

IMPACTS DE LA CRISE DE LA COVID-19 SUR LES « COMMUNAUTÉS CULTURELLES » MONTRÉALAISES

ENQUÊTE SUR LES FACTEURS SOCIOCULTURELS ET STRUCTURELS AFFECTANT LES GROUPES VULNÉRABLES



Janet Cleveland
Jill Hanley
Annie Jaimes
Tamar Wolofsky

Une publication de l'Institut universitaire SHERPA, une infrastructure financée par les Fonds de recherche du Québec Société et Culture et par le ministère de la Santé et des Services sociaux, au sein du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

7085 Hutchison

Montréal, Qc., H3N 1Y9

sherpa.dlm@ssss.gouv.qc.ca

<https://www.sherpa-recherche.com>

Titre :

Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises
Enquête sur les facteurs socioculturels et structurels affectant les groupes vulnérables

Éditeur :

Institut universitaire SHERPA

Auteures:

Janet Cleveland (PhD)

Prof. Jill Hanley (PhD)

Annie Jaimes (PhD)

Tamar Wolofsky (MSW)

Graphisme et mise en page :

Andréanne Boisjoli

Photo page couverture : Murale « Rencontre entre les cultures », Centre éducatif communautaire René-Goupil, 4105, 47e rue (coin Pie IX), Montréal. Par MU / Yannick Picard. [Photo Ville de Montréal CC BY-ND 2.0 \(détail\)](#)

ISBN 978-2-9819166-0-0 (en ligne)

Dépôt légal - Bibliothèque et archives du Canada, 2020

Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2020

© 2020 Institut universitaire SHERPA

Immigration. Diversité. Santé.

INSTITUT UNIVERSITAIRE
SHERPA
Immigration. Diversité. Santé.

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

Québec 

IMPACTS DE LA CRISE DE LA COVID-19 SUR LES « COMMUNAUTÉS CULTURELLES » MONTRÉALAISES

ENQUÊTE SUR LES FACTEURS SOCIOCULTURELS ET STRUCTURELS AFFECTANT LES GROUPES VULNÉRABLES

Janet Cleveland (PhD)
Prof. Jill Hanley (PhD)
Annie Jaimes (PhD)
Tamar Wolofsky (MSW)

FINANCEMENT

Janet Cleveland a reçu un soutien salarial partiel de l'Institut universitaire SHERPA pendant l'étude.

REMERCIEMENTS

Les auteures souhaitent remercier tous les organismes, informateurs et informatrices clefs ayant accepté de participer à cette étude en temps de pandémie. Les auteures souhaitent également remercier D^{re} Cécile Rousseau, qui a contribué à élaborer le projet, ainsi que les personnes suivantes, qui ont participé à la collecte de données : Lili Azari, Christian Desmarais, Salam El-Majzoub, Anousheh Machouf, Diana Miconi, Nate Mosseau, Minh Thi Nguyen, Marie-Hélène Rivest, Tara Santavicca.

LISTE DES ACRONYMES

AVC	Accident vasculaire cérébral
CHSLD	Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée
CLSC	Centre Local de Services Communautaires
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRSP	Direction régionale de la santé publique
EPP	Équipement de protection personnel
MIFI	Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PCU	Prestation canadienne d'urgence
PCUE	Prestation canadienne d'urgence pour les étudiants
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
SST	Santé et sécurité au travail
SPVM	Service de Police de la Ville de Montréal

TABLE DES MATIÈRES

Financement	1
Remerciements	1
Liste des acronymes	2
Table des matières	3
Sommaire exécutif	6
1. Introduction et problématique	14
1.1 Les « communautés culturelles » : un concept problématique	15
1.2 Surreprésentation des communautés culturelles parmi les cas de COVID	16
1.3 Facteurs de variabilité à l'intérieur des « communautés culturelles »	20
1.3.1 Langue	21
1.3.2 Littératie	21
1.3.3 Statut migratoire	21
1.3.4 Période d'établissement au Québec	22
1.3.5 Niveau socioéconomique	23
1.3.6 Type d'emploi	23
2. Méthodologie	24
2.1 Critères d'inclusion	24
2.2 Recrutement des informateurs clefs	25
2.3 Cueillette de données	25
2.4 Analyse	26
2.5 Limites de l'étude	26
3. Résultats	27
3.1 Initiatives communautaires	27
3.1.1 Mobilisation précoce dans certaines communautés	27
3.1.2 Adaptation des interventions communautaires	28
3.2 Informations sur les consignes sanitaires et facteurs affectant leur mise en pratique	29
3.2.1 Connaissance et respect des consignes – situation générale	29

3.2.2 Sources d'information	30
3.2.3 Obstacles linguistiques à la compréhension de l'information sanitaire	31
3.2.4 Confusion concernant certaines consignes	32
3.2.5 Facteurs qui font obstacle à l'application des consignes	33
3.3 Accès aux services de santé et psychosociaux	34
3.3.1 Accès au dépistage	34
3.3.2 Accès aux soins de santé	35
3.3.3 Besoins psychosociaux et difficultés d'accès aux services	36
3.4 Sécurité financière	38
3.4.1 Perte d'emploi, difficultés financières et mesures d'aide	38
3.5 Santé et sécurité au travail	41
3.5.1 Travailleurs du secteur de la santé	41
3.5.2 Travailleurs dans d'autres secteurs désignés « essentiels »	42
3.5.3 Difficultés à défendre ses droits de santé et sécurité au travail	43
3.6 Sécurité alimentaire	44
3.7 Logement	45
3.8 Bien-être familial et social	46
3.8.1 Enfants	46
3.8.2 Aînés	48
3.8.3 Couples et parents	48
3.8.4 Famille au pays d'origine	49
3.9 Rôle des groupes religieux	49
3.10 Relations intercommunautaires et actes racistes en lien avec la pandémie	50
4. Conclusion	52
4.1 Synthèse des facteurs de vulnérabilité nécessitant l'appui du secteur public et communautaire	52
4.1.1 Facteurs socio-économiques	52
4.1.2 Facteurs socioprofessionnels	52
4.1.3 Facteurs sociodémographiques	53
4.1.4 Facteurs liés au statut migratoire	54
4.1.5 Facteurs linguistiques	55

4.1.6 Facteurs liés au racisme	55
4.2 Recommandations	55
4.2.1 Recueillir les données sur les déterminants sociaux de la COVID	56
4.2.2 Favoriser la concertation et la consultation communautaire	56
4.2.3 Promouvoir l'accès aux informations et consignes sanitaires en établissant un plan de diffusion multilingue	56
4.2.4 Promouvoir l'accès aux services de santé et aux services psychosociaux	57
4.2.5 Favoriser l'accès aux mesures d'aide financière	58
4.2.6 Poursuivre l'adaptation des mesures de Santé et sécurité au travail à la pandémie	58
4.2.7 Favoriser la sécurité alimentaire	59
4.2.8 Assurer le maintien de l'accès au logement	59
4.2.9 Promouvoir le bien-être familial	59
4.2.10 Solidifier les relations intercommunautaires et agir contre le racisme	60
4.3 Pour conclure	60
5. Références	62
Annexe I : Organismes consultés et principales populations desservies	66
Annexe II : Personnes au Québec sans aucune couverture d'assurance-santé publique – Estimé (2020)	69
Annexe III: Grille d'entrevue	73

Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises

Enquête sur les facteurs socioculturels et structurels
affectant les groupes vulnérables

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Alors que de nombreuses études se penchent sur les dimensions médicales de la pandémie de la COVID-19, nous disposons encore de peu de données concernant les facteurs de risque sur les plans socioculturels, économiques et structurels qui peuvent affecter le niveau d'exposition des personnes et des groupes au virus, ainsi que leur capacité à appliquer les mesures de santé publique et à traverser la crise sanitaire. Or, les observations sur le terrain et **les hauts taux d'infection dans les quartiers pluriethniques, financièrement défavorisés et racisés de Montréal suggèrent que certains facteurs socioculturels, économiques et structurels joueraient un rôle important.**

Le présent rapport est issu d'une étude exploratoire visant à mieux comprendre les enjeux rencontrés par les personnes issues de minorités ethnoculturelles et marginalisées durant la première phase de l'épidémie de COVID-19 à Montréal. Cette étude, réalisée dans l'urgence, n'a pas visé à dresser un portrait exhaustif de l'expérience des groupes minoritaires, mais plutôt à rapporter les perceptions

et préoccupations d'un large éventail d'acteurs clefs impliqués auprès de ces populations. Nous avons choisi de mettre l'accent sur les communautés les plus défavorisées et celles avec un taux élevé de personnes à statut migratoire précaire. Ce rapport vise à améliorer notre compréhension des enjeux socioculturels et systémiques qui affectent la mise en place de mesures de santé publique en temps de crise sanitaire, afin de soutenir les autorités publiques dans la considération de ces enjeux lors des prochaines vagues ou de futurs événements similaires.

Au printemps 2020 (soit entre le 13 avril et le 20 mai), nous avons mené des entrevues avec **50 informateurs clefs** impliqués auprès de personnes issues de groupes ethnoculturels ou de l'immigration récente : **des intervenants de groupes communautaires spécialisés dans l'accueil de nouveaux arrivants; des représentants d'associations ethnoculturelles; des leaders de groupes religieux; des membres de groupes d'entraide informels dans des quartiers pluriethniques; et des professionnels impliqués auprès de ces populations.**

Dans l'ensemble, les membres de communautés culturelles rapportent des préoccupations, besoins et difficultés très semblables à ceux vécus par la population majoritaire. Dans ce rapport, nous nous attardons principalement à mettre en lumière les éléments qui touchent spécifiquement les membres de communautés culturelles potentiellement plus vulnérables.

Limites de la notion de « communautés culturelles »

Au terme de notre étude, nous avons constaté que les différences à l'intérieur de chacune des « communautés culturelles » sont globalement plus importantes que la différence entre ces communautés minoritaires et la communauté majoritaire. Dit autrement, nous avons constaté que lorsqu'on tente de comprendre l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les « communautés culturelles » de Montréal, **l'identité ethnoculturelle n'est qu'un facteur parmi d'autres, et pas le plus important. La vulnérabilité face à la pandémie au sein de ces communautés est liée à l'intersection de multiples facteurs économiques et sociaux, incluant le fait d'être défavorisé sur le plan socioéconomique, d'occuper un emploi dans un secteur à haut risque d'exposition à la COVID, d'être allophone, d'avoir un faible niveau de littératie, d'avoir un statut migratoire précaire, d'être arrivé récemment, et/ou d'être l'objet de racisme.**

Indices de surreprésentation des « communautés culturelles » parmi les cas de COVID

Des études menées aux États-Unis et en Grande-Bretagne indiquent que le risque d'infection et le taux de mortalité COVID seraient plus élevés chez les minorités racisées que chez la majorité blanche, et suggèrent que cela pourrait être lié à des facteurs structurels tels que la pauvreté et l'accès inégal aux services. Un rapport de la Direction régionale de Santé publique de Montréal indique qu'en date du 16 mai 2020, « les personnes atteintes de la COVID-19 étaient 2,5 fois plus nombreuses dans les secteurs très défavorisés que dans les secteurs très favorisés de l'île de Montréal. Cet écart s'agrandit de façon constante depuis le début de la pandémie ». Il semblerait que dans plusieurs de ces quartiers « très défavorisés », la population est majoritairement racisée et/ou issue de l'immigration. Cependant, à date (début juillet 2020), les publications de la Santé publique ne contiennent pas de données sur l'ethnicité, le statut migratoire, la langue ni sur plusieurs autres éléments qui seraient essentiels afin de mieux cerner quels facteurs contribuent au risque de propagation de la COVID et son impact sur la population.

Initiatives communautaires

Nos données indiquent que les groupes communautaires au service des nouveaux arrivants, les associations ethnoculturelles, les groupes religieux et les groupes d'entraide informels jouent un rôle important, en complément au réseau public, depuis le début de la pandémie. La plupart ont réussi à offrir des services à leurs clients ou membres malgré

les limites liées aux consignes sanitaires (distanciation physique, confinement). Les services (variables d'un organisme à l'autre) ont notamment inclus : la diffusion et l'explication des principales directives de la Santé publique, incluant souvent leur traduction dans les principales langues de leurs clients/membres et la création d'outils d'information adressés plus spécifiquement à leurs communautés; la circulation de l'information sur les critères d'éligibilité aux diverses mesures financières et le soutien pour compléter les formulaires de demande; le dépannage alimentaire; le soutien aux aînés (ex.: livraison de nourriture et médicaments); le soutien psychosocial (écoute empathique, orientation vers des services, aide pour avoir accès aux services, etc.). Plusieurs de ces groupes, notamment les associations ethnoculturelles, offrent les services dans la langue d'origine des membres de la communauté, ce qui est particulièrement important pour les aînés et les nouveaux arrivants.

Consignes sanitaires : information et mise en pratique

Selon nos données, les membres des communautés culturelles montréalaises adhèrent généralement aux directives de la Santé publique et du gouvernement relatives à la pandémie. Toutefois, leur volonté de **respecter ces consignes se heurte à plusieurs obstacles. D'abord, la défavorisation socioéconomique : travail dans des secteurs 'chauds' sans équipement de protection adéquat, utilisation des transports en commun, logements exigus et surpeuplés.**

Ensuite, il y a les obstacles liés à la **langue** pour les personnes qui ne parlent ni le français, ni l'anglais ('allophones'), particulièrement nombreuses chez certains groupes récemment arrivés qui n'ont pas encore complété le processus de francisation, ainsi que chez les aînés de certaines communautés. Cela a pris près de deux mois à partir du début du confinement avant que des fiches officielles multilingues concernant les précautions sanitaires liées à la COVID soient diffusées par la Santé publique. De plus, des informateurs ont signalé plusieurs cas où des allophones qui ont appelé la ligne Info-Santé ainsi que la ligne spéciale d'information sur le dépistage de la COVID n'ont pas réussi à obtenir des conseils ou à être référés pour du dépistage en raison de barrières linguistiques. Il a été souligné qu'il pourrait être pertinent de recourir à des services d'interprétriariat en ligne afin que ces services essentiels soient accessibles à l'ensemble de la population.

Accès au dépistage, aux soins de santé et aux services psychosociaux

Le 31 mars 2020, le MSSS avait émis une directive prévoyant que le dépistage et les soins liés à la COVID-19 doivent être offerts gratuitement à toute personne vivant au Québec, quel que soit son statut migratoire. Cependant, malgré la volonté des autorités publiques de faciliter l'accès au dépistage et aux soins de la COVID, plusieurs obstacles ont été identifiés pour certaines personnes à statut migratoire précaire.

Des informateurs ont cité plusieurs cas où des personnes qui croyaient avoir des symptômes de la COVID se sont fait dire, à la ligne

Info-Santé ou dans des cliniques de dépistage, qu'elles avaient besoin de la carte RAMQ pour accéder au dépistage. Par conséquent, il y aurait eu plusieurs cas où des demandeurs d'asile et des personnes sans assurance médicale ont hésité à se faire dépister ou encore, se sont vu refuser l'accès au dépistage. De plus, certaines personnes sans assurance médicale hésitaient à consulter parce qu'elles craignaient de devoir payer des frais. Des informateurs ont d'ailleurs rapporté quelques cas où des établissements auraient réclamé des frais suite à un test négatif. Enfin, plusieurs personnes sans statut auraient affirmé qu'elles craignaient de se rendre dans les cliniques de dépistage ou hôpitaux puisqu'il n'y avait pas de garanties explicites qu'elles ne seraient pas dénoncées aux autorités de l'immigration et ensuite déportées.

Nos données suggèrent que plusieurs personnes allophones ont éprouvé des difficultés à communiquer avec le personnel soignant. En effet, elles ne pouvaient généralement pas être accompagnées lors des consultations médicales, alors que ce sont souvent des proches qui traduisent pour elles. Cette situation est préoccupante dans la mesure où cela pourrait contribuer à des erreurs médicales ou des soins inadéquats.

Dans l'ensemble de la population, tant chez la majorité que chez les communautés culturelles, la crise de la COVID a entraîné beaucoup de détresse, particulièrement chez des personnes ayant certains facteurs de vulnérabilité : aînés seuls, personnes défavorisées, mères monoparentales, personnes vivant avec un handicap ou des problèmes de santé mentale et autres situations de ce type. Les préposées aux bénéficiaires, souvent des

femmes immigrantes, ont vécu un niveau d'anxiété particulièrement élevé en raison de la peur d'être infectées et surtout, la peur d'infecter leurs familles. L'offre de services psychosociaux et de soutien à domicile aurait diminué sensiblement pendant le confinement alors que les besoins avaient considérablement augmenté, en partie parce que de nombreux professionnels avaient été redéployés pour s'occuper de la COVID-19. Par conséquent, des personnes vulnérables dans la communauté auraient connu une interruption ou une réduction de services.

Sécurité financière

Nos données indiquent qu'en général, les personnes éligibles ont réussi à accéder aux mesures de soutien financier offertes par les divers paliers de gouvernement depuis le début de la pandémie, même s'il y a eu quelques difficultés. Toutefois, plusieurs informateurs ont signalé que les travailleurs sans statut étaient exposés à une précarité financière extrême pendant le confinement, puisqu'ils n'ont droit à aucune prestation (pas même l'aide de dernier recours).

Santé et sécurité au travail

Pendant le confinement, les personnes issues de l'immigration étaient particulièrement nombreuses à travailler dans les secteurs désignés comme essentiels. En particulier, les personnes immigrantes sont largement **sur-représentées dans les postes du secteur de la santé à haut risque d'infection par la COVID, notamment comme préposés aux bénéficiaires dans les CHSLD**. Les femmes demandeuses d'asile, provenant surtout

d'Haïti et d'Afrique subsaharienne, sont particulièrement nombreuses à occuper ces postes. De nombreux membres de communautés culturelles ont **contracté la COVID au travail et, parfois, l'ont transmise aux membres de leurs familles ou à l'entourage dans les quartiers où ils habitent**. Le manque d'équipement de protection personnelle au travail et l'impossibilité pour les travailleurs de la santé habitant dans de petits logements de s'isoler de leurs familles ont contribué à la propagation du virus dans ces communautés.

Dans certains milieux de travail autres que le secteur de la santé, des travailleurs issus des communautés culturelles, surtout à statut migratoire précaire, ont également rapporté des situations qui compromettent le respect des consignes sanitaires tels le manque d'équipement de protection ou le non-respect de la distanciation au niveau de l'aménagement des postes de travail. Nos informateurs ont noté que les migrants à statut précaire sont nombreux à être à l'emploi d'agences de placement, ce qui peut parfois les exposer à des risques additionnels, tels que d'être déplacés d'un établissement à un autre, ne pas être adéquatement informés des éclosions dans leur milieu de travail ou être transportés au lieu de travail dans des autobus bondés. Plus généralement, nos données indiquent que les migrants à statut précaire ou sans statut sont souvent réticents à faire une plainte si leur employeur n'applique pas adéquatement les consignes sanitaires, ou encore d'arrêter de travailler s'ils tombent malades. Les demandeurs d'asile craignent parfois que le fait de revendiquer leurs droits puisse nuire à leurs chances d'être acceptés comme réfugiés, alors que les

personnes sans statut ont souvent peur d'être dénoncées aux autorités de l'immigration. De plus, les travailleurs racisés, surtout dans des milieux non-syndiqués, seraient particulièrement inquiets de subir des représailles de l'employeur et ensuite d'avoir de la difficulté à trouver un autre emploi, surtout dans le contexte de la récession économique qui se dessine.

Sécurité alimentaire

Selon nos informateurs, dans plusieurs quartiers pluriethniques et défavorisés, le nombre de personnes qui ont recours aux banques alimentaires aurait triplé. Pendant les premières semaines du confinement, il y a eu une pénurie de denrées, plusieurs banques alimentaires ayant suspendu leurs opérations. Par la suite, malgré un financement accru par des organismes caritatifs, plusieurs banques alimentaires auraient du mal à suffire à la demande.

Logement

Selon nos données, les immigrants de première génération, particulièrement des demandeurs d'asile et autres migrants à statut précaire, sont plus nombreux à avoir un faible niveau de revenu et à vivre dans des logements exigus et souvent surpeuplés. Dans un tel contexte, il est particulièrement difficile de minimiser les contacts ou d'isoler une personne malade afin d'éviter la transmission du virus. Cet enjeu est d'autant plus préoccupant puisque ces personnes immigrantes sont nombreuses à travailler dans le domaine de la santé. Aussi, un nombre important de familles immigrantes habiteraient

dans des blocs-appartements avec des espaces communs, ce qui augmente l'exposition potentielle au virus. De plus, les ménages multigénérationnels, fréquents dans plusieurs communautés culturelles, peuvent augmenter le risque que les personnes exposées à la COVID-19 dans leur milieu de travail infectent leurs parents âgés qui vivent sous le même toit. Des difficultés similaires ont été décrites dans le cas de colocation, mode de cohabitation privilégié par de nombreux demandeurs d'asile, travailleurs migrants et étudiants internationaux, surtout pendant les premiers mois après l'arrivée.

Bien-être familial

Nos données indiquent que la **fermeture des écoles a eu un impact négatif disproportionné sur les enfants de certaines communautés culturelles**, principalement dans les familles où les parents n'étaient pas en mesure d'aider leurs enfants pour les travaux scolaires, soit parce qu'ils parlent peu ou pas le français ou que leur niveau de littératie est faible, ou les deux, ce qui est plus fréquent chez les demandeurs d'asile, les réfugiés et certaines catégories de travailleurs migrants. Aussi, les immigrants récents et les migrants à statut précaire ont souvent un bas niveau de revenus, de sorte que plusieurs d'entre eux n'ont pas d'accès à un ordinateur ou tablette, ni de connexion internet. Le cheminement scolaire de ces enfants risque fort d'être compromis, d'autant plus que plusieurs faisaient déjà face à des défis majeurs associés à l'apprentissage du français et à l'intégration dans le système scolaire québécois. Dans les familles plus défavorisées, les enfants d'âge préscolaire étaient particulièrement à risque

d'avoir été privés de la stimulation nécessaire à leur développement pendant la période de confinement.

Plusieurs répondants ont mentionné que les femmes monoparentales à faibles revenus, souvent avec plusieurs jeunes enfants, étaient nombreuses chez les demandeurs d'asile et certains autres immigrants de première génération. Pendant le confinement, elles ont vécu des niveaux de stress particulièrement élevés, d'autant plus qu'elles vivent souvent dans de petits logements, sans accès à une cour, sans connexion internet et avec peu de jouets pour les enfants. Les enfants risquent d'être particulièrement sous-stimulés ou agités alors que les mères sont dépassées et souvent déprimées.

