



Une passerelle vers un avenir en santé

La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état de santé physique pour mieux desservir

ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES



REMERCIEMENTS

Le présent document s'appuie sur les travaux du Comité de travail sur le bilan de santé physique et psychosocial des réfugiés et des demandeurs d'asile à leur arrivée au Québec. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) remercie les personnes suivantes pour leur généreuse contribution à ceux-ci :

COORDINATION

Marie-Pierre Bérubé
Direction des affaires autochtones, ethnoculturelles et des régions nordiques, MSSS

GROUPE DE TRAVAIL

Natalie Bibeau, Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal

D^r Gilles de Margerie, Programme d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA), Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montagne

D^{re} Suzanne Gagnon, Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale et CSSS de la Vieille-Capitale, représentante pour la Direction générale de la santé publique du MSSS

Jean Gosselin, Programme Santé immigrants-réfugiés, CSSS de la Vieille-Capitale

Nicole Lachance, ASSS de la Capitale-Nationale

Suzanne Lamy
Direction générale des services de santé et de médecine universitaire (DGSSMU), MSSS

Ginette Martel, Direction générale des services sociaux, MSSS

Claudia Martinez, DGSSMU, MSSS

Isabelle Moreau, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Lucie Thibodeau, ASSS de l'Estrie

D^{re} Isabelle Vaillancourt, CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS), Clinique des réfugiés

COLLABORATION

D^{re} France Desjardins, CSSS-IUGS, Clinique des réfugiés

D^{re} Lavanya Narasiah, PRAIDA, CSSS de la Montagne

Martine Pageau, Direction générale de la santé publique, MSSS

Marc Foisy, Direction des affaires intergouvernementales et de la coopération internationale, MSSS

Patricia Dumas, Direction générale des services sociaux, MSSS

Louise April, Direction générale des services sociaux, MSSS

ÉQUIPE DE DIRECTION

Louise Rondeau, Direction des affaires autochtones, ethnoculturelles et des régions nordiques, MSSS

Pierre Laflamme, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, MSSS

SECRETARIAT

Catherine Gagné, Direction générale adjointe aux ententes de gestion, MSSS

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-63958-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Mot du ministre

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans un effort gouvernemental, participe à l'engagement humanitaire international d'accueil des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile. En effet, depuis 1969, le gouvernement du Québec souscrit à la Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés et à son protocole.

Ces hommes et ces femmes ayant fui des conflits humanitaires, des crises sociales, des guerres civiles, laissent souvent derrière eux familles, proches et biens. Leur arrivée au Québec comporte également son lot d'enjeux, à commencer par la différence linguistique et culturelle. Je demeure convaincu que miser sur le bien-être et l'état de santé physique de ces néo-Québécoises et néo-Québécois est gage de succès à leur intégration à la société québécoise.

Les orientations ministérielles Une passerelle vers un avenir en santé réaffirment les principes de la réforme entreprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2004, dans laquelle la responsabilité populationnelle visait à mieux desservir la population québécoise et, d'une manière particulière, les personnes présentant une vulnérabilité. Elles proposent une planification et une organisation des services de santé et des services sociaux mettant l'accent sur l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile dès leur arrivée au Québec. L'évaluation étant la pierre angulaire de leur accès à des services de santé et à des services sociaux adaptés. Elles recommandent également un modèle hiérarchisé dans lequel un réseau d'expertise formé de trois pôles (Montréal, Capitale-Nationale et Estrie) soutiendra les régions ayant de plus petits volumes d'accueil de réfugiés et de demandeurs d'asile. Cette consolidation d'un réseau d'expertise favorisera l'émergence d'une expertise de pointe au sein du réseau québécois des services de santé et des services sociaux.

Annuellement, la majorité des régions du Québec accueillent des réfugiés et des demandeurs d'asile. Le réseau québécois de services de santé et de services sociaux se doit d'être préparé pour répondre de manière adaptée aux besoins de cette clientèle.

C'est avec une grande fierté que j'invite le réseau de la santé et des services sociaux à implanter ces orientations ministérielles innovatrices et avant-gardistes afin d'offrir à ces personnes réfugiées et à ces demandeurs d'asile une passerelle vers un avenir en santé.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Yves Bolduc

Table des matières

Introduction.....	1
Un défi : rendre les services davantage accessibles à une clientèle vulnérable.....	3
Le Québec comme refuge	3
Les régions comme terres d'accueil	4
Une clientèle particulièrement vulnérable.....	6
Rendre accessibles des services adaptés	8
Quatre constats.....	10
Évaluer pour mieux desservir	12
Un principe.....	12
Trois objectifs	12
Un modèle d'organisation de services adapté à la réalité des régions.....	14
1. Des services d'évaluation disponibles et accessibles partout au Québec.....	14
2. Des conditions propices au travail d'équipe	15
3. Un réseau d'expertise.....	18
4. Des corridors de services	19
5. Des partenaires.....	20
Conclusion	23
Références.....	25

Introduction

Le MSSS a entrepris en 2004 une réforme en profondeur de son réseau de services. Le projet clinique, qui en forme le cœur, est fondé sur deux principes, à savoir la hiérarchisation des services et la responsabilité de la population. En mettant de l'avant ce dernier principe, la réforme insiste pour que tous les partenaires intervenant localement, réunis en réseau, travaillent de concert afin de se responsabiliser pour répondre aux besoins des personnes. Cela requiert de leur part qu'ils rendent accessibles une gamme de services adaptés et qu'ils assurent la complémentarité et la continuité de ces services. La réforme, par ce principe, visait à mieux desservir la population québécoise et, d'une manière particulière, les personnes présentant une vulnérabilité.

C'est dans ce contexte que le MSSS a constitué, en mai 2010, un comité d'experts pour le conseiller sur le rôle que doit remplir le réseau québécois des services de santé et des services sociaux auprès des réfugiés et des demandeurs d'asile. Cette démarche s'inscrit dans la foulée des travaux du Comité mixte sur l'accueil et l'établissement des réfugiés sous le leadership du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) et dans le contexte créé par l'Entente pour favoriser l'intégration et la francisation des immigrants entre le MICC et différents ministères dont le MSSS.

