvent s'élever jusqu'à environ 17 000 \$ (2). Les femmes incapables de déboursier les coûts pour leur suivi de grossesse et pour l'accouchement se privent souvent des consultations au cours de la grossesse et se présentent à la dernière minute à l'urgence au moment de l'accouchement pour éviter de devoir payer à l'avance (48).

4.3 Obstacles communicationnels

Les personnes qui arrivent au Québec sans maîtriser les langues officielles (français ou anglais) rencontrent des obstacles communicationnels quotidiens. Cependant, le défi est encore plus grand lorsque la langue devient une barrière à l'accès aux soins de santé et services sociaux. Effectivement, la communication est une dimension centrale dans l'accès ou l'utilisation des services et pour demander de l'aide. La langue est un facteur essentiel dans l'expression des maux et dans l'obtention de soins de qualité. Aborder des questions importantes de santé dans une langue que l'on connaît peu ou mal peut alors entraîner des conséquences importantes : mauvais diagnostic, mauvaise compréhension de la situation ou du traitement, éléments ou symptômes dissimulés faute de mots pour s'exprimer, etc. Lorsqu'il est question de santé mentale ou de violence par exemple, l'expression des émotions et des préoccupations peut devenir très complexe pour les personnes qui ne maîtrisent pas les langues officielles et cela aura un impact direct sur la qualité des services (16).

Plusieurs immigrants au Québec ont d'ailleurs soulevé des difficultés dans leurs parcours au sein du système de santé et des services sociaux en raison d'un manque de maîtrise de la langue, surtout au cours des premières années suivant l'établissement au Québec (35). Les recherches montrent aussi que certaines personnes dont la langue maternelle est différente de la langue du

pays d'accueil, bien qu'ils connaissent cette dernière, auront tendance à revenir à leur langue maternelle en raison par exemple d'un âge avancé, d'une perte cognitive ou d'une situation de crise (35).

LES SERVICES D'INTERPRÉTARIAT AU QUÉBEC

Au Québec, les services d'interprétariat peuvent soulever plusieurs enjeux :

- L'accès et les services gratuits sont extrêmement limités ;
- Les services sont très coûteux ;
- Le Québec accueille des personnes parlant plusieurs dizaines de langues différentes. Conséquemment, certaines communautés sont peu représentées et le nombre d'interprètes travaillant dans certaines langues est limité ;
 - La rareté des services dans certaines langues peut engendrer certains problèmes. Par exemple, les liens existants entre les interprètes disponibles et les personnes utilisatrices du service peuvent rendre la résolution de certaines problématiques extrêmement complexes (besoins en santé mentale, violence conjugale ou intrafamiliale) et engendrer, dans tous les cas, une problématique de confidentialité des informations de santé (16).
 - La traduction par un membre de la famille — souvent les enfants — compromet elle aussi la confidentialité et peut pousser les personnes à éviter de consulter en raison de la gêne en lien avec certaines maladies, par exemple les problématiques gynécologiques ou sexuelles. De plus, cela fait peser sur les épaules des enfants des responsabilités qui ne leur appartiennent pas.

4.4 Obstacles culturels

D'autres facteurs, au-delà des difficultés d'accès, font en sorte que certaines personnes n'obtiennent pas les services dont elles ont besoin. Lorsqu'on parle d'obstacles culturels, on envisage ainsi la culture dans un sens large comme des manières de penser et d'agir qui distinguent des individus ou des groupes entre eux.

Ces barrières culturelles peuvent être liées entre autres aux différences en matière d'éducation à la santé entre dans le pays d'origine et le pays d'accueil (45) ; aux croyances culturelles à l'égard des maladies ou à l'impression que les professionnels de la santé sont culturellement insensibles et qu'ils manquent de connaissances concernant les différentes réalités (12). De plus, l'offre de services adaptés aux personnes immigrantes diffère d'une région à l'autre. En effet, les services conçus pour prendre en compte les réalités des personnes immigrantes sont surtout concentrés à Montréal et peuvent être complètement absents de certaines régions.

L'acceptabilité sociale différenciée de certaines situations, comme la violence conjugale ou l'interruption de grossesse (45), est à prendre en considération. Aussi, la perception et les croyances entourant certaines maladies, dont la santé mentale, peuvent freiner l'accès aux services de santé. D'ailleurs, au Québec, certains hommes immigrants témoignent du fait qu'ils ne demandent pas les services dont ils ont besoin en raison de normes de conduites inscrites dans leur groupe social (12).

