

MÉMOIRE

Accès et adaptation des soins et services en fonction des parcours migratoires et de la diversité ethnoculturelle : agir en amont des enjeux en santé mentale, itinérance et dépendance

Dans le cadre des consultations nationales « *Vers une vision renouvelée, intégrée et cohérente en matière de santé mentale, itinérance et dépendance* »

Institut universitaire SHERPA

Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA)

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Ile-de-Montréal

Préparé par : Ashley Chu et Samuel Duchesne

En collaboration avec : Naïma Bentayeb, Andréanne Dufour, Andréanne Guindon et Jill Hanley

5 juin 2026



Table des matières

Acronymes	iii
Présentation des organisations	iv
IU SHERPA	iv
CERDA.....	iv
Expertises complémentaires.....	iv
Introduction.....	1
Une réalité démographique en évolution	2
L'intégration comme processus multidimensionnel.....	3
Des enjeux spécifiques.....	3
Accueil et intégration socioéconomique	5
Effets des dynamiques et politiques migratoires sur le terrain	5
Une régionalisation souhaitée et en hausse	6
Recommandations	7
Accès à l'emploi	7
Coordination des services.....	8
Hébergement et accès au logement.....	8
Accès aux soins pour les personnes migrantes sans assurance maladie et en demande d'asile.....	9
Recommandations	11
Offre de services adaptés	12
Consultation et intégration participative dans l'organisation des services.....	12
Exemple 1 : Usager partenaires et recherche.....	12
Exemple 2 : Santé publique et réponse aux crises.....	12
Exemple 3 : Développement et adaptation des services.....	13
Adaptation linguistique et culturelle des efforts de sensibilisation	13
Interprétariat	14
Recommandations	14
Adaptation culturelle des services.....	15
Interprétariat	15
Soutien aux intervenant-e-s.....	17
Recommandations	18
Conclusion et bilan des recommandations	20
Accueil et intégration socioéconomique	20
Accès à l'emploi	20
Coordination des services.....	21
Hébergement et accès au logement.....	21
Accès aux soins pour les personnes migrantes sans assurance maladie et en demande d'asile	22
Offre de services adaptés.....	23
Adaptation culturelle des services.....	23
Interprétariat	23
Soutien aux intervenant-e-s	24
Bibliographie.....	25

Acronymes

CERDA	Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile
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
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
ENA	Environnement numérique d'apprentissage
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
GMF-R	Groupe de médecine de famille réseau
IU SHERPA	Institut universitaire SHERPA
MSAM	Personnes migrantes sans assurance maladie
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
PRAIDA	Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
RAMQ	Régie de l'assurance maladie

Présentation des organisations

IU SHERPA

L'Institut universitaire SHERPA (IU SHERPA) mène des activités de recherche, d'évaluation et de mobilisation des connaissances en étroite collaboration avec les milieux de pratique et les différents partenaires institutionnels et communautaires dans le but de faire avancer les connaissances et le développement de meilleures pratiques en matière d'intervention de première ligne en contexte de pluriethnicité. L'Institut collabore avec une quarantaine de chercheuses et chercheurs, couvrant une grande variété de champs d'expertise liés à la migration et la santé.

CERDA

Le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) a pour mission de soutenir les centres intégrés (CISSS/CIUSSS) mandatés dans l'organisation clinique des services d'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des personnes réfugiées, notamment en fournissant des services conseils ainsi que des activités de transfert de connaissances. Le CERDA appuie ainsi les efforts concertés afin de favoriser l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées et en demande d'asile à la société québécoise. Il veille à ce que les services de santé et les services sociaux soient accessibles, fondés sur les meilleures pratiques et adaptés aux besoins spécifiques de cette clientèle particulièrement vulnérable, pour l'ensemble de la province.

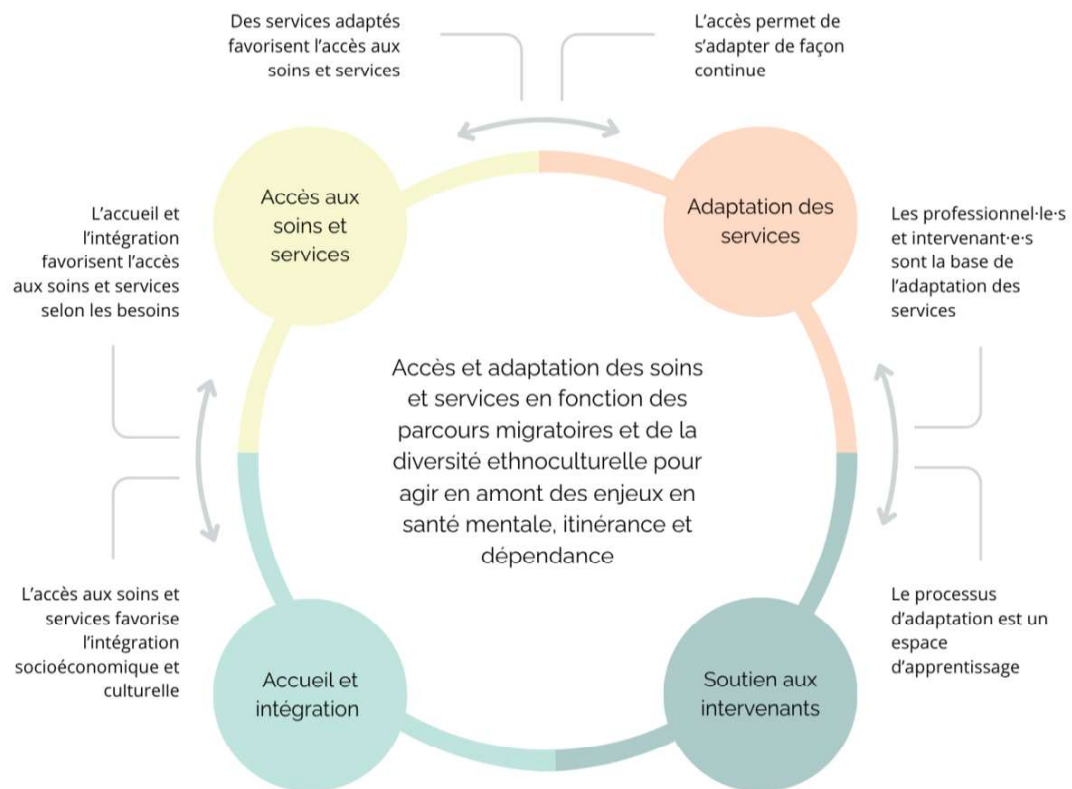
Expertises complémentaires

L'IU SHERPA et le CERDA ont développé des expertises sur la santé mentale, l'accès aux services, l'adaptation des services aux besoins de diverses communautés ethnoculturelles minoritaires et profils migratoires, ainsi que sur le processus d'intégration des personnes (im)migrantes. Certains travaux des membres de l'infrastructure de recherche de l'IU SHERPA ont abordé les questions touchant au logement et à l'itinérance. Les recommandations de ce mémoire sont fondées sur nos travaux et activités, ancrés dans la littérature scientifique et les réalités des acteurs et actrices du terrain.

Introduction

Les personnes (im)migrantes et les personnes appartenant aux communautés ethnoculturelles minoritaires montrent beaucoup de résilience au long de leurs parcours, mais elles rencontrent aussi des enjeux spécifiques liés à la santé mentale, l'itinérance ou à la dépendance. Ce mémoire met l'accent sur certains d'entre eux et focalise sur des pistes d'actions organisées autour de quatre thématiques interreliées : l'intégration à la société d'accueil, l'accès aux soins et services, l'offre de services adaptés et le soutien aux intervenant·e·s. Ces thématiques reflètent les expertises complémentaires de l'Institut universitaire SHERPA (IU SHERPA) et du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) liées aux sujets de la consultation. Nos recommandations liées à ces thèmes sont complémentaires et agissent principalement en matière de prévention et d'accès aux soins et services adaptés.

L'intégration à la société, l'accès aux services, l'adaptation des services et le soutien aux professionnel·le·s et intervenant·e·s sont des processus continus qui évoluent selon les changements sociétaux et les dynamiques migratoires. L'IU SHERPA et le CERDA accompagnent ces changements, notamment à travers des projets de recherche et d'évaluation, la mobilisation et le transfert des connaissances, la concertation et le soutien à la décision.



■ Communautés ethnoculturelles *minoritaires* et personnes (im)migrantes

Dans le Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026, ainsi que dans le présent appel à mémoires, le terme « communauté ethnoculturelle » est utilisé. Ici, le qualificatif de *minoritaires* est apposé pour signifier un fait parfois oublié : toute personne, qu'elle soit née au Québec, blanche ou racisée, croyante ou non, autochtone ou (im)migrante, fait partie d'une communauté ethnoculturelle. L'appellation « communauté ethnoculturelle » pour désigner les autres groupes ethnoculturels que les personnes québécoises blanches et vivant au Québec depuis plusieurs générations laisse entendre que ces dernières appartiennent non pas à un groupe particulier, mais qu'elles seraient une sorte de référent sans particularité. Or, toute personne appartient à une ou des communautés ethnoculturelles. En conséquent, toute relation est interculturelle. Aussi, le qualificatif « *minoritaire* » suggère un aspect important des relations intercommunautaires au Québec, soit le rapport majorité-minorité. Sachant que ce rapport sociologique est lié à une multitude de déterminants sociaux et interpersonnels de la santé (stress *minoritaire*, discrimination, accès aux soins, etc.), nous insistons sur l'importance du terme « communautés ethnoculturelles *minoritaires* ».

Les personnes (im)migrantes sont définies comme celles qui se sont établies dans un autre pays, de façon temporaire ou permanente, peu importe le statut migratoire. Le terme est parfois utilisé pour inclure leurs enfants et petits-enfants, dit·e·s de « deuxième » ou de « troisième » génération, dans cette catégorie. Cependant, il est possible que ces personnes ne s'identifient pas comme des « personnes (im)migrantes ». Le terme « personnes migrantes » dénote un statut migratoire temporaire ou une absence de statut.