Le MSSS a mandaté ce comité d'experts afin qu'il se prononce sur l'offre de service de santé et de services sociaux à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile afin de faciliter leur accueil et leur intégration à la société québécoise. Compte tenu de la grande vulnérabilité de cette clientèle et de la nécessité d'évaluer rapidement son bien-être et son état de santé physique, le MSSS soulignait d'une manière particulière l'importance de définir les modalités de cette offre de service.

Le Comité fut constitué de représentants de directions générales du MSSS, de représentants de directions d'organisation des services d'agences et d'établissements reconnus pour leur expertise. Ses travaux servent d'assise à l'élaboration du présent document. Le MSSS y livre à ses partenaires – ceux de son réseau de services et

d'ailleurs - ses orientations quant à l'offre de service de santé et de services sociaux à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile, prioritairement en matière d'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique.

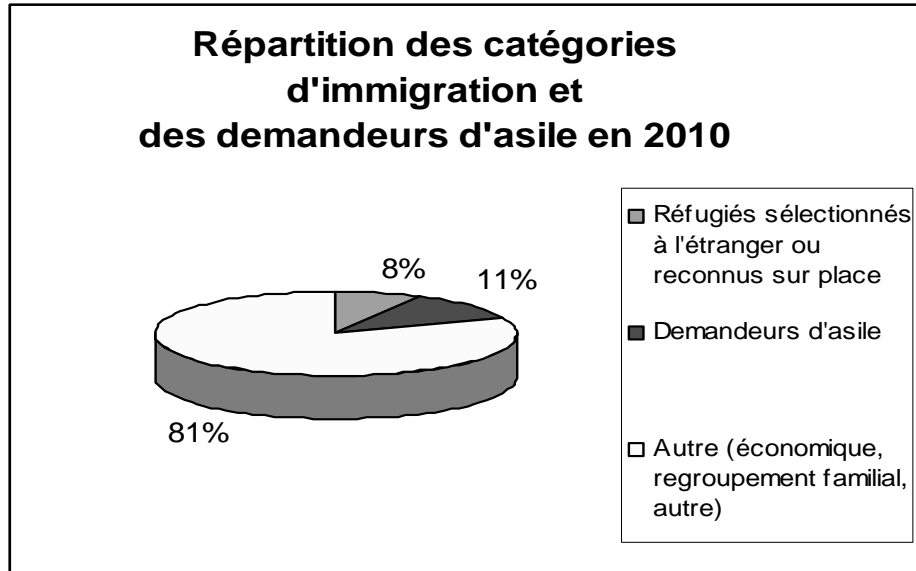
Un défi : rendre les services davantage accessibles à une clientèle vulnérable

Le Québec comme refuge

L'immigration québécoise a plusieurs visages. Pour plus des trois quarts des personnes qui immigrent au Québec, l'expérience est volontaire et planifiée : il s'agit là d'une immigration dite économique, qui regroupe les travailleurs qualifiés et les gens d'affaires ou d'une immigration de regroupement familial. Toutefois, pour de nombreux autres, immigrer au Québec est une question de survie et résulte de persécutions pour des motifs ethniques, religieux, sociaux et politiquesⁱ. Ces personnes sont des « réfugiésⁱ » au sens de la Convention de Genève de 1951² et des demandeurs d'asileⁱⁱ réclamant la reconnaissance du statut de réfugié.

ⁱ Au sens de la Convention relative au statut des réfugiés, un réfugié est une personne qui a quitté son pays d'origine. Cette personne craint avec raison d'être persécutée à cause de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses opinions politiques ou de son appartenance à un groupe social.

ⁱⁱ Un demandeur d'asile est une personne qui sollicite la protection du Canada. Il peut présenter cette demande à la frontière canadienne, une fois à l'intérieur du territoire canadien ou depuis l'étranger. Lorsque le demandeur d'asile se trouve au Canada, il est autorisé à y demeurer durant l'examen de son dossier par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) ou par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR). Toutefois, les documents que lui remet le gouvernement canadien, durant cette période d'attente, ne lui confèrent aucun statut. Si le gouvernement canadien reconnaît que le demandeur d'asile a effectivement besoin de protection, ce dernier peut ensuite demander le statut de résident permanent à titre de personne protégée. Le demandeur d'asile qui a obtenu la protection du Canada change alors de catégorie d'immigration et devient une personne protégée, c'est-à-dire un réfugié ou une personne de pays source ou une personne de pays d'accueil ou une personne à protéger.



En vertu d'un accord avec le gouvernement fédéral, le Québec s'est engagé à accueillir annuellement une proportion de réfugiés équivalente à son poids démographique par rapport à l'ensemble du Canada. Ainsi, environ 2000 réfugiés arrivent au Québec annuellement³. À ce nombre s'ajoute un nombre plus important encore de personnes qui demandent asile. Selon l'Agence des services frontaliers du Canada, il y avait, au 15 octobre 2010, 23 291 demandeurs d'asile sur le territoire du Québec⁴.

Les régions comme terres d'accueil

Plusieurs régions québécoises accueillent des réfugiés et, dans une moindre proportion, des demandeurs d'asile. Si la majorité de ces derniers habitent dans la grande région de Montréal, les réfugiés sont davantage répartis régionalement. Les personnes reconnues comme réfugiés sont sélectionnées à l'étranger et soit prises en charge par l'État, soit accueillies selon une formule dite de parrainage collectif. Dans le premier cas, leur lieu de résidence est déterminé par les politiques de régionalisation du MICC. Dans le second, il est fonction du lieu de résidence du groupe de parrainage. En ce sens, plusieurs régions québécoises leur servent de terres d'accueil, comme en témoigne le tableau suivant.

Tableau 1 : Répartition géographique des réfugiés pris en charge par l'État, des réfugiés parrainés⁵ et des demandeurs d'asile à l'arrivée⁶ (données préliminaires pour 2010)

Région administrative	Réfugiés pris en charge par l'État	Réfugiés parrainés	Total des réfugiés (Réfugiés pris en charge par l'État et réfugiés parrainés)	Demandeurs d'asile ayant revendiqué le statut de réfugié ⁱⁱⁱ (en attente de décision ou en attente de renvoi suite au rejet de leur demande d'asile)
Capitale-Nationale (03)	422	23	445	
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	181	3	184	
Estrie (05)	279	228	507	
Montréal (06)	218	120	338	
Outaouais (07)	231	19	250	
Laval (13)	87	41	128	
Lanaudière (14)	102	---	102	
Laurentides (15)	91	10	101	
Montréal (16)	121	38	159	
TOTAL	1 732	482	2124	4166^{iv}

La ville de Québec est la première destination des réfugiés pris en charge par l'État, alors que la ville de Sherbrooke est celle privilégiée par les réfugiés parrainés. Quant à Montréal, elle demeure la ville qui accueille chaque année le plus de demandeurs d'asile.