Rôle des groupes religieux

Dès les premiers jours du confinement au Québec, la vaste majorité des groupes religieux ont annoncé la fermeture de tous les lieux de culte. Dans les jours qui ont suivi, le SPVM est intervenu à quelques reprises en réponse à des dénonciations (parfois non fondées) alléguant le non-respect des consignes, notamment dans la communauté juive hassidique. À la demande de la DRSP de Montréal, une équipe de médiation culturelle de l'Institut universitaire SHERPA est intervenue pour faciliter un dialogue entre des représentants de la communauté juive hassidique, la DRSP et le SPVM. Une intervention similaire a eu lieu avec des représentants de groupes musulmans avant le Ramadan. L'intervention a aidé à établir une relation axée davantage sur la collaboration que sur la contrainte. Après

discussion, les groupes religieux ont confirmé leur engagement à respecter les consignes de la Santé publique, incluant l'évitement des rassemblements à l'occasion de la Pâque juive, du Ramadan et de l'Eid. De leur côté, la SPVM a modifié certaines pratiques de vérification pour mieux protéger le sentiment de sécurité de ces communautés et éviter des interventions potentiellement stigmatisantes.

Plusieurs groupes religieux ont offert du dépannage alimentaire et du soutien matériel pour les personnes vulnérables; des rites religieux à distance (Zoom, etc.); et du soutien spirituel et psychologique pour leurs adhérents (ex, consultations individuelles par téléphone). Selon nos données, ces actions auraient soutenu des personnes vulnérables pour lesquelles leur communauté religieuse est importante.

Relations intercommunautaires et actes racistes

Depuis le début de la pandémie, deux groupes au Québec ont fait l'objet de propos et gestes racistes liés à la crise sanitaire. D'abord, les membres de la communauté chinoise, ainsi que les personnes perçues comme étant 'asiatiques'. Les événements rapportés incluent une agression au couteau contre une personne d'origine coréenne; du vandalisme contre trois pagodes bouddhistes de la communauté vietnamienne; des graffitis; et des commentaires haineux et insultes, tant sur les réseaux sociaux qu'en personne. Nos informateurs de la communauté chinoise se sont dit inquiets pour leur sécurité, certains affirmant même qu'ils ont peur de quitter leur domicile. Certains ont ainsi souhaité recevoir de l'information et du soutien

sur les façons de se protéger s'ils sont victimes de gestes haineux.

Le deuxième groupe ciblé par les gestes discriminatoires est la communauté juive hassidique. Ils auraient ainsi fait l'objet de multiples dénonciations concernant la distanciation sociale, souvent non-fondées, liées notamment au fait que les familles sont souvent grandes, avec de nombreux enfants. La communauté juive hassidique a également fait l'objet de commentaires haineux (graffitis, réseaux sociaux).

Conclusion

Plusieurs individus et groupes sont touchés par de multiples facteurs de défavorisation, de marginalisation et de vulnérabilité qui interagissent, ce qui augmente d'autant le risque global. **La crise de la COVID vient ainsi accentuer les inégalités et vulnérabilités préexistantes.** Notre étude suggère que les principaux facteurs qui vulnérabilisent certains groupes au sein des communautés culturelles incluent le fait d'être en situation de précarité financière; d'occuper un emploi dans un secteur à haut risque d'exposition à la COVID; d'avoir un statut migratoire précaire ou d'être une personne sans statut; de ne pas avoir d'assurance médicale; d'être allophone; d'avoir un faible niveau de littératie; et/ou d'être l'objet de racisme.

En conclusion, le rapport propose quelques recommandations visant à favoriser une approche inclusive et globale de la santé publique en temps de pandémie afin de mieux protéger des personnes vulnérabilisées en raison de facteurs économiques, linguistiques, socioculturels ou migratoires.

Recommandations (détails dans le rapport):

1. Recueillir les données sur les déterminants sociaux de la COVID.
2. Favoriser la concertation et la consultation communautaire.
3. Promouvoir l'accès aux informations et consignes sanitaires en établissant un plan de diffusion multilingue.
4. Promouvoir l'accès aux services de santé et services psychosociaux.
5. Favoriser l'accès aux mesures d'aide financière.
6. Poursuivre l'adaptation des mesures de santé et sécurité au travail à la pandémie.
7. Favoriser la sécurité alimentaire.
8. Assurer le maintien de l'accès au logement.
9. Promouvoir le bien-être familial.
10. Solidifier les relations intercommunautaires et agir contre le racisme.

1. INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE

Au Canada comme ailleurs dans le monde, les autorités publiques et la population se sont massivement mobilisées pour faire face à la pandémie de COVID-19. De multiples mesures gouvernementales au Québec et à Montréal ont visé à limiter la propagation du virus et à soutenir la population durant l'épreuve sur les plans sanitaire, social et économique. La population québécoise a répondu à l'appel en respectant, dans l'ensemble, la majorité des consignes de santé publique. Bien qu'à ce jour la propagation du virus ait été freinée, on ne peut éliminer la possibilité d'une deuxième vague ou d'un retour récurrent du coronavirus. De plus, malgré les efforts des autorités publiques et de la population, le coronavirus a déjà fait plusieurs victimes. En plus des personnes âgées, particulièrement vulnérables pour des raisons démographiques, et des travailleurs de la santé, exposés dans le cadre de leur travail, d'autres groupes de personnes semblent faire face à un risque accru de contracter le virus et d'en subir les impacts délétères. En effet, si l'on met de côté le cas particulier des CHSLD, on constate que des éclosions communautaires importantes ont touché les quartiers et les

milieux de travail à forte concentration de membres de communautés culturelles, notamment les personnes à statut précaire, les immigrants récents et les personnes racisées. Un tel constat a également été observé dans d'autres grandes villes nord-américaines.

Au début du mois d'avril 2020, notre équipe a décidé d'entreprendre ce qui devait être une 'enquête-éclair'. Des informations parcelaires que nous avons recueillies à travers notre réseau de contacts dans les groupes desservant les communautés culturelles et dans le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que par nos propres observations terrain, nous faisaient croire que certains groupes parmi les communautés culturelles étaient particulièrement à risque de subir des conséquences adverses dans le contexte de cette crise sanitaire.

Nous avons mené des entrevues avec 50 informateurs clefs impliqués en tant que représentants de groupes communautaires spécialisés dans l'accueil de nouveaux arrivants, d'associations ethnoculturelles, de groupes religieux et de groupes d'entraide informels

dans des quartiers multiethniques (voir [Annexe I](#)). Ces répondants ont fait état d'efforts remarquables entrepris afin d'appuyer les membres de leurs communautés à travers l'entraide informelle, des initiatives d'urgence et l'adaptation de services existants au nouveau contexte COVID-19. Globalement, nos données suggèrent que les membres des communautés culturelles adhèrent aux directives de la Santé publique et du gouvernement relatives à la pandémie. Toutefois, leur volonté de respecter ces consignes se heurte à des obstacles liés principalement à la défavorisation socioéconomique, tels que le travail dans des secteurs 'chauds' sans équipement de protection adéquat, l'utilisation de transports en commun et les logements surpeuplés. La présente enquête se penche sur ces questions.

Ce rapport examine l'expérience de certaines communautés culturelles de Montréal face aux défis posés par la pandémie de COVID-19, en mettant l'accent sur les groupes les plus défavorisés et ayant un taux élevé de personnes à statut migratoire précaire. La première section présente un survol rapide de la littérature émergente sur les facteurs de risque socioéconomiques et structurels pour la COVID-19, suivi d'un rappel des sources de variabilité à l'intérieur des communautés culturelles, avant de décrire la méthodologie préconisée. Les résultats sont organisés autour de cinq grands thèmes: la mobilisation communautaire; l'accès à l'information sur les consignes de santé et les obstacles à leur mise en œuvre; l'accès aux soins de santé et

aux services psychosociaux; la sécurité économique; le bien-être familial et social. Nous terminons avec quelques recommandations concernant la protection des personnes vulnérables issues des "communautés culturelles" en temps de pandémie et dans l'éventualité d'une deuxième vague de la COVID-19 ou de futures crises sanitaires. Cette étude exploratoire vise ainsi, plus globalement, à nourrir la réflexion collective sur les facteurs à considérer pour promouvoir une approche inclusive en santé publique.

1.1 LES « COMMUNAUTÉS CULTURELLES » : UN CONCEPT PROBLÉMATIQUE

Dans ce rapport, nous avons choisi d'utiliser le terme « communautés culturelles » parce qu'il est largement utilisé (avec la variante « communautés ethnoculturelles ») par divers paliers gouvernementaux au Québec. Au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), par exemple, on trouve le « Secrétariat à l'accès aux services pour les communautés culturelles » qui a pour mission de « coordonner les responsabilités du Ministère à l'égard de l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour [...] les personnes issues des communautés ethnoculturelles ».¹

Cependant, nous avons mis ce terme entre guillemets dans le titre du rapport afin d'en souligner le caractère problématique. En premier lieu, ce terme tend à gommer le fait que la population majoritaire au Québec, issue de la colonisation française, est également une

¹ <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/saslacc/>

communauté ethnoculturelle avec une ethnicité et une culture qui la caractérisent. En deuxième lieu, le terme tend à essentialiser et homogénéiser ces communautés, en masquant leur caractère complexe, changeant et hétérogène.

Effectivement, une des principales conclusions de notre enquête est que les différences à l'intérieur de chacune des « communautés culturelles » sont globalement plus importantes que la différence entre ces communautés minoritaires et la communauté majoritaire. Pour le dire autrement, nous avons constaté que lorsqu'on tente de comprendre l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les « communautés culturelles » de Montréal, l'identité ethnoculturelle n'est qu'un facteur parmi d'autres, et pas la plus importante. Comme nous l'expliquerons plus en détails ailleurs dans le rapport, la vulnérabilité face à la pandémie au sein de ces communautés est liée à l'intersection de multiples facteurs, incluant le fait d'être défavorisé sur le plan socioéconomique, d'occuper un emploi dans un secteur à haut risque d'exposition à la COVID, d'être allophone, d'avoir un faible niveau de littératie, d'avoir un statut migratoire précaire, d'être arrivé récemment, et/ou d'être l'objet de racisme.

Ainsi, par exemple, des personnes originaires de l'Asie du sud vivant dans l'Ouest-de-l'Île de Montréal, de niveau économique aisé, avec un statut permanent, un niveau d'instruction élevé et une maîtrise de l'anglais et parfois du français, ne semblent vivre aucune difficulté particulière liée à la pandémie. Par contre, les personnes originaires des mêmes pays vivant à Parc-Extension étaient parmi les groupes les plus vulnérables que nous

ayons étudiés, en raison du niveau élevé de personnes à faible niveau socio-économique, à statut migratoire temporaire, d'arrivée récente, à faible niveau d'instruction, qui manquent de connaissance du français et de l'anglais et qui ont un emploi dans des secteurs à risque.

Enfin, il est important de retenir que la vulnérabilité n'est pas une caractéristique inhérente, mais bien une construction sociétale. Ainsi, par exemple, si des personnes à statut migratoire temporaire sont généralement plus vulnérables que les personnes à statut permanent, c'est en grande partie parce que la société a choisi de conférer moins de droits aux personnes à statut temporaire. En ce sens, plusieurs groupes minoritaires sont vulnérabilisés en raison des politiques et des structures sociétales.

1.2 SURREPRÉSENTATION DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES PARMİ LES CAS DE COVID

Il y a lieu de croire que certaines communautés culturelles, ou des sous-groupes au sein de certaines communautés culturelles, ont des besoins et des vulnérabilités particulières sur le plan sanitaire, économique et psychosocial face à la crise de la COVID-19. Une littérature émergente indique que les communautés culturelles sont surreprésentées parmi les cas de COVID-19 et suggère que ce serait lié à des inégalités structurelles.

Les facteurs structurels affectant les communautés culturelles, tels que le racisme, la pauvreté, et l'accès inégal aux services, se conjuguent en temps de crise sanitaire pour exposer les inégalités existants (Gee & Ford, 2011;

Viruell-Fuentes et al., 2012; Williams & Mohammed, 2013). Au Canada, des études sur des épidémies précédentes montrent que les effets sur différentes communautés varient en fonction des déterminants sociaux de la santé (Lowcock et al., 2012; Patterson et al., 2018). Dans le cas de la COVID-19, les facteurs associés avec la pauvreté (tels que vivre dans un logement surpeuplé ou insalubre, travailler dans des services essentiels ou à hauts risques) et la discrimination (une historique de mauvaises expériences des minorités visibles avec le système de soins de santé) mènent à un risque plus élevé d'exposition au virus et de décès (PHE, 2020; Tircher & Zorn, 2020; Turner-Musa et al., 2020). Un sondage mené au printemps 2020 comparant l'expérience des nouveaux Canadiens (moins de 10 ans au Canada) avec ceux qui sont ici depuis plus de 10 ans indique que les nouveaux Canadiens étaient plus nombreux à avoir perdu leur emploi en raison de la pandémie (47% vs 39%) et à avoir subi une baisse de revenus (32% vs 21%) ([Advanis/Ma Ville Écoute, 2020](#)).

Aux États-Unis, plusieurs études suggèrent que les communautés immigrantes, les minorités visibles et les groupes défavorisés sont plus exposés aux risques d'infection et plus à risque de mourir de la COVID-19. Alors qu'environ 13% de la population américaine est noire, 22% des comtés américains avec une importante population noire comptent pour 52% des cas de COVID-19 et 58% des morts dans le pays (Millett et al., 2020). D'autres analyses réalisées à New York (Buchanan et al., 2020), Chicago (Kim & Bostwick, 2020) et Californie (Azar et al., 2020) montrent que les taux d'infection sont plus élevés dans des

quartiers défavorisés et avec une forte proportion d'immigrants. Au Royaume-Uni, une étude épidémiologique de Public Health England (2020) a constaté que le risque d'infection et le taux de mortalité liés à la COVID étaient plus élevés chez les Britanniques provenant de minorités racisées que pour les Britanniques blancs. Ces études ne sont pas directement généralisables à la situation canadienne, mais donnent des pistes qui méritent plus d'investigation.

Dans une analyse des taux d'infection dans la communauté (à l'exclusion des cas en milieu fermé) sur l'île de Montréal, la [Direction régionale de la Santé publique de Montréal \(2020a\)](#) souligne :

En date du 16 mai dernier, les personnes atteintes de la COVID-19 étaient 2,5 fois plus nombreuses dans les secteurs très défavorisés que dans les secteurs très favorisés de l'île de Montréal. Cet écart s'agrandit de façon constante depuis le début de la pandémie.

À la vue de la carte montrant le taux d'infection par quartier, toute personne qui connaît Montréal remarquera que plusieurs des quartiers à haut taux d'infection comportent une proportion élevée de personnes racisées – par exemple, Montréal-Nord et Saint-Michel. Malheureusement, cependant, à date (début juillet 2020) les publications de la Santé publique ne contiennent pas de données sur l'ethnicité, le statut migratoire, la langue ni plusieurs autres éléments qui seraient essentiels afin de mieux cerner quels facteurs contribuent au risque de propagation de la COVID et son impact sur la population.

La situation socio-économique a un effet sur la capacité des communautés défavorisées à rester à la maison, tel que recommandé par les mesures sanitaires pour ‘aplatir le courbe’ de la COVID-19. Des données cellulaires de localisation des États-Unis montrent que les plus riches ont plus de capacité à rester et travailler à la maison que les plus pauvres, indiquant que les travailleurs en postes essentiels et mal rémunérés viennent de communautés défavorisées (Valentine-DeVries et al., 2020). De plus, certaines communautés culturelles ont plus tendance à vivre en situation intergénérationnelle, dans des quartiers densément peuplés (Rocha et al., 2020). Dans ces conditions, si une personne est atteinte de la COVID-19, il devient plus difficile pour les autres membres du ménage de se distancier (voir [section: Logement](#)).

Au Québec, les personnes immigrantes et les minorités visibles sont surreprésentées dans les postes ‘essentiels’ de première ligne, dont les préposés aux bénéficiaires (PAB), préposés à l’entretien ménager, éducateurs de la petite enfance et ouvriers des usines de transformation alimentaire (voir [Tableaux 1 et 2](#)). Même si les statistiques sur l’ethnicité, le statut d’immigration, et la situation socio-économique des cas de la COVID-19 ne sont pas collectées au Québec ni au Canada ([Siddiqi et al.,](#)

[2020](#)), une analyse statistique menée par Radio-Canada ([Rocha et al., 2020](#)) montre que le taux de cas est élevé dans les quartiers où il y a une proportion élevée de personnes noires et de minorités visibles, ouvriers en usines, travailleurs de santé et services sociaux, logements inadéquats, ménages à faible revenu et réfugiés. Montréal-Nord, où la moitié de la population est une minorité visible, et plus de 40% sont immigrantes, est le quartier le plus affecté sur l’île de Montréal ([Shingler & Stevenson, 2020](#); [DRSP, 2020b](#)).

La plupart des décès de la COVID-19 au Québec étaient en milieu de vie fermé (notamment les CHSLD) et les travailleurs de la santé comptent pour 23% des cas d’infection ([DRSP, 2020b](#)). Les immigrants, les minorités visibles, et les femmes sont surreprésentés dans la première ligne du système de la santé, notamment comme PAB (voir [Tableaux 1 et 2](#)), ce qui est reflété dans les décès des travailleurs de santé ([Stevenson & Shingler, 2020](#)) (Voir section: [Travailleurs du secteur de la santé](#)). Selon les estimations, environ 1000 demandeurs d’asile arrivés depuis 2017 travaillent comme PAB, à risque élevé malgré leurs statuts migratoires précaires ([Schué, 2020](#)).

Tableau 1: Proportion d'immigrants et de minorités visibles dans des postes 'essentiels' au Québec, 2016

	Québec Total	Immigrants (Québec total)	Minorités visibles (Québec total)	% Immigrants	% Minorités visibles	% Féminin
Québec total	4 244 290*	794 060	490 050	18.71%	11.55%	48.24%
Aides-infirmiers, aides-soignants et préposés aux bénéficiaires	66 535	16 725	16 315	25.14%	24.52%	84.62%
Préposés à l'entretien ménager et au nettoyage	75 100	17 220	14 340	22.93%	19.09%	57.11%
Personnel de soutien des ventes (incl. caissiers, garnisseurs de tablettes, commis et préposés aux commandes dans les magasins)	52 910	6 180	6 580	11.68%	12.44%	31.24%
Éducateurs et aides- éducateurs de la petite enfance	86 180	19 545	14 260	22.68%	16.55%	96.28%
Manœuvres dans la transformation, la fabrication et les services d'utilité publique	67 960	13 700	12 555	20.16%	18.47%	34.73%
Chauffeurs de taxi, chauffeurs de limou- sine et chauffeurs	12 070	6 140	5 260	43.58%	50.87%	4.93%

* la population âgée de 15 ans et plus ayant travaillé et déclaré un revenu d'emploi en 2015

Source: Statistique Canada (2018)

Note : les chiffres du recensement 2016 n'incluent pas les demandeurs d'asile qui sont arrivés en plus grand nombre depuis 2017. La proportion d'immigrants et de minorités visibles dans ces domaines d'emploi est donc maintenant plus élevée.

Tableau 2. Proportion d'immigrants parmi les aides-infirmiers, aides-soignants et préposés aux bénéficiaires comparée à toutes les autres professions, Région métropolitaine de recensement de Montréal, 2016

Professions	Proportion d'immigrants
Aides-infirmiers, les aides-soignants et préposés aux bénéficiaires	47,8
Toutes les autres professions	24,4

Source: Turcotte & Savage (2020)

À la lumière de ce qui est connu par rapport à la surreprésentation des communautés culturelles parmi les cas de COVID-19, autant au Québec qu'ailleurs, les besoins particuliers de ces populations méritent une attention particulière quant aux mesures sanitaires et financières, l'accès à l'information et aux services et les interventions psychosociales.

1.3 FACTEURS DE VARIABILITÉ À L'INTÉRIEUR DES « COMMUNAUTÉS CULTURELLES »

Dans l'ensemble, les membres de communautés culturelles rapportent des préoccupations, besoins et difficultés très semblables à ceux vécus par la population majoritaire. Dans ce rapport, nous nous attarderons seulement aux points qui touchent de manière plus spécifique des membres de communautés culturelles. Mais il est essentiel de retenir que les similitudes sont globalement beaucoup plus importantes que les différences.

Les communautés culturelles de la région montréalaise constituent une population très hétérogène. Les différences au sein de chaque communauté et entre les diverses communautés sont souvent aussi importantes, sinon plus importantes, que les différences par rapport à la population majoritaire. Pour comprendre les enjeux spécifiques à différents sous-groupes au sein de ces communautés dans le contexte de la pandémie, il est pertinent de tenir compte des facteurs suivants : la langue, plus spécifiquement la connaissance du français ou de l'anglais; la littératie; le statut migratoire; la période d'établissement au Québec; le statut socioéconomique; et le type d'emploi. C'est suite à l'analyse des données de notre étude que nous avons identifié ces facteurs comme étant des déterminants importants, mais nous avons choisi d'en parler brièvement dès maintenant afin de pouvoir donner quelques informations contextuelles qui seront utiles pour le lecteur.

1.3.1 Langue

Les personnes qui ne maîtrisent ni le français, ni l'anglais vivent des défis majeurs qui ont été exacerbés pendant la crise de la COVID-19. Dans ce rapport, nous utiliserons le terme 'allophones' pour désigner ces personnes. Par contre, nous n'incluons pas sous ce vocable les personnes dont la langue maternelle est autre que le français ou l'anglais, si elles parlent l'une ou l'autre de ces langues.

Les personnes allophones sont plus nombreuses chez deux catégories de la population:

1. Certains aînés: ceci inclut deux groupes principaux. Le premier groupe est constitué de personnes qui ont immigré avant les années 1970 et n'ont jamais maîtrisé le français ou l'anglais, qui n'étaient pas des critères de sélection à l'époque. C'est notamment le cas pour plusieurs personnes d'origine italienne, grecque ou portugaise, qui sont maintenant des aînés. Le deuxième groupe est composé de parents/grands-parents parrainés par leurs enfants adultes, qui ont généralement plus de 60 ans à l'arrivée. En raison de leur âge, il est peu probable qu'ils parviennent à maîtriser le français ou l'anglais s'ils ne le parlent pas déjà.