4.5 Obstacles liés à la littératie organisationnelle

Comprendre et apprivoiser un nouveau système, surtout lorsque le fonctionnement s'avère très différent de celui du pays d'origine, peut représenter un important obstacle à l'accès et l'utilisation des services. Les caractéristiques inhérentes du système peuvent alors devenir des barrières, surtout pour les nouveaux arrivants qui n'ont aucune connaissance des services existants ou du fonctionnement du système québécois.

Une étude menée auprès d'hommes ayant immigré au Québec a d'ailleurs mis en lumière la complexité du système québécois et le contraste avec le cadre de référence du pays d'origine comme étant un obstacle majeur (12). Les participants à cette étude mentionnaient en effet une méconnaissance des services disponibles, ainsi qu'une difficulté à trouver de l'information sur les services et à comprendre en quoi ils consistent (12). Le même constat est fait dans le cadre d'une autre étude québécoise, cette fois auprès de femmes immigrantes. Les femmes ayant participé à l'étude mentionnaient les mêmes éléments que les hommes, mais précisément aussi une incompréhension face au fonctionnement de la prise de rendez-vous avec un médecin (45).

5 CONCLUSION

De nombreux facteurs non médicaux ont un impact important sur l'état de santé des personnes : logement, emploi et revenu, éducation, soutien social, etc. Les personnes immigrantes sont également plus susceptibles d'être victimes de discrimination, ce qui a des effets directs sur la santé mentale et physique. Agir sur ces déterminants peut permettre d'améliorer la santé et de prévenir la maladie.

L'accès aux services de santé et sociaux est également un déterminant de la santé. Or, les personnes immigrantes font face à plusieurs barrières pour accéder à ces services. Ces barrières peuvent être d'ordre socioéconomique, culturel, communicationnel ainsi que liées au statut migratoire ou à la littératie organisationnelle.

Dans l'optique de réduire une partie de ces obstacles et de faciliter le travail des intervenants communautaires interculturels en santé (ICI-Santé), les [répertoires associés](#) à ce document visent à offrir un outil de référence qui leur permettra de trouver des ressources rapidement pour les usagers. Sans prétendre à l'exhaustivité, sept thématiques sont abordées : la périnatalité ; la vaccination et l'immunisation ; la santé mentale ; la santé sexuelle et reproductive ; la dépendance ; les saines habitudes de vie et les maladies chroniques ainsi que la violence et l'intimidation.

En complément, les principales portes d'accès aux services de prévention et de soins sont listées dans la section suivante.

6 PRINCIPALES PORTES D'ACCÈS

Services d'urgence 911

Si vous êtes témoin ou victime d'une situation d'urgence qui menace votre sécurité, celle des autres, vos biens ou l'environnement, vous devez composer le 911.

[Urgence 9-1-1 | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

Trouver un CLSC

[Trouver un CLSC — Répertoire des ressources en santé et services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

Guichet d'accès à un médecin de famille

[Guichet d'accès à un médecin de famille | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

Pour prendre un rendez-vous — Clic Santé (soins de santé, dépistage, prise de sang, vaccination, maladies chroniques, ITSS, médicaments, grossesse et pédiatrie, etc.)

[Accueil | Portail Clic Santé \(clicsante.ca\)](#)

Pour prendre un Rendez-vous — Santé Québec

Prendre rendez-vous en ligne en médecine de famille.

[Guichet d'accès aux services de première ligne en santé | Gouvernement du Québec](#)

Trouver une clinique qui offre des consultations médicales le jour même ou dans les jours suivants

[Connaître les cliniques qui offrent des consultations médicales le jour même ou dans les jours suivants — Répertoire des ressources en santé et services sociaux \(gouv.qc.ca\)](#)

Info-Santé | Info-Social

Le service est offert 24 heures par jour, 365 jours par année.

Les professionnels du service Info-Social 811 prodiguent des conseils et peuvent répondre aux questions d'ordre psychosocial. Ils peuvent aussi, au besoin, vous référer vers une ressource appropriée dans le réseau de la santé et des services sociaux ou une ressource communautaire.

Le service du 811 est offert dans toutes les régions du Québec à l'exception des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik. [Info-Social 811 | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

Information et références vers les services et programmes communautaires, publics et parapublics : 211

Le 211 est un service gratuit et grandement accessible notamment pour les personnes démunies, âgées et les nouveaux arrivants.

[Qu'est-ce que le 211? | 211 Grand Montréal \(211qc.ca\)](#)

Psychologue ou psychothérapeute en pratique privée

Outil qui permet de trouver des psychologues ou des détenteurs de permis de psychothérapeute. Services payants généralement couverts par les assurances collectives.