ⁱⁱⁱ Le nombre de demandeurs d'asile a chuté radicalement, passant de 12 875 en 2008, à 9 096 en 2009 et à un peu plus de 4 000 en 2010. L'imposition d'un visa d'entrée pour les ressortissants mexicains en juillet 2009 est un élément qui contribue à expliquer cette baisse.

^{iv} Les données sur les demandeurs d'asile ont été extraites selon les demandeurs d'asile qui avaient une adresse au Québec au 31 décembre 2010 qui étaient soit en attente de décision, soit en attente de renvoi suite au rejet de leur demande d'asile. Le total au 31 décembre 2010 était de 4166. Les demandeurs d'asile qui, en cours de processus, ont renoncé à leur demande ou qui ont quitté le Canada ou qui ont déménagé dans une autre province n'ont pas été comptabilisés. La répartition régionale des demandeurs d'asile n'est, par ailleurs, pas disponible.

Une clientèle particulièrement vulnérable

Les personnes auxquelles on accorde le statut de réfugié et celles qui demandent asile sont particulièrement vulnérables, tant en raison des conditions de vie de leur pays d'origine que des difficultés que posent généralement leur adaptation et leur intégration à la société québécoise.

L'expérience vécue par les réfugiés et les demandeurs d'asile dans leur pays d'origine est fréquemment traumatisante. Ceux-ci viennent de divers pays, dont la grande majorité est en voie de développement⁷. De surcroît, plusieurs de ces pays vivent ou ont récemment vécu des conflits humanitaires, des crises sociales, des guerres civiles, que l'on pense à l'Irak, à la Colombie, au Bhoutan, à la Birmanie, à l'Afghanistan, à la République démocratique du Congo ou au Rwanda.

Ces conflits humanitaires engendrent fréquemment des déplacements massifs d'humains fuyant pour sauver leur vie, laissant derrière proches et biens matériels, et cherchant refuge dans un pays voisin où se formeront des camps⁸. Ces camps se trouvent majoritairement en Afrique et en Asie⁹. Les séjours dans les camps de réfugiés peuvent être longs, dépassant souvent la dizaine d'années. C'est dire que plusieurs des réfugiés et demandeurs d'asile immigrant au Québec y ont vécu des conditions généralement très difficiles¹⁰.

L'exposition à la violence fait également souvent partie du vécu prémigratoire et parfois migratoire des réfugiés et des demandeurs d'asile¹¹. Certains auront été victimes ou témoins de violence plus ou moins organisée (violence policière, arrestations, tortures, attentats ou enlèvements)¹². Certains auront vu des membres de leur famille assassinés ou torturés sous leurs yeux. Cette violence a également un visage féminin : celui du viol, notamment. Les violences sexuelles sont une réalité courante des camps de réfugiés¹³ et deviennent une arme de guerre puissante dans certains pays en crise¹⁴.

Ces conditions de vie marquent les personnes qui les subissent, souvent lourdement. Elles rendent leur départ du pays d'origine souvent définitif et, de ce fait, leur imposent de nombreuses pertes matérielles, culturelles et relationnelles¹⁵.

L'arrivée au Québec pose fréquemment problème. La plupart des réfugiés et des demandeurs d'asile sont en effet confrontés à des troubles d'adaptation et d'intégration à la société québécoise. Le choc culturel qu'ils vivent est important¹⁶. Plusieurs facteurs y contribuent.

L'incertitude, d'abord. Pour les demandeurs d'asile, l'attente de la reconnaissance de leur statut de réfugié par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR) perpétue un climat d'insécurité¹⁷. C'est également le cas pour ceux qui ont quitté leur pays en y laissant des proches dans un état de précarité ou qui entretiennent le projet d'un retour¹⁸. Pour d'autres, c'est la peur de retourner dans le pays d'origine qui entrave le processus d'intégration¹⁹. Ajoutons à cela que les réfugiés et particulièrement les demandeurs d'asile peuvent être hésitants à consulter les services de santé et les services sociaux à leur arrivée, de peur que le diagnostic d'une pathologie pose un obstacle à la reconnaissance de leur statut²⁰.

Ensuite, la perte de repères sociaux. Plusieurs ont quitté leur pays en laissant derrière eux des membres de leur famille : parents, frères et sœurs et parfois même enfants. Dans le cas de plusieurs femmes réfugiées ou qui demandent asile, le mari est resté dans le pays d'origine. Les rôles familiaux sont de ce fait transformés, le conjoint étant souvent le pourvoyeur du couple ou de la famille²¹. De plus, la perte du réseau de soutien familial et social contribue fréquemment à l'isolement de ces personnes²². Aussi, les réfugiés et les demandeurs d'asile se heurtent souvent à des barrières qu'entraîne la méconnaissance du fonctionnement du système de santé et de services sociaux²³.

Ajoutons que les conditions socio-économiques précaires des réfugiés et des demandeurs d'asile nuisent également à leur adaptation et à leur intégration à la société québécoise. Ainsi, plusieurs sont confrontés à des frais importants, considérant leur situation :

remboursement de billets d'avion, achat de vêtements, etc. De nombreux autres subissent une perte de statut professionnel et sont de ce fait confinés à des emplois précaires et peu payés²⁴.

Par ailleurs, ces nouveaux arrivants viennent principalement de pays où les conditions sociosanitaires sont susceptibles d'être plus précaires et les problèmes de santé physique plus importants et surtout différents de ceux qu'on trouve au Québec. En effet, les réfugiés et les demandeurs d'asile présentent fréquemment des pathologies absentes ou rarement diagnostiquées au Québec; pensons notamment au paludisme ou à certaines infections parasitaires²⁵. Outre ces pathologies dites tropicales, cette clientèle est également touchée par différentes maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, affections pulmonaires chroniques, diabète...) dans des proportions plus importantes que celles qu'on trouve au sein de la population québécoise²⁶. Les personnes réfugiées ou demandant asile sont également susceptibles d'être touchées par certaines maladies infectieuses faisant l'objet de vaccination au Québec, notamment l'hépatite B et la rougeole²⁷. La prévalence de telles maladies peut représenter une menace pour la santé publique si elles ne sont pas détectées rapidement; pensons notamment à la tuberculose²⁸.