2. Certains nouveaux arrivants pour qui la connaissance du français n'est pas un critère de sélection et qui n'ont pas encore complété le processus de francisation. Le nombre de personnes allophones est plus élevé chez trois groupes de nouveaux arrivants:

- i) les demandeurs d'asile et réfugiés sélectionnés;

- ii) les immigrants issus du regroupement familial, soit des proches (conjoint.e, enfants, parents, etc.) parrainés par des résidents permanents ou citoyens;

- iii) certaines catégories de travailleurs migrants avec un visa temporaire, notamment les travailleurs saisonniers.

Chez ces trois groupes, ceux qui proviennent de pays où le français ou l'anglais sont largement utilisés (par ex.: Haïti, plusieurs pays africains) ont bien sûr plus de chances de connaître déjà l'une ou l'autre de ces langues. Contrairement aux aînés, la plupart de ces personnes apprendront graduellement le français, mais ne le connaissent pas nécessairement à l'arrivée.

1.3.2 Littératie

Les personnes avec un faible niveau de littératie, que ce soit au niveau de la lecture ou du numérique, ont été désavantagées à de nombreux égards pendant la crise: difficulté à comprendre les nombreuses informations et consignes (sanitaires, économiques); difficulté à compléter les formulaires de demande de prestations; difficulté à s'adapter à faire des démarches en ligne (ex.: commandes d'épicerie ou de médicaments); difficulté à encadrer et soutenir la scolarisation de leurs enfants, généralement sans accès à l'aide aux devoirs qui est normalement disponible.

1.3.3 Statut migratoire

On peut diviser les types de statut migratoire en trois grandes catégories :

1. Permanent : citoyens et résidents permanents. Parmi les résidents permanents, on distingue:

- i) Les immigrants économiques (travailleurs qualifiés), qui doivent satisfaire un certain nombre de critères de sélection;
- ii) Les personnes parrainées dans le cadre du regroupement familial, soit des parents, conjoint.e ou enfants de résidents permanents ou citoyens;
- iii) Les réfugiés sélectionnés, qu'ils soient pris en charge par l'État ou parrainés par la collectivité.

2. Temporaire :

- i) Personnes avec un visa temporaire de travail, d'études ou de visite;
- ii) Demandeurs d'asile.

3. Personnes sans statut, le plus souvent des demandeurs d'asile ayant subi un rejet définitif de leur demande ou des personnes dont le visa temporaire est expiré. Ce groupe inclut des personnes en démarche de régularisation, par exemple une demande de résidence permanente pour motifs humanitaires.

Le fait d'avoir un statut temporaire ou, surtout, d'être sans statut, est un facteur de vulnérabilité, surtout en contexte de pandémie. Les personnes à statut temporaire ou sans statut ont moins de droits que les personnes à statut permanent, notamment en ce qui concerne l'accès aux services de santé. Des personnes ayant certains types de permis temporaire (dont les permis de travail fermés de plus de 6 mois et les permis saisonniers) ont droit à la couverture RAMQ. Les demandeurs d'asile bénéficient du Programme fédéral de

santé intérimaire (PFSI), qui offre en principe l'équivalent de la couverture RAMQ mais n'est accepté que par une minorité de médecins. Les personnes avec un permis temporaire qui n'ont pas la couverture RAMQ ont parfois (mais pas toujours) une assurance privée. Enfin, on estime à environ 50 000 à 70 000 le nombre de personnes sans aucune forme d'assurance-santé au Québec, incluant l'ensemble des personnes sans statut et une partie des personnes avec un visa temporaire (voir [Annexe II](#)).

Les personnes à statut temporaire ont souvent peur de revendiquer le respect de leurs droits par crainte (fondée ou non) de perdre leur statut ou que cela nuise à l'obtention d'un statut permanent. Les personnes sans statut tendent carrément à éviter les contacts avec les instances gouvernementales (dont le système de santé) par crainte d'être dénoncées aux autorités de l'immigration et déportées. Ainsi, il est plausible que les demandeurs d'asile travaillant comme préposés aux bénéficiaires (PAB) en CHSLD aient été particulièrement hésitants à protester face au manque d'équipement de protection personnelle (ÉPP) ou d'autres conditions de travail qui les mettaient à risque, puisqu'en plus de la peur de perdre leur emploi ils craignaient souvent (à tort) que cela puisse nuire à leurs chances d'être acceptés comme réfugiés.

1.3.4 Période d'établissement au Québec

La durée de la période d'établissement au Québec a un impact sur l'intégration, la connaissance du système, le réseau de soutien et divers autres facteurs. Ainsi, à l'intérieur d'une même communauté culturelle, il y a de

grandes différences entre des nouveaux arrivants, des immigrants de première génération établis au Québec depuis des années, et des personnes nées au Québec de deuxième génération ou plus.

1.3.5 Niveau socioéconomique

Le niveau socioéconomique est un déterminant central quant à la vulnérabilité, surtout en combinaison avec d'autres facteurs. Le niveau de défavorisation économique est particulièrement élevé chez certaines communautés culturelles, particulièrement chez les demandeurs d'asile, travailleurs avec un visa temporaire et les personnes sans statut. Les personnes à faible revenu sont souvent plus exposées à des risques d'infection en raison de leur travail, de leur utilisation des transports en commun et du fait qu'elles habitent souvent dans de petits logements surpeuplés. Elles ont également moins de ressources pour surmonter les défis liés à la maladie et au confinement.

1.3.6 Type d'emploi

Dans le contexte de la pandémie, les personnes travaillant dans le secteur de la santé sont particulièrement à risque de contracter la COVID-19. Le risque est encore plus élevé pour les personnes qui ont un contact soutenu avec les malades, notamment les préposés aux bénéficiaires, surtout celles travaillant en CHSLD. Tel que détaillé dans la section « [1.2 Surreprésentation des communautés culturelles et immigrantes parmi les cas de COVID](#) », les membres de communautés culturelles sont nombreux dans ces postes, ainsi que d'autres postes considérés comme essentiels pendant le confinement. Les travailleurs de plusieurs autres secteurs sont aussi plus à risque, soit en raison de la nature de leur travail (par exemple, les abattoirs) ou du fait qu'ils sont exposés à des repréailles de l'employeur s'ils refusent de travailler dans des conditions non conformes aux consignes sanitaires (par exemple, milieux non syndiqués).

2. MÉTHODOLOGIE

Considérant la dimension inédite de la pandémie, le peu d'information disponible sur les enjeux étudiés et le souhait de colliger rapidement des données, cette étude s'est inscrite dans une approche qualitative exploratoire, visant à identifier les préoccupations émergentes d'informateurs clefs. L'approbation éthique pour ce projet a été accordée par le Comité éthique de la recherche de l'Université McGill, REB #20-04-069.

2.1 CRITÈRES D'INCLUSION

Le choix des groupes ethnoculturels à considérer dans le présent rapport a été orienté par plusieurs facteurs. Nous avons priorisé des communautés à Montréal qui comptent un nombre élevé de personnes arrivées depuis les cinq dernières années et/ou un nombre important de personnes à statut migratoire précaire (ex.: demandeurs d'asile) et/ou qui sont racisées. En s'appuyant sur nos études antérieures et sur des consultations préliminaires avec des partenaires sur le terrain, nous avons fait l'hypothèse que certains

de ces groupes étaient particulièrement à risque de subir des impacts importants liés la pandémie et de vivre des expériences qui se distinguent à plusieurs égards de celles de la population majoritaire. Il s'agit de communautés originaires des régions suivantes : Haïti; Afrique subsaharienne; Asie du Sud; Afrique du Nord et Moyen-Orient (incluant l'Iran et l'Afghanistan); Amérique latine; Philippines.

Nous avons aussi examiné l'expérience des aînés de la communauté italienne, dont plusieurs ne parlent ni français, ni anglais, puisque leur vécu témoigne des difficultés particulières que peuvent vivre des personnes allophones même si leur communauté est installée à Montréal depuis longtemps. Enfin, nous avons interviewé des informateurs provenant de la communauté chinoise, ciblée par des comportements discriminatoires depuis le début de la pandémie.

2.2 RECRUTEMENT DES INFORMATEURS CLEFS

Compte tenu du caractère urgent de l'étude, nous avons procédé par échantillonnage de convenance ciblé (Maxwell, 2005: 88-89). Nous avons privilégié le recrutement d'informateurs clefs avec qui nous avons déjà développé des liens de confiance dans le cadre d'études précédentes ou lors de nos interventions terrain, afin de maximiser la probabilité d'obtenir des informations plus approfondies. En deuxième lieu, nous avons recruté des informateurs qui nous avaient été suggérés par des individus avec qui nous avions déjà des liens (boule de neige). Enfin, nous avons complété notre recrutement à partir d'une liste d'organismes du milieu avec qui nous n'avions aucun contact antérieur. Nous avons visé une large diversité d'organismes, tout en essayant en premier lieu de contacter ceux qu'on considérait être les plus représentatifs de la communauté en question.

Les organismes et personnes identifiées comme des informateurs potentiels ont été contactés par téléphone ou par courriel par des membres de l'équipe de recherche. La vaste majorité des personnes contactées a accepté de participer à l'étude.

Nous avons interviewé un total de 50 informateurs clefs. Ce groupe inclut 41 représentants d'associations ethnoculturelles, de groupes

religieux, de groupes communautaires qui desservent des nouveaux arrivants ou des migrants à statut précaire et de groupes d'entraide dans des quartiers pluriethniques.² Nous avons également rencontré 9 professionnels de la santé, interprètes et intervenants issus des communautés culturelles qui ont répondu à titre individuel. (Pour les détails, voir l'[Annexe I](#)).

2.3 CUEILLETTE DE DONNÉES

Les entrevues dirigées ont été menées par les co-auteurs (Cleveland, Hanley, Jaimes, Wolofsky) ainsi que par les 9 personnes nommées dans les remerciements. Les entretiens ont eu lieu par téléphone, Zoom ou d'autres moyens à distance en raison des mesures sanitaires liées à la pandémie. En moyenne, ces rencontres ont duré une heure. La grille d'entrevue détaillée se trouve à l'Annexe III. Les entrevues ont été enregistrées, et les membres de l'équipe de recherche ont ensuite rédigé des notes détaillées.

Par ailleurs, sans faire de veille médiatique systématique durant les derniers mois, nous avons porté attention aux reportages concernant les personnes issues de minorités ethnoculturelles ou vulnérables. Lorsque certains événements illustrent de manière plus détaillée des informations recueillies de nos informateurs, nous les avons donc inclus dans le rapport, en les identifiant clairement.

² Lorsque la cueillette de données a été entreprise, plusieurs membres de notre équipe étaient impliqués dans une intervention de médiation culturelle auprès de la communauté juive hassidique. Pour cette raison,

bien que cette communauté soit parmi les communautés touchées tôt par la COVID-19, nous avons fait le choix de ne pas les approcher pour ce projet.

2.4 ANALYSE

En premier lieu, toutes les personnes ayant réalisé des entrevues ont participé à la compilation des principaux éléments convergents qui émergeaient des entrevues. Ensuite, deux des co-auteurs (Cleveland, Hanley) ont fait une analyse thématique transversale de l'information recueillie, en s'appuyant à la fois sur la compilation des thèmes et sur les notes détaillées d'entrevues. En troisième lieu, les résultats de cette analyse ont été discutés avec toutes les co-auteurs, afin d'identifier les principaux facteurs sous-jacents qui influencent l'expérience des populations étudiées.

2.5 LIMITES DE L'ÉTUDE

Les résultats et conclusions de ce rapport doivent être interprétés à la lumière de certaines limites inhérentes à une enquête qualitative réalisée dans l'urgence et en contexte de pandémie. L'étude demeure exploratoire et n'a

pas visé à établir un échantillon représentatif. Compte tenu des limites temporelles, les entrevues ont été menées auprès d'un nombre restreint d'informateurs clefs et pour seulement certaines « communautés culturelles », chacune caractérisée par une grande hétérogénéité.

Malgré ces limites, nos données sur les facteurs socioculturels et structurels affectant les personnes issues de minorité culturelles et marginalisées de Montréal en temps de pandémie peuvent servir à alimenter une réflexion sur les mesures de santé publique à mettre en place en prévision de prochaines vagues ou de futurs événements similaires. Aussi, cela met en relief l'importance de l'importance de recueillir systématiquement des données populationnelles sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé qui pourraient être pertinents pour mieux comprendre la propagation de la COVID et les mesures nécessaires pour la contenir.

3. RÉSULTATS

Cette section présente une synthèse des perceptions d'acteurs clefs concernant les enjeux rencontrés face à la pandémie par les personnes issues de communautés culturelles minoritaires à Montréal. Les données ont été regroupées en 5 grandes thématiques : 1) les efforts communautaires déployés sur le terrain; 2) les enjeux concernant l'information sur les mesures sanitaires et leur application; 3) l'accès aux services de santé et aux services sociaux; 4) les enjeux liés à l'emploi et au statut socioéconomique; 5) le bien-être familial et social.

3.1 INITIATIVES COMMUNAUTAIRES

Les informateurs rencontrés pour cette enquête ont relevé plusieurs initiatives communautaires, mises en place par diverses organisations ou par des citoyens, qui visaient à soutenir l'effort collectif face à la pandémie, en continuité avec les efforts déployés par les instances publiques. Ces efforts ont touché à la fois la circulation des informations et les efforts pour répondre aux nouveaux besoins des populations desservies.

3.1.1 Mobilisation précoce dans certaines communautés

Des informateurs issus des communautés chinoise et iranienne du Québec ont rapporté que, plusieurs semaines *avant* l'adoption de mesures contraignantes par les gouvernements fédéral et québécois, des membres de leurs communautés se sont mobilisés pour lutter contre la propagation de la COVID-19. Les deux communautés auraient tiré des leçons de l'expérience de leurs pays d'origine respectifs, où la pandémie avait frappé tôt. Aussi, les participants à la recherche ont évoqué l'inquiétude de possibles réactions racistes et le souhait d'éviter d'être accusés d'avoir introduit le virus au Québec.

Ainsi, les informateurs de la communauté chinoise rapportent que dès février, des initiatives auraient été mises en place pour éviter que des voyageurs revenant de la Chine introduisent le virus au Québec, notamment: s'assurer que les voyageurs revenant de la Chine soient rencontrés à l'aéroport afin qu'ils ne prennent pas le taxi ou l'autobus; les inciter fortement à se mettre en quarantaine

pendant deux semaines, offrant un soutien communautaire pour faire les courses au besoin; et les informer sur les précautions sanitaires de base. Des informateurs de cette communauté ont également exprimé leur frustration face au fait que le Québec ait tardé à réagir face à la pandémie et que certaines mesures telles que le port du masque ne soient pas encore obligatoires.

Nos informateurs de la communauté iranienne rapportent de leur côté que dès le début mars, des membres de leur groupe auraient consulté la communauté chinoise et adopté les mêmes mesures afin d'éviter la propagation du virus. De plus, avant l'annonce du confinement, la communauté iranienne avait déjà décidé de suspendre les festivités prévues pour Nowruz (le Nouvel An), fête très importante pour les Iraniens, qui devait avoir lieu le 19 mars.

3.1.2 Adaptation des interventions communautaires

Selon les informations recueillies, les groupes communautaires au service des nouveaux arrivants, les associations ethnoculturelles et les groupes religieux ont dû à la fois s'adapter à l'impact de la pandémie sur leur organisation, ainsi qu'aux besoins croissants de la population, tout en ajustant leur mode d'intervention aux contraintes de la distanciation physique.

Dès le début du confinement, les organismes ont rapporté avoir perdu beaucoup de bénévoles, dont un grand nombre sont des aînés. Plusieurs organismes ont également dû réorganiser leurs services (distanciation sociale, télétravail) et faire appel à de nouveaux bénévoles plus jeunes.

Les données recueillies suggèrent que de nombreux organismes communautaires ont continué à offrir des services par téléphone pendant le confinement. Plusieurs ont contacté leurs clients récents (ex. : depuis les dernières années) ou encore certains clients identifiés comme plus vulnérables. Les services décrits (variables d'un organisme à l'autre) ont notamment inclus :

- La diffusion et l'explication des principales directives de la Santé publique, incluant souvent leur traduction dans les principales langues de leurs clients.
- La circulation de l'information sur les critères d'éligibilité aux diverses mesures financières et le soutien pour compléter les formulaires de demande.
- Le dépannage alimentaire.
- Le soutien aux aînés (ex. : livraison de nourriture et médicaments).
- Le soutien psychosocial : écoute empathique, orientation vers des services, aide pour avoir accès aux services, etc.

Les informateurs ont rapporté que plusieurs associations ethnoculturelles offrent des services similaires à ceux mentionnés ci-dessus pour les groupes communautaires. Ces services ont l'avantage d'être dans la langue d'origine des membres de la communauté, ce qui est particulièrement important pour les aînés et les nouveaux arrivants. De nombreux groupes religieux ont également contribué sur le plan matériel (dépannage alimentaire, soutien aux aînés), offrant par ailleurs un soutien psychosocial et spirituel à leurs adhérents, à travers des modalités virtuelles en raison de la pandémie.

À travers Montréal, dans tous les milieux, de simples citoyens se sont mobilisés de manière informelle dès le début de la crise pour venir en aide à des personnes vulnérables dans leurs quartiers, notamment les aînés. Par exemple, dans de nombreuses communautés (ex. : chinoise, iranienne, haïtienne), tel que décrit dans les entretiens, des médecins et infirmières ont contribué à créer des outils d'information adressés plus spécifiquement à leurs communautés (ex. : vidéos éducatives, programmes à la radio communautaire) dans leur langue. Dans Parc-Extension, de jeunes professionnels et des étudiants ont formé un groupe d'entraide informel dès le début de la crise. Ils ont notamment distribué des dépliants avec les consignes de la Santé publique qu'ils avaient traduites en huit langues; fait du dépannage alimentaire pour les aînés; et mis sur pied une ligne téléphonique pour donner de l'information (sanitaire, économique) et du soutien psychosocial aux résidents du quartier.

Certains informateurs ont noté que les efforts de concertation ont été facilités par les tables de quartier, qui regroupent des organismes communautaires et des institutions du secteur public – jouant un rôle clef dans l'organisation de la réponse à la pandémie. À cela s'est ajouté selon certains l'apport des cellules de crise sur des enjeux précis (ex.: aînés, jeunes). Cependant, plusieurs informateurs ont noté que les associations ethnoculturelles et les groupes religieux n'étaient généralement pas inclus dans ces instances de concertation, ce qui pouvait nuire à la coordination des efforts. Chacun de ces groupes (organismes communautaires, publics, ethnoculturels et religieux) rejoignent selon eux des

clientèles quelque peu différentes. À l'inverse, les informateurs ont noté que certaines personnes identifiées comme vulnérables pouvaient recevoir des appels de plusieurs organismes différents, tandis que d'autres étaient laissées pour compte. D'autre part, si certains organismes communautaires, ethnoculturels ou religieux ont réussi à s'adapter rapidement, d'autres ont pris plus de temps ou ont tout simplement mis leurs activités sur pause. Certains informateurs ont noté que la fermeture de ressources, alors que les besoins de la population augmentent, pouvait fragiliser des personnes et familles déjà vulnérables.

3.2 INFORMATIONS SUR LES CONSIGNES SANITAIRES ET FACTEURS AFFECTANT LEUR MISE EN PRATIQUE

Cette section présente les données rapportées par nos informateurs concernant l'accès à l'information sur les mesures sanitaires recommandées ainsi que les facteurs affectant la possibilité de mettre en pratique ces mesures.

3.2.1 Connaissance et respect des consignes – situation générale

Les informateurs clefs ont rapporté que les personnes qu'ils desservent connaissent généralement les consignes sanitaires de base relatives à la COVID-19 et appliquent les mesures recommandées. Cependant, trois facteurs spécifiques aux communautés culturelles apportent certaines nuances.

Le premier est le fait que peu d'informations officielles du gouvernement du Québec

étaient disponibles en langues autres que le français et l'anglais jusqu'au mois de mai, ce qui a rendu l'accès à l'information difficile pour les personnes allophones. De plus, les lignes d'information-santé (811 et ligne désignée pour la COVID) ne fonctionnent qu'en français et en anglais.

Le deuxième facteur est l'influence des informations provenant du pays d'origine. La pandémie frappe tous les pays du monde (à des degrés divers), et les informations émanant du pays d'origine jouent un certain rôle pour des membres de différentes communautés.

Le troisième facteur est le nombre relativement élevé de personnes travaillant dans le secteur de la santé et d'autres secteurs 'essentiels' pendant le confinement dans plusieurs communautés. Ces personnes étaient particulièrement conscientes de l'importance de prendre des précautions pour éviter la contagion. Ainsi, par exemple, le port du masque serait plus répandu dans des quartiers comme Côte-des-Neiges et Montréal-Nord où vivent beaucoup de travailleurs 'essentiels' que dans des quartiers où il y en a moins.

En général, nos informateurs ont constaté que dans les différentes communautés culturelles, les gens ont assez rapidement compris les grandes lignes des consignes sanitaires (distanciation de 2m, se laver les mains, rester à la maison, etc.) et les respectent. Bien que certaines personnes n'aient pas été rejointes par les médias québécois, les informations et consignes de base sont assez similaires partout au monde (avec des variantes) et donc même les allophones ou celles qui suivent peu les informations diffusées par le

gouvernement québécois étaient relativement bien informées.

Par contre, certains membres de communautés culturelles, surtout les personnes allophones et les nouveaux arrivants, étaient moins au courant d'informations spécifiques au Québec, comme les numéros à appeler pour de l'information ou les démarches à suivre pour le dépistage.

Des groupes communautaires et des associations ethnoculturelles ont joué un rôle crucial dans la diffusion d'informations, notamment pour pallier le manque d'informations dans des langues autres que le français et l'anglais au début du confinement.

3.2.2 Sources d'information

Pour les personnes établies au Québec depuis plus longtemps et qui parlent le français ou l'anglais, les sources d'information principales ont tendance à être les mêmes que pour la majorité. La télévision québécoise/canadienne semble être la source d'information la plus courante, mais les sources d'information sont multiples et varient en fonction de facteurs comme le niveau d'instruction et la langue d'usage.