Une réalité démographique en évolution

Les pays d'origine, les statuts migratoires et les origines ethnoculturelles des populations au Québec varient continuellement en fonction d'une pluralité de facteurs historiques, géopolitiques et institutionnels. Depuis plusieurs années, la part des personnes (im)migrantes dans la population au Québec demeure en augmentation, ce qui appelle à porter attention aux besoins particuliers liés au parcours migratoire et à l'intégration dans les soins et services sociaux. Récemment, les cibles d'immigration au Canada et au Québec ont été diminuées, via, notamment, de nombreuses modifications dans des programmes d'accès à la résidence permanente, un refoulement à la frontière, une contraction importante de la réunification familiale, une réduction des seuils d'accueil des personnes réfugiées et une restriction sur les visas de travail temporaire et d'études. La part de l'immigration temporaire a augmenté jusqu'en 2025, année où elle a amorcé une baisse, commencé à redescendre, tout en demeurant plus importante qu'elle ne l'a été par le passé (Gouvernement du Canada, 2025a). Néanmoins, il continue d'avoir une population

importante de migrants temporaires présent au Canada et au Québec, arrivée avant les restrictions. De plus en plus de personnes sont maintenues dans des statuts migratoires précaires en raison des changements dans les dynamiques, programmes et politiques migratoires.

L'intégration comme processus multidimensionnel

L'intégration dans une nouvelle société est un processus culturel, social et économique multidimensionnel. Les effets de ce processus sur les individus et les familles sont bien connus et se déclinent, entre autres, selon le pays d'origine, la racialisation, le statut migratoire et la durée depuis l'arrivée. Sur le plan relationnel, on peut noter des séparations plus ou moins prolongées et le risque accru d'isolement pour les personnes récemment arrivées (Hanley et al., 2024). Sur le plan économique, les coûts de la migration elle-même, la déqualification professionnelle et les diverses discriminations et barrières à l'emploi et au logement sont bien documentés (Calzada-Calugay & Hanley, 2024; Kayayan, 2024). Le contexte socioculturel du pays d'accueil détermine les relations intercommunautaires et les interactions quotidiennes, qui peuvent occasionner des tensions, des discriminations ou un stress minoritaire, et informent le sentiment d'appartenance, ainsi que la confiance envers les institutions et les services (Kirmayer et al., 2011).

Les facteurs qui favorisent l'intégration diminuent les chances de développer des complications liées aux enjeux de santé mentale ou de dépendance, ainsi que les risques d'itinérance. La stabilité du statut migratoire est un élément-clé dans de ce processus puisqu'elle permet, entre autres, de faciliter l'accès au logement et à l'emploi, d'entreprendre des projets comme des études ou l'entrepreneuriat, d'investir matériellement dans son établissement et de se projeter dans le futur. Or, on constate une précarisation croissante des statuts migratoires, et l'intégration socioprofessionnelle des personnes qualifiées continue de constituer un défi important (Coderre, 2025; Coustere, 2025).

Des enjeux spécifiques

Le statut migratoire et la durée depuis l'arrivée sont des variables importantes du bien-être, de la santé mentale, du fonctionnement psychosocial, de l'intégration et de l'accès aux services. Les personnes réfugiées et en demande d'asile présentent des taux élevés de trouble de chocs posttraumatiques (Beiser & Hou, 2016; Fazel et al., 2005), bien que les expériences post-migratoires peuvent aussi poser des risques à leur bien-être mental (Hynie, 2018). Les nouveaux arrivants présentent des taux élevés d'anxiété et dépression auto-déclarées (MHRC, 2023). Ils rencontrent des déqualifications sociales et professionnelles, une précarité économique, de nombreux enjeux liés aux statuts migratoires et des stress importants dans un contexte social moins accueillant qu'auparavant.

Les enjeux vécus par ces groupes se déclinent selon les groupes d'âge et les différentes appartenances ethnoculturelles. Les jeunes de 1^e et 2^e génération, dont la part a crû au sein de la population québécoise, sont moins susceptibles de présenter une santé mentale florissante que les autres jeunes de la population et rapportent un faible sentiment

d'appartenance à la société majoritaire et à l'école (EQSJS, 2026). Les enfants réfugiés ou en demande d'asile sont particulièrement vulnérables (Frounfelker et al., 2020). Les discriminations entraînent des conséquences sur le bien-être, la santé mentale et l'intégration socioéconomique, notamment sur le marché du logement (Kirmayer et al., 2011). Certains groupes ethnoculturels rencontrent aussi des enjeux plus particuliers. Les communautés noires, par exemple, demeurent surreprésentées dans les psychoses, les diagnostics de schizophrénie, les services de protection de la jeunesse, les centres de détentions et les interventions policières violentes (Boatswain-Kyte et al., 2025; Cénat et al., 2024).

Les personnes (im)migrantes et appartenant aux communautés ethnoculturelles minoritaires accèdent moins aux services en santé mentale en cas de besoin (Duchesne et al., 2024; Kayayan, 2024; MHRC, 2023). Les causes incluent les barrières linguistiques, les expériences négatives antérieures des individus ou de personnes de leur communauté, une méfiance envers les institutions et les services de santé, un manque de compréhension du fonctionnement du système de santé et des services sociaux, des services mal adaptés aux réalités culturelles, des idiomes de détresse et des conceptions différentes des enjeux de la santé mentale ou de la consommation que chez le groupe majoritaire, des difficultés de transport, des coûts non couverts par l'assurance maladie, des délais d'attente prolongés. Finalement, la priorisation d'autres besoins, notamment liés à l'établissement et les premières nécessités, peut entraver la recherche d'aide et entraîner des complications d'enjeux existants. Ces barrières peuvent aussi s'appliquer à d'autres services comme les services d'hébergement ou de dépendance.

Accueil et intégration socioéconomique

Les transformations des dynamiques migratoires et les changements démographiques appellent une adaptation continue des soins et des services à l'échelle du territoire. Parallèlement, les changements rapides dans les politiques migratoires ont des effets directs et structurants sur les conditions de vie des personnes (im)migrantes.

Effets des dynamiques et politiques migratoires sur le terrain

Les facteurs de risque de l'itinérance chez les personnes (im)migrantes sont en partie distincts de ceux de la population générale. Par exemple, les enjeux de dépendance sont significativement moins présents chez les personnes (im)migrantes (Ali, 2002; Hansson et al., 2012)¹. La précarité socioéconomique et la vulnérabilité à l'itinérance des personnes (im)migrantes découlent d'enjeux systémiques particuliers comme des contraintes dans l'accès au logement convenable et abordable, des délais administratifs dans l'obtention de statuts ou de permis et des barrières à l'emploi (Hanley & Bourdeau, 2025; Kikano et al., 2026).

De plus en plus de personnes sont maintenues dans des statuts migratoires précaires en raison des changements dans les dynamiques, programmes et politiques migratoires (Bolduc et al., 2025). Par exemple, l'augmentation d'arrivées de personnes en demande d'asile, ainsi que la fermeture du Chemin Roxham en réponse ont fait croître le nombre de personnes à statut précaire dans des situations d'itinérance, principalement sur l'Île de Montréal. Cette hausse soudaine amène un profil d'utilisateur des services d'hébergement temporaire aux parcours et besoins très différents d'autres profils d'utilisateurs (Kikano et al., 2026).

Les personnes migrantes à statut précaire (p. ex. travailleurs et travailleuses étranger·ère·s temporaires, personnes dont la demande d'asile est en cours de décision ou sans statut) rencontrent des enjeux particuliers relatifs au logement. Ces enjeux se déclinent aussi selon le genre. Par exemple, les femmes à statut précaire dans des situations de violence conjugale – en plus des défis partagés avec d'autres femmes non-(im)migrantes et le risque accru de certains facteurs comme la pauvreté ou le manque de personne garante pour trouver un logement – rencontrent des enjeux particuliers comme la discrimination, la non-éligibilité à certains services ou encore du chantage de leur conjoint relatif à leurs documents de migration (Calzada-Calugay & Hanley, 2024).

Les diminutions rapides dans les seuils d'immigration et les voies d'accès à la résidence permanente peuvent agir sur la santé et le bien-être des personnes (im)migrantes à plusieurs niveaux : accès aux services, au logement convenable et à l'emploi, stress administratifs, incertitudes liées au statut migratoire, précarité du statut, séparations familiales prolongées,

¹ Toutefois, à l'instar des enjeux de santé mentale, la consommation de substances pourrait être sous-estimée dans les données fondées sur l'autodéclaration chez les populations (im)migrantes, notamment en raison de la stigmatisation associée à ces comportements ou de craintes quant à d'éventuelles répercussions sur le statut migratoire.

incertitudes quant à l'avenir de soi ou de sa famille, diminution du sentiment de contrôle sur la vie, etc. (Brabant & Raynault, 2012; Côté-Olijnyk et al., 2024).

Les personnes (im)migrantes rencontrent des barrières à l'accès au logement convenable. Presque tous locataires, les personnes (im)migrantes temporaires payent des loyers en moyenne plus coûteux et souvent insalubres (Gouvernement du Canada, 2024, 2025b). Elles sont susceptibles de rencontrer des discriminations à l'accès selon le statut migratoire, la couleur de peau ou le pays d'origine (Hanley & Bourdeau, 2025; Hou et al., 2025), tout en étant souvent mis de l'avant comme responsables de la hausse moyenne des loyers, aux causes pourtant diverses (Hou et al., 2025). Des propositions similaires sont faites à l'égard des personnes (im)migrantes quant aux enjeux du système de santé. Ces discours stigmatisants envers les personnes (im)migrantes entraînent des conséquences sur l'intégration et la santé mentale : discriminations interpersonnelles, dans les services, à l'emploi et au logement, stress minoritaire, etc.

Une régionalisation souhaitée et en hausse

La régionalisation de l'immigration est un processus complexe, appelé par beaucoup afin de, notamment, favoriser l'intégration, assurer l'occupation et la vitalité des territoires et combler des besoins de main d'œuvre (Belkhodja, 2025). Il est parfois suggéré qu'une facilitation de l'établissement en région puisse contribuer à diminuer le risque d'itinérance chez les populations (im)migrantes, surtout chez les personnes en demande d'asile ou à statut précaire. Pour favoriser le succès de ces démarches, la régionalisation doit toutefois être pensée de façon holistique : permis et perspectives d'emploi, logement, intégration socioculturelle, hospitalité des populations locales, etc. (Cleveland et al., 2021). Nos recommandations relatives à cet enjeu ont surtout trait à l'accès aux services adaptés, ce qui fera l'objet des prochaines sections.