Rendre accessibles des services adaptés

Le réseau québécois des services de santé et des services sociaux apparaît peu préparé pour répondre aux besoins particuliers des réfugiés et des demandeurs d'asile. Ainsi, on constate que les réfugiés, lorsque comparés aux Canadiens d'origine, risquent davantage de voir leur santé se détériorer rapidement après leur arrivée au pays^{29, 30}. De même, on remarque que, en dépit de leur vulnérabilité, les réfugiés et les demandeurs d'asile sont de moins grands consommateurs de services de santé et de services sociaux que le reste de la population québécoise³¹.

Deux raisons peuvent expliquer cette situation.

D'une part, l'offre de service à l'intention de cette clientèle varie d'une région à l'autre et son organisation est souvent peu adaptée³². La nature et la qualité des services offerts diffèrent selon les ressources financières et humaines rendues disponibles et la volonté particulière des organisations et des professionnels. De plus, l'urgence et les cliniques sans rendez-vous, employées fréquemment, ne sont pas conçues pour répondre aux besoins de cette clientèle, sans compter que leur utilisation permet peu la planification d'un service d'interprétariat formel³³. Ajoutons que le réseau de services est généralement peu préparé pour traiter des pathologies rarement diagnostiquées ici.

D'autre part, les intervenants du réseau de services sont peu familiers avec la réalité de cette clientèle, son parcours, ses contraintes. Ils se sentent souvent démunis devant les réfugiés et demandeurs d'asile en raison de leur manque de formation interculturelle. Ainsi, on constate que des différences linguistiques et culturelles importantes limitent l'accès des réfugiés et des demandeurs d'asile aux services de santé et aux services sociaux. À titre d'exemple, la difficulté que plusieurs éprouvent à communiquer – 63 % des réfugiés arrivés au Québec en 2010 ne connaissaient pas le français³⁴ – impose d'ajuster en conséquence les services offerts afin d'en garantir l'accès³⁵. Dans le même esprit, l'acquisition de connaissances sur les représentations que se fait cette clientèle de la maladie et des services de santé permettrait aux intervenants de mieux la desservir³⁶.

D'autres facteurs limitent le recours aux services des réfugiés et des demandeurs d'asile. Soulignons notamment les différences dans l'accès aux services liés au statut accordé à ces personnes. Ainsi, alors que la personne reconnue comme réfugiée a accès aux services réguliers du réseau de services québécois, le demandeur d'asile ne peut bénéficier que d'une assurance médicale fournie par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) inscrite dans le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) pour les soins de santé d'urgence et les soins essentiels. Les modalités administratives de cette assurance sont parfois complexes et rendent difficiles le recrutement et le maintien de

professionnels de la santé qui acceptent de desservir les demandeurs d'asile en consultation (médecins, pharmaciens, dentistes, optométristes...) ³⁷.

Ceci dit, les carences affectant les services permettant d'évaluer le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et aux demandeurs d'asile retiennent l'attention. La nature et la prestation de ces services diffèrent d'une région à l'autre et leur organisation est mal définie. L'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile dès leur arrivée constitue pourtant un moment clé dans leur accès à des services de santé et des services sociaux adaptés. Cette évaluation permet de prendre connaissance des difficultés qu'ils éprouvent, le cas échéant, et de les orienter rapidement vers les services appropriés. Elle représente pour ces personnes la porte d'entrée du réseau de services québécois. Aussi, en raison de son importance et de son rôle, l'offre de service d'évaluation doit être améliorée en priorité afin de s'assurer que le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile fassent l'objet d'une évaluation dès leur arrivée en territoire québécois. Une telle évaluation représente un préalable au suivi de ces personnes par le réseau de services de santé et de services sociaux et à leur référence vers d'autres services généraux ou spécialisés.

Quatre constats

Les considérations qui précèdent permettent de formuler quatre constats :

- ⇒ Une portion importante des personnes qui immigreront au Québec le font **parce que leur survie en dépend.**
- ⇒ **Plusieurs régions québécoises** servent de terres d'accueil à ces immigrants. C'est le cas tout particulièrement des personnes ayant un statut de réfugié.
- ⇒ Les réfugiés et les demandeurs d'asile forment une clientèle **particulièrement vulnérable**, tant en raison des conditions de vie de leur pays d'origine que des difficultés que posent généralement leur adaptation et

leur intégration à la société québécoise. Le bien-être et l'état de santé physique de ces personnes **devraient être évalués dès leur arrivée**, de manière à ce qu'elles puissent avoir accès aux services sociaux et de santé requis par leur condition.

- ⇒ L'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile dès leur arrivée **constitue un moment clé dans leur accès à des services de santé et des services sociaux adaptés**. Cette évaluation permet de prendre connaissance des difficultés les affectant, le cas échéant, et de les orienter rapidement vers des services adaptés. Aussi, les carences affectant les services d'évaluation retiennent l'attention, en raison de l'importance et du rôle déterminant de ces derniers. **Ces services doivent être améliorés en priorité**.

Évaluer pour mieux desservir

Il importe de consolider l'offre actuelle de services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile, tant dans sa nature que dans son organisation, afin qu'elle tienne davantage compte de leurs caractéristiques et de leurs besoins. Un modèle d'organisation est proposé à cette fin, appuyé sur un principe et axé sur l'atteinte de trois objectifs.

Un principe

Un principe doit guider cette consolidation :

Bâtir sur les acquis. Des régions, des lieux, des intervenants et des organisations ont développé une expertise et un savoir-faire qu'il faut reconnaître et mettre à profit. Corollaire évident de ce principe, bâtir sur les acquis développés au sein du réseau de services implique, ne serait-ce que pour des raisons d'efficacité et d'efficience, que l'offre de service à cette clientèle se fasse par l'entremise du réseau actuel de services, sans créer de structures parallèles à celui-ci.