À cela s'ajoute les médias dans la langue d'origine. D'abord, il y a les chaînes de télévision (câble) et les nouvelles en ligne dans la langue d'origine provenant soit du pays d'origine ou de chaînes internationales. Ensuite, les médias locaux dans la langue d'origine sont une source d'information importante pour plusieurs communautés culturelles. Dans la communauté haïtienne, la radio haïtienne de Montréal serait très écoutée, surtout par les plus âgés. Ce serait également

le cas pour la radio philippine de Montréal. Pour ce qui est des journaux montréalais en langue d'origine, ils seraient surtout pertinents pour les personnes allophones, tant des aînés que des nouveaux arrivants. Enfin, de nombreuses associations ethnoculturelles ont aussi des pages Facebook et des sites internet qui ont servi à diffuser de l'information dans la langue d'origine. Cela inclut des conseils rédigés par des professionnels de la santé (ou autres professionnels) de cette communauté et des traductions maison d'informations provenant des gouvernements québécois et canadien.

Les réseaux sociaux (Whatsapp, Facebook, etc.), sont une source très importante d'informations, que ce soit pour la population majoritaire ou les communautés culturelles. Cela inclut des informations (de qualité variable) partagées par les proches et aussi des informations plus officielles. L'information provenant des réseaux sociaux joue un rôle particulièrement central pour les nouveaux arrivants, notamment les allophones, qui souvent n'ont pas encore beaucoup de contacts ici en dehors de leur groupe linguistique. Nos résultats à ce sujet concordent avec ceux d'un sondage récent qui indique que les personnes qui vivent au Canada depuis moins de 10 ans étaient plus nombreuses que celles qui sont ici depuis plus de 10 ans à se tourner vers les réseaux sociaux pour obtenir des informations sur la pandémie (52% vs 39%) ([Advanis/Ma Ville Écoute, 2020](#)). Leurs réseaux sociaux comptent un nombre important d'amis et de parenté du pays d'origine, et dans une moindre mesure, des personnes vivant au Québec qui parlent leur langue.

D'après plusieurs informateurs, les applications pour cellulaire comme Whatsapp seraient la meilleure façon de rejoindre les demandeurs d'asile et d'autres nouveaux arrivants plus désavantagés (sauf peut-être les plus âgés), puisqu'ils ont presque tous des cellulaires, mais plus rarement un ordinateur ou une connexion internet.

En somme, d'après nos données, les sources d'information consultées par les membres de communauté culturelles varient en fonction d'une série de facteurs, dont :

- la connaissance du français ou de l'anglais;
- la durée d'établissement au Québec;
- le niveau d'instruction;
- la littératie numérique;
- l'accès à un ordinateur, internet ou télévision;
- la présence de médias locaux dans la langue d'origine.

3.2.3 Obstacles linguistiques à la compréhension de l'information sanitaire

Sans surprise, selon les informateurs, il est plus difficile d'accéder aux informations essentielles concernant la COVID-19 pour les personnes qui ont une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : ne maîtrisent ni le français, ni l'anglais; arrivées récemment (donc connaissent moins les rouages du système local et ont moins de contacts localement); faible niveau d'instruction (plus de difficulté à comprendre les informations complexes); pas d'accès internet; faible niveau de littéra-

tie numérique (surtout courant chez les aînés), pas de télévision (surtout les nouveaux arrivants moins fortunés et les jeunes).

L'importance de traduire les informations et consignes essentielles concernant la COVID-19 en des langues autres que le français et l'anglais a été soulevée dès le début de la crise par de multiples parties prenantes. Cependant, ce n'est que vers la mi-mai 2020 que des fiches officielles multilingues (en 16 langues, outre le français) ont été mises en ligne sur le site Santé Montréal.

De plus, la ligne Info-Santé (811) ainsi que la ligne spéciale d'information sur le dépistage de la COVID n'offrent des services qu'en français et en anglais. Il est donc très difficile pour les personnes allophones qui croient avoir des symptômes de la COVID d'obtenir des conseils ou de demander d'être référés pour du dépistage. Plusieurs informateurs ont souligné qu'il serait avantageux de faire affaire avec un service d'interprétariat en ligne, à l'instar de plusieurs autres provinces (et aussi de la Ville de Montréal pour la ligne 211).

Dès les premiers jours de la crise, de très nombreux organismes communautaires desservant les immigrants et communautés culturelles, ainsi que des associations ethnoculturelles, ont pris l'initiative de traduire les informations et consignes de la Santé publique dans les principales langues de leurs clients, et parfois de produire eux-mêmes des fiches et des vidéos. Parmi les premiers, il faut mentionner ACCÉSSS et le SIARI, dont les fiches ont été largement distribuées. Dès la fin mars, le MIFI avait mis en ligne certaines informations dans plusieurs langues autres que

le français et l'anglais, mais il n'y avait pas de lien vers son site à partir de la page de Santé Québec. Le manque d'informations en langues autres que le français et l'anglais a posé un obstacle important à la transmission d'informations essentielles aux personnes allophones.

Les informateurs ont rapporté que de nombreux groupes communautaires et associations ethnoculturelles ont également mis sur pied des lignes d'information et de soutien pour les personnes qu'ils desservent, en plus de poster des informations sur leurs pages Facebook ou sites web. Souvent les informations étaient offertes en plusieurs langues. De nombreux groupes ont appelé leurs clients les plus vulnérables, incluant des personnes allophones, pour leur donner des informations et vérifier s'ils avaient besoin de soutien. Ils ont joué un rôle clé dans la diffusion d'informations auprès de cette population.

Par ailleurs, plusieurs informateurs ont souligné que les documents produits par les gouvernements (même traduits) étaient souvent difficiles à comprendre pour les personnes moins scolarisées (trop de texte, niveau de langue trop complexe). Des faibles niveaux de littératie sont particulièrement fréquents chez certains demandeurs d'asile et certains travailleurs temporaires. Plusieurs répondants ont affirmé que ce serait important de produire des outils avec une meilleure infographie, plus d'images et un texte allégé, ainsi que de courtes capsules vidéo.

3.2.4 Confusion concernant certaines consignes

Les informateurs ont rapporté qu'en général, les fausses informations qui circulaient dans

les communautés culturelles seraient les mêmes que dans la population majoritaire. Le seul exemple plus spécifique qui nous a été rapporté circulait sur les réseaux sociaux en mars. À l'époque, certaines personnes originaires de l'Afrique subsaharienne qualifiaient la COVID-19 de 'maladie de blancs'. Cette fausse croyance était probablement liée au fait que la pandémie a frappé plus tard (et moins fort) dans leurs régions d'origine. La fausse croyance est rapidement disparue à mesure que des populations noires ont été touchées.

Les informateurs ont rapporté que la confusion a été plus importante pendant les premières semaines du confinement. Chez les membres de communautés culturelles, c'est surtout parmi les personnes allophones et les personnes à statut précaire qu'il y aurait eu quelques exemples de confusion concernant les directives, principalement au début.

Le plus gros problème dans certaines communautés a été la croyance erronée qu'il fallait rester enfermé à la maison, sans même sortir pour prendre l'air. Cette croyance aurait été assez généralisée dans la communauté indienne de Parc-Extension, dont plusieurs membres ne maîtrisent ni le français, ni l'anglais, et dans une moindre mesure dans d'autres communautés, par exemple dans des familles d'origines haïtiennes de Montréal-Nord, surtout chez des personnes à statut précaire. Par exemple, les informateurs rapportent que de nombreux parents auraient interdit à leurs enfants de sortir afin de les protéger du virus, une situation difficile pour des familles nombreuses vivant dans de petits appartements. Selon les informateurs,

il est possible qu'une interprétation indûment restrictive ait été plus répandue chez certains groupes à statut précaire ou récemment arrivées, en raison d'un manque d'information, d'une crainte d'avoir des problèmes avec la police (amendes), ou encore de la peur que cela puisse nuire à leur dossier d'immigration, s'ils enfreignaient involontairement des règles qui ne leur étaient pas claires.

Rien n'indique que les fausses informations circulent plus (ni moins) chez les membres de communautés culturelles que chez la majorité. Par contre, l'impact de ces fausses informations peut être plus important en l'absence d'un contrepois. Ainsi, les personnes qui ont de la difficulté à comprendre les informations sanitaires officielles (pour des raisons de langue ou de littératie), ainsi que ceux qui n'ont pas de liens de confiance importants avec les institutions publiques, peuvent être plus vulnérables à de fausses informations. Ceci met en relief l'importance de renforcer des liens de confiance entre les autorités sanitaires publiques et les membres plus marginalisés des communautés culturelles, et d'assurer la diffusion d'informations adaptées à leurs besoins, soit directement ou par l'entremise des groupes avec lesquels ils entretiennent déjà un lien de confiance.

3.2.5 Facteurs qui font obstacle à l'application des consignes

Les informateurs ont rapporté que la grande majorité des membres de communautés culturelles qu'ils desservent manifestait une volonté de se conformer aux consignes sanitaires. Toutefois, certains facteurs objectifs

peuvent faire obstacle au respect des consignes

Le fait de ne parler ni français, ni anglais, le faible niveau de littératie, le manque de littératie numérique (surtout chez les aînés) et l'absence d'accès à une connexion internet ont été des obstacles pour plusieurs.

Possibilité de distanciation physique dans le logement. Beaucoup de membres de communautés culturelles, surtout les personnes à statut précaire ou de première génération, vivent dans de petits appartements surpeuplés, par exemple à Parc-Extension et Montréal-Nord. C'est pratiquement impossible pour des personnes à haut risque d'infection (ex. : travailleurs de la santé) ou les personnes malades de garder des distances avec les autres membres de la famille qui partagent l'appartement. Les personnes qui partagent un appartement avec des colocs (ex. : demandeurs d'asile nouvellement arrivés) ont souvent peu de contrôle sur le comportement des colocs, qui ne prennent pas toujours des précautions.

Possibilité de distanciation physique sur les lieux de travail. Les informateurs ont rapporté que certains membres de leur communauté ne pouvaient faire appliquer les règles de distanciation physique sur leur lieu de travail (voir [section Emploi](#)). En particulier, les préposés aux bénéficiaires (PAB) et autres travailleurs de la santé, surtout en CHSLD, ont beaucoup de difficulté à se protéger contre l'infection, notamment parce qu'ils n'ont pas accès à l'équipement de protection nécessaire. De très nombreux demandeurs d'asile arrivés depuis 2017 sont devenus PAB, principalement des femmes originaires d'Haïti ou de pays africains francophones. De nombreuses

autres personnes issues de l'immigration travaillent également dans le système de santé. Elles vivent dans la peur de contracter la COVID-19 et d'infecter les autres membres de la famille, surtout leurs enfants. Malheureusement, elles sont nombreuses à effectivement avoir été infectées.

Les organismes qui viennent en aide à des groupes vulnérables peuvent avoir de la difficulté à respecter les consignes. Par exemple, des groupes qui livrent de la nourriture chez des aînés ou personnes handicapées vivant en bloc appartement doivent entrer dans le bloc pour déposer la nourriture à la porte de l'appartement et affirment qu'il leur manque d'ÉPP pour leurs bénévoles.

3.3 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET PSYCHOSOCIAUX

3.3.1 Accès au dépistage

Malgré la volonté des autorités publiques de faciliter l'accès au dépistage et aux soins liés à la COVID-19, plusieurs obstacles ont été identifiés durant les entretiens de cette enquête pour certaines personnes à statut migratoire précaire.

Le 31 mars 2020, le MSSS avait émis une directive prévoyant que le dépistage et les soins liés à la COVID-19 doivent être offerts gratuitement à toute personne vivant au Québec,

quel que soit son statut migratoire.³ Dans le cas des demandeurs d'asile, ils bénéficient également de la couverture du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), qui couvre sensiblement les mêmes soins que la RAMQ.

Cependant, la directive du MSSS n'aurait pas été suffisamment diffusée - ni dans le réseau de la santé, ni auprès des populations visées. La situation dans les cliniques de dépistage s'est améliorée au fil du temps, mais il reste encore beaucoup de confusion dans le réseau.

Des informateurs de divers groupes ont relaté que dans plusieurs cliniques de dépistage, on demandait aux patients de présenter une carte RAMQ dès l'arrivée. Par conséquent, il y a eu plusieurs cas où des demandeurs d'asile et des personnes sans assurance médicale se sont vu refuser l'accès au dépistage pour la COVID-19. De même, certaines personnes qui ont appelé pour être référées à une clinique de dépistage se sont fait dire que seules les personnes avec la carte RAMQ y avaient droit. C'est arrivé, par exemple, à une demandeuse d'asile, Carole Benedicte Ze, qui avait contracté la COVID-19 alors qu'elle faisait du bénévolat dans un CHSLD ([Lowrie, 2020](#)).

Plusieurs personnes sans couverture médicale auraient hésité à se faire dépister ou soigner, de peur d'être obligées de payer. Le pro-

blème rapporté le plus souvent par les informateurs concerne la situation de personnes qui ont testé négatif après avoir consulté parce qu'elles avaient des symptômes ressemblant à la COVID. Il semblerait que certains établissements ont interprété de manière restrictive la directive du 31 mars et ont présumé que les tests, ainsi que des soins donnés en attendant le résultat, n'étaient couverts que si le résultat était positif. Une telle interprétation est très problématique puisque cela décourage les personnes non-assurées à se faire dépister, dans la mesure où elles craignent de devoir payer si le test est négatif.

Enfin, des informateurs ont relaté que plusieurs personnes sans statut ont souligné qu'elles craignaient de se rendre dans les cliniques de dépistage ou hôpitaux parce qu'il n'y avait pas de garanties explicites qu'elles ne seraient pas dénoncées à l'Agence des services frontaliers du Canada et ensuite déportées. À Trois-Rivières, un demandeur d'asile hispanophone qui ne parlait ni français, ni anglais s'est rendu à l'hôpital, où il a été déclaré positif. Un employé l'aurait dénoncé à la police comme étant un 'illégal' et il a initialement eu de la difficulté à recevoir des soins, jusqu'à ce qu'une intervenante d'un groupe communautaire intervienne auprès de l'établissement.

3.3.2 Accès aux soins de santé

De nombreux informateurs ont souligné que les personnes qui ne parlent ni français, ni

³ <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/salle-presse/Pages/questions-services-pendant-pandemie.aspx>

anglais vivent toujours des difficultés d'accès aux soins, mais elles ont été exacerbées pendant la pandémie. Deux cas rapportés dans les médias illustrent ces difficultés.

Le premier concerne une demandeuse d'asile mexicaine de 24 ans, Cristal Loria, arrivée à Montréal avec son mari et leur fils en septembre 2019 ([Gervais, 2020](#)). En mars, au début du confinement, Cristal commence à avoir des maux de tête intenses, une douleur à l'œil et des vomissements. Elle finira par se rendre à l'hôpital, mais on ne permet pas à son mari de l'accompagner, bien qu'elle ne parle ni français, ni anglais. On ne lui fait passer aucun test et on la renvoie à la maison avec des Tylenol. Ses maux de tête continuent d'empirer et finalement, avec l'aide d'une intervenante communautaire, Cristal obtient un rendez-vous en clinique d'ophtalmologie. Encore une fois, elle est seule, sans personne pour l'aider à expliquer ses symptômes. On la renvoie avec des gouttes pour les yeux. Début mai, elle paralyse d'un côté du visage et quelques heures plus tard, s'effondre, morte, devant son petit garçon de 4 ans. Le test réalisé sur son cadavre pour la COVID-19 est négatif. On peut cependant penser que le contexte du confinement a pu contribuer à sa mort, dans la mesure où personne n'a pas pu l'accompagner et traduire pour elle et qu'elle ne semble pas avoir réussi à expliquer ses symptômes.

Un deuxième cas illustre le drame vécu par des personnes ne parlant ni français, ni anglais, hospitalisées par la COVID-19 et coupées de leurs proches, qui habituellement traduisent pour eux. Il s'agit d'un résident permanent d'origine arménienne, M. Sargsyan, un homme de 70 ans qui avait été

parrainé par son fils adulte ([Braun, 2020b](#)). Hospitalisé au début mars à l'Hôpital Sacré-Cœur pour une chirurgie mineure, il a d'abord eu un choc septique et a ensuite contracté la COVID-19 à l'hôpital. À compter du 18 mars, son fils et sa belle-fille n'avaient plus le droit de lui rendre visite, il n'y avait donc personne pour traduire pour lui. Il était incapable de communiquer avec les soignants. Pendant l'hospitalisation, il a perdu 20 kilos. Ses proches appelaient plusieurs fois par jour pour essayer de lui parler, mais se faisaient dire chaque fois que les infirmières étaient débordées. Après d'autres complications, M. Sargsyan est mort seul à l'hôpital le 9 mai.

3.3.3 Besoins psychosociaux et difficultés d'accès aux services

Dans l'ensemble de la population, tant chez la majorité que chez les communautés culturelles, la crise de la COVID-19 a entraîné beaucoup de détresse : peur de la maladie et de la mort, incertitude face à l'avenir, isolement, tensions au sein des familles, pertes d'emploi, inquiétudes financières, etc. L'offre de services psychosociaux et de soutien à domicile, déjà insuffisante avant la crise, aurait diminué sensiblement depuis le début du confinement, alors que les besoins ont considérablement augmenté. Plusieurs travailleurs sociaux, infirmières et autres professionnels de la santé ont été redéployés pour s'occuper de la COVID-19, de sorte que de nombreuses personnes vulnérables dans la communauté ont pu connaître une interruption ou une réduction de services.

Pour illustrer les difficultés d'accès, une intervenante communautaire donne l'exemple d'un homme seul qui, après avoir fait un AVC,

ne reçoit aucun soutien à domicile même si cela fait 6 semaines qu'elle appelle à répétition au CLSC en son nom. L'intervenante se fait dire qu'il y a un dossier ouvert et que ce n'est pas la peine de les déranger. Le monsieur se sent abandonné et devient de plus en plus anxieux. L'intervenante souligne que l'accès à ce type de soutien était déjà lent et ardu avant le confinement, mais que cela a beaucoup empiré. Une autre informatrice cite l'exemple d'une mère monoparentale demandeuse d'asile avec plusieurs jeunes enfants et des problèmes de santé mentale, déjà en attente de psychothérapie. Avant le confinement, elle recevait du soutien à domicile, mais celui-ci a été interrompu. Enfermée à la maison, seule avec ses enfants et sans soutien, elle vit une détresse croissante.

Dans l'ensemble, les facteurs qui augmentent la détresse psychosociale sont les mêmes chez les membres de communautés culturelles que chez la majorité : être un aîné seul, être défavorisé, être une mère monoparentale, avoir un handicap, avoir des problèmes de santé mentale préexistants, et autres facteurs du genre.

Parmi les facteurs qui auraient une importance particulière chez certaines communautés culturelles, il y a le fait de travailler dans le secteur de la santé, surtout les PAB en CHSLD. Ces personnes vivent un niveau d'anxiété particulièrement élevé : peur d'être infectés et surtout, peur d'infecter leur famille. Malheureusement, les craintes des travailleurs de la santé se sont réalisées dans plusieurs cas (voir section [Santé et sécurité au travail](#)).

Un autre facteur spécifique est le manque de services psychosociaux dans des langues autres que le français ou l'anglais. Les établissements ont peu de recours aux interprètes et il n'y a pas non plus de lignes d'écoute en langues autres que le français ou l'anglais. Le Centre St-Pierre est un des très rares endroits mentionnés à offrir de l'écoute et du soutien psychologique en quelques autres langues (espagnol, portugais, arabe).

Chez les demandeurs d'asile, le stress augmente parce que les audiences de détermination du statut sont suspendues, ce qui allonge les délais déjà très longs (attente d'environ 2 ans pour l'audience). Plusieurs demandeurs d'asile ont laissé conjoint.e et/ou enfants dans leurs pays d'origine et ne les reverront pas à moins d'obtenir le statut de réfugié. Plusieurs se découragent de plus en plus. De même, les résidents permanents (incluant les réfugiés sélectionnés) qui ont parrainé un membre de leur famille vivent difficilement les délais additionnels liés à la suspension du traitement des dossiers pour une durée indéterminée, puisque cela prend déjà des années pour être réunis avec des proches.

Les informateurs rapportent une très grande détresse chez beaucoup de leurs clients/membres, notamment chez les mères monoparentales avec plusieurs enfants, allant parfois jusqu'à des crises de panique et des pensées suicidaires. Les gens appellent pour des services précis, mais ont visiblement aussi besoin d'écoute empathique. Face à cette détresse, un groupe communautaire a décidé d'organiser des groupes d'écoute et d'entraide, par Zoom, le soir, après que les

enfants soient couchés. Plusieurs groupes religieux offrent un soutien spirituel. Par contre, la plupart des groupes affirment se sentir dépassés lorsque leurs clients/membres vivent des troubles plus importants de santé mentale, et soulignent le besoin d'améliorer l'offre de services psychosociaux professionnels, surtout en ce contexte de crise.

3.4 SÉCURITÉ FINANCIÈRE

Pour les représentants de la plupart des communautés que nous avons consultés, la question de la sécurité financière était parmi les préoccupations les plus importantes. La mise sur pause de l'activité économique a semé des difficultés et inquiétudes à l'intérieur de communautés qui vivaient déjà des taux élevés de pauvreté, de travail précaire et de chômage. Cette section rapporte les perceptions des informateurs clefs concernant l'impact sur l'emploi, les difficultés économiques, l'accès aux mesures de soutien, la santé et sécurité au travail, ainsi que le logement et la sécurité alimentaire.

3.4.1 Perte d'emploi, difficultés financières et mesures d'aide

Les informateurs ont rapporté que la fermeture de lieux de travail pendant la période de confinement a généré une grande insécurité pour de nombreux travailleurs qui ont perdu leur emploi principal ou secondaire ou encore qui ont subi une réduction d'heures de travail. Selon le sondage [Advanis/Ma Ville](#)

[Écoute](#) (2020) - COVID-19, 39% des Montréalais rapportent qu'au moins une personne dans leur foyer a perdu son emploi en raison de la pandémie. En avril, le taux de chômage à Montréal a augmenté pour s'établir à 18.2 % (hausse de 9.4 % depuis le mois de mars). À l'échelle du Québec, les secteurs de la construction, de l'hébergement/restauration et de la fabrication furent davantage touchés par ce recul (baisse de 39 %, 35 % et 23 %, respectivement dans le mois d'avril)⁴. Dans le budget familial, les conséquences sont importantes. Nos répondants ont expliqué comment les difficultés financières liées au COVID se vivaient différemment pour ceux qui ne travaillaient pas avant le COVID; pour les travailleurs pauvres et précaires; et pour les travailleurs de la classe moyenne.