[Trouver de l'aide — Ordre des psychologues du Québec](#) [Ordre des Psychologues du Québec \(ordrepsy.qc.ca\)](#)

Carte d'assurance maladie et inscription à l'assurance médicaments

Enfants nés au Québec :

- Automatique si au moins un des parents de l'enfant est déjà inscrit à l'assurance maladie en tant que personne qui réside ou qui séjourne au Québec.
- Si aucun des parents n'est inscrit à l'assurance maladie, la RAMQ envoie une lettre aux parents.

Enfant né à l'extérieur du Québec ou adopté :

- En ligne : [M'inscrire à l'assurance maladie | Régie de l'assurance maladie du Québec \(RAMQ\) \(gouv.qc.ca\)](#)
- Téléphone : Selon la région — [Nous joindre | Régie de l'assurance maladie du Québec \(RAMQ\) \(gouv.qc.ca\)](#)

Soins dentaires

Permet aux personnes de trouver un programme ministériel en santé dentaire.

[Accueil — Ordre des dentistes du Québec \(dentaccs.ca\)](#)

Permet aux personnes de trouver une clinique dentaire selon leur lieu de résidence.

[Accueil — Ordre des dentistes du Québec](#)

Aire ouverte : services pour les jeunes de 12 à 25 ans

Dans un point de service Aire ouverte, les adolescents et les jeunes adultes ainsi que leur famille et leur entourage reçoivent un accueil et des services adaptés à leurs besoins. Les services sont gratuits et confidentiels. Les horaires et les services offerts varient pour chaque région.

[Aire ouverte : services pour les jeunes de 12 à 25 ans | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](#)

Pharmacies communautaires

[Pharmaciens, pharmacies au Québec — Index Santé \(indexsante.ca\)](#)

Pour trouver des fournisseurs qui offrent des services en vertu du PFSI

[Programme fédéral de santé intérimaire — Recherche de fournisseurs \(Canada seulement\) — PFSI \(medaviebc.ca\)](#)

Clinique pour les personnes migrantes à statut précaire : [Médecin du Monde Canada](#)

Clinique située à Montréal et destinée entièrement aux personnes migrantes à statut précaire qui ne sont pas couvertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec ni par le Programme fédéral de santé intermédiaire (PFSI), et qui ne possèdent pas d'assurance privée ni de moyens financiers pour accéder à des soins de santé. Bien que situés à Montréal, on peut les contacter d'une autre région pour des conseils ou des références.

Téléphone : 438 844-5696 ou 1 877 801-1678 (sans frais)

[Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile \(PRAIDA\)](#)

Le PRAIDA vise à contribuer au bien-être des demandeurs d'asile et de leur famille dans le respect de leurs droits et de leur dignité. Il a pour mission de faciliter l'établissement et l'intégration des demandeurs d'asile au Québec. Bien que situé à Montréal, on peut les contacter d'une autre région pour des conseils ou des références.

Téléphone : 514 484-7878, poste 64500

RESSOURCES INCONTURNABLES

Pour les intervenants

[SHERPA](#)

La désignation d'Institut Universitaire autour du créneau de la migration et de l'intervention en contexte interculturel fait de SHERPA un acteur incontournable pour le réseau de la santé et des services sociaux au Québec.

[CERDA](#)

Le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) fournit des services-conseils et des activités de transferts de connaissance en lien avec le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile.