Trois objectifs

Cette consolidation doit permettre au réseau de services d'atteindre trois objectifs :

1. **Évaluer.** Considérant la vulnérabilité particulière des réfugiés et des demandeurs d'asile, leur condition doit faire l'objet d'une évaluation dès leur arrivée, quelle que soit la région québécoise qui les accueille. Il s'agit là d'un moment-clé. L'organisation du réseau de services doit répondre à cet impératif.

2. **Mettre à profit l'expertise.** Le réseau de services doit disposer des compétences et des connaissances requises pour cerner adéquatement les besoins de cette clientèle et y répondre : compétences pour comprendre les différences culturelles susceptibles de limiter le recours aux services, connaissances épidémiologiques et cliniques adéquates, etc.

3. **Se responsabiliser^v.** Les partenaires des réseaux locaux de services (RLS)^{vi} doivent accorder une attention particulière à l'offre et à la continuité des services à l'intention de cette clientèle. Ce souci doit être intégré dans les pratiques professionnelles et, structurellement, dans le fonctionnement des organisations.

^v « La notion de *responsabilité populationnelle* implique que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité à son endroit, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population ».

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre de référence pour les réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 2004, p. 5.

^{vi} Conformément à l'article 99.3 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, « la mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés ». Loi sur les services de santé et les services sociaux, Les Publications du Québec L.R.Q., c. S-4.2; dernière modification : 11 avril 2007, à jour au 21 août 2007.

Un modèle d'organisation de services adapté à la réalité des régions

Le modèle d'organisation mis de l'avant pour guider les régions dans la consolidation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile comporte cinq éléments :

1. Des services d'évaluation disponibles et accessibles partout au Québec

Les réfugiés et demandeurs d'asile doivent avoir accès rapidement à des services de santé et des services sociaux adéquats, peu importe la région où ils résident. Chaque agence doit, selon l'importance de la clientèle qu'elle accueille sur son territoire, désigner un ou plusieurs CSSS comme porte d'entrée de son réseau de services. Ces établissements désignés auront comme mandat :

- ⇒ **d'évaluer le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile qui leur sont référés.** Les services d'évaluation constituent une priorité à l'intérieur de l'organisation des services, puisqu'ils permettent d'améliorer l'accès aux services et facilitent leur continuité. Ces services doivent être développés et soutenus en priorité. Les intervenants en région doivent créer un lien de confiance avec les réfugiés et les demandeurs d'asile dès leur arrivée et évaluer leur bien-être et leur état de santé physique d'une manière adaptée, notamment à partir d'outils conçus à cette fin;

- ⇒ **d'offrir des services aux réfugiés et aux demandeurs d'asile qui leur sont référés afin que ceux-ci trouvent réponse à leurs besoins.** Cela signifie avant tout, de la part de l'établissement, de fournir un service adapté ou d'établir des trajectoires de services permettant à ces personnes de trouver les ressources permettant une réponse à leurs besoins, le cas échéant. Mais cela implique en outre que l'établissement doit assumer envers cette clientèle une responsabilité populationnelle. Dans cet esprit, il doit, par exemple, veiller à ce que les personnes visées comprennent suffisamment bien l'offre

locale et régionale de services pour s’y retrouver. Considérant la vulnérabilité de cette clientèle, chaque établissement désigné doit veiller à la continuité des services qui lui sont offerts. Pour ce faire, il doit s’efforcer de connaître cette clientèle et ses besoins et déployer des mécanismes permettant de la soutenir dans son parcours.

2. Des conditions propices au travail d’équipe

La qualité de l’offre de service aux réfugiés et aux demandeurs d’asile est tributaire du personnel disponible, de sa compétence, de sa cohésion et du soutien dont il dispose. Les CSSS désignés pour desservir les réfugiés et les demandeurs d’asile doivent, pour mener à bien cette tâche, implanter des conditions propices au travail d’équipe. Les conditions suivantes paraissent essentielles :

⇒ **La disponibilité du professionnel en intervention psychosociale et de l’infirmière.** Le travail d’équipe que propose le présent modèle d’organisation de services repose avant tout sur la contribution de deux types de professionnels, à savoir le professionnel en intervention psychosociale et l’infirmière. Leur disponibilité est primordiale.

C’est au professionnel en intervention psychosociale que revient la responsabilité d’assurer l’évaluation psychosociale, l’orientation et la référence vers les services appropriés et le suivi des personnes qui requièrent des services psychosociaux. Son approche favorise le développement du fonctionnement social et vient solidifier les bases de l’intégration sociale des réfugiés et des demandeurs d’asile.

Le professionnel en intervention psychosociale doit remplir deux fonctions, à savoir une fonction clinique auprès de la personne et sa famille et une fonction de liaison au sein du réseau de services. Pour exercer sa fonction clinique, le professionnel procède à l’évaluation

psychosociale des personnes et des familles afin de déterminer leurs besoins et de proposer une réponse adaptée. Pour ce faire, il collige l'information relative à la constellation familiale, au parcours migratoire, aux périodes passées en camp de réfugiés, au contexte familial, social et économique, au réseau de soutien existant, aux conditions et projets de vie et aux convictions religieuses. En somme, cette évaluation dresse un portrait du bien-être des personnes dans leur nouvel environnement, en considérant les facteurs de risque et de protection. Par ailleurs, le professionnel en intervention psychosociale remplit un rôle essentiel dans la coordination des services à l'intention des personnes et de leur famille.

Quant à l'infirmière, elle remplit une double fonction dans le travail d'équipe auprès des réfugiés et des demandeurs d'asile.

D'une part, elle intervient auprès de la clientèle dans l'accomplissement des tâches professionnelles variées. Elle procède à l'évaluation de la clientèle et réalise les interventions selon les ordonnances collectives et les protocoles établis. De plus, elle participe à l'examen ciblé de certaines maladies en collaboration avec les médecins et procède à la mise à jour du calendrier vaccinal. Elle offre également un court suivi temporaire des maladies chroniques stables existantes ou nouvellement diagnostiquées, en plus de fournir à des individus ou à des groupes des informations pertinentes sur les sujets touchant particulièrement les nouveaux arrivants.

D'autre part, l'infirmière travaillant au sein d'une équipe interdisciplinaire offre du soutien aux professionnels dans l'évaluation de l'état de santé physique de cette clientèle. De plus, elle assure le suivi des interventions et la continuité du lien avec les usagers et leur famille.