Les personnes en demande d'asile s'établissent de plus en plus hors-Montréal. Les 14 cliniques de santé des réfugiés mandatées par le Gouvernement du Québec pour effectuer un bilan de santé physique et de bien-être complet et rendre les personnes réfugiées autonomes dans la navigation du système de santé et des services sociaux, offrent désormais leurs services aux personnes en demande d'asile, et ce depuis fin 2025. L'arrimage entre les cliniques de santé des réfugiés et les organismes communautaires mandatés pour l'accueil et l'accompagnement de ces personnes – dépendant du financement de cette mission pour les organismes – est un exemple de partenariat contribuant de façon efficiente à l'intégration de personnes (im)migrantes particulièrement vulnérables. Il est aussi dépositaire d'une expertise précieuse à risque de s'effriter alors que les seuils d'accueil des personnes réfugiées sont revus à la baisse. Or, ces organismes ne sont pas financés de la même façon pour accompagner les personnes en demande d'asile, ce qui peut affecter les services qui leur sont offerts.

■ Effets des événements internationaux et globaux sur la santé mentale

Les récents conflits dans le monde peuvent constituer des stress, réactiver des traumatismes et amener des drames interpersonnels aux personnes issues des régions affectées. Les intervenant·e·s et professionnel·le·s près de ces communautés peuvent témoigner de ces sources de détresse particulières pour les diasporas et proposent des approches d'accompagnement adaptées (Hassan et al., 2016).

D'autres types de phénomènes transnationaux comme la pandémie de la COVID-19 et les mouvements migratoires démontrent comment des caractéristiques biologiques, culturelles ou l'origine nationale peuvent amener des stigmatisations (p. ex. personnes asiatiques durant la COVID-19; personnes juives et arabes suite au génocide et aux conflits au Moyen-Orient).

Ces considérations font écho aux effets sur la santé mentale et le bien-être de l'exposition constante – voire de la participation facilitée par le numérique et les médias sociaux – aux catastrophes humaines de par le monde, ainsi que des phénomènes proprement globaux comme les changements climatiques et l'effondrement de la biodiversité. Dans un monde interconnecté sur les plans sociaux, médiatiques et géophysiques, une approche systémique de la santé inclut plus que jamais l'échelle planétaire.

Recommandations

Face à ces réalités complexes et interdépendantes, les recommandations suivantes visent à réduire les vulnérabilités spécifiques des personnes (im)migrantes en matière d'emploi, de coordination des services et d'accès au logement. Elles s'appuient sur la reconnaissance que l'intégration socioéconomique durable repose sur une approche holistique et intersectorielle, tenant compte des spécificités des différents trajectoires migratoires, de la précarité de certains statuts migratoires et des barrières systémiques qui fragilisent ces populations.

Accès à l'emploi

- Favoriser des liens structurés entre les organisations accueillant les nouveaux arrivants et les employeurs potentiels, et simplifier les contraintes administratives (p. ex. permis de travail acheminé à une ancienne adresse, délais de traitement excessifs, examen médical aux fins d'immigration peu accessible selon la région) afin de réduire les barrières à l'emploi des personnes (im)migrantes, surtout dans les premiers moments après l'arrivée.
- Arrêter l'usage des permis de travail fermé, qui impose une dépendance sur un seul employeur et empêche la mobilité sur le marché du travail.
- Dans le but de réduire les barrières à l'emploi spécifiquement pour les personnes en demande d'asile (voir Cleveland et al., 2021) :

- Évaluer systématiquement, dès les premières semaines suivant l'arrivée, les compétences, les objectifs professionnels et les besoins d'accompagnement afin de faciliter une intégration rapide et adaptée au marché du travail, notamment en fonction des besoins régionaux de main-d'œuvre.
- Garantir un accès équitable aux programmes, formations, services et allocations d'insertion en emploi, au même titre que les résidents permanents.
- Assurer un accès gratuit aux services de formation générale aux adultes, incluant la formation socioprofessionnelle et les parcours menant à un diplôme d'études secondaires pour les adultes.

Coordination des services

- Maintenir le rôle du PRAIDA (en collaboration avec le CERDA) comme responsable du soutien des intervenant·e·s du réseau de la santé et des services sociaux et du secteur communautaire en ce qui a trait aux personnes en demande d'asile, et ce, à travers le Québec, et assurer le financement nécessaire à cette fin.
- Financer davantage les organismes communautaires spécialisés en immigration pour l'accompagnement des personnes à statut précaire, particulièrement en demande d'asile, et particulièrement hors-Montréal. Ce financement, appelé depuis longtemps, est d'autant plus pertinent maintenant qu'il serait en cohérence avec l'extension du mandat des 14 équipes de santé des personnes réfugiées à travers le Québec.

Hébergement et accès au logement

- Élargir les critères d'admissibilité à l'hébergement du PRAIDA afin de rejoindre les personnes en demande d'asile les plus vulnérables et prolonger la durée du séjour en hébergement sans frais à une période suffisante pour trouver un logement.
- Élargir les critères d'éligibilité aux ressources communautaires ou gouvernementales d'hébergement (refuges et services d'hébergement, maisons pour femmes, logement social, etc.) pour les personnes à statut précaire et les personnes en demande d'asile.
- Financer les ressources d'hébergement offrant des services adaptés à certains groupes comme les femmes ou les personnes (im)migrantes. En effet, ces populations peuvent faire face à des vulnérabilités particulières (sécurité, discrimination, langue, manque de réseau, accès aux services, etc.) qui nécessitent des réponses adaptées.
- Soutenir les efforts de médiation entre locataires et propriétaires afin de compenser l'absence de personne garante ou d'historique de crédit, notamment en permettant à des organismes communautaires de conclure des baux au bénéfice des personnes (im)migrantes qui y résident, réduisant ainsi les risques perçus par les propriétaires.
- Sensibiliser les acteurs et actrices du marché locatif (office municipal d'habitation, municipalités, associations de propriétaires, etc.) sur la réalité des personnes (im)migrantes et la nécessité de réduire la discrimination sur le marché locatif.

- Outiller les personnes accompagnant les locataires (travailleur·euse·s sociaux·ales, comités de logement, organisateur·trice·s communautaires, intervenant·e·s, etc.) pour mieux comprendre les réalités et défendre les droits des personnes (im)migrantes.

Accès aux soins pour les personnes migrantes sans assurance maladie et en demande d'asile

Cette section porte spécifiquement sur les enjeux d'accès aux soins de santé et services sociaux liés au statut migratoire et aux couvertures d'assurance. La prochaine section abordera des dimensions linguistiques, culturelles et communautaires de l'accès.

Le nombre de personnes en demande d'asile et de personnes migrantes sans assurance maladie² (MSAM) résidant sur le territoire québécois avec un statut migratoire temporaire, dit précaire, a grandement augmenté depuis l'inauguration des derniers plans d'action interministériels en santé mentale, dépendance et itinérance, notamment hors de Montréal (ISQ, 2025). De façon concomitante à ces réalités émergentes, l'accès aux services, notamment de première ligne, s'est complexifié et rarifié pour ces populations. Les barrières aux services de première ligne peuvent engendrer des délais de consultation et des complications évitables (Ahmed et al., 2016).

Bien que les personnes en demande d'asile bénéficient d'une couverture de soins via le *Programme fédéral de santé intérimaire* (PFSI), l'accès aux soins et services demeure limité en raison de plusieurs facteurs partagés avec les autres personnes (im)migrantes, ainsi qu'en raison du manque d'intégration entre le programme et le système de soins. Cet enjeu s'illustre notamment par le nombre insuffisant de prestataires inscrits au programme, aux aspects dissuasifs liés aux indicateurs de performance des prestataires de soins, aux interprétations restrictives de l'admissibilité aux services motivant des refus et aux mécanismes de priorisation formels ou informels. Le programme et son panier de soins font l'objet d'attention soutenue et de transformations des politiques déterminant l'accès, notamment aux services de santé mentale. Les trajectoires de soins en résultant se complexifient et se fragmentent pour les personnes concernées et les professionnel·le·s les accompagnant (Bolduc et al., 2025).

² Cette catégorie inclue notamment : les étudiant·e·s internationaux·ales, à l'exception de ceux et celles provenant des 11 pays ayant une entente de sécurité sociale avec le Québec; les personnes titulaires d'un permis de travail ouvert; les personnes titulaires d'un permis de travail fermé de moins de 6 mois, à l'exception des travailleurs et travailleuses agricoles saisonnier·ère·s; les résident·e·s permanent·e·s durant les trois premiers mois suivant leur arrivée au Québec (délai de carence), à l'exception des soins liés à la grossesse, à l'accouchement, à l'interruption volontaire de grossesse, à la violence conjugale, aux agressions sexuelles et aux infections ayant une incidence sur la santé publique; les personnes sans statut migratoire, composées principalement de personnes demandeuses d'asile déboutées et de personnes dont le visa temporaire est expiré. Plusieurs sont en attente d'une décision concernant des démarches de régularisation de leur statut (Cleveland et al., 2020; CoSaMi, n.d.).

■ Traumatismes et intégration des personnes ayant vécu la migration forcée

Les personnes réfugiées et en demande d'asile montrent des prévalences élevées de troubles de stress post-traumatique. La période suivant l'arrivée dans une société d'accueil est un moment crucial de l'intégration et aura un effet déterminant sur la santé mentale et les conditions de vie à venir, et ce, de façon égale ou plus importante que les traumatismes pré et péri-migratoires (Beiser & Hou, 2016; Hynie, 2018). Les spécialistes de ces enjeux recommandent un accompagnement soutenu après l'arrivée des personnes réfugiées et en demande d'asile (Hanafi et al., 2025; Kronick et al., 2021).

Malgré cette vulnérabilité et le besoin d'accompagnement, le nombre de thérapies couvertes par le PFSI a été réduit et des frais additionnels ajoutés (CoSaMi, 2026).