Bien qu'il y ait des sous-groupes qui aient eu de la difficulté à accéder aux programmes d'aide financière liés à la COVID-19, nos répondants trouvaient généralement que les membres éligibles de leur communauté avaient réussi à accéder à la Prestation canadienne d'urgence (PCU), à l'Assurance-emploi et, plus tard, à la Prestation canadienne d'urgence pour les étudiants (PCUE). Les personnes avec un bon niveau de littératie consultaient directement les sites web gouvernementaux à ce sujet. Plus généralement, les gens obtenaient de l'information à la télévision et la radio. Pour certaines communautés, l'information était disponible dans des médias ethniques dans des langues autres que le français et l'anglais. Le bouche-à-oreille, ainsi que les médias sociaux comme

⁴ <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/travail-re-muneration/resultats-epa-202004.pdf>

Facebook et WhatsApp, étaient aussi importants, mais plusieurs répondants croyaient que ces sources étaient moins fiables. La plupart de ceux qui étaient éligibles ont réussi assez facilement à avoir accès à ces prestations.

Les informateurs rapportaient, par contre, que certains membres de la communauté avaient eu des difficultés à accéder aux mesures d'aide financière pour diverses raisons:

- Faible littératie ou difficultés linguistiques qui empêchent de comprendre les sites web.
- Pas de connexion internet.
- Refus ou retard de l'employeur d'émettre le relevé d'emploi et difficultés à rejoindre des employeurs dont l'établissement était fermé par la COVID-19.
- Erreurs en remplissant les formulaires, souvent en raison de la langue ou d'un manque de compréhension de termes techniques ou légaux.
- Inéligibilité des étudiants internationaux (très nombreux dans certaines communautés, et souvent accompagnés par époux/se et enfants) à la PCUE.
- Pour les personnes à statut précaire, la crainte (non-fondée) que le fait de demander la PCU pouvait nuire à leur demande de résidence permanente.

Les groupes communautaires, ainsi que plusieurs associations ethnoculturelles et des groupes d'entraide informels, ont rapporté avoir consacré énormément de temps et d'énergie pour aider les personnes issues de communautés culturelles qui avaient de la difficulté à comprendre et à accéder aux me-

sures d'aide financière, notamment les nouveaux arrivants et les allophones. Ils ont rapporté avoir traduit l'information dans plusieurs langues, offert de l'accompagnement virtuel pour remplir les demandes, et appuyé les personnes qui rencontraient des difficultés.

Souvent, les intervenants de groupes communautaires éprouvaient de la difficulté à déterminer si certaines personnes (notamment, celles avec un statut temporaire) étaient éligibles. Plusieurs informateurs se sont dit inquiets de ce qui pourrait arriver si, rétrospectivement, le gouvernement fédéral détermine que la personne n'était pas admissible et tente de récupérer l'argent. L'argent a été dépensé pour des besoins de survie et la très grande majorité de leurs clients (demandeurs d'asile et autres nouveaux arrivants) n'ont pas d'épargne.

Selon nos informateurs, pour les travailleurs qui gagnaient le salaire minimum avant le COVID ou qui travaillaient à temps partiel, le montant de \$2000 les a aidés à maintenir leur niveau de vie. Pour ceux qui gagnaient plus que \$2000 par mois, la PCU représente une baisse de revenu et engendre des difficultés à payer les factures habituelles de loyer ou hypothèque, voiture, etc. Nos répondants ont souligné l'augmentation importante de dettes (particulièrement hypothèque et cartes de crédit) parmi ce groupe. En particulier, beaucoup de répondants ont soulevé qu'il y a beaucoup de membres de leur communauté qui sont propriétaires de petites entreprises qui ont été obligées de fermer, sans avoir réussi à accéder à l'aide financière qui leur était destinée.

Nos informateurs ont souligné que deux groupes de travailleurs demeuraient exclus des protections de ces mesures, soit les travailleurs sans statut et les travailleurs qui ont le droit de travailler au Canada mais qui étaient payés avec de l'argent comptant (travail informel). Parmi les travailleurs informels, on compte plusieurs personnes âgées immigrantes, qui ne touchent pas une pension complète, même après le Supplément de revenu garanti, et qui occupent donc un emploi à temps partiel (ex. : garde d'enfants, compagnon d'une autre personne âgée plus vulnérable), souvent payé en comptant, afin de boucler leur budget.

Les personnes sans statut vivent une précarité financière extrême. La vaste majorité ont été mises à pied et elles n'ont droit à aucune prestation (pas même l'aide de dernier recours). Plusieurs reçoivent un soutien de membres de leur communauté ethnoculturelle. Des groupes comme Solidarité sans frontières ont également fait des levées de fonds pour leur venir en aide.

Plusieurs personnes qui venaient de commencer un emploi n'étaient pas admissibles à la PCU. Les demandeurs d'asile qui n'avaient pas accumulé assez d'heures ont dû retourner sur l'aide sociale. Les immigrants économiques arrivés peu avant le confinement n'avaient pas assez d'heures pour se qualifier pour la PCU et ils n'ont pas droit à l'aide sociale pendant les 3 premiers mois après l'arrivée (période de carence). Les étudiants internationaux, exclus de la PCUE, ont eu le droit de dépasser la limite régulière de 20 heures de travail par semaine, seulement s'ils travaillaient dans un secteur désigné "essentiel".

Les bénéficiaires de l'aide de dernier recours (aide sociale) avaient déjà souvent du mal à subvenir à leurs besoins avant la crise. Dans le contexte actuel, le coût de la vie augmente en même temps que les groupes communautaires ont moins de capacité à aider ces familles (ex. : banques alimentaires, comptoir de vêtements, etc.).

L'accès à une carte de crédit est un autre enjeu mentionné par plusieurs informateurs. Pour les personnes sans emploi, les travailleurs précaires et les nouveaux arrivants, accéder à une carte de crédit peut être difficile, ce qui est de plus en plus nécessaire pour des achats en ligne. Il était aussi soulevé par plusieurs répondants que certains groupes comme les personnes âgées et les nouveaux arrivants, ne sont pas habitués à effectuer des paiements directs ou à utiliser des cartes bancaires pour faire leurs achats dans un contexte où les chèques et l'argent comptant sont de moins en moins bienvenus dans les commerces. Pour ceux qui n'utilisent pas couramment ces modes de paiement, il a aussi été difficile (surtout avec des facteurs de risque de santé) de visiter des banques afin de retirer de l'argent comptant. Finalement, soumettre une déclaration d'impôts est nécessaire pour accéder à la plupart des mesures de soutien gouvernemental, ce qui peut être un enjeu pour certaines personnes vulnérables.

Enfin, des informateurs ont souligné que des personnes à faible revenu n'avaient souvent pas les moyens de se payer certaines ressources qui sont importantes en contexte de crise. Ceci inclut notamment :

- Achat de nourriture pour deux semaines en prévision d'une quarantaine.

- Achat de matériel de protection personnelle : masques, Purell, Lysol.
- Ordinateurs ou tablettes.
- Connexion internet.

De plus, plusieurs personnes immigrantes ont un besoin accru d'envoyer un montant à leurs familles dans le pays d'origine qui sont en crise financière, souvent sans accès à un soutien gouvernemental.

3.5 SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Les questions de santé et sécurité au travail (SST) sont ressorties de nos entrevues comme étant très importantes dans les communautés racisées et immigrantes. Nos répondants disent que les membres de leurs communautés sont surreprésentés dans les emplois désignés « essentiels » au sein de la crise de la COVID-19, ce qui les rend plus susceptibles d'être exposés au virus. Les préoccupations mentionnées concernent : les risques pour la santé des travailleurs de la santé; les risques pour la santé des travailleurs dans d'autres secteurs essentiels; les risques pour la santé des membres de la famille de ces travailleurs; et les difficultés à défendre les droits SST des travailleurs.

3.5.1 Travailleurs du secteur de la santé

Les communautés culturelles sont surreprésentées parmi les travailleurs du secteur de la santé dans les positions « au bas de l'échelle » comme les préposés aux bénéficiaires (PAB), l'entretien ménager, les buanderies, etc. De toute manière, le travail dans ce secteur représente un risque accru d'exposition au virus, aggravé au début de la crise par le

manque d'équipement de protection personnelle (ÉPP), particulièrement dans les CHSLD.

Les informateurs ont noté que les demandeurs d'asile et d'autres nouveaux arrivants sont nombreux à être à l'emploi d'agences de placement, notamment comme PAB ou préposés à l'entretien ménager, surtout dans les CHSLD. Ils sont également souvent déplacés d'un établissement à l'autre. Une enquête en profondeur de Radio-Canada confirme ce qui nous a été rapporté par nos informateurs sur les nombreux problèmes associés à certaines agences de placement, dont une formation inadéquate sur les consignes de santé et sécurité ([Gerbet & Schué, 2020](#)). On relève aussi des cas où des préposés à l'entretien ménager envoyés par des agences ne comprenaient ni le français, ni l'anglais, et n'ont donc pas exécuté correctement le travail de décontamination qui leur avait été assigné.

Une informatrice donne l'exemple d'un demandeur d'asile qui faisait de l'entretien ménager à temps partiel dans un CHSLD et travaillait à temps partiel comme gardien de sécurité dans un autre établissement résidentiel. Il a contracté la COVID-19, vraisemblablement au CHSLD, mais a travaillé deux jours à l'autre établissement avant d'avoir son diagnostic positif et de le dire à l'employeur.

De nombreux membres de communautés culturelles ont contracté la COVID-19 au travail et, parfois, l'ont transmis aux membres de leurs familles. Une informatrice cite le cas d'une demandeuse d'asile qui était PAB dans un CHSLD à Laval. Elle avait des symptômes, mais la gestionnaire a insisté pour qu'elle continue à travailler tant qu'elle n'avait pas de

diagnostic. Plus de deux semaines se sont écoulées avant qu'elle reçoive ses résultats; entre-temps, son état s'est détérioré et elle a été hospitalisée pendant plusieurs semaines.

Plusieurs cas décrits dans les médias ont fait écho aux propos recueillis auprès de nos informateurs. La première PAB à décéder, Victoria Salvan, avait immigré des Philippines en 1986 et travaillait en CHSLD depuis 25 ans ([Larouche & Duchaine, 2020](#)). Marcelin François, demandeur d'asile débouté originaire d'Haïti, travaillait comme opérateur de machinerie dans le textile la semaine et préposé aux bénéficiaires dans divers CHSLD pour le compte d'une agence de placement la fin de semaine. Âgé de 40 ans, il est mort subitement de la COVID, laissant dans le deuil sa femme et 3 jeunes enfants ([Boisvert, 2020](#)). Amoti Furaha Lusi, originaire du Congo, travaillait comme PAB au CHSLD Dorval, où elle a contracté la COVID. Elle a transmis l'infection à son mari, qui en est mort. Elle reste seule avec 5 enfants et est enceinte d'un sixième ([Boily & Gentile, 2020](#)).

Nos informateurs notent que la situation s'est améliorée à plusieurs égards, mais des problèmes perdurent, notamment :

- Manque d'équipement de protection personnelle au travail;
- L'impossibilité pour les travailleurs de la santé de s'isoler de leurs familles dans de petits logements.
- Peu de considération pour les risques accrus des travailleurs plus âgés ou ayant des conditions de santé préexistantes.
- Obligation de travailler des quarts de travail extrêmement longs, épuisants, ce qui rend les travailleurs plus susceptibles

de faire des erreurs et ainsi augmente les risques pour les travailleurs et les patients.

- Besoin de faire garder les enfants pendant que les parents font de longs quarts de travail, ce qui expose des grands-parents ou voisins aux risques d'infection ou amène des enfants plus vieux à garder les jeunes.
- Niveau très élevé d'anxiété chez les travailleurs du milieu de la santé. Leurs besoins émotionnels ne sont pas satisfaits, ils se sentent mal compris.
- Plusieurs demandeuses d'asile travaillant dans le secteur de la santé ont eu de la difficulté à accéder aux garderies d'urgence censées desservir les enfants de travailleurs essentiels.

3.5.2 Travailleurs dans d'autres secteurs désignés « essentiels »

Les membres de communautés culturelles seraient également surreprésentés dans les autres secteurs désignés « essentiels » comme les entrepôts, les usines de transformation alimentaires, les services de livraison ou de transport (ex. : Uber, taxi) ou les restaurants ou épiceries [voir [Tableaux 1 et 2](#)].

Au sein des services essentiels (services de livraison ou de transport, restaurants, épiceries, entrepôts, usines de transformation alimentaires), les répondants rapportent que les consignes de santé et sécurité au travail n'étaient pas assez claires et, surtout, que le CNESST ne surveillait pas de façon systématique la protection des employés. De plus, les travailleurs dans ces secteurs rapportaient, selon nos participants, ne pas avoir suffisamment d'information sur les éclosions dans

leurs milieux de santé, surtout s'ils travaillent par le biais d'une agence de placement. Certains ont partagé que des travailleurs tombés malades se sont simplement retirés du travail, sans avertir l'employeur, par peur de ne pas être rappelés après leur rétablissement. Des employeurs auraient par ailleurs exigé que des travailleurs retournent au travail après un test positif de COVID-19 s'ils étaient asymptomatiques.

Selon nos données, un problème particulier se posait dans le cas des individus qui travaillent 'au noir', soit parce qu'ils sont sans statut ou parce qu'ils reçoivent également de l'aide sociale. S'ils contractent la COVID-19, ils vont souvent omettre d'identifier leur lieu de travail lorsqu'ils répondent au questionnaire administré dans le cadre du dépistage. En effet, ils ont peur d'être dénoncés, soit à l'Agence des services frontaliers du Canada dans le cas des personnes sans statut, ou au bureau de l'aide sociale, dans le cas de personnes avec statut qui ont un emploi non déclaré. Il serait donc important de donner des garanties très claires de confidentialité au moment du dépistage.

D'autres problèmes mentionnés par les informateurs en lien avec la santé et sécurité au travail incluent :

- Manque d'ÉPP en général.
- Stations de travail qui ne permettent pas de garder 2 mètres de distance.
- Manque d'installation pour se laver régulièrement les mains.
- Impossibilité de garder la distanciation sociale lors des pauses, des repas ou aux toilettes.
- Transport collectif (public, partagé avec d'autres travailleurs ou fourni par l'employeur) sans distanciation adéquate.
- Les quotas de production qui ne permettent pas des pauses pour se laver les mains ou de bien utiliser les ÉPP.
- Pression au travail accrue à cause d'un manque d'employés.
- Quart de travail standardisé qui crée un embouteillage pour l'utilisation des installations (ex. : toilettes, salles de changement, cafétéria).
- Les enfants de ces travailleurs ne pouvaient pas fréquenter les garderies d'urgence.

3.5.3 Difficultés à défendre ses droits de santé et sécurité au travail

Plusieurs informateurs ont affirmé que les travailleurs qu'ils desservent rapportent de nombreuses difficultés à défendre leurs droits en termes de respect des consignes de santé et sécurité au travail liées à la COVID-19.

Certains informateurs ont rapporté qu'au début de la crise, la DRSP et la CNESST répondaient aux plaintes des travailleurs seulement à distance, se fiant sur des appels téléphoniques avec les employeurs et des vidéos des milieux de travail fournis par les employeurs. Les informateurs ont fait état de plusieurs cas où des conditions problématiques ont perduré après des plaintes au CNESST. Bien que les travailleurs aient le droit de refuser d'effectuer du travail dangereux, il semble que les balises lors de la crise COVID n'aient pas encore établies.

De plus, selon les données, les travailleurs racisés ou à statut d'immigration précaire sont souvent réticents à faire des plaintes concernant les conditions de santé ou de sécurité au travail. La discrimination raciale et en lien avec le statut d'immigration fait que ces travailleurs ont très peur de ne pas trouver d'autres emplois s'ils en perdent un, surtout avec la récession économique qui se dessine. Pour certains, envoyer de l'argent dans leur pays d'origine est aussi essentiel. Pour ces raisons, ces travailleurs peuvent être hésitants à faire une plainte de SST (par peur de représailles) ou encore d'arrêter de travailler en raison de maladie (incluant la COVID-19) ou pour prendre soin d'enfants ou de parents âgés.

3.6 SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Selon les informateurs, l'insécurité alimentaire était déjà un problème important à Montréal avant la crise, notamment chez des migrants à statut précaire et autres nouveaux arrivants. Avec la crise, le nombre de personnes qui ont besoin de dépannage alimentaire a explosé, surtout dans les quartiers où les revenus étaient déjà faibles. Dans Parc-Ex, par exemple, un organisme de dépannage alimentaire a vu le nombre de familles qui viennent à chaque semaine passer de 95 à 300.

Ce constat est conforme aux résultats d'un sondage réalisé en ligne par [Synopsis Recherche Marketing](#) au début mai, qui a révélé que 12% des Montréalais avait eu recours à du dépannage alimentaire, dont 7% pour la première fois. En d'autres mots, la proportion de Montréalais ayant recours aux banques alimentaires a plus que doublé, passant de 5% à 12% de la population. Il semble plausible que

cela ait triplé dans des quartiers plus désavantagés.

La plupart des banques alimentaires ont cessé leurs opérations pendant les deux premières semaines du confinement. Cela a été très dur pour des personnes à faibles revenus, qui n'ont souvent que quelques jours d'épargne, d'autant plus que la PCU n'était pas encore en vigueur. La fermeture (temporaire) serait surtout liée à la fermeture des locaux et le besoin de réorganiser la distribution pour éviter la contagion, conjugué au fait que beaucoup de bénévoles étaient des aînés.

D'après les informateurs, les banques alimentaires ont repris leurs opérations mais ne suffisaient pas à la demande, malgré un financement accru de Centraide et d'autres organismes caritatifs. Plusieurs n'acceptaient pas de nouveaux clients parce qu'elles ont déjà du mal à répondre aux besoins de leurs anciens clients, ou encore diminuaient la quantité de nourriture offerte à chaque famille. Un informateur a suggéré que l'ouverture des banques alimentaires à titre ponctuel, pour la durée de la crise, dans les quartiers où il en manque.

Les aînés seuls ne peuvent pas se rendre dans les banques alimentaires. La livraison de paniers alimentaires est essentielle pour les aînés, surtout ceux qui sont seuls. Ce serait également la modalité préférée pour la plupart des gens. C'est surtout par peur d'être infecté si l'on se rend dans une banque alimentaire, mais parfois aussi parce que c'est gênant, d'autant plus qu'on est exposé aux regards des passants lorsqu'on attend en ligne dehors.

Pour plusieurs groupes, commander l'épicerie ou des médicaments en ligne n'est pas une option viable. Souvent, il faut payer un supplément pour la livraison, ce qui est un obstacle pour les personnes à faible revenu. Plusieurs aînés sont incapables de faire des commandes en ligne, pour diverses raisons : faible littératie numérique, pas d'ordinateur ni tablette, pas d'accès internet. Des personnes allophones ont souvent aussi de la difficulté à comprendre les instructions sur les sites des épiceries ou pharmacies. Dans la communauté italienne, on rapporte que certains aînés ont toujours fonctionné avec du comptant et ne sont pas à l'aise avec le paiement à crédit.

Plusieurs informateurs ont mentionné que les banques alimentaires et popotes roulanges n'offrent pas souvent des mets culturellement adaptés aux goûts des communautés qu'elles desservent. En contexte de confinement, plusieurs (notamment des aînés) trouvent cela particulièrement pénible de ne pas pouvoir manger de mets familiers, d'autant plus qu'ils sont déjà très anxieux, stressés et/ou déprimés. Aussi, les banques alimentaires n'offrent pas toujours les couches, qui représentent une dépense importante pour les familles à faibles revenus avec des bébés.

Certains groupes communautaires, associations ethnoculturelles et groupes d'entraide ont pu répondre plus rapidement aux besoins de la population parce qu'ils ont fait preuve de flexibilité et d'esprit d'initiative pour s'adapter aux défis liés au confinement. Par exemple, dans la communauté philippine, il y a eu des initiatives pour répondre aux besoins particuliers de leur communauté en

identifiant des travailleurs étrangers temporaires isolés et leur offrant des paniers d'épicerie ou des repas de mets philippins pour les familles où les enfants étaient seuls à la maison parce que leurs parents travaillaient les longs quarts dans les hôpitaux et CHSLD. On nous a aussi rapporté le cas d'un groupe communautaire qui a décidé de continuer à offrir du dépannage alimentaire même si leur local était dans un édifice qui, en principe, était fermé. Ils ont rapidement adapté leur fonctionnement habituel afin de préparer et livrer des paniers alimentaires, se conformant à toutes les directives de la Santé publique. Cette initiative a eu un impact bénéfique important, puisque cela a pris plus de deux semaines avant que les autres banques alimentaires du quartier rouvrent.

3.7 LOGEMENT

Selon nos données, les immigrants de première génération, particulièrement des demandeurs d'asile et autres migrants à statut précaire, sont plus nombreux à avoir un faible niveau de revenu et à vivre dans des logements exigus et souvent surpeuplés. Dans un tel contexte, il est particulièrement difficile de minimiser les contacts ou d'isoler une personne malade afin d'éviter la transmission du virus. Cet enjeu est d'autant plus préoccupant puisque ces personnes immigrantes sont nombreuses à travailler dans le domaine de la santé. Aussi, les ménages multigénérationnels fréquents dans plusieurs communautés culturelles peuvent augmenter le risque que les personnes exposées à la COVID-19 dans leur milieu de travail infectent leurs parents âgés qui vivent sous le même toit. Des difficultés similaires ont été

décrites dans le cas de colocation, mode de cohabitation privilégié par de nombreux demandeurs d'asile, travailleurs migrants et étudiants internationaux, surtout pendant les premiers mois après l'arrivée.

Le fait d'habiter dans un bloc appartement a également été décrit comme un élément préoccupant par les informateurs, puisque nombres des familles accompagnées habitent dans de vastes édifices à logements avec des espaces communs (ex. ascenseur, salle de lavage), ce qui augmente l'exposition potentielle au virus. Le peu d'espace extérieur pour les habitants de blocs d'appartement (parfois sans même un balcon) rendaient par ailleurs la période de confinement stricte encore plus pénible.