- ⇒ **La disponibilité de personnel offrant des services complémentaires.** Cet élément est particulièrement pertinent si l'on considère la nature des besoins des réfugiés et des demandeurs d'asile. À titre d'exemple, ces personnes et leur famille ont fréquemment besoin de services en matière de nutrition, notamment en raison de problèmes d'anémie et de malnutrition. L'apport des services d'un nutritionniste est requis pour des interventions cliniques ciblées, ainsi que pour offrir du soutien aux autres intervenants dans la promotion de saines habitudes alimentaires et l'éducation à celles-ci.
- ⇒ **La disponibilité de personnel médical.** Il importe de favoriser la disponibilité du personnel médical afin qu'il contribue au travail des équipes chargées de desservir les réfugiés et les demandeurs d'asile. Plusieurs mesures sont envisageables afin de rendre cette contribution attrayante : partage des tâches, infrastructures adéquates, disponibilité d'un personnel de soutien, rémunération adéquate et adaptée, etc. Sur la question de la rémunération médicale, mentionnons notamment qu'il existe plusieurs manières de la bonifier (par exemple, en reconnaissant les activités liées à l'évaluation de l'état de santé physique des personnes dans l'allocation d'activités médicales prioritaires [AMP], en incluant la vulnérabilité des réfugiés et des demandeurs d'asile dans les codes de vulnérabilité pour la facturation médicale, ou en incluant les réfugiés et demandeurs d'asile présentant une situation complexe dans la définition de la clientèle dite « orpheline » pour les suivis en médecine familiale). Ces avenues méritent réflexion.
- ⇒ **Une pratique professionnelle interdisciplinaire,** particulièrement entre les intervenants du secteur psychosocial et ceux du secteur physique.

- ⇒ **Un soutien adéquat.** Les professionnels travaillant en équipe ont besoin d’être soutenus dans leurs fonctions. Cela implique qu’ils aient accès à un personnel clérical capable de les appuyer dans leurs tâches, mais également que leur travail soit soutenu, que ce soit dans sa gestion, dans la définition de ses orientations et dans ses interactions avec l’agence du territoire. Un financement adéquat est également de mise.

3. Un réseau d’expertise

Les régions de Montréal, de la Capitale-Nationale et de l’Estrie accueillent un nombre important de réfugiés et de demandeurs d’asile et ont établi au fil des ans une organisation de services adaptés pouvant répondre à leurs besoins. Ainsi, les cliniques des réfugiés de Québec et de Sherbrooke ont vu le jour respectivement en 2007 et 2009, alors que le Programme régional d’accueil et d’intégration des demandeurs d’asile (PRAIDA) cumule plusieurs décennies d’expérience. De par leur expertise commune, ces instances forment un réseau informel, lequel constitue une référence en matière de services psychosociaux et de services de santé physique offerts aux réfugiés et aux demandeurs d’asile. L’organisation de services devrait s’inspirer d’un modèle hiérarchisé de services où ce réseau informel soutiendrait les régions ayant de plus petits volumes d’accueil de réfugiés et de demandeurs d’asile.

Il est proposé, d’une part, de consolider ce réseau en accordant à chacune de ses composantes une reconnaissance formelle et un soutien, de même qu’en encourageant une coordination de l’expertise spécialisée. Cette consolidation favorisera l’émergence d’une expertise de pointe au sein du réseau québécois des services de santé et des services sociaux. Celle-ci contribuera notamment à la qualité de l’évaluation du bien-être et de l’état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d’asile par la conception et la diffusion d’outils, de même qu’à la qualité de l’intervention auprès de ceux-ci par le développement de pratiques adaptées.

D'autre part, il est proposé de confier à ce réseau d'expertise le mandat de soutenir les CSSS afin qu'ils puissent remplir leurs fonctions. L'évaluation par ces derniers du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile, l'offre de service adaptés et l'accompagnement de cette clientèle requièrent en effet une expertise particulière. L'intervention des CSSS désignés pour chaque région doit être soutenue afin qu'ils puissent remplir adéquatement ces fonctions. L'expertise développée par ce réseau doit être mise à contribution afin de permettre aux intervenants d'autres régions d'acquérir rapidement des habiletés cliniques et professionnelles en ce domaine.

Ainsi, il est proposé que soient confiés à ce réseau d'expertise les mandats suivants :

- ⇒ Développer une expertise de pointe dans l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile et dans la conception de pratiques adaptées. Cela implique notamment le développement d'outils à l'intention des professionnels et le soutien à la révision des pratiques existantes.
- ⇒ Soutenir et conseiller les CSSS désignés dans l'offre de service aux réfugiés et demandeurs d'asile. Chaque établissement membre de ce réseau devra soutenir et conseiller les CSSS désignés sur un territoire défini.
- ⇒ Favoriser la mobilisation des organisations et des intervenants concernés en région et le réseautage. Il importe de définir des mécanismes formels de communication entre les différentes instances visées.