L'initiative [CoSaMi](#) (Concertation pour la santé des personnes migrantes), co-portée par l'IU SHERPA et le CERDA, a permis de repérer ou de renforcer la compréhension des mécanismes institutionnels et pratiques qui limitent l'accès aux soins et services pour les personnes MSAM ou en demande d'asile (Bolduc et al., 2025). Par exemple, les politiques et pratiques actuelles d'admissibilité, d'organisation des services et de facturation pour ces groupes conduisent les professionnel·le·s et les gestionnaires à modifier les trajectoires de soins usuels, évitant ou réduisant les séjours hospitaliers, ou les services prodigués. En conséquent, les personnes doivent reporter ou éviter le recours aux services. Une approche de mitigation des coûts qui peut s'avérer délétère pour les personnes et en contradiction avec les principes d'équité et d'accès universel aux soins. Pourtant, les directives et pratiques en établissement se resserrent, exigeant de plus en plus des paiements avant les soins, ce qui peut entrer en conflit avec les principes déontologiques des praticien·ne·s et entraîner davantage de complications (Bolduc et al., 2025), spécialement pour les personnes en situation d'itinérance ou en risque de le devenir.

L'accès pour les services psychosociaux est aussi compromis pour ces populations, avec des refus de services, des pratiques de facturation hétérogènes qui viennent s'additionner aux pratiques hospitalières, contredisant les principes prescrits par l'approche populationnelle. Les limites des couvertures et de l'accès aux services de santé mentale et psychosociaux pour les personnes sans RAMQ entraînent des délais, puis des complications pour les personnes et les professionnel·le·s. Cela résulte aussi en des coûts importants pour le réseau, notamment via l'augmentation du recours aux urgences et à des complications évitables.

Les barrières dans l'accès aux services et les complications qui peuvent en découler peuvent affecter le fonctionnement psychosocial individuel immédiat, nuire au développement des enfants et précariser les familles. Le dysfonctionnement psychosocial met à risque le statut migratoire lorsque celui-ci est lié aux activités de la personne, tel que ses études ou son travail. De façon générale, ce manque d'accès entrave l'intégration et exacerbe le fardeau des enjeux de santé mentale et de la précarité résidentielle. Le manque d'accès aux soins de santé

et aux services sociaux est déjà documenté comme étant un facteur dans l'itinérance des personnes (im)migrantes (Hanley et al., 2019).

Recommandations

L'immigration temporaire, la précarité des statuts migratoires et la présence relativement accrue des personnes en demande d'asile par rapport à la période pré-COVID sont des phénomènes durables tributaires de dynamiques internationales et nationales. Ces groupes font partie de la population québécoise, mais rencontrent des barrières institutionnelles dans l'accès aux soins et services qui impactent leur santé mentale, leur bien-être et leur intégration sociale, tout en entraînant des coûts pour le système de santé et la société. Indépendamment de la composition des couvertures du PFSI, qui relève du gouvernement fédéral, l'accès aux soins et services est un enjeu sur lequel il est possible pour le Gouvernement du Québec d'agir.

- Soutenir les gestionnaires et les acteurs décisionnels du réseau dans l'élaboration et l'application de pratiques administratives et cliniques alignées sur les réalités institutionnelles, tout en favorisant un accès équitable aux soins et services, notamment en considérant les impacts des restrictions d'accès sur les trajectoires de soins, les complications évitables, la santé mentale et le recours aux services d'urgence.
- Informer, sensibiliser et former le personnel du réseau sur la couverture du PFSI et les droits des personnes réfugiées, en demande d'asile ou sans assurance maladie en matière d'accès aux soins et services, notamment par des formations continues, des outils cliniques simplifiés et des points de référence accessibles rapidement (ex. espaces de soutien conseil), afin de limiter les refus de services ou les erreurs d'orientation³.
- Établir des mécanismes formels de coordination entre le réseau de la santé, les organismes communautaires, les services d'accueil et les acteurs municipaux, ainsi que des corridors de services pour les situations complexes (santé mentale, itinérance, statut précaire), afin de clarifier les rôles et responsabilités de chacun et favoriser les collaborations intersectorielles.
- Collaborer avec les ordres et associations professionnelles du domaine de la santé pour intégrer dans leurs standards, directives et formations continues les enjeux d'accès aux soins des personnes (im)migrantes à statut précaire (couverture du PFSI, les droits des personnes sans assurance et les pratiques d'orientation adaptées, etc.) afin d'assurer une cohérence à l'échelle du réseau et de soutenir la diffusion des outils relatifs à ces enjeux.
- Rendre obligatoire l'inscription au PFSI au-delà des hôpitaux, notamment dans les GMF-R, afin de favoriser l'accès aux soins de première ligne pour les personnes en demande d'asile, et mettre en place des conditions propices, dont la comptabilisation des patients couverts par le PFSI dans l'évaluation de l'atteinte des cibles, tant pour les établissements que pour les médecins.

³ L'IU SHERPA offre déjà des formations sur ces enjeux: <https://sherpa-recherche.com/fr/formations/>

- Assurer un financement récurrent et suffisant pour les organisations spécialisées œuvrant auprès des personnes (im)migrantes et offrant des services psychologiques, notamment pour le traitement du trouble de stress post-traumatique, en reconnaissant leur rôle de première ligne pour certaines clientèles.

Offre de services adaptés

Les personnes appartenant aux communautés ethnoculturelles minoritaires ainsi que les personnes (im)migrantes tendent à sous-utiliser les services en santé mentale en cas de besoin (Duchesne et al., 2024; Kayayan, 2024). Plusieurs déterminants de cette sous-utilisation ont été rapportés en début de document. Les initiatives visant l'adaptation de l'offre de services aux réalités des personnes (im)migrantes et/ou des personnes appartenant à des communautés ethnoculturelles minoritaires offrent plusieurs pistes prometteuses pour favoriser l'accès.

Consultation et intégration participative dans l'organisation des services

Les initiatives qui ciblent les personnes appartenant aux communautés ethnoculturelles minoritaires gagnent à les impliquer dans les réflexions sur l'offre et l'organisation des services. Le degré d'implication peut aller de la consultation ponctuelle jusqu'à la prise en charge des services par les personnes des communautés elles-mêmes. Dans tous les cas, l'écoute et la prise en compte des points de vue doivent être réelles. Il importe d'appliquer des procédures éthiques bien établies et d'aborder avec transparence et sincérité la démarche, ses visées et potentielles retombées lors du travail avec les communautés concernées. En effet, des démarches relevant de la représentativité symbolique, sans prise en compte réelle des perspectives apportées, risquent de miner les relations établies ou souhaitées avec les communautés. Cela est particulièrement important avec les groupes historiquement marginalisés, pouvant être méfiants envers les institutions publiques ou médicales, et autour d'enjeux stigmatisés comme la dépendance, la santé mentale et l'itinérance.

Considérant la diversité interne des communautés, la variété des enjeux sur lesquelles il est souhaitable d'impliquer les communautés ethnoculturelles minoritaires et la nature fondamentalement humaine et relationnelle de ce genre d'engagement, il est stratégique d'établir des relations avec des acteurs clés, de tirer profit de partenariats déjà établis et de s'inspirer d'initiatives ayant porté fruit. Voici des exemples de projets illustrant la variété des domaines et des stratégies d'implication des personnes premières concernées.

Exemple 1 : Usager partenaires et recherche

Le projet Ancrer l'inclusion du CERDA propose un procédurier éthique pour l'implication des personnes réfugiées et en demande d'asile dans des projets. Cette initiative, développée en collaboration avec plusieurs personnes réfugiées, contribue à soutenir des pratiques participatives plus cohérentes et fondées sur la reconnaissance du savoir expérientiel des personnes concernées. Les lignes directrices étayées sont transférables à d'autres groupes particulièrement vulnérables.

Exemple 2 : Santé publique et réponse aux crises

Le [projet CoVivre](#) visait à informer, protéger et soutenir les communautés marginalisées durant la pandémie de la COVID-19 dans la région du Grand Montréal. Son déploiement en contexte d'urgence sanitaire a bénéficié de l'expertise des membres de l'IU SHERPA et a permis de tirer des leçons sur la collaboration avec les communautés. Des recommandations pour le travail avec les communautés ethnoculturelles minoritaires en contexte de crise sanitaire ont été émises (Schinazi et al., 2022).

Exemple 3 : Développement et adaptation des services

Le [projet d'adaptation culturelle des services jeunesse](#) est un exemple de démarche *avec, par et pour* la communauté pouvant servir d'inspiration pour l'adaptation culturelle des services. Une sous-représentation des jeunes appartenant aux communautés ethnoculturelles minoritaires ou racisées avait d'abord été notée lors d'un processus d'évaluation, motivant la mise en place d'un projet d'adaptation culturelle des services (Bentayeb et al., 2022). Ce processus rassemble des jeunes, des parents, des intervenant·e·s et des gestionnaires de différents services institutionnels, communautaires et municipaux pour les jeunes dans quatre régions du Québec. L'engagement participatif est la clé pour réunir les jeunes et leurs allié·e·s. Bien plus qu'une consultation, ce processus de cocréation propose des ateliers de cocréation suivis d'ateliers délibératifs afin de permettre aux jeunes, habituellement peu impliqué·e·s dans ce genre de projets, de pouvoir décider des sujets de réflexions et suggérer les adaptations souhaitables. Engagés dans cette riche discussion, les partenaires institutionnels, communautaires et municipaux peuvent également dégager des pistes d'adaptation culturelle pour leurs propres services. Des jeunes ayant participé à la démarche ont pu développer une expertise sur le sujet et devenir des leaders dans leurs milieux. Ce projet démontre que le trajet est aussi important que la destination dans les démarches d'adaptation.

■ Les jeunes (im)migrant·e·s et descendant·e·s de migrant·e·s

La catégorie des jeunes (im)migrant·e·s et descendant·e·s de migrant·e·s regroupe une diversité de réalités et de points de vue, ne serait-ce qu'au niveau de la génération d'immigration. L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2022-2023 a révélé que les jeunes de deuxième génération étaient moins susceptibles d'avoir une santé mentale florissante (32 %) comparativement à ceux et celles de la troisième génération ou plus (40%).

L'école et les établissements scolaires constituent des facteurs de protection pour ces jeunes (Kayayan, 2024). Ces lieux peuvent entre autres favoriser leur intégration et sont propices à la promotion de la santé mentale (Duchesne et al., 2024). Miser sur des collaborations entre l'école, la famille et la communauté, tout en laissant une voix aux jeunes, est une piste de d'action pertinente pour leur bien-être (EQSJS, 2026).