7 RÉFÉRENCES

1. Paquet M, éditeur. Nouvelles dynamiques de l'immigration au Québec. Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal ; 2022. 302 p. (Paramètres).
2. Observatoire des tout-petits. Accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les tout-petits de familles migrantes. Montréal, Québec : Observatoire des tout-petits ; 2019.
3. Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Connaître les conditions d'admissibilité à l'assurance maladie [Internet]. 2020 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur : https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/connaître-conditions-admissibilite-au-regime-public/na_admissibilite_r5_q1r2
4. Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ententes de sécurité sociale avec d'autres pays [Internet]. 2020 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/ententes-securite-sociale-autres-pays>
5. Hilliard R, Brindamour M. L'assurance-maladie pour les soins aux immigrants et aux réfugiés [Internet]. 2020 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur : <https://enfantsneocanadiens.ca/care/insurance>
6. Mission Communautaire de Montréal. Demande humanitaire [Internet]. [cité 28 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.montrealcitymission.org/fr/h-and-c-application>
7. Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration. Immigration permanente : Programme des personnes sélectionnées pour considérations humanitaires. In: Guide des procédures d'immigration. Gouvernement du Québec ; 2022.
8. Immigration Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC). Programme fédéral de santé intérimaire : Couverture offerte [Internet]. 2023 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-partir-canada/soins-sante/programme-federal-sante-interimaire/resume-couverture-offerte.html>
9. Organisation mondiale de la santé. Social determinants of health [Internet]. [cité 29 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
10. Simich L, Jackson B. Pourquoi certains immigrants sont-ils en santé et d'autres pas? Bull Rech Sur Polit Santé. déc 2010;(17).
11. Organisation mondiale de la Santé. Rapport mondial sur la santé des réfugiés et des migrants : résumé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022.
12. Le Gall J, Ruiz-Casares M, Lapalme A. Portrait de l'utilisation des services sociaux et de santé : perspective des hommes migrants. Institut universitaire SHERPA ; 2022.
13. Papazian-Zohrabian G, Mamprin C, Lemire V, Turpin-Samson A. Prendre en compte l'expérience pré-, péri- et post-migratoire des élèves réfugiés afin de favoriser leur accueil et leur expérience socioscolaire. Alterstice. 29 janv 2020;8(2):101-16.

14. Organisation mondiale de la santé. Santé des réfugiés et des migrants [Internet]. 2022 [cité 29 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>
15. Recherche en santé mentale Canada. Examiner les expériences des nouveaux arrivants en matière de santé mentale. 2023.
16. Vicken Kayayan A. Compréhension des enjeux et des facteurs de risque et de protection en santé mentale chez les personnes immigrantes et réfugiées : une revue de la littérature. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) ET Institut universitaire SHERPA ; 2024 mars.
17. Lecours C, Neill G. État de santé, utilisation des services de santé et besoins non comblés des immigrants au Québec. Inst Stat Qué. 2015;(53).
18. Brun S, Cosquer C. 2. Penser la racialisation. In: Sociologie de la race [Internet]. Paris : Armand Colin ; 2022. p. 27-36. (128). Disponible sur : <https://www.cairn.info/sociologie-de-la-race--9782200633394-p-27.htm>
19. Telep S. Racialisation. Lang Société. 2021;Hors série(HS1):289-92.
20. Ziersch A, Due C, Walsh M. Discrimination : a health hazard for people from refugee and asylum-seeking backgrounds resettled in Australia. BMC Public Health. déc 2020;20(1):108.
21. Nazish, Petrovskaya O, Salami B. The mental health of immigrant and refugee children in Canada: A scoping review. Int Health Trends Perspect. 1 déc 2021;1(3):418-57.
22. Beiser M, Hou F. Predictors of positive mental health among refugees: Results from Canada's General Social Survey. Transcult Psychiatry. déc 2017;54(5-6):675-95.
23. Hynie M, Crooks VA, Barragan J. Immigrant and refugee social networks: determinants and consequences of social support among women newcomers to Canada. Can J Nurs Res Rev Can Rech En Sci Infirm. déc 2011;43(4):26-46.
24. Observatoire des tout-petits. L'influence des facteurs de protection et des facteurs de risque [Internet]. [cité 31 mai 2024]. Disponible sur : <https://tout-petits.org/publications/rapports/favoriser-le-developpement-des-tout-petits/les-facteurs-de-protection-et-de-risque/>
25. Institut de la statistique du Québec. Bilan du marché du travail au Québec en 2023. Gouvernement du Québec ; 2024.
26. Statistique Canada. Difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé au Canada [Internet]. 2016 [cité 27 mars 2024]. Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2016001/article/14683-fra.htm>
27. Merry L, Villadsen SF, Sicard V, Lewis-Hibbert N. Transnationalism and care of migrant families during pregnancy, postpartum and early-childhood: an integrative review. BMC Health Serv Res. déc 2020;20(1):778.