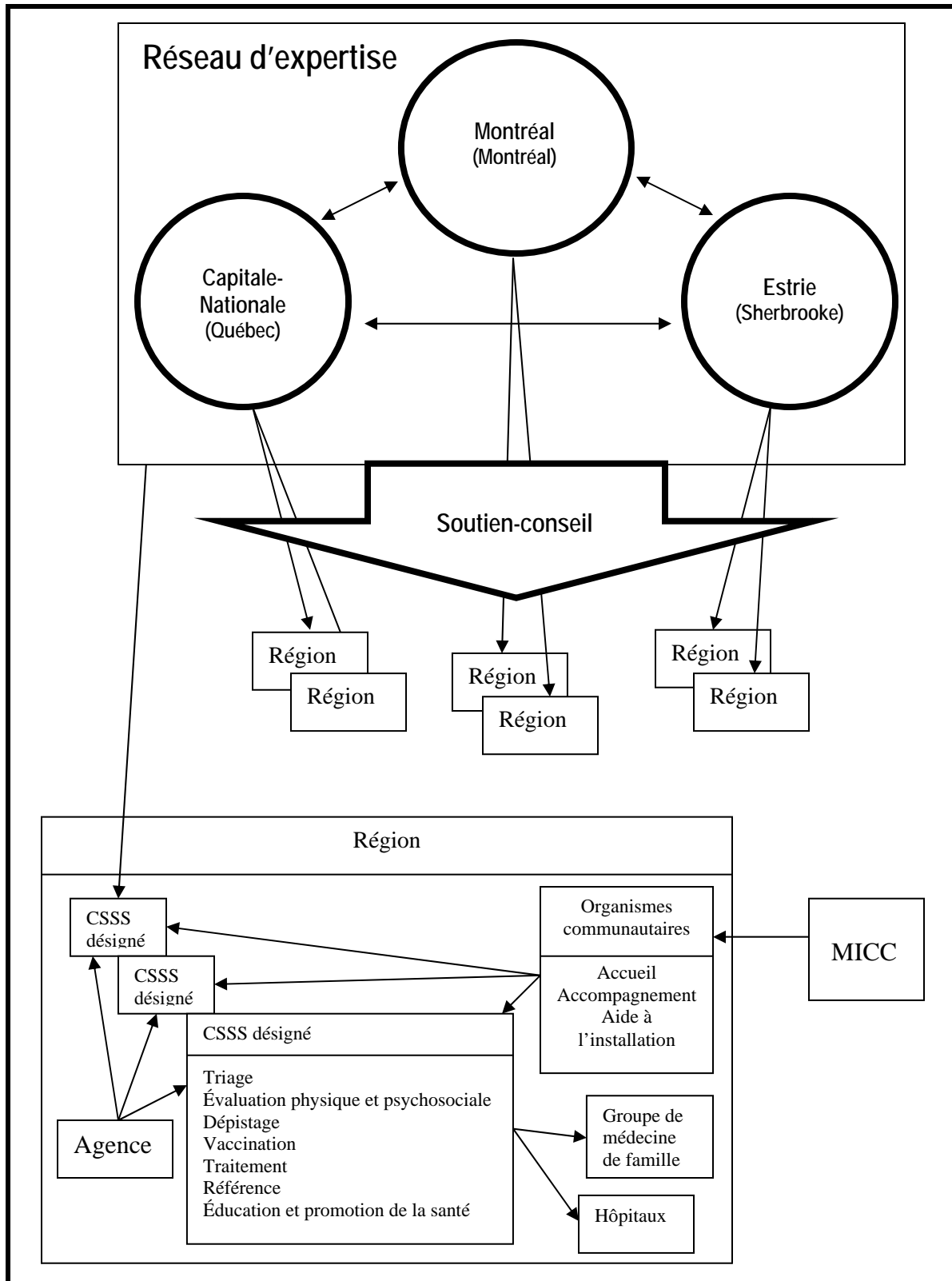
4. Des corridors de services

La valeur du modèle d'organisation de services proposé repose sur la capacité du réseau d'expertise d'entretenir des rapports fonctionnels avec les CSSS désignés. Il importe de formaliser ces rapports par la définition de corridors de services adéquats et adaptés.

5. Des partenaires

L'organisation de services proposée exige la contribution de partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de même que celle de ceux appartenant à d'autres secteurs. Plusieurs d'entre eux interviennent auprès des réfugiés et des demandeurs d'asile, directement ou indirectement, afin de les accompagner dans leur parcours d'immigration et d'intégration à la société québécoise. C'est le cas notamment des individus ou des groupes qui contribuent à l'effort gouvernemental d'immigration humanitaire par leur implication dans un processus de parrainage privé ou des organismes d'accueil financés par le MICC. La contribution de ces partenaires prend des formes variées, qu'il s'agisse de services d'accompagnement pour l'aide à l'installation ou de référence. Leur apport et le soutien mutuel qu'ils offrent dans des champs d'expertise différents sont indispensables.

Modèle d'organisation



Conclusion

Ce document livre trois messages.

D'une part, améliorer l'offre de service à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile requiert avant tout de la consolider, c'est-à-dire de mieux la planifier et de mieux la structurer. Le réseau de services possède déjà une expertise en la matière. Il importe de bâtir sur le savoir-faire, la compétence et le dévouement des organisations et des professionnels pour en tirer davantage profit.

D'autre part, l'organisation en région des services permettant l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile dès leur arrivée au Québec constitue une priorité. Parce que ces services sont actuellement insuffisants et inadéquats pour rejoindre cette clientèle. Parce qu'ils représentent pourtant la porte d'entrée du réseau. Il importe en effet que les réfugiés et demandeurs d'asile trouvent réponse à leurs besoins de services de santé et de services sociaux, quelle que soit la région où ils habitent. Considérant leur vulnérabilité, ils doivent avoir rapidement accès à un service de proximité, lequel, d'entrée de jeu, évaluera leur condition, pour ensuite répondre à leurs besoins et les accompagner dans leurs démarches. Les professionnels en intervention psychosociale et les infirmières sont appelés à jouer un rôle-clé dans cette évaluation.

Finalement, le service de proximité offert aux réfugiés et aux demandeurs d'asile en région doit disposer du soutien d'un réseau d'expertise, lequel offrira du soutien et des conseils professionnels, contribuera à l'élaboration d'approches et d'outils cliniques adaptés et fera profiter de son expertise.

Ces trois messages expriment la responsabilité particulière du réseau de services envers ces nouveaux Québécois et Québécoises, dans l'esprit de la réforme amorcée au cours des dernières années, à savoir leur assurer une passerelle vers un avenir en santé. Le MSSS est convaincu que le modèle d'organisation de services proposé ici y contribuera et invite ses partenaires à se joindre à lui pour l'implanter.