Selon les informateurs, la capacité des personnes plus vulnérables à payer les dépenses courantes comme le loyer a été affectée par une baisse de revenus depuis le début de la crise. Certains ont souligné que si le moratoire sur les évictions décrété par le gouvernement a réduit la pression sur les personnes les plus démunies, la levée de ce moratoire pourrait faire en sorte que de nombreuses personnes plus démunies pourraient être encore incapables de payer le loyer et pourraient faire face à l'éviction⁵. En effet, selon nos informateurs, plusieurs sont de plus en plus endettées, surtout de la dette de carte de crédit, puisqu'ils n'arrivent même pas à payer pour les besoins de base. Le remboursement des dettes de cartes de crédit continuera de

peser lourd dans le budget des personnes à faible revenu.

3.8 BIEN-ÊTRE FAMILIAL ET SOCIAL

La plupart des représentants des communautés que nous avons consultés considèrent que la famille est un facteur de protection et de résilience dans ce temps de COVID. Ils rapportaient qu'en général, les familles s'adaptent bien, grâce au soutien de la communauté. Selon eux, il est plus commun dans leurs communautés de vivre en ménage multigénérationnel, ce qui aide aussi à faire face aux difficultés liées à la COVID. Cela dit, évidemment, beaucoup de familles vivent des épreuves, d'autant plus quand les activités communautaires familiales sont annulées durant la crise sanitaire. Les préoccupations principales des répondants tournaient autour des enfants et des personnes âgées, mais certains ont aussi soulevé des inquiétudes pour les couples et la famille dans le pays d'origine.

3.8.1 Enfants

La majorité des inquiétudes soulevées par les informateurs en lien avec le bien-être familial portaient sur les enfants, et concernaient trois catégories : la supervision des jeunes, leur éducation et leur développement psychosocial.

Premièrement, les répondants ont décrit comment, étant donné le grand nombre de

⁵ Ce moratoire, qui protège les locataires, devrait être graduellement levé à partir du 6 juillet 2020.
<https://www.rdl.gouv.qc.ca/>

parents travaillant dans les secteurs « essentiels », étant donné également la fermeture des écoles et l'accès limité aux garderies, plusieurs familles se sont retrouvées à chercher de la supervision à la maison. Pour les enfants très jeunes, les parents devaient compter sur des membres de leurs familles (incluant les personnes âgées), les voisins ou des amis pour assurer leur garde. Dans ces situations, les parents avaient peur d'être en train de contrevenir aux consignes de distanciation physique. Généralement, selon nos informateurs, les travailleurs de la santé se tournaient vers les garderies spéciales seulement en dernier recours, surtout parce qu'ils croyaient que cela exposerait leurs enfants à un risque élevé d'infection. Il est à noter que les travailleurs « essentiels » d'autres secteurs n'ont pas accès à ces garderies spéciales. Les enfants plus vieux restaient souvent seuls à la maison. Certains parents travaillant dans les secteurs essentiels ont dit se sentir isolés, déprimés et/ou inquiets de ne pas être en mesure d'offrir le meilleur encadrement à leurs enfants durant cette période exceptionnelle.

Les données recueillies suggèrent que l'éducation des enfants était également une préoccupation très importante. Beaucoup de familles ont rencontré des difficultés en ce qui concerne l'enseignement en ligne. Plusieurs facteurs pouvaient contribuer aux barrières:

- Aucun ordinateur (ou pas assez d'ordinateurs/tablettes) à la maison.
- Pas d'accès à une connexion internet.
- Difficile pour des parents employés dans les services essentiels de donner une supervision adéquate à leurs enfants.
- Manque d'espace calme pour travailler à l'intérieur d'appartements exigus.
- Pour les enfants nouveaux-arrivants, l'adaptation à l'enseignement en ligne s'avère plus complexe que pour les enfants nés ici et qui sont habitués au système scolaire québécois.
- Parents qui ne maîtrisent ni le français ou l'anglais assez bien pour accompagner leurs enfants.
- Fermeture de ressources (bibliothèques, clubs devoirs) qui appuyaient les familles avec l'école.
- Difficulté à établir une routine pour l'école, particulièrement si les parents continuent à travailler.
- Manque de motivation de la part de leurs enfants et inadéquation de la trousse du Ministère face aux besoins et possibilités.

Un troisième grand thème de préoccupation relaté en entretien concernait le bien-être et le développement des enfants dans ce contexte exceptionnel. Évidemment, les enfants avaient du mal à comprendre la distanciation physique et le manque de liberté de voir leurs amis. Les informations partagées suggèrent que la solitude, le manque de structure et de routine ont pu affecter le comportement et l'humeur des enfants. Les informateurs ont également décrit que la difficulté des adolescents et jeunes adultes à respecter les consignes sanitaires a pu créer certaines tensions dans les familles. De plus, les enfants en difficultés ou à risque de négligence ou d'abus inquiétaient les répondants.

3.8.2 Aînés

Dans la plupart des communautés, il serait rare que les aînés soient placés en CHSLD. Par contre, dans plusieurs communautés, il est assez courant que les aînés vivent dans leur propre appartement, seuls ou en couple. Dans d'autres communautés, il est fréquent que les domiciles regroupent des personnes de plusieurs générations. Ceci facilite l'entraide (ex. : garde des enfants, épicerie, soins de personnes malades, etc.). Lorsque l'aîné vit avec ses enfants adultes, le problème principal est le risque de transmettre le virus à l'aîné, surtout 1) si l'un des enfants adultes travaille dans un milieu à haut risque comme un CHSLD ou autre établissement de soins et/ou 2) si l'appartement est petit.

Dans le cas d'aînés vivant seuls en appartement, il y avait plus d'inquiétudes. Il s'agit en général des mêmes préoccupations pour les personnes âgées que chez la population majoritaire, notamment:

- Perte ou diminution de services à domicile de la part du CLSC ou du groupe communautaire.
- Isolement sans accès aux sources habituelles de divertissement et de contact social.
- Séparation de leurs enfants et petits-enfants, avec le manque d'affection physique que cela implique.
- Manque de littératie numérique et isolement.

Certains informateurs ont rapporté que pour plusieurs personnes âgées, le confinement a eu pour effet la perturbation de la routine (incluant les visites médicales, socialisation,

exercice), impliquant des risques pour la santé physique et mentale. Il a été aussi souligné que certains organismes pour aînés sont dirigés par des aînés qui n'utilisent pas la technologie ou qui n'y ont pas accès à la maison.

3.8.3 Couples et parents

Bien que la plupart des répondants aient mentionné l'augmentation de tensions à l'intérieur des familles et des couples, peu ont mentionné de cas liés à la violence familiale ou conjugale. Cela dit, nos répondants n'étaient généralement pas impliqués dans des organismes spécialisés dans ce domaine. Une personne ressource travaillant dans un organisme pour femmes a mentionné une augmentation des demandes de services liées à la violence conjugale, expliquant que la situation actuelle crée une exacerbation des conflits et de la violence existants, avec le confinement à la maison, la réduction de l'espace privé (incluant la difficulté de faire des appels en toute confidentialité) et le stress financier. Selon certains répondants, la peur de l'intervention de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) (une peur fondée dans leur surreprésentation dans les services de la DPJ [[Lavergne & Dufour, 2020](#)]) peut mener certaines familles à éviter de parler de leurs conflits familiaux.

Plusieurs répondants ont mentionné que les femmes monoparentales à faibles revenus, souvent avec plusieurs jeunes enfants, étaient nombreuses chez les demandeurs d'asile et certains autres immigrants de première génération. Pendant le confinement, elles ont vécu des niveaux de stress particulièrement élevés, d'autant plus qu'elles vivent

souvent dans de petits logements, sans accès à une cour, sans connexion internet et avec peu de jouets pour les enfants. Les enfants risquent d'être particulièrement sous-stimulés ou agités alors que les mères sont dépassées et souvent déprimées.

3.8.4 Famille au pays d'origine

Plusieurs informateurs ont rapporté un élément particulier aux familles accompagnées. Le fait d'avoir des responsabilités morales et financières envers des membres de la famille dans le pays d'origine est un facteur qui distingue selon eux l'expérience de la COVID-19 par des immigrants de celle d'autres Québécois. Beaucoup d'immigrants s'inquiètent pour leur famille dans le pays d'origine, où le système de santé et le filet social sont souvent moins forts qu'au Québec. La technologie (téléphone, internet) rend la communication plus facile avec la famille au pays d'origine, mais implique aussi une source continue de nouvelles qui peuvent être très inquiétantes. Dans le contexte de la pandémie, plus particulièrement, les informateurs ont rapporté que les nouveaux arrivants tentent, dans la mesure du possible, d'envoyer des sommes d'argent au pays d'origine, sans pouvoir visiter leur famille en difficulté - ce qui peut parfois mener à un sentiment d'impuissance ou de détresse.

3.9 RÔLE DES GROUPES RELIGIEUX

Selon nos répondants, les groupes religieux ont joué un rôle important pour plusieurs familles accompagnées durant la pandémie. Les églises de diverses dénominations chrétiennes (catholique, évangélique et autres)

occupent une place importante dans plusieurs communautés, notamment haïtienne, latino-américaines et certains pays africains, ainsi que chez les aînés dans les communautés italiennes, grecques et portugaises. Les groupes musulmans ont aussi un rôle significatif dans plusieurs communautés, dont celles du nord de l'Afrique, du Moyen-Orient et de plusieurs pays asiatiques, et il en est de même pour des groupes sikhs et hindous dans des communautés de l'Asie du Sud. À cela s'ajoutent des communautés juives, notamment hassidiques. Pour les croyants, le groupe religieux est souvent une source importante de réconfort et de soutien spirituel et matériel, un lieu d'appartenance et d'entraide.

Dès les premiers jours du confinement au Québec, la vaste majorité des groupes religieux (ex. : juifs hassidiques, musulmans, catholiques) ont annoncé la fermeture de tous les lieux de culte. Certains événements ont mené à des ajustements. Au début du confinement, le SPVM est intervenu à quelques reprises, d'abord dans un *mikva* (bain rituel) et ensuite à une synagogue de la communauté juive hassidique. Dans le premier cas, quelques personnes s'étaient rendues à la *mikva* en dépit des directives de leurs dirigeants religieux; dans l'autre, la synagogue était vide et verrouillée. À la demande de la DRSP de Montréal, une équipe de médiation culturelle de l'Institut universitaire SHERPA est intervenue pour faciliter un dialogue entre des représentants de la communauté juive hassidique, la DRSP et le SPVM. Une intervention similaire a eu lieu avec des représentants de groupes musulmans avant le Ra-

madan. L'intervention a aidé à établir une relation axée davantage sur la collaboration que sur la contrainte. Après discussion, les groupes religieux ont confirmé leur engagement à respecter les consignes de la Santé publique, incluant l'évitement des rassemblements à l'occasion de la Pâque juive, du Ramadan et de l'Eid. De leur côté, la SPVM a modifié certaines pratiques de vérification pour mieux protéger le sentiment de sécurité de ces communautés et éviter des interventions potentiellement stigmatisantes.

Selon les informateurs, les groupes religieux ont tenté de trouver un équilibre entre la nécessité d'éviter les rassemblements et l'importance de soutenir leurs membres en offrant le réconfort et l'entraide qu'ils retrouvent auprès de groupes religieux. À Parc-Extension, par exemple, un *gurdwara* (temple sikh) a préparé et distribué à tous les jours des repas aux familles sikhs du quartier. À travers Montréal, des mosquées ont aidé à fournir de la nourriture aux membres plus désavantagés de leur communauté, en particulier pour l'*iftar* - le souper partagé après le coucher du soleil pendant le Ramadan. Divers groupes religieux ont offert des rites religieux, sermons et prières à distance (Zoom, etc.). Certains ont tenté d'aider les fidèles à trouver un sens à la pandémie, par exemple en les invitant à la voir comme une épreuve offrant l'occasion de faire un cheminement spirituel. Les imams, rabbins, prêtres et d'autres leaders religieux jouent aussi un rôle important au niveau du soutien spirituel et

psychologique pour leurs fidèles (ex. : consultations individuelles par téléphone). Selon nos données, ces actions auraient soutenu des personnes vulnérables pour lesquelles leur communauté religieuse est importante.

3.10 RELATIONS INTERCOMMUNAUTAIRES ET ACTES RACISTES EN LIEN AVEC LA PANDMÉIE

Depuis le début de la pandémie, deux groupes au Québec ont fait l'objet de propos et gestes racistes liés à la crise sanitaire, tel que rapporté dans les médias⁶ et par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec⁷. Ces tensions intercommunautaires ont visé deux groupes plus particulièrement, selon nos données. D'abord, les membres de la communauté chinoise, ainsi que les personnes perçues comme étant 'asiatiques', qui auraient été ciblés sous prétexte que la COVID-19 est d'abord apparue en Chine. Plusieurs événements ont été rapportés dans les médias. En février, une personne d'origine coréenne a été agressée au couteau dans le quartier Notre-Dame-de-Grâce et trois pagodes bouddhistes de la communauté vietnamienne ont été vandalisées à coup de masse dans les quartiers Côte-des-Neiges et Rosemont (Braun, 2020a). Nos informateurs ont rapporté des incidents plus mineurs visant des groupes et personnes perçues, à tort ou à raison, comme des 'Chinois' (graffitis, insultes). La principale préoccupation exprimée par la communauté chinoise durant les entretiens

⁶ <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-06-22/son-dage-les-sino-canadiens-victimes-de-racisme-a-cause-de-la-pandemie>

⁷ <https://www.cdpdj.qc.ca/fr/medias/Pages/Communiqu%C3%A9.aspx?showItem=907>

est l'augmentation de la discrimination, du racisme et des gestes haineux envers les personnes d'origine asiatique. Ils se sont dit inquiets pour leur sécurité et certains ont même eu peur de quitter leur domicile. Certains ont ainsi souhaité recevoir de l'information et du soutien sur les façons de se protéger s'ils sont victimes de gestes haineux.

Le deuxième groupe ciblé par les gestes discriminatoires est la communauté juive hassidique, qui aurait subi ces gestes discriminatoires sous prétexte qu'elle aurait ramené le

virus à Montréal de New York au début mars. Elle aurait ainsi fait l'objet de multiples dénonciations concernant la distanciation sociale, souvent non-fondées, liées notamment au fait que les familles sont souvent grandes, avec de nombreux enfants. Au début du confinement, la SPVM avait fait une descente très remarquée suite à une dénonciation (non-fondée) indiquant qu'un service religieux était en cours dans une synagogue d'Outremont. La communauté juive hassidique a également fait l'objet de commentaires haineux (graffitis, réseaux sociaux).

4. CONCLUSION

Au sein des communautés culturelles montréalaises, plusieurs individus et groupes sont touchés par de multiples facteurs de défavorisation, de marginalisation et de vulnérabilité qui interagissent, ce qui augmente d'autant le risque global face à la pandémie. La crise de la COVID-19 vient ainsi accentuer les inégalités et vulnérabilités préexistantes. Notre étude suggère que les groupes suivants sont particulièrement vulnérables face à la pandémie et ont des besoins particuliers sur les plans sanitaire, psychosocial et socioéconomique. Les prochaines pages résument les enjeux rapportés dans notre étude.

4.1 SYNTHÈSE DES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ NÉCESSITANT L'APPUI DU SECTEUR PUBLIC ET COMMUNAUTAIRE

4.1.1 Facteurs socio-économiques

Les personnes en situation de précarité financière

Face à la pandémie de la COVID-19, les facteurs socioéconomiques ont pu fragiliser de multiples façons les personnes issues des communautés culturelles minoritaires, tout

comme celles issues de communautés majoritaires. En effet, la précarité financière peut notamment affecter la capacité des personnes et des familles à se loger, à se nourrir, à fournir le matériel soutenant le développement des membres de la maisonnée. En temps de pandémie, la vulnérabilité économique peut être aggravée par la perte d'emploi ou de revenu, aggravant d'éventuelles difficultés à se loger, à se nourrir et à se procurer du matériel important.

4.1.2 Facteurs socioprofessionnels

Les travailleurs du secteur de la santé, dont les préposés aux bénéficiaires (PAB), en raison de leur exposition à la COVID (sans accès adéquat à de l'équipement de protection personnelle) et la peur de la transmettre à d'autres membres de leur famille. Parmi les PAB, on compte de nombreuses demandeuses d'asile, provenant surtout d'Haïti et de l'Afrique subsaharienne, ainsi que beaucoup d'autres personnes issues de l'immigration, alors que les demandeurs d'asile originaires de l'Amérique latine sont particulièrement nombreux chez les préposés à l'entretien ménager dans le secteur de la santé.

Les personnes travaillant pour des agences de placement. Les demandeurs d'asile, les personnes sans statut et plus généralement les immigrants de première génération sont nombreux à travailler pour des agences de placement. De nombreuses agences ont des pratiques qui mettent à risque leurs travailleurs et les autres employés dans le même milieu de travail. Cela peut inclure: envoyer des travailleurs dans plusieurs lieux de travail différents; non-respect des consignes de santé-sécurité (par exemple, pas de distanciation ni de mesures d'hygiène dans des autobus qui transportent les travailleurs vers le lieu de travail, ne pas fournir l'ÉPP); formation inadéquate sur la santé-sécurité au travail; pas de traduction pour les travailleurs qui ne parlent ni français, ni anglais et qui ne comprennent donc pas les consignes de sécurité.

Les personnes travaillant dans d'autres secteurs à haut risque. De nombreuses personnes issues de l'immigration, surtout de première génération, travaillent dans des secteurs à haut risque pour la COVID. Le risque est parfois intrinsèque au type de travail (ex. : PAB, travailleurs d'abattoirs), mais aussi souvent lié au fait que l'employeur est peu respectueux des normes de la santé et sécurité au travail (ex.: usines non syndiquées) ou au fait de travailler à temps partiel à de multiples endroits (ex. : personnes travaillant pour des agences de placement).

4.1.3 Facteurs sociodémographiques

Les femmes monoparentales à faibles revenus, surtout avec de jeunes enfants. Chez les demandeurs d'asile et beaucoup d'autres immigrants de première génération, les mères

monoparentales vivent souvent dans de petits logements, sans accès à une cour. Souvent, les enfants ont peu de jouets et la famille n'a ni ordinateur ni accès internet. Par conséquent, les enfants risquent d'être particulièrement sous-stimulés ou agités alors que les mères sont dépassées et souvent déprimées. Plusieurs ont peu de réseau de soutien, surtout celles qui sont arrivées récemment. Certaines mères monoparentales appellent les groupes communautaires juste pour parler, pour pouvoir raconter ce qu'elles vivent et avoir une écoute empathique. Cela fait parfois des jours qu'elles n'ont pas parlé à un autre adulte. Plusieurs ont des attaques de panique ou encore des pensées suicidaires.

Les enfants d'âge scolaire dans des familles qui ont une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Pas d'accès à un ordinateur ou tablette, ni de connexion internet.
- Parents qui ne parlent pas (ou peu) le français et ne peuvent donc pas aider leurs enfants pour les travaux scolaires.
- Parents avec un faible niveau d'instruction (moins capables d'aider leurs enfants à l'école).
- Familles où les deux parents ont continué de travailler à l'extérieur du foyer et ne pouvaient pas superviser leurs enfants. Parfois, les enfants plus vieux doivent prendre soin des plus jeunes.

Les deux premières caractéristiques sont particulièrement courantes chez un nombre important de familles récemment arrivées, notamment dans le contexte de l'immigration humanitaire (demandeurs d'asile et réfugiés).

giés). Pour ces familles, cela a été pratiquement impossible de faire l'école à la maison. Le cheminement scolaire de ces enfants risque fort d'être compromis, d'autant plus que plusieurs faisaient déjà face à des défis majeurs associés à l'apprentissage du français et l'intégration dans le système scolaire québécois.

Les enfants d'âge préscolaire dans les familles les plus défavorisées étaient particulièrement à risque d'avoir été privés de la stimulation nécessaire à leur développement pendant la période de confinement. Chez plusieurs familles de demandeurs d'asile récemment arrivés, par exemple, les enfants n'avaient pratiquement aucun jouet, en plus d'être enfermés dans de petits logements, souvent sans accès à une cour.

Les aînés. Dans l'ensemble, les aînés des communautés culturelles vivent les mêmes difficultés que chez la population majoritaire. Chez certaines communautés, cependant, les habitations multigénérationnelles sont plus courantes que chez la majorité. Si cela réduit les problèmes liés à l'isolement, cela peut augmenter les risques d'exposer des aînés à la COVID, surtout lorsque leurs enfants adultes travaillent dans le secteur de la santé. Aussi, les aînés allophones sont à risque accru de ne pas recevoir des soins adéquats en raison de difficultés de communication (comme les autres allophones).

4.1.4 Facteurs liés au statut migratoire

Les personnes à statut précaire. Les personnes à statut temporaire (demandeurs d'asile et détenteurs d'un permis temporaire de travail, d'études ou de visite), ont généralement moins de droits que les personnes à

statut permanent (citoyens et résidents permanents). En particulier, seule une minorité de personnes à statut temporaire bénéficient de la couverture RAMQ, ce qui complique considérablement l'accès aux soins de santé. Des demandeurs d'asile et des personnes avec un visa de travail temporaire hésitent souvent à revendiquer le respect de leurs droits, notamment en milieu de travail, ce qui peut les mettre à risque d'infection.

Les personnes sans statut. Pendant le confinement, la vaste majorité des personnes qui sont établies au Québec sans avoir de statut migratoire officiel ont été mis à pied (emplois en usine, petits commerces, ménages dans les résidences, etc.) et n'avaient aucune source de revenus puisqu'ils ne sont éligibles à aucune prestation (PCU, assurance emploi, aide sociale). Même s'ils retrouvent leur emploi, ils risquent d'avoir des problèmes financiers en raison de dettes accumulées. Ceux qui sont de retour au travail sont généralement réticents à protester si l'employeur n'applique pas les consignes de santé et sécurité au travail, de peur d'être dénoncés aux autorités de l'immigration. Enfin, les personnes sans statut n'ont pas d'assurance médicale.

Les personnes sans assurance médicale. Depuis la fin mars, le gouvernement du Québec a décidé de rendre le dépistage et les soins directement associés à la COVID-19 gratuits pour tous, sans égard à leur statut migratoire. Toutefois, plusieurs personnes sans la carte RAMQ ont vécu des difficultés d'accès au dépistage et aux soins.