Adaptation linguistique et culturelle des efforts de sensibilisation

Des stratégies d'adaptation culturelle et linguistique peuvent être utiles pour mieux rejoindre et sensibiliser les personnes (im)migrantes au sujet des enjeux de santé mentale, de dépendance ou d'itinérance. Ces actions peuvent viser un groupe spécifique ou non, utiliser divers supports (affiches, séances d'information, réseaux sociaux, radio, etc.) et aborder des sujets variés (services offerts, stigmatisation, prévention du suicide, droits des personnes usagères, premiers soins en santé mentale, etc.). L'adaptation peut concerner la forme (langue, idiomes, symboles, personnes ou personnages représentés), le contenu (enjeux importants pour la communauté) et la stratégie de diffusion (lieu, médium, personne ou organisation porteuse). Une interprétation trop restreinte de la Loi-96, *Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français*, pourrait aller à l'encontre du besoin d'adapter la communication au sein du Réseau de la santé et des services sociaux avec des personnes (im)migrantes.

Le matériel de sensibilisation ciblant une communauté devrait être élaboré avec les personnes qui y appartiennent. Dépendamment de l'enjeu et du contexte, l'adaptation du matériel peut être fait en fonction des particularités d'un groupe ethnoculturel ou linguistique (p. ex. les personnes syriennes ou hispanophones) ou du statut migratoire comme expérience commune à des personnes de diverses origines (p. ex. étudiants internationaux dans un établissement scolaire).

Interprétariat

L'interprétariat est un moyen d'adapter les services aux besoins linguistiques variés des personnes usagères qui ne maîtrisent pas ou peu la langue des services. Cette thématique se retrouve dans plusieurs travaux effectués à l'IU SHERPA et au CERDA. Par ailleurs, le recours à des interprètes formel·le·s, c'est-à-dire des personnes ayant reçu une formation en interprétation (Brisset et al., 2014 cités dans Pearson et al., 2025), est davantage conseillé que l'usage d'interprètes informel·le·s. L'utilisation des services d'un·e interprète formel·le peut, entre autres, contribuer à développer un lien de confiance, à diminuer le risque d'erreurs, à transmettre des informations et des explications, à encourager une plus grande utilisation des services en santé mentale, à mener à une divulgation plus complète de l'information de la personne usagère et à améliorer la compréhension de l'intervenant·e de l'expérience de la personne usagère (Bentayeb, 2021; Briand-Lamarche et al., 2017; Pearson et al., 2025). À cet effet, le recours à des services d'interprétariat était encouragé dans le plan interministériel 2022-2026.

Cette pratique demeure toutefois complexe à mettre en œuvre. En effet, plusieurs défis ont été rapportés dans la littérature scientifique et sur le terrain, tels que le manque de ressources financières allouées aux demandes d'interprétation, le temps nécessaire pour planifier et mener une intervention impliquant un·e interprète, l'accès limité à des interprètes formel·le·s, notamment en région, ainsi que les enjeux de collaboration entre les intervenant·e·s et les interprètes (Bolduc et al., 2025; Briand-Lamarche et al., 2017; Duchesne

et al., 2024; Pearson et al., 2025). De plus, certaines personnes usagères peuvent refuser le recours à un·e interprète formel·le, entre autres, par souci de confidentialité, notamment quand il y a un risque que l'interprète soit de la même communauté qu'elle (Bentayeb et al., 2021). Chaque modalité d'interprétation (avec interprète formel·le ou informel·le; en présentiel; à distance, par téléphone ou en visioconférence; par téléinterprétation avec des applications informatiques) comporte des avantages et des désavantages (Bentayeb, 2022). Ainsi, le choix de la modalité d'interprétation peut différer selon l'intervention et doit tenir compte des préférences de la personne usagère.

Recommandations

L'adaptation des soins et services est un processus complexe qui se déploie de façon singulière selon les contextes institutionnels, sanitaires et intercommunautaires, ainsi que les types d'enjeux et de services. C'est pourquoi nous suggérons plus haut des exemples de projets d'adaptation des soins et services.

Adaptation culturelle des services

- Impliquer les personnes appartenant aux communautés ethnoculturelles minoritaires dans la réflexion et la mise en œuvre d'initiatives qui les ciblent, avec une posture d'écoute et de transparence par rapport à la démarche.
- Dans les efforts d'adaptation culturelles des services, établir des relations avec des acteurs clés, tirer profit de partenariats déjà établis et s'inspirer d'initiatives ayant porté fruit.
- Continuer à documenter, évaluer et diffuser les initiatives d'adaptation culturelle des services.

Interprétariat

- Protéger les budgets alloués à l'interprétation afin qu'ils soient exclusivement utilisés pour des services d'interprétation dans l'ensemble des établissements du RSSS (Bolduc et al., 2025, p. 46).
- Assurer une offre diverse de modalités d'interprétation (en présentiel, à distance par téléphone ou visioconférence) adaptées au contexte de l'intervention et aux préférences de la personne usagère et assurer la formation adéquate des intervenant·e·s à leur utilisation (Bentayeb, 2022).
- Reconnaître le temps requis pour la planification des rendez-vous, les interventions et les rencontres avec des interprètes (Briand-Lamarche et al., 2017) et s'assurer que ce temps ne pénalise pas la performance des équipes.
- Former les interprètes et les intervenant·e·s pour favoriser une meilleure alliance intervenant·e et interprète (Briand-Lamarche et al., 2017) :
 - Former les intervenant·e·s à la collaboration avec des interprètes (Briand-Lamarche et al., 2017) par la diffusion d'outils et de formations adaptées sur le sujet, tels que la [section](#) de la Trousse d'orientation et de sensibilisation (TOS)

du CERDA et la formation *Travailler avec un interprète des services publics : les bonnes pratiques*, disponible sur l'ENA.

- Former les interprètes sur l'intervention en contexte interculturel, l'importance de leur rôle, les enjeux éthiques et de confidentialité, les divers contextes d'intervention, ainsi que les termes techniques (Briand-Lamarche et al., 2017 ; Pearson et al., 2025).
- Mettre en place des mécanismes de soutien aux interprètes comme des rencontres avec l'intervenant·e après chaque intervention (Briand-Lamarche et al., 2017).

■ Bonnes pratiques

Fort de leur expérience auprès de personnes usagères avec des besoins linguistiques variés, le PRAIDA a mis en place plusieurs bonnes pratiques pour assurer une prestation de services linguistiquement adaptée (Bentayeb & Ben Zerrouk, 2026). En premier lieu, au moment du triage, la langue maîtrisée par la personne usagère est notée et le jumelage avec un·e intervenant·e parlant cette langue est effectué si possible. En deuxième lieu, si ce jumelage n'est pas possible, un·e interprète sur place est sollicité·e. Le PRAIDA dispose de quelques interprètes formel·le·s maîtrisant les langues les plus couramment parlées par les personnes usagères sur place. En troisième lieu, s'il n'y a pas d'interprète formel·le disponible sur place, le PRAIDA fait appel à une banque d'interprètes pour une intervention en personne ou à distance. Puis, en dernier recours, une personne bénévole ou membre de la famille de la personne usagère est sollicitée.

Une évaluation de la mise en œuvre des orientations ministérielles sur l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec (2018, en cours de mise à jour en 2026) et de la recommandation du plan interministériel 2022-2026 permettrait de cibler les défis récurrents et proposer des stratégies pour favoriser l'accès à cette pratique essentielle.

Soutien aux intervenant·e·s

En continuation avec le plan interministériel 2022-2026, nous considérons le soutien à la pratique et le développement des compétences comme étant une orientation essentielle à conserver dans les prochaines années. Nous suggérons de porter une attention plus spécifique au soutien à la pratique en contexte interculturel et migratoire.

Les éléments liés au contexte culturel et migratoire d'une personne usagère peuvent venir complexifier des interventions déjà difficiles en santé mentale. En effet, des intervenant·e·s peuvent ressentir de l'incertitude quant aux manières d'intervenir dans des situations présentant des incompréhensions d'ordre culturel ou relatives au parcours ou au statut migratoire (Bouchala et al., 2026 ; Duchesne et al., 2024). Les intervenant·e·s ne se sentent pas toujours suffisamment outillé·e·s pour intervenir face à des enjeux complexes, notamment dans leurs premières expériences de travail en contexte interculturel et de migration (Bouchala et al., 2026). De plus, les expériences difficiles des personnes usagères, particulièrement celles liées au parcours migratoire et à la précarité du statut peuvent engendrer un sentiment d'impuissance et de la détresse chez les intervenant·e·s (Bouchala et al., 2026 ; Duchesne et al., 2024). L'exposition répétée à ces situations peut contribuer à l'épuisement professionnel. Ces difficultés rencontrées par les intervenant·e·s peuvent se traduire par une prestation de soins et de services de moins bonne qualité pour les personnes (im)migrantes ou les personnes appartenant aux communautés ethnoculturelles minoritaires.

Le soutien aux intervenant·e·s devrait ainsi inclure de veiller à leur bien-être. Dans une recherche menée sur le bien-être et la santé mentale des intervenant·e·s communautaires en contexte de pandémie, 51% des répondant·e·s ont déclaré un niveau d'épuisement professionnel moyen et 49% avait un score de bien-être global suggérant un risque de présenter une dépression (Gautier & Bentayeb, 2022). La mise en œuvre d'une programmation d'activités par et pour des intervenant·e·s communautaires pour soutenir leur bien-être et leur santé mentale a mis en évidence « l'importance et la valeur ajoutée de la collectivisation des enjeux vécus par les intervenant·e·s » (Béland et al., 2024, p. 228). En d'autres mots, la mise en place d'activités favorisant des échanges entre collègues a permis de briser leur isolement et de trouver des pistes de solutions. Cela représente une alternative aux initiatives axées sur le suivi individuel pour le bien-être psychologique.