Références

1. OFFICE FRANÇAIS DE PROTECTION DES RÉFUGIÉS ET APATRIDES. *Les motifs de persécutions au sens de la Convention de Genève*, Genève, 2009.
2. ORGANISATION DES NATIONS UNIES. *Convention relative au statut des réfugiés*, adoptée le 28 juillet 1951 par une conférence des plénipotentiaires sur le statut des réfugiés et des apatrides convoquée par l'Organisation des Nations Unies en application de la résolution 429 (V) de l'Assemblée générale en date du 14 décembre 1950. Entrée en vigueur le 22 avril 1954, conformément aux dispositions de l'article 43.
3. MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Plan d'immigration du Québec pour 2011*, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Québec, 2010.
4. AGENCE DES SERVICES FRONTALIERS DU CANADA. Rapport du groupe de travail sur les demandeurs d'asile.
5. MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Immigrants de la catégorie des réfugiés et des personnes à protéger en situation semblable admis au Québec en 2010 selon la région projetée de destination*, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Québec, 2011.
6. CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA et AGENCE DES SERVICES FRONTALIERS DU CANADA. Système national de gestion des cas (SNGC), Citoyenneté et Immigration Canada et Agence des services frontaliers du Canada, janvier 2012.
7. CITOYENNETÉ ET IMMIGRATION CANADA. *Faits et chiffres. Aperçu de l'immigration – Résidents permanents et temporaires 2009*, Ottawa, Citoyenneté et Immigration Canada, 2010.
8. RACHÉDI, Lilyane, et Gisèle LEGAULT. « Les réfugiés : problématiques et intervention », dans Lilyane Rachédi et Gisèle Legault (sous la dir. de), *L'intervention interculturelle*, Montréal, Éditions de la Chenelière, 2008, p. 251-272.
9. HAUT COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS. *Les réfugiés dans le monde, l'enjeu de la protection*, Paris, La Découverte, 1993.
10. RACHÉDI, Lilyane, et Gisèle LEGAULT. « Les réfugiés : problématiques et intervention », dans Lilyane Rachédi et Gisèle Legault (sous la dir. de), *L'intervention interculturelle*, Montréal, Éditions de la Chenelière, 2008, p. 251-272.
11. ROUSSEAU, Cécile. « Les réfugiés à notre porte : Violence organisée et souffrance sociale », *Criminologie*, vol. 33, n° 1, 2000.
12. DONGIER, Pierre, Manon KIOLET et Isabelle LEDOUX. « La santé mentale des immigrants », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 3, mars 2007, p. 33-40.
13. HAUT COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS. *Les réfugiés dans le monde, l'enjeu de la protection*, Paris, La Découverte, 1993.

14. ROY, Ghislaine, et Marian SHERMARKE. « Viols politiques et intervention sociale en situation d'extrême souffrance », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 10, n° 2, 1997, p. 117-184.
15. RACHÉDI, Lilyane, et Gisèle LEGAULT. « Les réfugiés : problématiques et intervention », dans Lilyane Rachédi, et Gisèle Legault (sous la dir. de), *L'intervention interculturelle*, Montréal, Éditions de la Chenelière, 2008, p. 251-272.
16. DONGIER, Pierre, Manon KIOLET et Isabelle LEDOUX. « La santé mentale des immigrants », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 3, mars 2007, p. 33-39.
17. BIBEAU, Gilles, et autres. *La santé mentale et ses visages : Un Québec pluriethnique au quotidien*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1992.
18. LEGAULT, Gisèle, et Joël FRONTÉAU. « Les mécanismes d'inclusion des immigrants et des réfugiés », dans Lilyane Rachédi et Gisèle Legault (sous la dir. de), *L'intervention interculturelle*, Montréal, Éditions de la Chenelière, 2008, p. 43-66.
19. LEGAULT, Gisèle, et Joël FRONTÉAU. « Les mécanismes d'inclusion des immigrants et des réfugiés », dans Lilyane Rachédi et Gisèle Legault (sous la dir. de), *L'intervention interculturelle*, Montréal, Éditions de la Chenelière, 2008, p. 43-66.
20. J. GAGNON, Anita. « La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants », dans le cadre de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002.
21. GRANGER, Eugénie. « La santé de la femme nouvellement arrivée », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 2, février 2007, p. 73-77.
22. GRANGER, Eugénie. « La santé de la femme nouvellement arrivée », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 2, février 2007, p. 73-77.
23. J. GAGNON, Anita. « La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants », dans le cadre de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002.
24. DONGIER, Pierre, Manon KIOLET et Isabelle LEDOUX. « La santé mentale des immigrants », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 3, mars 2007, p. 33-39.
25. BUI, Yen-Giang. « Helminthes et protozoaires : comment s'y retrouver sans y perdre son latin! », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 3, mars 2007, p. 47-53.
26. NARASIAH, Lavanya, et Gilles DE MARGERIE. « Le dépistage médical chez le nouvel arrivant », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 2, février 2007, p. 55-61.
27. POTTIE, Kevin, et autres. « Summary of clinical preventive care recommendations for newly arriving immigrants and refugees to Canada », Lignes directrices canadiennes pour la santé des immigrants, *Canadian Medical Association Journal*, juin 2010.

28. POTTIE, Kevin, et autres. « Summary of clinical preventive care recommendations for newly arriving immigrants and refugees to Canada », Lignes directrices canadiennes pour la santé des immigrants, *Canadian Medical Association Journal*, juin 2010.
29. HYMAN, Ilene. « Immigration and Health : Reviewing Evidence of the Healthy Immigrant Effect in Canada », *CERIS Working Paper, Joint Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement*, n° 55, Toronto, 2007.
30. MACDONALD, James Ted., et Steven KENNEDY. « Insights into the "healthy immigrant effect" : health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science & Medicine*, vol. 59, n° 8, 2004, p. 1613-1627.
31. BAUKJE, Miedema, Ryan HAMILTON et Julie EASLEY. « Grimper les murs. Obstacles structurels à l'accès aux soins de première ligne par les nouveaux réfugiés au Canada », *Publications officielles du Collège des médecins du Canada*, 2008, p. 338-339.
32. BAUKJE, Miedema, Ryan HAMILTON et Julie EASLEY. « Grimper les murs. Obstacles structurels à l'accès aux soins de première ligne par les nouveaux réfugiés au Canada », *Publications officielles du Collège des médecins du Canada*, 2008, p. 338-339.
33. BATTAGLINI, Alex, et autres. *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes. Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2005.
34. MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION ET DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES. *Tableaux sur l'immigration permanente au Québec 2006-2010*, Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Québec, mars 2011.
35. MUNOZ, Marie, et Anjali KAPPOR-KOHLI. « Les barrières de langues, comment les surmonter en clinique? », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 2, février 2007, p. 45-52.
36. BETANCOURT, Joseph R., et autres. « Cultural competence in health care, emerging frameworks and practical approaches », The Commonwealth Fund, 2002. [Rapport de terrain]
37. BAUKJE, Miedema, Ryan HAMILTON et Julie EASLEY. « Grimper les murs. Obstacles structurels à l'accès aux soins de première ligne par les nouveaux réfugiés au Canada », *Publications officielles du Collège des médecins du Canada*, 2008, p. 338-339.