4.1.5 Facteurs linguistiques

Les personnes qui ne parlent ni le français, ni l'anglais (allophones). Il s'agit principalement de deux groupes : 1) des aînés (souvent arrivés au Québec alors qu'ils étaient déjà âgés, parrainés par leurs enfants adultes), et 2) des personnes récemment arrivées, surtout des demandeurs d'asile, réfugiés et certains travailleurs avec un visa temporaires. Elles sont souvent très isolées et ont de la difficulté à accéder aux services. Pendant les deux premiers mois du confinement, il y avait peu d'informations officielles concernant la COVID-19 sur les sites du Gouvernement du Québec en langues autres que le français et l'anglais. Les lignes Info-Santé (811) et la ligne dédiée à l'information sur le dépistage ne fonctionnent qu'en français et en anglais. Il est donc très difficile pour les personnes allophones qui croient avoir des symptômes de la COVID-19 d'obtenir des conseils ou de demander d'être référées pour du dépistage. En raison des règles excluant les accompagnateurs, les personnes allophones qui consultaient dans le réseau de la santé ou qui étaient hospitalisées se sont retrouvées seules, sans qu'un membre de la famille ou ami puisse traduire pour eux. Ceci a augmenté le risque d'erreurs médicales, ainsi que l'isolement des personnes allophones hospitalisées. Enfin, la formation sur les consignes de sécurité en milieu de travail est généralement offerte seulement en français et/ou en anglais, ce qui augmente les risques que des travailleurs allophones s'infectent et propagent le virus.

4.1.6 Facteurs liés au racisme

Les groupes ciblés par des actes racistes. Deux groupes principaux ont fait l'objet de propos et gestes racistes en lien avec la pandémie, rapportés par nos informateurs ainsi que dans le cadre de sondages à grande échelle et dans les médias. Le premier est la communauté chinoise, ainsi que les personnes perçues comme étant 'chinoises', principalement originaires de l'Asie de l'Est (ex. : la Corée), ciblées sous prétexte que la COVID provient de la Chine. Il y a eu des incidents d'agression physique, du vandalisme et des agressions verbales envers les membres de ces communautés. Plusieurs sont inquiets pour leur sécurité et certains ont même peur de quitter leur domicile. Le deuxième groupe, ce sont les Juifs hassidiques, qui ont fait l'objet de dénonciations répétées à la police sous prétexte de non-respect de la distanciation sociale dans des unités familiales et qui ont subi des commentaires haineux dans des lieux publics.

4.2 RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes constituent des pistes inspirées des propos recueillis des informateurs clefs, de la littérature et de l'expérience terrain des membres de l'équipe de recherche. Elles concernent les initiatives de santé publique, les services de santé et de services sociaux. Ces pistes visent de manière générale à favoriser une approche inclusive et globale de la santé publique en temps de pandémie et pourraient donc être considérées dans l'éventualité d'une seconde vague de la COVID-19 et d'un nouveau confinement,

ainsi que lors d'une prochaine crise sanitaire d'envergure.

4.2.1 Recueillir les données sur les déterminants sociaux de la COVID

Recueillir systématiquement des données permettant de documenter les liens entre d'une part, la prévalence et la sévérité de la COVID-19, et d'autre part, les déterminants sociaux potentiellement pertinents, incluant l'ethnicité, la langue, le statut migratoire, l'emploi, l'utilisation des transports en commun, les conditions de logement, etc. Cette recommandation a également été formulée par la Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec.⁸

4.2.2 Favoriser la concertation et la consultation communautaire

En temps de pandémie, les interventions de santé publique gagnent à tenir compte de la diversité de la population et à favoriser l'engagement des communautés notamment par la consultation et participation (Barker et al., 2020; Wilkinson et al., 2017). Dans ce contexte, les organisations communautaires constituent des alliés pour les directions de santé publique et les CIUSSS, et de plus fortes collaborations permettraient de renforcer les réponses collectives en contexte de crise sanitaire. La collaboration pourrait être favorisée en impliquant l'ensemble des organisations communautaires, par exemple par l'entremise des Tables de concertation, pour préciser les besoins sur le terrain, les orientations, et les ajustements des mesures. Ceci

devrait inclure non seulement les groupes communautaires, mais aussi les associations ethnoculturelles, groupes religieux et groupes d'entraide informels afin d'assurer une représentation la plus large et diversifiée possible de différents secteurs de la population.

4.2.3 Promouvoir l'accès aux informations et consignes sanitaires en établissant un plan de diffusion multilingue

- Un défi soulevé par les données concerne l'accès, pour les personnes allophones, à l'information fréquemment modifiée concernant les consignes sanitaires et les mesures sociales et économiques visant à soutenir la population. Au début de la crise, les traductions ont été réalisées non pas par les services publics mais par des organismes communautaires. Il semble important de rendre accessibles les informations et les services liés à la COVID dans les langues principales des résidents de Montréal, incluant le français, l'anglais et les 15 autres langues actuellement utilisées sur la page de Santé Montréal (arabe, créole haïtien, espagnol, farsi, hindi, italien, lingala, mandarin, portugais, punjabi, russe, tagalog, tamoul, vietnamien, yiddish). L'amélioration de l'accès aux informations et services en plusieurs langues pourrait être facilitée par les actions suivantes:

⁸ https://www.cdpcj.qc.ca/Publications/LETTRE_collecte-donnees-desegragees_Covid-19.pdf

- Diffuser des informations multilingues sur la COVID-19, sur la page de Santé Montréal⁹ et d'autres plateformes.
- Diffuser des informations multilingues sur les consignes de santé et de sécurité au travail liées à la COVID, ainsi que sur les droits et recours des travailleurs en cas de non-respect de telles consignes.
- Pour la ligne Info-Santé et toute autre ligne d'information sanitaire COVID, faciliter le recours aux services d'interprétariat téléphonique (par ex. : Language Line Solutions) afin de s'assurer de répondre aux appelants dans leur langue s'ils ne parlent ni le français ni l'anglais.
- Dans les cliniques de dépistage et dans le réseau de la santé, dans la mesure du possible, prendre les mesures afin de pouvoir communiquer avec les patients dans leur langue, notamment en ayant recours à des interprètes.
- Miser sur des outils d'information faciles à comprendre pour des personnes avec un faible niveau de littératie, notamment en améliorant l'infographie avec plus d'images et un texte allégé, et en produisant de courtes capsules vidéo.
- Faire appel à des professionnels de la santé provenant des principales communautés culturelles afin de créer du contenu (ex. : capsules vidéo) adapté sur les plans culturel et linguistique. Si possible, il est souhaitable de faire appel à des personnes connues et respectées dans la communauté.
- Miser sur les médias qui sont privilégiés par les communautés culturelles, incluant:
 - Des postes de radio de diverses communautés culturelles (ex. : haïtienne, philippine...);
 - Des journaux de diverses communautés culturelles;
 - Des pages en ligne (ex. : Facebook) de diverses associations ethnoculturelles et groupes communautaires;
 - Des applications pour cellulaires (par ex. : Whatsapp) pour rejoindre les personnes qui n'ont pas d'ordinateur ou d'accès internet;
 - Des affiches dans les transports en commun;
- Créer et maintenir à jour une page web avec une liste centralisée de toutes les ressources essentielles liées à la pandémie à Montréal (ex. : dépannage alimentaire, mesures de soutien financier...) et des hyperliens vers d'autres pages web importants (ex. : Santé-Montréal).

4.2.4 Promouvoir l'accès aux services de santé et aux services psychosociaux

Les données suggèrent qu'en temps de pandémie, il est important de mettre en place des mesures garantissant un accès universel et sans frais au dépistage et aux soins liés à la COVID à toutes les personnes vivant au Québec, sans égard à leur statut migratoire.

- Afin d'atteindre cet objectif, il y aurait lieu d'adopter une politique inspirée de

⁹ <https://santemontreal.qc.ca/population/coronavirus-covid-19/informations-multilingues/>

celle en vigueur en Ontario depuis le 20 mars 2020, qui garantit l'accès sans frais à l'ensemble des services de santé à toutes les personnes vivant dans la province, sans égard à leur statut migratoire. En effet, les patients ne peuvent pas savoir avant de se présenter s'ils sont atteints de la COVID. Si la couverture universelle est limitée au dépistage et au traitement de la COVID, comme c'est le cas au Québec depuis le 31 mars 2020, des personnes sans carte RAMQ hésitent souvent à se faire dépister, de peur de devoir payer si le test est négatif.

- Dans tous les cas, ces nouvelles mesures d'accès universel doivent être largement diffusées, autant dans le réseau de la santé qu'auprès du public, en visant particulièrement les communautés culturelles.
- Les cliniques de dépistage et autres établissements du réseau de la santé doivent annoncer clairement qu'ils protégeront la confidentialité et la vie privée de tous leurs patients, incluant les personnes sans statut, et qu'ils ne communiqueront aucune information à leur sujet à l'Agence des services frontaliers du Canada ou autres autorités de l'immigration.

Concernant les services de santé et services psychosociaux:

- En cas de nouveau confinement, prendre les mesures pour maintenir une offre adéquate de services médicaux, psychosociaux et soins à domicile pour l'ensemble de la population, en particulier les groupes les plus vulnérables.

- Offrir une ligne d'écoute et de soutien psychologique dans de multiples langues, en plus du français et de l'anglais.

4.2.5 Favoriser l'accès aux mesures d'aide financière

Il serait bénéfique pour les personnes les plus vulnérables, incluant les personnes sans statut, de rendre universel l'accès aux mesures d'aide financière liées à la pandémie.

4.2.6 Poursuivre l'adaptation des mesures de Santé et sécurité au travail à la pandémie

En ce qui concerne la santé et sécurité au travail, les mesures suivantes permettraient d'améliorer la situation des travailleurs plus vulnérables en temps de pandémie:

- Renforcer la capacité de la CNESST et de la DRSP à faire des inspections et à imposer les mesures nécessaires pour éviter la propagation de la COVID dans tous les milieux de travail.
- Mener une campagne d'information multilingue sur le droit de refuser de travailler dans des situations non sécuritaires et les recours en cas de représailles de l'employeur, en priorisant les transports en commun comme lieu de diffusion.
- Pour toutes les personnes travaillant dans des établissements de soins (hôpitaux, CLSC, CHSLD, etc.), s'assurer qu'elles aient accès à:
 - Des équipements de protection personnelle (ÉPP) adéquats;

- Une formation sur l'utilisation des ÉPP, en prenant les mesures nécessaires pour que l'information soit bien comprise (ex. : traduction des outils d'information dans les principales langues parlées par ces travailleurs);
- Offrir aux travailleurs à haut risque d'exposition à la COVID la possibilité d'être hébergés ailleurs qu'au domicile familial, en donnant la priorité aux personnes qui vivent dans des logements qui sont petits, surpeuplés, ou partagés par des personnes particulièrement vulnérables (ex. : aînés).
- Assurer la protection de l'ensemble des travailleurs, incluant les "travailleurs essentiels" hors des milieux de santé, par l'accès à l'ensemble des mesures nécessaires afin de protéger leur santé, fournis ou organisés par l'établissement (qu'il s'agisse de travailleurs fournis par une agence de placement ou de travailleurs avec un lien direct d'emploi).
- Minimiser le mouvement de travailleurs provenant d'agences de placement d'un milieu de travail à un autre, afin de minimiser les risques qu'ils soient contaminés et qu'ils soient des vecteurs de contagion.
- Pour les personnes à statut précaire ou sans statut, s'assurer qu'elles ne subiront pas de préjudice si elles sont déclarées positives à la COVID-19 ou si elles dénoncent des conditions de travail non conformes aux consignes sanitaires ou refusent de travailler dans de telles conditions. Ceci implique un engagement de protection de la confidentialité, ainsi qu'une campagne pour en informer les

travailleurs à statut précaire ou sans statut.

4.2.7 Favoriser la sécurité alimentaire

Compte tenu de l'impact important de la pandémie sur la sécurité alimentaire, les mesures suivantes pourraient être mises en œuvre afin de protéger les personnes les plus vulnérables en cas d'un nouveau confinement ou d'une autre épidémie :

- Soutenir financièrement les organisations qui offrent des services de dépannage alimentaire, afin qu'ils soient disponibles rapidement à travers Montréal, particulièrement dans les quartiers les plus défavorisés, en quantité suffisante et, dans la mesure du possible, en incluant des aliments favorisés par les familles desservies.
- Faciliter l'accès ou fournir des ÉPP adéquats pour les personnes qui travaillent dans ces organismes.

4.2.8 Assurer le maintien de l'accès au logement

En cas d'un nouveau confinement, rétablir le moratoire sur les évictions de locataires.

4.2.9 Promouvoir le bien-être familial

En cas d'un nouveau confinement ou d'une autre crise sanitaire majeure, les mesures suivantes pourraient être considérées pour promouvoir le bien-être des familles:

- Donner accès aux garderies d'urgence à tous les travailleurs "essentiels", en plus des travailleurs de la santé, en garantissant l'accès à tous sans égard au statut migratoire.

Si des cours primaires et secondaires sont de nouveau offerts à distance:

- S'assurer que tous les écoliers ont accès à un ordinateur ou une tablette et à internet.
- Offrir un soutien spécial aux écoliers dont les parents ne maîtrisent pas le français et/ou ont un faible niveau de littératie (sur le plan de la lecture ou du numérique).
- Offrir un soutien spécial aux familles les plus défavorisées afin que les enfants, surtout d'âge préscolaire, reçoivent une stimulation et une supervision adéquates pour promouvoir leur développement.

4.2.10 Solidifier les relations intercommunautaires et agir contre le racisme

Compte tenu des tensions sociales susceptibles d'émerger en temps de pandémie, certaines mesures pourraient être mises en œuvre afin de promouvoir le vivre-ensemble, de rétablir ou renforcer le sentiment de sécurité des communautés minoritaires en les protégeant des discours et actes haineux, notamment:

- En cas de tensions sociales préoccupantes, dans une approche de prévention, miser sur les ressources communautaires existantes et la médiation interculturelle afin de favoriser le dialogue intercommunautaire.
- Favoriser l'accès en diverses langues dans les informations concernant les recours face aux incidents ou crimes haineux et encourager les personnes à les rapporter.

4.3 POUR CONCLURE

Dans le contexte de la pandémie, tel que le rappelle l'Organisation mondiale de la santé, la dignité et les droits des personnes les plus vulnérables requièrent des États une attention et des mesures spécifiques de protection contre la discrimination (OMS, 2020). L'Organisation panaméricaine de la santé recommande également l'adoption d'actions ciblées et adaptées aux populations vulnérables en raison d'inégalités, d'exclusion et de discrimination, ce qui nécessite une meilleure compréhension des enjeux rencontrés et une compilation de données désagrégées (PAHO, 2020). Ces préoccupations font écho aux valeurs promues par la Charte des droits et libertés de la personne du Québec.

Considérant ces préoccupations et valeurs, le présent rapport s'est inscrit dans une perspective de justice sociale en santé, dans l'objectif de favoriser une réponse collective à la pandémie de la COVID-19 qui soit inclusive et globale. La perspective adoptée a ainsi été guidée par une considération de la santé physique, mentale, économique, sociale et (inter)communautaire de la population. En favorisant une meilleure compréhension de l'expérience des communautés culturelles montréalaises lors de la pandémie COVID-19, ce rapport a cherché à contribuer aux réflexions concernant la planification de la suite de la réponse publique et communautaire de la société québécoise à la crise sanitaire. Face aux enjeux complexes soulevés par la pandémie, la prise en compte des personnes les plus vulnérables (en raison de facteurs linguistiques, culturels, socioécono-

miques, ou migratoires) ainsi que la promotion de collaborations intercommunautaires nous semblent incontournables.

5. RÉFÉRENCES

- Advanis/Ma Ville Écoute (2020). *COVID-19: Nouveaux canadiens*. Disponible à: <https://portal.advanis.net/a/fr/report/saas004958/NTY.1WnOd7QK1e5zguWEytVar5UIUww/>
- Azar, K. M., Shen, Z., Romanelli, R. J., Lockhart, S. H., Smits, K., Robinson, S., ... & Pressman, A. R. (2020). Disparities In Outcomes Among COVID-19 Patients In A Large Health Care System In California. *Health Affairs*, 39: 7. 1-8. doi: 10.1377/hlthaff.2020.00598
- Barker, K. M., et al. (2020). Community engagement for health system resilience: evidence from Liberia's Ebola epidemic. *Health Policy and Planning*. 35(4): 416-423.
- Boily, D. & Gentile, D. (2020, 8 juin). Préposée aux bénéficiaires, la COVID-19 lui a enlevé son mari. *Radio-Canada*. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1710333/preposee-beneficiaires-chsld-veuve-cause-coronavirus-covid-19?fbclid=IwAR2AFdcRmUGPn2N9C8Bm_NNpFMAf6-YldS60EBRRK8LTnIIgXCKqz9A6RAo
- Boisvert, Y. (2020, 8 mai). Il s'appelait Marcelin François. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-05-08/il-s-appelait-marcelin-francois>
- Braun, D. (2020a, 10 juin). Des actes racistes commis envers des Asiatiques à Montréal. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1710914/racisme-anti-asiatiques-discrimination-montreal-motion>
- Braun, D. (2020b, 8 juin). COVID-19: Mourir complètement isolé des siens. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1710297/coronavirus-proches-aidants-malades-recours-collectif-hopitaux-chsld>
- Buchanan, L., Patel, J.K., Rosenthal, B.M., & Singhvi, A. (2020, 1 avril). A month of Coronavirus in New York: See the hardest-hit areas. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/04/01/nyregion/nyc-coronavirus-cases-map.html>. (repéré le 9 juin 2020).
- Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec (2020). Collecte de données désagrégées visant à lutter contre les impacts discriminatoires de la pandémie en conformité

avec la Charte des droits et libertés de la personne. Avis daté du 4 juin 2020.

https://www.cdpcj.qc.ca/Publications/LETTRE_collecte-donnees-desegragees_Covid-19.pdf
(repéré le 4 juillet 2020)

Direction régionale de santé publique de Montréal [DRSP]. (2020a, 26 mai). Inégaux face à la pandémie. [feuillet]. https://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/D%C3%A9terminants/Conditions_socio%C3%A9conomiques/COVID-19_et_d%C3%A9favo/Inegaux-Pandemie_Version-Detaillee.pdf

Direction régionale de santé publique de Montréal [DRSP]. (2020b, 30 juin). État de situation: Île de Montréal, ses arrondissements et les villes liées. <https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/Campagnes/coronavirus/situation-montreal/COVID19-Situation-Montreal-Arrondissements-VillesLiees.pdf>

Gee, G. C., & Ford, C. L. (2011). Structural racism and health inequities: Old issues, new directions. *Du Bois review : social science research on race*, 8(1), 115–132.
<https://doi.org/10.1017/S1742058X11000130>

Gerbet, T. & Schué, R. (2020, 1 juin). Des migrants mal formés envoyés au cœur du chaos des CHSLD. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1707732/migrants-demandeurs-asile-agences-placement-preposes-chsld-enquete>

Gervais, L-M. (2020, 3 juin). Être demandeur d'asile en pleine pandémie. *Le Devoir*.
<https://www.ledevoir.com/societe/580144/coronavirus-chercher-refuge-mais-trouver-la-mort>

Guignolée des médias. (2020, 26 mai). 650 000 Québécois ont dû recourir aux comptoirs d'aide alimentaire, dont 322 000 pour une première fois. *Presse-toi à gauche!*. <https://www.presse-gauche.org/650-000-Quebecois-ont-du-recourir-aux-comptoirs-d-aide-alimentaire-dont-322-000?fbclid=IwAR3q-yYrZhjbe2eNs5QsxsF--DWc5IZxxfmVBahGWDAvPMmGrYgH1gn5rM>

Kim, S. J., & Bostwick, W. (2020). Social Vulnerability and Racial Inequality in COVID-19 Deaths in Chicago. *Health Education & Behavior: the Official Publication of the Society for Public Health Education*, doi : [10.1177/1090198120929677](https://doi.org/10.1177/1090198120929677).

Larouche, V. & Duchaine, G. (2020, 18 avril). Une préposée aux bénéficiaires en CHSLD décède de la COVID-19. *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-04-18/une-preposee-aux-beneficiaires-en-chsld-decede-de-la-covid-19>

Lavergne, C. & Dufour, S. (2020). Les familles issues de la diversité culturelle et la protection de la jeunesse au Québec: Constats et recommandations. https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-068_Les_familles_issues_de_la_diversite_culturelle_et_la_protection_de_la_jeunesse.pdf

Lowcock EC, Rosella LC, Foisy J, McGeer A, & Crowcroft N. (2012). The social determinants of health and pandemic H1N1 2009 influenza severity. *Am J Public Health*. 2012;102(8):e51-e58.
doi:[10.2105/AJPH.2012.300814](https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300814)

- Lowrie, M. (2020, 16 mai). Des demandeurs d'asile au front dans les CHSLD. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/579166/des-demandeurs-d-asile-au-front-dans-les-chsld>
- Maxwell, J.A. (2005). *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*. Applied Social Research Methods Series. Volume 42. Sage Publications: London.
- Millett, G. A., Jones, A. T., Benkeser, D., Baral, S., Mercer, L., Beyrer, C. & Sherwood, J. (2020). Assessing differential impacts of COVID-19 on black communities. *Annals of Epidemiology*. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2020.05.003>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2020). *Addressing Human Rights as Key to the COVID-19 Response*, 21 avril 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/addressing-human-rights-as-key-to-the-covid-19-response> (repéré le 4 juillet 2020)
- Pan-American Health Association (PAHO) (2020). Promoting health equity, gender and ethnic equality, and human rights in COVID-19 responses: Key considerations, 5 mai 2020. <https://www.paho.org/en/documents/promoting-health-equity-gender-and-ethnic-equality-and-human-rights-covid-19-responses> (repéré le 4 juillet 2020)
- Patterson, M., Flinn, S., & Barker, K. (2018). Addressing tuberculosis among Inuit in Canada. *Canada communicable disease report - Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 44(3-4), 82-85. doi : [10.14745/ccdr.v44i34a02](https://doi.org/10.14745/ccdr.v44i34a02)
- Public Health England [PHE]. (2020). Beyond the data: Understanding the impact of COVID-19 on BAME groups. [Rapport]
- Rocha, R., Shingler, B. & Montpetit, J. (2020, 11 juin). Montréal's poorest and most racially diverse neighbourhoods hit hardest by COVID-19, data analysis shows. *CBC*. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/race-covid-19-montreal-data-census-1.5607123> (repéré le 11 juin 2020).
- Schué, R. (2020, 10 juin). Ottawa prêt à régulariser les demandeurs d'asile travaillant dans le système de santé. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1710426/immigration-asile-trudeau-anges-gardiens-chsld-quebec-legault-preposes?fromApp=appInfoIos&partageApp=appInfoIOS&accesVia=partage&fbclid=IwAR06l5LTThuIvDhK5u6duoS-Mad9yyvvmNAGNFWmNJseTBfbgE5C9C77VBc> (repéré le 11 juin 2020).
- Shingler, B. & Stevenson, V. (2020, 15 mai). COVID-19's devastating toll on families in Montreal's poorest neighbourhoods. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/montreal-low-income-inequality-covid-19-1.5570296> (repéré le 10 juin 2020).
- Siddiqi A, Blair A, Parnia A. (2020, 16 avril). A lack of data hides the unequal burden of COVID-19. *The Toronto Star*. www.thestar.com/opinion/contributors/2020/04/16/a-lack-of-data-hides-the-unequal-burden-of-covid-19.html (repéré le 9 juin 2020).
- Statistique Canada. (2018). Tableaux de données, Recensement de 2016: Profession - Classification nationale des professions (CNP) 2016 (691), statistiques du revenu d'emploi (3), plus haut

certificat, diplôme ou grade (7), minorités visibles (15), travail pendant l'année de référence (4), âge (4D) et sexe (3) pour la population âgée de 15 ans et plus ayant travaillé en 2015 et ayant déclaré un revenu d'emploi en 2015, dans les ménages privés du Canada, provinces et territoires et régions métropolitaines de recensement, Recensement de 2016 - Données-échantillon (25 %). (Numéro au catalogue: 98-400-X2016356) (repéré [ici](#) le 11 juin 2020).