La formation constitue un moyen d'outiller le personnel à l'intervention en contexte d'interculturalité et de migration, qu'elle soit offerte en milieu de travail ou lors de la formation initiale. L'IU SHERPA a entre autres élaboré une formation sur l'approche interculturelle, disponible sur l'[ENA](#), et offre également des formations auprès de divers milieux. Le contenu de la formation peut être adapté aux enjeux plus spécifiques des équipes. Le CERDA offre une variété d'outils de transfert de connaissances plus axés sur la thématique de la migration forcée, telle que l'approche sensible au traumatisme. La mise en place de

« mécanismes de rétention et d'intégration de l'information » (Pearson et al., 2025, p. 114), comme des espaces de partage entre intervenant·e·s autour de situations cliniques complexes est aussi considéré comme important dans le suivi des formations. Dans un autre ordre d'idée, un projet de recherche entourant la mise en œuvre d'un service de consultation interculturelle psychosociale provincial en ligne sera réalisé prochainement. Ce service de consultation sera destiné aux professionnel·le·s du domaine de la santé mentale et de l'intervention psychosociale au Québec, rejoignant une diversité de milieux de pratique, ainsi que de disciplines et de professions. Ce projet tente entre autres de répondre à un besoin d'accompagnement personnalisé et ancré dans des cas cliniques concrets.

Confronté·e·s à la complexité de certaines interventions, plusieurs intervenant·e·s manifestent leur intérêt à se former davantage en interculturel ou aux enjeux migratoires, mais ne disposent pas d'un temps suffisant dans leur horaire de travail (Bouchala et al., 2026). Le soutien aux intervenant·e·s et l'amélioration des pratiques doivent ainsi impliquer une reconnaissance du temps alloué au développement professionnel continu, surtout en contexte de surcharge de travail pour plusieurs (Bentayeb, Leclair Mallette, & Marineau, 2021; Bouchala et al., 2026). Les compétences en interculturel se développant de façon expérientielle et étant inégalement répartie dans les équipes, supporter le soutien par les pairs en reconnaissant le temps alloué à l'accompagnement dans les établissements est une piste de solution. Il s'agit également de compétences qui se développent et se peaufinent tout au long du parcours professionnel, et nécessite donc des réflexions et mises à jour régulières. Les intervenant·e·s pivot en interculturel au CIUSSS de la Capitale-Nationale représentent une initiative dont l'efficacité a été reconnue.

La sensibilisation et la formation aux enjeux liés à la culture et à la migration devraient également concerner les gestionnaires et le personnel d'encadrement clinique étant donné leur rôle de soutien aux intervenant·e·s. D'autres voient la pertinence d'offrir une formation de base à l'ensemble du personnel (Pearson et al., 2025).

Tel que mentionné, dans la prestation de soins et de services aux personnes migrantes à statut précaire, les intervenant·e·s sont confronté·e·s à des postures et des pratiques divergentes par rapport à l'accès aux services de cette population (Bolduc et al., 2025). De plus, des intervenant·e·s vivent des tensions entre leurs obligations déontologiques et les directives administratives de leurs employeurs. En d'autres mots, des intervenant·e·s peuvent ressentir de l'impuissance et de la frustration face à leur volonté d'offrir des soins à une personne migrante à statut précaire, mais dont la prise en charge est refusée par leur milieu de travail.

Recommandations

L'amélioration des pratiques, et par le fait même, l'amélioration de la qualité des soins et des services, impliquent un soutien accru aux intervenant·e·s travaillant en contexte d'interculturalité et de migration. La sensibilisation et la formation aux enjeux interculturels et migratoires permettraient de mieux les outiller à intervenir dans ces contextes. Des considérations liées à un besoin d'accompagnement personnalisé ainsi qu'à la libération pour de la formation continue sont à prendre en compte.

- Inclure dans la formation initiale et continue des intervenant·e·s des savoirs sur les réalités des personnes (im)migrantes et appartenant à des communautés ethnoculturelles minoritaires, ainsi que des savoir-faire et savoir-être adaptés (intervention interculturelle et antiraciste, approche sensible aux traumatismes, etc.) afin de mieux les outiller (Bolduc et al., 2025).
- Instaurer des mécanismes de rétention et d'intégration de l'information et renforcer la supervision clinique pour le personnel comme des discussions cliniques autour des enjeux vécus dans la pratique (Bentayeb, Leclair Mallette, & Marineau, 2021 ; Pearson et al., 2025).
- Créer des espaces favorisant les échanges entre les intervenant·e·s pour aborder des enjeux complexes ou pour partager sur les bonnes pratiques et les difficultés vécues.
- Offrir une formation de base sur les enjeux liés à la culture et à la migration à l'ensemble du personnel, incluant les gestionnaires, personnel d'encadrement et personnel d'accueil.
- Rendre obligatoire la formation sur les enjeux liés à la culture et à la migration pour l'ensemble des professionnel·le·s et intervenant·e·s œuvrant dans des secteurs où les populations (im)migrantes ou certaines communautés ethnoculturelles minoritaires sont surreprésentées comme au sein des services de la DPJ. Cette formation pourrait s'appuyer sur des outils d'adaptation culturelle développés à cet effet, tels que la trousse conçue pour les services Jeunes en difficulté.

Conclusion et bilan des recommandations

Agir en amont des enjeux en santé mentale, itinérance et dépendance pour les personnes (im)migrantes et de communautés ethnoculturelles minoritaires

Les personnes (im)migrantes et les personnes appartenant aux communautés ethnoculturelles minoritaires rencontrent de multiples enjeux spécifiques en lien avec la santé mentale, l'itinérance et la dépendance. Par exemple, les facteurs de risque de l'itinérance des personnes (im)migrantes ont principalement trait à des enjeux institutionnels et systémiques comme des délais administratifs dans l'obtention de statuts migratoires ou de permis de travail, des barrières à l'emploi et des discriminations basées sur la couleur de peau ou le statut migratoire. L'intégration socioéconomique est un processus complexe ayant trait, notamment, au statut migratoire, à l'emploi, aux protections sociales, au logement, à l'accès aux soins et services. Ce processus se déploie sur toute une vie, mais les premiers moments après l'arrivée sont cruciaux pour favoriser le bien-être, la santé, l'accès au logement et l'accès à l'emploi selon les compétences. La précarité de certains statuts migratoires et les vulnérabilités qui en découlent peuvent engendrer des enjeux de santé mentale et précipiter des situations d'itinérance. C'est pourquoi une compréhension des enjeux migratoires est nécessaire pour agir sur les déterminants systémiques de la santé mentale et de l'itinérance, notamment en matière de politiques d'accueil, de logement et d'emploi. Elle est tout aussi essentielle pour les intervenant·e·s et professionnel·le·s sur le terrain afin d'adapter les pratiques aux réalités et aux besoins spécifiques des personnes accompagnées.

L'adaptation des soins et services doit aussi être à l'écoute de réalités spécifiques à certaines communautés ethnoculturelles minoritaires. Les enjeux de santé mentale peuvent être particulièrement stigmatisés ou conçus de façon culturellement spécifique selon la communauté. Aussi, l'historique de certaines communautés ethnoculturelles minoritaires avec les institutions, ainsi que des craintes liées au statut migratoire, peuvent être la source de méfiance envers les institutions. La consultation et l'intégration participative dans l'organisation des services des personnes concernées s'avèrent clé pour adapter les services. L'écoute et la compréhension mutuelle se construit aussi dans chaque interaction clinique, ce qui souligne l'importance de soutenir l'accès à l'interprétariat.

Les réalités migratoires et démographiques évoluent constamment, tout comme le système de santé et de services sociaux appelé à y répondre. Les personnes (im)migrantes et appartenant à des communautés ethnoculturelles minoritaires sont particulièrement vulnérables à des enjeux systémiques et ont des besoins spécifiques. Porter attention à ce qui favorise l'intégration socioéconomique et l'accès à des soins et services adaptés permet d'agir en amont des enjeux de santé mentale, d'itinérance et de dépendance. C'est dans cet esprit que sont faites les recommandations suivantes.

Accueil et intégration socioéconomique

Accès à l'emploi

- Favoriser des liens structurés entre les organisations accueillant les nouveaux arrivants et les employeurs potentiels, et simplifier les contraintes administratives (p. ex. permis de travail acheminé à une ancienne adresse, délais de traitement excessifs, examen médical aux fins d'immigration peu accessible selon la région) afin de réduire les barrières à l'emploi des personnes (im)migrantes, surtout dans les premiers moments après l'arrivée.
- Arrêter l'usage des permis de travail fermé, qui impose une dépendance sur un seul employeur et empêche la mobilité sur le marché du travail.
- Dans le but de réduire les barrières à l'emploi spécifiquement pour les personnes en demande d'asile (voir Cleveland et al., 2021) :
 - Évaluer systématiquement, dès les premières semaines suivant l'arrivée, les compétences, les objectifs professionnels et les besoins d'accompagnement afin de faciliter une intégration rapide et adaptée au marché du travail, notamment en fonction des besoins régionaux de main-d'œuvre.
 - Garantir un accès équitable aux programmes, formations, services et allocations d'insertion en emploi, au même titre que les résidents permanents.
 - Assurer un accès gratuit aux services de formation générale aux adultes, incluant la formation socioprofessionnelle et les parcours menant à un diplôme d'études secondaires pour les adultes.

Coordination des services

- Maintenir le rôle du PRAIDA (en collaboration avec le CERDA) comme responsable du soutien des intervenant·e·s du réseau de la santé et des services sociaux et du secteur communautaire en ce qui a trait aux personnes en demande d'asile, et ce, à travers le Québec, et assurer le financement nécessaire à cette fin.
- Financer davantage les organismes communautaires spécialisés en immigration pour l'accompagnement des personnes à statut précaire, particulièrement en demande d'asile, et particulièrement hors-Montréal. Ce financement, appelé depuis longtemps, est d'autant plus pertinent maintenant qu'il serait en cohérence avec l'extension du mandat des 14 équipes de santé des personnes réfugiées à travers le Québec.

Hébergement et accès au logement

- Élargir les critères d'admissibilité à l'hébergement du PRAIDA afin de rejoindre les personnes en demande d'asile les plus vulnérables et prolonger la durée du séjour en hébergement sans frais à une période suffisante pour trouver un logement.
- Élargir les critères d'éligibilité aux ressources communautaires ou gouvernementales d'hébergement (refuges et services d'hébergement, maisons pour femmes, logement social, etc.) pour les personnes à statut précaire et les personnes en demande d'asile.