28. Commission de la santé mentale du Canada. Les populations d'immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) et les déterminants sociaux de la santé [Internet]. 2019 [cité 26 juin 2023]. Disponible sur : <https://commissionsantementale.ca/resource/les-populations-dimmigrants-de-refugies-et-de-groupes-ethnoculturels-ou-racialisés-irer-et-les-determinants-sociaux-de-la-sante/>
29. Institut de la statistique du Québec. Taux d'emploi et revenu d'emploi des Québécoises : quels sont les écarts entre les personnes immigrantes et non immigrantes? [Internet]. 2021 [cité 5 mars 2024]. Disponible sur : <https://statistique.quebec.ca/fr/communiquer/taux-et-revenu-emploi-des-quebecoises-quels-sont-les-ecarts-entre-les-personnes-immigrantes-et-non-immigrantes>
30. Bourdabat B, Connolly M. Point de vue. L'immigration et le marché du travail au Québec : entre les besoins de court terme et une vraie intégration en emploi. In: Dufour G, éditeur. Le Québec économique 10 : Compétences et transformation du marché du travail [Internet]. Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations ; 2022 [cité 24 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.cirano.qc.ca/fr/sommaires/2022CH-19>
31. Statistique Canada. Le Quotidien. 2021 [cité 10 juin 2024]. Base de données longitudinales sur l'immigration : Trajectoires du revenu des immigrants durant les premières années depuis l'admission. Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/211206/dq211206b-fra.htm>
32. Statistique Canada. La pauvreté chez les groupes racisés, d'une génération à l'autre. 2023 [cité 5 mars 2024] ; Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2023008/article/00002-fra.htm>
33. Gulian T, Schlobach M, Ostiguy D, Tadjalogue-Agoumfo Y, Grigore-Dovlette M. Baromètre Écho 2020 de la Ville de Montréal sur l'inclusion des personnes immigrantes. Montréal : Institut de recherche sur l'intégration professionnelle des immigrants ; 2021.
34. Institut de la statistique du Québec. Portrait des personnes issues de minorités visibles sur le marché du travail au Québec en 2021. Marché Trav Rémunération. juill 2023;(35):1-30.
35. Commission de la santé mentale du Canada. Les populations d'immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) et les déterminants sociaux de la santé. Santé Canada ; 2019.
36. Labesse ME, St-Louis A, Ades J, Robitaille É, Bergeron P. Logement et inégalités sociales de santé en temps de COVID-19 : des stratégies pour des logements abordables et de qualité. Institut national de santé publique du Québec ; 2021.
37. Hanley J. Le parcours d'installation des demandeurs d'asile au Québec. Institut universitaire SHERPA ; 2021.
38. Emploi et Développement social Canada. Ce que nous avons entendu : Consultations sur les logements fournis aux travailleurs étrangers temporaires [Internet]. 2021 [cité 23 avr 2024]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/services/travailleurs-etrangers/rapports/logements-nous-avons-entendu.html>
39. Statistique Canada. Taille convenable du logement du ménage privé [Internet]. 2013 [cité 6 mars 2024]. Disponible sur : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3Var_f.pl?Function=DEC&Id=100731

40. Santé Canada. Insécurité alimentaire des ménages au Canada : Survol [Internet]. 2010 [cité 28 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/sondages-sante-nutrition/enquete-sante-collectivites-canadiennes-escc/insecurite-alimentaire-menages-canada-survol.html>
41. Banque mondiale. Qu'est-ce que la sécurité alimentaire ? [Internet]. [cité 28 oct 2025]. Disponible sur : <https://www.banquemondiale.org/fr/topic/agriculture/brief/food-security-update/what-is-food-security>
42. Statistique Canada. L'insécurité alimentaire chez les familles canadiennes [Internet]. 2023 [cité 26 mars 2024]. Disponible sur : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00013-fra.htm>
43. Roncarolo F, Potvin L. L'insécurité alimentaire comme symptôme de maladie sociale : Analyse d'un problème social d'un point de vue médical. *Can Fam Physician*. 2016;64.
44. Zhao J, Xue L, Gilkinson T. État de santé et capital social des nouveaux immigrants au Canada. *Bull Rech Sur Polit Santé*. déc 2010;(17).
45. Gonin A, Zennia S, Lespérance P, St-Pierre MA, Rodrigue M. Accès aux soins de santé reproductive en contexte migratoire : Parcours de femmes immigrantes souhaitant exercer un contrôle sur leur fécondité au Québec. *Enfances Fam Génér*. 2022;(41).
46. Gagnon M, Kansal N, Goel R, Gastaldo D. Immigration Status as the Foundational Determinant of Health for People Without Status in Canada: A Scoping Review. *J Immigr Minor Health*. août 2022;24(4):1029-44.
47. Médecins du monde. Statut d'immigration précaire, santé précaire. Ensemble pour la santé de toutes les femmes vivant au Québec. 2023.
48. Régie de l'assurance maladie du Québec. Portrait des femmes enceintes sans couverture santé au Québec. Gouvernement du Québec ; 2022.

Centre d'expertise et
de référence en santé publique

www.inspq.qc.ca

*Institut national
de santé publique*

Québec