Stevenson, V., & Shingler, B. (2020, 21 mai). Quebec relies on hundreds of asylum seekers in long-term care battle against COVID-19. *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/mon-treal/quebec-chsld-asylum-seekers-1.5559354> (repéré le 10 juin 2020).

Tircher, P., & Zorn, N. (2020). Inégaux face au Coronavirus: Constats et recommandations. [Rapport]. *Observatoire Québécois des inégalités*. [https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBECIc/asset/files/OQI%20-%20Ine%CC%81gaux%20face%20au%20coronavirus\(3\).pdf](https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBECIc/asset/files/OQI%20-%20Ine%CC%81gaux%20face%20au%20coronavirus(3).pdf)

Turcotte, M. & Savage, K. (2020, 22 juin). La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires. *Statistique Canada*. Numéro au catalogue: 45280001 <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/45-28-0001/2020001/article/00036-fra.pdf?st=C3pdbg29>

Turner-Musa, J., Ajayi, O., & Kemp, L. (2020). Examining social determinants of health, stigma, and COVID-19 disparities. *Healthcare*, 8(2):168.

Valentine-Devries, J., Lu, D. & Dance, G.J.X. (2020, 3 avril). Location data says it all: Staying home during Coronavirus is a luxury. *New York Times*. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/04/03/us/coronavirus-stay-home-rich-poor.html> (repéré le 9 juin 2020).

Viruell-Fuentes, E.A., Miranda, P.Y. & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2099-2016.

Wilkinson, A., Parker, M., Martineau, F., & Leach, M. (2017). Engaging 'communities': anthropological insights from the West African Ebola epidemic. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 372(1721). doi: [10.1098/rstb.2016.0305](https://doi.org/10.1098/rstb.2016.0305)

Williams, D.R. & Mohammed, S.A. (2013). Racism & health I: Pathways and scientific evidence. *American Behavioural Scientist* 57(8). 1152-1173.

ANNEXE I : ORGANISMES CONSULTÉS ET PRINCIPALES POPULATIONS DESSERVIES

	Région d'origine								Statut migratoire		Religion		
	Haïti	Afrique subsaharienne	Asie du Sud	Afrique du Nord et Moyen-Orient	Amérique latine	Philippines	Italie	Chine	Migrants à statut précaire	Nouveaux arrivants	Musulmane	Hindoue	Chrétienne
Afghan Women's Centre			x	x						x			
Afrique au féminin		x	x							x			
Accueil liaison pour arrivants (ALPA)									x	x			
Association des femmes iraniennes de Montréal				x									
Association des travailleurs et travailleuses d'agence de placement	x	x			x				x	x			
Cameroonian Goodwill Association of Montreal		x											
Canadian Council of Muslim Women (CCMW)				x							x		
Carrefour de ressources en interculturel Centre-Sud (CRIC)		x			x					x			
Carrefour d'intercultures de Laval (CIL)				x						x			
Centre Amal				x						x	x		
Centre communautaire Bon Courage de Place Benoit	x	x	x	x	x					x			
Centre communautaire LGBTQ de Montréal										x			
Centre de femmes solidaires et engagées							x						
Centre des travailleurs et travailleuses immigrants									x	x			
Club de l'âge d'or Parc Turin (Villeray)							x						

Collectif Bienvenue	x	x			x				x	x			
Conseil canadien des femmes musulmanes											x		
Conseil du développement du quartier chinois de Montréal								x					
Conseil Migrant				x	x								
Centre social d'aide aux immigrants (CSAI)										x			
École Al-Salam				x									x
Église Santa Rita Scalabrini	x				x		x						
Filipino Association of Montreal and Suburbs (FAMAS)						x				x			
Filipino Parents Support Group						x			x	x			
Forum Musulman Canadien											x		
Fraternité ivoirienne de la Rive-Sud		x											
Groupe anonyme									x	x			
Islamic Center of Quebec											x		
Kabir Centre			x										
Kapit Bisig						x			x	x			
La Maisonnée	x	x		x					x	x			
Maison culturelle de l'Iran				x									
Nisa Homes											x		
Parc-Ex Mutual Aid (PandemEx!)			x						x	x			
Progressive Chinese of Quebec								x					
Quebec Tamil Community Centre			x							x			
Services à la famille chinoise du Grand Montréal								x					
Sister Sabria Foundation											x		
Solidarité sans frontières									x				
South Asian Women's Community Centre			x						x	x			
St-Michel Vie sans frontières	x			x			x						
Temple hindou du Québec												x	

ET

9 professionnels de la santé, interprètes et intervenants communautaires, à titre individuel :

- Communauté chinoise: 1
- Communauté haïtienne: 3
- Communauté indienne: 2
- Accueil des demandeurs d'asile: 1
- Communauté italienne: 2

ANNEXE II : PERSONNES AU QUÉBEC SANS AUCUNE COUVERTURE D'ASSURANCE-SANTÉ PUBLIQUE – ESTIMÉ (2020)

Catégorie d'immigration	Nombre total	% sans assurance privée (estimé)	Population sans aucune assurance
Résidents permanents (total 40565 ^[ii]) en délai de carence RAMQ	10 141	50%	5 071
Travailleurs étrangers temporaires (PTET) et leurs dépendants (conjoint.e, enfants) (total 8215 ^[iii]) avec un permis fermé plus de 6 mois sur le Délai de carence RAMQ	2 054	25%	514
Travailleurs Mobilité internationale (PMI) et leurs dépendants (conjoint.e, enfants) (total 9115 ^[iiii]) avec un permis fermé plus de 6 mois sur le Délai de carence RAMQ	2 279	50%	1 140
Travailleurs migrants et leurs dépendants (conjoint.e, enfants) avec un permis ouvert (principalement Programme vacances-travail)	5 006 ^[iv]	50%	2 503
Catégorie 'Époux ou conjoint.e. de fait au Canada' (ECFC) (Demande de résidence permanente soumise, demande de parrainage par conjoint.e soumise)	6 780 ^[v]	50%	3 390

Étudiants internationaux non couverts par une entente de sécurité sociale et leurs dépendants	44 730 ^[vi]	25%	11 183
Parents/grands-parents avec super-visa	3 898 ^[vii]	25%	975
Personnes sans statut et personnes avec visa de visiteurs en séjour prolongé (estimé)	25 000 ^[viii]	100%	25 000
TOTAL ESTIMÉ			49 776

Proportion de la population québécoise (8.388 millions) : 0,59%

Les catégories de personnes habitant au Québec qui n'ont aucune couverture d'assurance-santé publique incluent :

- Les travailleurs migrants (et leurs dépendants, conjoint.e et enfants) avec un permis ouvert ou avec un permis de travail fermé de moins de six mois (autres que les travailleurs agricoles saisonniers). Ceci inclut notamment les détenteurs d'un permis du Programme vacances-travail.
- Les personnes parrainées par leur conjoint.e de l'intérieur du Canada qui sont en attente de la résidence permanente.
- Les étudiants internationaux et leurs dépendants (conjoint.e et enfants), à l'exception de ceux provenant de pays ayant une entente de sécurité sociale avec le Québec (Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Luxembourg, Norvège, Portugal, Roumanie, Suède).
- Les parents ou grands-parents de citoyens ou résidents permanents qui sont détenteurs d'un 'super-visa' de 10 ans qui leur permet d'entrer à plusieurs reprises au Canada et d'y rester jusqu'à 2 ans.
- Personnes sans statut : ce groupe est composé de deux catégories principales, soit : 1) des personnes qui sont entrées au Québec avec un visa temporaire (travail, études, visiteur) et qui y sont restées après l'expiration du visa, et 2) des personnes qui sont entrées comme demandeurs d'asile et qui sont restées au Québec suite au refus de leur demande d'asile. Il n'y a aucun chiffre officiel concernant cette population. Notre estimé s'appuie sur des ob-

servations sur le terrain (par ex. : le nombre d'enfants de parents sans statut qui se sont inscrits à l'école depuis que le Québec a modifié la loi pour le permettre), mais il ne peut s'agir que d'une approximation.

- Personnes avec un visa de visiteur, à entrée unique (souvent autour de 6 mois) ou à entrées multiples (valide pour une période maximale de 10 ans, qui permet de visiter pendant 6 mois à la fois). Le Canada émet plus d'un million de visas de visiteur à chaque année. De plus, les visiteurs provenant de certains pays peuvent entrer au Canada sans visa, simplement avec une Autorisation de voyage électronique. Certains viennent pour de courtes périodes (tourisme, affaires), d'autres pour plus longtemps (ex. : pour visiter la famille). Les visiteurs sont incités à contracter une assurance-santé privée avant de venir au Canada, mais ce n'est pas obligatoire. Nous ne sommes pas en mesure d'estimer le nombre de visiteurs qui séjournent au Québec.

Il y a lieu de noter que les demandeurs d'asile n'ont pas la couverture RAMQ, mais bénéficient de la couverture du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), qui est identique à la couverture RAMQ.

Les personnes qui n'ont pas d'assurance-santé publique sont invitées à contracter une assurance privée, mais souvent elles n'en ont pas les moyens parce que les primes coûtent chères. Nous avons fait un estimé approximatif du pourcentage de personnes sans assurance privée.

^[i] Nombre de résidents permanents arrivés au Québec en 2019. Source : <https://open.canada.ca/data/en/dataset/f7e5498e-0ad8-4417-85c9-9b8aff9b9eda> Canada - Admissions de résidents permanents selon la province / le territoire et la région métropolitaine de recensement de destination envisagé(e) (classement 2019), janvier 2015 - janvier 2020.

^[ii] Nombre de travailleurs étrangers temporaires (autres que les travailleurs agricoles) au Québec le 31 décembre 2019. Source : <https://open.canada.ca/data/en/dataset/360024f2-17e9-4558-bfc1-3616485d65b9#wb-auto-6>

^[iii] Nombre de personnes au Québec au 31 décembre 2018 avec un permis de travail fermé de plus de 6 mois en vertu du Programme de mobilité internationale. Source : <https://open.canada.ca/data/en/dataset/360024f2-17e9-4558-bfc1-3616485d65b9#wb-auto-6> Canada - Titulaires de permis de travail du programme de mobilité internationale en date du 31 décembre selon la province de destination envisagé(e) et le programme, 2000 - 2018.

^[iv] En 2018, il y avait 6180 titulaires d'un permis EIC (Expérience internationale Canada) au Québec. Source : Canada - Titulaires de permis de travail du programme de mobilité internationale en date du 31 décembre selon la province / le territoire de destination envisagé(e) et le programme, 2000 - 2018 <https://open.canada.ca/data/en/dataset/360024f2-17e9-4558-bfc1-3616485d65b9>

Selon un document d'IRCC de janvier 2019, 'Évaluation du programme Expérience internationale Canada' (Annexe B), le Programme Vacances-Travail (PVT) = 81% des permis de EIC (au niveau du Canada) <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/rapports-statistiques/evaluations/experience-internationale-canada-2019.html>

Si on suppose que les permis PVT représentent 81% des permis EIC au Québec, cela équivaldrait à 5006 titulaires de permis PVT en 2018.

^[v] En 2017, il y avait 29 755 titulaires de permis de travail à des fins de résidence permanente dans la catégorie 'demandeur au Canada'. Il s'agirait de personnes dans la catégorie ECFC avec un permis ouvert (donc, sans assurance-

santé). Source : IRCC - Faits et chiffres 2017, Tableau 8.2 : Titulaires de permis de travail à d'autres fins, selon le programme d'immigration et l'année signée, de 2008 à 2017 <https://ouvert.canada.ca/data/fr/dataset/2bf9f856-20fe-4644-bf74-c8e45b3d94bd#wb-auto-6> Le nombre précis au Québec ne semble pas être disponible, alors on a supposé qu'il est proportionnel à la population, soit 22.6% du chiffre pour le Canada.

^[vi] Source : IRCC – 2018 – Titulaires de permis d'étude selon la province de destination envisagée et le pays d'origine <https://ouvert.canada.ca/data/fr/dataset/90115b00-f9b8-49e8-afa3-b4cff8facaee>

Nombre total en 2018 (Québec) : 66,000

Nombre provenant d'un pays avec une entente de sécurité sociale avec le Québec: 21,270

Pays ayant une entente de sécurité sociale avec le Québec : Belgique, Danemark, Finlande, France, Grèce, Luxembourg, Norvège, Portugal, Roumanie, Suède.

<https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/immigrants-travailleurs-etudiants-etrangeurs/assurance-maladie/Pages/ententes-autres-pays.aspx>

^[vii] En 2017, IRCC a approuvé 17 248 super visas pour les parents et grands-parents de citoyens ou résidents permanents. Source : Rapport annuel du Parlement sur l'immigration – 2018

<https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/rapport-annuel-parlement-immigration-2018/rapport.html>. Le nombre précis au Québec ne semble pas être disponible, alors on a supposé qu'il est proportionnel à la population, soit 22.6% du chiffre pour le Canada. Pour obtenir un super-visa, la personne doit démontrer qu'elle a une assurance-santé privée valide pour au moins un an. Toutefois, les primes sont très élevées alors certaines personnes ne sont pas en mesure de continuer à les payer.

^[viii] Cet estimé est basé sur des données tirées d'une étude dirigée par Cécile Rousseau et Christina Greenaway concernant le nombre de visites dans 4 grands hôpitaux montréalais entre 2011 et 2014 pour trois groupes populationnels, dont les personnes sans assurance médicale.

ANNEXE III: GRILLE D'ENTREVUE

Questionnaire – français

Section 1 : Identification	
1.1 Nom de la personne	
1.2 Principales catégories de personnes ou de groupes au sein de la communauté avec lesquels l'informateur est en contact	
1.3 Nom de l'organisation ou rôle au sein de la communauté	
Section 2 : Principaux préoccupations et besoins	
2.1 Quelles sont les principales préoccupations ou difficultés liées à la crise qui vous sont rapportées par des gens de votre communauté?	
2.2. Quels sont les principaux besoins liés à la crise qui ne sont pas adéquatement comblés au sein de votre communauté?	
<i>N.B. Cela peut être dans de nombreux domaines (ex.: peurs face à la maladie; problèmes financiers; travailler dans le secteur de la santé ou autres secteurs à haut risque; travailler dans un milieu où les consignes sanitaires ne sont pas appliquées par l'employeur; enfants qui manifestent des problèmes de détresse ou de comportement; difficultés à donner un soutien adéquat à des aînés; violence conjugale; anxiété ou détresse; inquiétudes pour des membres de la famille qui sont à risque dans le pays d'origine, etc.).</i>	
Section 3 : Accès à l'information	
3.1. Quelles sont les principales sources d'information sur les mesures sanitaires, financières et autres liées à la COVID-19 pour les gens de votre communauté?	

	3.1.1 Quelles sources sont perçues comme fiables?	
	3.1.2 Est-ce que les sources varient selon le type d'information (ex.: sanitaire vs financière)?	
	3.1.3. Quel est le rôle de médias communautaires locaux?	
	3.1.4. Est-ce que l'information venant du pays d'origine joue un rôle?	
3.2. Est-ce qu'il y a certains groupes ou individus dans votre communauté qui ont plus de difficulté à obtenir ou comprendre l'information sanitaire sur la COVID (consignes de distanciation, procédure en cas d'infection, etc.)? Si oui, quels sont les obstacles?		
	3.2.1 Que faudrait-il faire pour mieux aider ces personnes à obtenir ou comprendre l'information?	
Section 4 : Mesures de protection et accès aux soins		
4.1. Dans certains contextes, il peut être difficile de se protéger contre la COVID – par exemple, lorsque des enfants adultes doivent prendre soin de parents âgés, lorsqu'il y a une personne malade dans un petit logement, lorsqu'il y a une fête religieuse importante ou d'autres situations. À votre avis, quels seraient les principaux facteurs qui font que certains membres de la communauté auraient de la difficulté à prendre des mesures de protection contre la COVID?		
	4.1.1 Avez-vous des suggestions pour surmonter ou atténuer ces difficultés?	
4.2 Est-ce que des membres de la communauté ont de la difficulté à avoir accès à des services de santé? (ex. : barrières de langue; faible littératie; absence de couverture RAMQ; etc.)		

Section 5 : Enjeux économiques		
Mesures de soutien financier		
5.1. Est-ce que des membres de la communauté ont de la difficulté à obtenir de l'information sur les mesures de soutien économique mises en place en raison de la crise?		
	5.1.1 Si oui, est-ce qu'il y a eu des solutions mises en place (par la communauté ou autrement)?	
5.2. Est-ce que des membres de la communauté ont de la difficulté à obtenir de l'argent à travers ces mesures?		
	5.2.1 Si oui, est-ce qu'il y a des solutions mises en place (par la communauté ou autrement)?	
Nourriture		
5.3 Est-ce que des membres de la communauté font face à un manque de nourriture ou d'argent pour acheter de la nourriture?		
	5.3.1 Est-ce qu'il y a un accès adéquat à du dépannage alimentaire? Qui le fournit?	
Logement		
5.4. Est-ce que des membres de la communauté vivent des problèmes sur le plan du logement en raison de la crise (ex.: incapacité de payer le loyer, menace d'éviction, etc.)?		

Finances - général	
5.5 En général, est-ce que plusieurs membres de la communauté vivent de l'insécurité financière accrue en raison de la crise? Si oui, comment sont-ils affectés?	
Emploi	
5.6. Est-ce que plusieurs membres de la communauté occupent des emplois qui impliquent une exposition élevée à la COVID? Si oui, quels types d'emploi (ex. : secteur de la santé; soins des aînés; transformation des aliments, etc.)? Ou simplement le fait de prendre le transport en commun?	
5.6.1. Quelles sont les conséquences de cette exposition élevée à la COVID?	
5.6.2. Avez-vous l'impression que ces personnes très exposées reçoivent le soutien dont elles ont besoin?	
5.7 En général, dans leur milieu de travail, est-ce que des membres de la communauté rapportent être exposés à des risques indus parce que l'employeur n'applique pas les consignes sanitaires?	
5.8 Est-ce qu'il y a des membres de la communauté qui aimeraient s'impliquer pour combattre la COVID-19 (ex. : comme professionnels de la santé) mais qui ne peuvent pas parce que leurs compétences ne sont pas reconnues (ou d'autres raisons)?	
Section 6 : Enjeux de statut migratoire	
6.1. Est-ce que des membres de la communauté avec un statut migratoire précaire (ou sans statut) éprouvent des difficultés ou craintes particulières dans le contexte actuel? Lesquelles?	

Section 7: Enjeux familiaux	
7.1. Quels sont les principaux problèmes rapportés par des membres de la communauté concernant le bien-être des enfants?	
7.1.1.	Est-ce qu'ils rapportent des difficultés liées à l'école à la maison?
7.1.2.	Est-ce qu'ils rapportent que les enfants vivent de la détresse ou des problèmes de comportement?
7.2. Avez-vous l'impression que la plupart des familles réussissent à s'adapter assez bien à la situation, ou s'il y a beaucoup de difficultés?	
7.3. Quels sont les principaux problèmes rapportés par des membres de la communauté en termes de conflits au sein des familles?	
7.3.1.	Est-ce qu'il semble y avoir une augmentation de cas de violence entre époux ou envers les enfants?
7.4. Est-ce que des membres de la communauté rapportent des difficultés à donner le soutien nécessaire à leurs aînés? Quels types de difficultés?	
7.4.1.	Est-ce que c'est fréquent que les aînés habitent avec leurs enfants adultes, ou plutôt séparément?
7.5 Est-ce que des membres de votre communauté sont inquiets des risques que vit leur famille dans le pays d'origine (en lien avec la COVID)?	
Section 8 : Groupes vulnérables	
8.1. Quels sont les sous-groupes au sein de votre communauté qui sont particulièrement vulnérables face à la crise de la COVID-19 (sur le plan de la santé, financier, détresse, etc.) ?	

8.2. Quelles seraient vos recommandations pour rejoindre plus efficacement les personnes les plus vulnérables de votre communauté?	
8.3 Est-ce que certains membres de la communauté vivent une détresse importante liée à la crise? Quelles sont les principales sources de détresse?	
8.3.1 Si oui, est-ce qu'ils reçoivent le soutien ou les services nécessaires pour y faire face?	
Section 9: Ressources communautaires et recommandations	
9.1. Quelles sont les ressources au sein de votre communauté qui peuvent contribuer - ou qui contribuent déjà - à faire face à cette crise (ex.: médias communautaires, groupes religieux, groupes communautaires, individus) ?	
9.2. Avez-vous des suggestions pour que l'on fasse appel plus efficacement à ces ressources dans votre communauté?	
9.2.1. Avez-vous des suggestions pour améliorer la coordination entre ces ressources communautaires et le système public?	
9.3. En général, avez-vous des suggestions de mesures qui aideraient à contribuer au bien-être des gens de votre communauté dans le contexte de la crise de la COVID-19?	
9. 4 Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions à ajouter?	