- Financer les ressources d'hébergement offrant des services adaptés à certains groupes comme les femmes ou les personnes (im)migrantes. En effet, ces populations peuvent faire face à des vulnérabilités particulières (sécurité, discrimination, langue, manque de réseau, accès aux services, etc.) qui nécessitent des réponses adaptées.
- Soutenir les efforts de médiation entre locataires et propriétaires afin de compenser l'absence de personne garante ou d'historique de crédit, notamment en permettant à des organismes communautaires de conclure des baux au bénéfice des personnes (im)migrantes qui y résident, réduisant ainsi les risques perçus par les propriétaires.
- Sensibiliser les acteurs et actrices du marché locatif (office municipal d'habitation, municipalités, associations de propriétaires, etc.) sur la réalité des personnes (im)migrantes et la nécessité de réduire la discrimination sur le marché locatif.
- Outiller les personnes accompagnant les locataires (travailleur·euse·s sociaux·ales, comités de logement, organisateur·trice·s communautaires, intervenant·e·s, etc.) pour mieux comprendre les réalités et défendre les droits des personnes (im)migrantes.

Accès aux soins pour les personnes migrantes sans assurance maladie et en demande d'asile

- Soutenir les gestionnaires et les acteurs décisionnels du réseau dans l'élaboration et l'application de pratiques administratives et cliniques alignées sur les réalités institutionnelles, tout en favorisant un accès équitable aux soins et services, notamment en considérant les impacts des restrictions d'accès sur les trajectoires de soins, les complications évitables, la santé mentale et le recours aux services d'urgence.
- Informer, sensibiliser et former le personnel du réseau sur la couverture du PFSI et les droits des personnes réfugiées, en demande d'asile ou sans assurance maladie en matière d'accès aux soins et services, notamment par des formations continues, des outils cliniques simplifiés et des points de référence accessibles rapidement (ex. espaces de soutien conseil), afin de limiter les refus de services ou les erreurs d'orientation⁴.
- Établir des mécanismes formels de coordination entre le réseau de la santé, les organismes communautaires, les services d'accueil et les acteurs municipaux, ainsi que des corridors de services pour les situations complexes (santé mentale, itinérance, statut précaire), afin de clarifier les rôles et responsabilités de chacun et favoriser les collaborations intersectorielles.
- Collaborer avec les ordres et associations professionnelles du domaine de la santé pour intégrer dans leurs standards, directives et formations continues les enjeux d'accès aux soins des personnes (im)migrantes à statut précaire (couverture du PFSI, les droits des personnes sans assurance et les pratiques d'orientation adaptées, etc.)

⁴ L'IU SHERPA offre déjà des formations sur ces enjeux: <https://sherpa-recherche.com/fr/formations/>

afin d'assurer une cohérence à l'échelle du réseau et de soutenir la diffusion des outils relatifs à ces enjeux.

- Rendre obligatoire l'inscription au PFSI au-delà des hôpitaux, notamment dans les GMF-R, afin de favoriser l'accès aux soins de première ligne pour les personnes en demande d'asile, et mettre en place des conditions propices, dont la comptabilisation des patients couverts par le PFSI dans l'évaluation de l'atteinte des cibles, tant pour les établissements que pour les médecins.
- Assurer un financement récurrent et suffisant pour les organisations spécialisées œuvrant auprès des personnes (im)migrantes et offrant des services psychologiques, notamment pour le traitement du trouble de stress post-traumatique, en reconnaissant leur rôle de première ligne pour certaines clientèles.

Offre de services adaptés

L'adaptation des soins et services est un processus complexe qui se déploie de façon singulière selon les contextes institutionnels, sanitaires et intercommunautaires, ainsi que les types d'enjeux et de services. C'est pourquoi nous suggérons plus haut des exemples de projets d'adaptation des soins et services.

Adaptation culturelle des services

- Impliquer les personnes appartenant aux communautés ethnoculturelles minoritaires dans la réflexion et la mise en œuvre d'initiatives qui les ciblent, avec une posture d'écoute et de transparence par rapport à la démarche.
- Dans les efforts d'adaptation culturelles des services, établir des relations avec des acteurs clés, tirer profit de partenariats déjà établis et s'inspirer d'initiatives ayant porté fruit.
- Continuer à documenter, évaluer et diffuser les initiatives d'adaptation culturelle des services.

Interprétariat

- Protéger les budgets alloués à l'interprétation afin qu'ils soient exclusivement utilisés pour des services d'interprétation dans l'ensemble des établissements du RSSS (Bolduc et al., 2025, p. 46).
- Assurer une offre diverse de modalités d'interprétation (en présentiel, à distance par téléphone ou visioconférence) adaptées au contexte de l'intervention et aux préférences de la personne usagère et assurer la formation adéquate des intervenant·e·s à leur utilisation (Bentayeb, 2022).
- Reconnaître le temps requis pour la planification des rendez-vous, les interventions et les rencontres avec des interprètes (Briand-Lamarche et al., 2017) et s'assurer que ce temps ne pénalise pas la performance des équipes.
- Former les interprètes et les intervenant·e·s pour favoriser une meilleure alliance intervenant·e et interprète (Briand-Lamarche et al., 2017) :
 - Former les intervenant·e·s à la collaboration avec des interprètes (Briand-Lamarche et al., 2017) par la diffusion d'outils et de formations adaptées sur le

sujet, tels que la [section](#) de la Trousse d'orientation et de sensibilisation (TOS) du CERDA et la formation *Travailler avec un interprète des services publics : les bonnes pratiques*, disponible sur l'ENA.

- Former les interprètes sur l'intervention en contexte interculturel, l'importance de leur rôle, les enjeux éthiques et de confidentialité, les divers contextes d'intervention, ainsi que les termes techniques (Briand-Lamarche et al., 2017 ; Pearson et al., 2025).
- Mettre en place des mécanismes de soutien aux interprètes comme des rencontres avec l'intervenant·e après chaque intervention (Briand-Lamarche et al., 2017).

Soutien aux intervenant·e·s

- Inclure dans la formation initiale et continue des intervenant·e·s des savoirs sur les réalités des personnes (im)migrantes et appartenant à des communautés ethnoculturelles minoritaires, ainsi que des savoir-faire et savoir-être adaptés (intervention interculturelle et antiraciste, approche sensible aux traumatismes, etc.) afin de mieux les outiller (Bolduc et al., 2025).
- Instaurer des mécanismes de rétention et d'intégration de l'information et renforcer la supervision clinique pour le personnel comme des discussions cliniques autour des enjeux vécus dans la pratique (Bentayeb, Leclair Mallette, & Marineau, 2021 ; Pearson et al., 2025).
- Créer des espaces favorisant les échanges entre les intervenant·e·s pour aborder des enjeux complexes ou pour partager sur les bonnes pratiques et les difficultés vécues.
- Offrir une formation de base sur les enjeux liés à la culture et à la migration à l'ensemble du personnel, incluant les gestionnaires, personnel d'encadrement et personnel d'accueil.
- Rendre obligatoire la formation sur les enjeux liés à la culture et à la migration pour l'ensemble des professionnel·le·s et intervenant·e·s œuvrant dans des secteurs où les populations (im)migrantes ou certaines communautés ethnoculturelles minoritaires sont surreprésentées comme au sein des services de la DPJ. Cette formation pourrait s'appuyer sur des outils d'adaptation culturelle développés à cet effet, tels que la trousse conçue pour les services Jeunes en difficulté.

Bibliographie

- Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R. S., Wicklum, S., & Turin, T. C. (2016). Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1522–1540. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0276-z>
- Ali, J. (2002). Mental health of Canada's immigrants. *Supplement to Health Reports*, 13. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/82-003-S20020016336>
- Beiser, M., & Hou, F. (2016). Mental Health Effects of Premigration Trauma and Postmigration Discrimination on Refugee Youth in Canada. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(6), 464–470. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000516>
- Béland, M.-P., Gautier, L., Pappas, C., Laforce, H., Delisle, W., Stan, A., Patrice, J.-S., & Bentayeb, N. (2024). Le bien-être au travail des intervenant-e-s communautaires en temps de pandémie: Des activités interventionnelles coconstruites pour répondre aux besoins des milieux. *Nouvelles pratiques sociales*, 34(1), 219–233. <https://doi.org/10.7202/1114807ar>
- Belkhdja, C. (2025). La régionalisation de l'immigration au Québec. Au-delà des « postes vacants ». *Revue Possibles*, 49(1), 56–62. <https://doi.org/10.62212/revuepossibles.v49i1.833>
- Bentayeb, N. (2022). *Intervention auprès des personnes allophones en temps de crise sanitaire: Modalités d'intervention et adaptation organisationnelle*.
- Bentayeb, N., & Ben Zerrouk, G. (2026). *Trousse des pratiques d'accueil des personnes en demande d'asile au PRAIDA*. Trousse Des Pratiques d'accueil Des Personnes En Demande d'asile Au PRAIDA. <https://pratiques-accueil-praيدا.sherpa-recherche.com/index.php>
- Bentayeb, N., Boisverts-Viens, J., & Mouketou, D. (2022). *Composantes clés et conditions de succès de mise en œuvre et d'efficacité des réseaux de services intégrés pour les jeunes de 12 à 25 ans*. 211.
- Bentayeb, N., Leclair Mallette, I.-A., & Marineau, É. (2021). *Évaluation du fonctionnement et de l'offre de services PRAIDA* (p. 150). Institut universitaire SHERPA.
- Bentayeb, N., Leclair Mallette, I.-A., Ruiz-Casares, M., Guériton, M., Maltais, C., Briand-Lamarche, M., & Leanza, Y. (2021). *Linguistic diversity and interpretation in health and social services interventions: A systematic review of reviews*. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2021/11/Interpretation_ETMISSS_Produit_04-12-2020_Bentayeb%5E0a1.pdf
- Boatswain-Kyte, A., Antwi-Boasiako, K., Baiden, P., Trocmé, N., Fallon, B., Esposito, T., Black, T., Mackenzie, P., & Lwin, K. (2025). Racial disparities in child welfare: A propensity score matched analysis of Black and White children in Canada. *Child Abuse & Neglect*, 169, 107728. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107728>
- Bolduc, E., Dufour, A., Cleveland, J., Hanley, J., & Breton, L. (2025). *Portrait 2024-2025—CoSaMi Accès aux soins pour les personnes en demande d'asile et migrantes sans assurance maladie* (p. 63). Institut universitaire SHERPA et CERDA.
- Bouchala, N. A., Bélanger, L., Bourjolly, L., & Gagnon, M. M. (2026). *Parcours professionnels et savoirs expérientiels des membres des équipes offrant le bilan du bien-être et de la santé physique. Rapport d'activités et recommandations visant à améliorer l'intégration, l'engagement et le sentiment d'appartenance*. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA).
- Brabant, Z., & Raynault, M.-F. (2012). Health Situation of Migrants with Precarious Status: Review of the Literature and Implications for the Canadian Context—Part A. *Social Work in Public Health*, 27(4), 330–344. <https://doi.org/10.1080/19371918.2011.592076>
- Briand-Lamarche, M., Maltais, C., & Guériton, M. (2017). *L'interprétariat en tant que mode d'intervention en santé et en services sociaux* (p. 163). CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal: Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux.
- Calzada-Calugay, R. de la, & Hanley, J. (2024). Homelessness and housing insecurity among im/migrants in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Urban Research*, 33(1), Article 1.

- Cénat, J. M., Lashley, M., Jarvis, G. E., Williams, M. T., Bernheim, E., Derivois, D., & Rousseau, C. (2024). The Burden of Psychosis in Black Communities in Canada: More than a Feeling, a Black Family Experience. *Canadian Journal of Psychiatry*. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 69(1), 10–12. <https://doi.org/10.1177/07067437231197263>
- Cleveland, J., Hanley, J., Jaime, A., & Wolofsky, T. (2020). *Impacts de la crise de la COVID-19 sur les "communautés culturelles" montréalaises: Enquête sur les facteurs socioculturels et structurels affectant les groupes vulnérables*. Institut universitaire SHERPA.
- Cleveland, J., Hanley, J., Salamanca Cardona, Manuel, Turcotte-Plamondon, Marianne, Wolofsky, Tamar, Leloup, Xavier, Merry, Lisa, & Rose, Damaris. (2021). *Le parcours d'installation des demandeurs d'asile au Québec*. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2021/11/installation_demandeurs_asile_Cleveland_Hanley.pdf
- Coderre, M. (2025). Migration inc.: Les intermédiaires privés qui font tourner les rouages de la migration de travail temporaire au Québec. *Possibles*, 49(1), 83–91. <https://doi.org/10.62212/revuepossibles.v49i1.836>
- CoSaMi. (n.d.). *Tableau d'admissibilité à un régime d'assurance santé public au Québec pour les personnes migrantes*. CERDA et IU SHERPA. Retrieved June 1, 2026, from <https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2026/02/2026-02-11-tableau-admissibilite-VF.pdf>
- CoSaMi. (2026). *Le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) change* [Infographie]. <https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2026/05/2026-05-21-Infographie-PFSI-Francais.pdf>
- Côté-Olijnyk, M., Perry, J. C., Paré, M.-È., & Kronick, R. (2024). The mental health of migrants living in limbo: A mixed-methods systematic review with meta-analysis. *Psychiatry Research*, 337, 115931. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115931>
- Coustere, C. (2025). Long, complexe et précarisant: Obtenir la résidence permanente à partir du Québec. *Possibles*, 49(1), 35–43. <https://doi.org/10.62212/revuepossibles.v49i1.830>
- Duchesne, S., Chu, A., & Chinchilla A., F. (2024). *Prévention du suicide auprès des membres des communautés ethnoculturelles minoritaires et/ou racisées, des personnes réfugiées ou en demande d'asile au Québec*. *Revue de la littérature et consultations des acteurs terrain* (p. 134). IU SHERPA et CERDA. <https://sherpa-recherche.com/fr/publication/prevention-du-suicide-aupres-des-membres-des-communautés-ethnoculturelles-minoritaires-et-ou-racisees-des-personnes-refugiees-ou-en-demande-dasile-au-quebec-revue-de-la-litterature-et-consu/>
- EQSJS. (2026). *Santé mentale, réussite éducative et immigration*. Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire. https://santepublicquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/DRSP_EQSJS_FaitsSaillantsImmigration.pdf
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Frounfelker, R. L., Miconi, D., Farrar, J., Brooks, M. A., Rousseau, C., & Betancourt, T. S. (2020). Mental Health of Refugee Children and Youth: Epidemiology, Interventions, and Future Directions. *Annual Review of Public Health*, 41(1), 159–176. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094230>
- Gautier, L., & Bentayeb, N. (2022). *Infographie: RQCP, Bien-être et santé mentale intervenants communautaires*. IU SHERPA. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2022/10/Infographie-RQCP-Bien-etre-et-sante-mentale-intervenants-communautaires_VF_29-09-2022.pdf
- Gouvernement du Canada, S. C. (2024, October 23). *Les étudiants étrangers et les travailleurs étrangers temporaires paient-ils plus que les personnes nées au Canada sur le marché locatif?* <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2024010/article/00004-fra.htm>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2025a, June 18). *Estimations trimestrielles du nombre de résidents non permanents par type, provinces et territoires: Tableau de bord interactif*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/71-607-x/71-607-x2025009-fra.htm>
- Gouvernement du Canada, S. C. (2025b, December 11). *Les résidents non permanents sur le marché des propriétés résidentielles*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/46-28-0001/2025001/article/00005-fra.htm>

- Hanafi, S., Kronick, R., & Rousseau, C. (2025). The Mental Health of Refugee Claimants and Undocumented Migrants. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 71(2), 149–162. <https://doi.org/10.1177/07067437251316454>
- Hanley, J., & Bourdeau, F. (2025). *Prévention de l'itinérance des personnes im/migrantes à Montréal et amélioration de leur accès aux services: Essentiel à la cohabitation sociale* [Avis à la Consultation sur Itinérance et cohabitation sociale à Montréal].
- Hanley, J., Hassan, M., Al Mhamied, A., Guruge, S., Hajjar, O., Hynie, M., Jamil, R., & Razavipour, E. (2024). Resettlement of Older Syrian Refugees in Canada: Key Individual Factors of Social Inclusion. *Refuge: Canada's Journal on Refugees*, 40(1). <https://doi.org/10.25071/1920-7336.41223>
- Hanley, J., Ives, N., Lenet, J., Hordyk, S.-R., Walsh, C., Ben Soltane, S., & Este, D. (2019). Migrant women's health and housing insecurity: An intersectional analysis. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 15(1), 90–106. <https://doi.org/10.1108/IJMHSC-05-2018-0027>
- Hansson, E. K., Tuck, A., Lurie, S., & McKenzie, K. (2012). Rates of mental illness and suicidality in immigrant, refugee, ethnocultural, and racialized groups in Canada: A review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 57(2), 111–121.
- Hassan, G., Kirmayer, L., Ventevogel, P., Mekki Berrada, A., A., Quosh, C., El Chammay, R., & Song, S. (2016). *Culture, contexte du conflit, santé mentale et bien-être psychosocial des Syriens*. [Rapport sur la santé mentale et le soutien psychosocial à l'intention du personnel travaillant auprès des Syriens touchés par le conflit armé.].
- Hou, F., Koumaglo, È., & Zhang, H. (2025). *L'immigration et le prix des logements dans les municipalités du Canada*. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.
- Hynie, M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- ISQ. (2025, January 16). *Bilan démographique des régions du Québec: Une croissance accélérée dans plusieurs régions, surtout en raison des migrations internationales*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/communiqu/bilan-demographique-regions-quebec-croissance-acceleree-migrations-internationales>
- Kayayan, V. (2024). *Compréhension des enjeux et des facteurs de risque et de protection en santé mentale chez les personnes immigrantes et réfugiées: Une revue de littérature* (p. 32). CERDA. <https://cerda.info/facteurs-risque-protection-sante-mentale-immigrants-refugies/?highlight=sant%C3%A9+mentale>
- Kikano, F., Fatten, A.-M., Herazo, B., & Duncan, H. (2026). *Invisible Journeys: Documenting the spatial and housing trajectories of homeless migrants in Montreal* (p. 130). Liquid Space Lab. https://4c67adaa-a6d6-4565-8441-d5de87b65074.filesusr.com/ugd/443847_316235e9db9740dc95a5ae17afc38af4.pdf
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K., & for the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kronick, R., Jarvis, G. E., & Kirmayer, L. J. (2021). Refugee mental health and human rights: A challenge for global mental health. *Transcultural Psychiatry*, 58(2), 147–156. <https://doi.org/10.1177/13634615211002690>
- MHRC. (2023). *Examiner les expériences des nouveaux arrivants en matière de santé mentale* (p. 17). Recherche en santé mentale Canada (MHRC). <https://static1.squarespace.com/static/5f9978fdff01872f76f38a09/t/65779abfb39b53baa889c2f1702337216866/FRENCH+-Examining+the+Mental+Health+Experiences+of+Newcomers.pdf>
- Pearson, M., Damasse, J., & Bentayeb, N. (2025). *Stratégies organisationnelles d'adaptation culturelle des soins et services de proximité en santé mentale* (p. 205). Unité d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé mentale. Institut universitaire en santé mentale de Montréal. https://ciusssestmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusssemtl/files/media/document/PDF_ETMI_rapport_adpt-culturelle_juin-2025_CIUSSS-EMTL.pdf
- Regard sur la santé des jeunes de Montréal. (n.d.). *Santé mentale, réussite éducative et immigration*. Retrieved May 27, 2026, from <https://santepubliquemontreal.ca/professionnels-et->

partenaires/thematiques-de-sante-publique/enquete-quebecoise-sur-la-sante-des-jeunes-du-secondaire-2022-2023/eqsjs-immigration

Schinazi, J., Santavicca, T., Ngov, C., Vanier-Clément, A., Touré, A., Bolduc, E., & Rousseau, C. (2022). The CoVivre Program: Community Development and Empowerment to Address the Inequalities Exacerbated by the COVID-19 Pandemic in the Greater Montreal Area, Canada. *Journal of Humanistic Psychology*, 00221678221124654. <https://doi.org/10.1177/00221678221124654>