

LAURA VELASCO

**ANALYSE ORGANISATIONNELLE DES
SERVICES DE SANTÉ OFFERTS AUX
POPULATIONS RÉFUGIÉES DANS LA RÉGION
DE LA CAPITALE-NATIONALE**

Mémoire présenté
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de maîtrise en santé communautaire
pour l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.)

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SOCIALE ET PRÉVENTIVE
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

2012

RÉSUMÉ

La clinique *Santé des immigrants-réfugiés* située à Québec dépiste les problèmes de santé à l'arrivée et facilite l'accès des réfugiés aux réseaux de santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale. La Clinique se demande si la modalité organisationnelle dans laquelle elle s'insère est la plus à même de lui permettre de remplir son mandat. La présente étude vise à répondre à cette question. Elle consiste en une analyse organisationnelle des services de santé pour les réfugiés. Elle est basée sur un cadre conceptuel conçu à partir de deux approches conceptuelles, la théorie des coalitions et les archétypes de Hinings et Greenwood. Les résultats suggèrent des pistes pour renforcer les collaborations entre acteurs concernés, susceptibles de permettre à ces acteurs de mieux répondre aux besoins des réfugiés.

ABSTRACT

The Health Clinic for refugee-immigrants located in Quebec City screens for health problems at arrival and facilitates access to local health and social services for refugees in the region of the National Capital. This study explores if the organizational perspective in which the Health Clinic is involved is the best to fulfil its mandate. It consists of an organizational analysis of health services for refugees based on a conceptual framework built upon two conceptual pillars: the theory of coalition and the archetypes of Hinings and Greenwood. Results suggest ways to reinforce collaboration between implicated actors which would lead them to better respond to the needs of refugees.

AVANT-PROPOS

Je désire remercier d'abord mon directeur de recherche qui a accepté avec générosité d'entreprendre cette démarche avec moi. Il m'a permis d'accomplir mes objectifs fixés et m'a donné du support et du soutien... merci, Daniel... vous avez un très grand cœur.

Je remercie également la chef du programme, qui m'a accordé sa confiance et m'a permis de connaître le travail de la clinique. Merci pour votre implication... merci, Suzanne grâce à toi je garde un souvenir très précieux de mon expérience.

J'ai aussi beaucoup de gratitude pour un très grand ami et pour toute sa famille, qui m'ont apporté un soutien moral et m'ont encouragé dans les moments difficiles. Leur disposition, leur assistance et leur disponibilité remarquables m'ont aidé à finaliser ce projet... merci Yves, Louise-Marie et Jean Sébastien... grâce à vous j'ai une famille, ici.

Merci à Fadila, Fatoumata et la famille Bernal pour leur soutien et leur amitié. À madame Giselle, merci pour vos conseils.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont accepté de participer à une entrevue en donnant de leur temps et en partageant leur expérience avec nous. Je remercie spécialement les membres de l'équipe de la clinique pour leur implication.

Mes remerciements vont aussi à tous mes professeurs du département de médecine sociale et préventive, pour leur réflexion et leur apport à mon travail, spécialement à Éric qui m'a donné du soutien en surplus.

À Jean-Paul et Marie pour ses commentaires constructifs.

Finalement à ma famille. Grâce à elle, j'ai pu commencer et poursuivre mes études. Il s'agit d'un appui inconditionnel sans lequel je n'aurais pu finaliser cette étape dans ma vie. Merci à mes parents pour leur amour, à mes trois grandes filles pour leur présence et à mon mari, pour sa patience... je vous aime.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
ABSTRACT	ii
AVANT-PROPOS	iii
TABLE DE MATIÈRES	iv
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES ANNEXES	ix
LISTE DES ACRONYMES	x
DÉFINITIONS	xi
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1. RECENSION DES ÉCRITS	3
1.1 Ampleur du phénomène des réfugiés au Canada et au Québec	3
1.2 L'organisation des services de santé dans un contexte multi- culturelle.....	8
1.2.1 Responsabilités pour les soins des réfugiés.....	8
1.2.2 Besoins des réfugiés	8
1.2.3 L'organisation des services de santé pour les réfugiés.....	10
1.3 Le défi de la collaboration entre les organisations des services de santé pour les réfugiés	12
CHAPITRE 2. CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE	13
2.1 Offre de services et politiques existantes au Canada pour les réfugiés	13

2.2 Offre des services aux réfugiés dans la région de la Capitale-Nationale	15
2.2.1 Offre de services de santé et des services sociaux aux réfugiés	16
2.2.2 Accueil et installation des réfugiés à Québec	21
2.3 Problématique.....	26
CHAPITRE 3. FONDEMENTS DE L'ÉTUDE	31
3.1 Objectifs de l'étude	31
3.2 Question de recherche.....	31
3.3 Cadre conceptuel.....	32
3.4 Considérations éthiques.....	36
CHAPITRE 4. MÉTHODOLOGIE	37
4.1 Devis de l'étude.....	37
4.2 Sources de données et collecte d'information.....	37
4.2.1 Recherche documentaire.....	37
4.2.2 Entrevues individuelles.....	38
4.2.3 La banque de données.....	41
4.3 Analyse des données.....	42
4.3.1 Volet quantitatif.....	42
4.3.2 Vole qualitatif	42
4.4 Validité des résultats.....	43
CHAPITRE 5. RÉSULTATS.....	44
5.1 Échantillon des participants.....	44
5.1.1 Participants du côté de l'offre de services.....	44
5.1.2 Utilisateurs de services.....	45
5.2 Banque de données de la clinique santé des immigrants-réfugiés (CSIR).....	45
5.3 Les coalitions	50
5.3.1 Acteurs concernés par l'offre des services.....	50
5.3.2 Liens et fondements des liens.....	55
5.3.2.1 Sous-coalitions des acteurs institutionnels	57
5.3.2.2 Sous-coalition des acteurs du réseau	59
5.3.2.3 Sous-coalition des organismes communautaires.....	61

5.4 Facteurs organisationnels qui sous-tendent les relations entre les acteurs.....	63
5.4.1 Schèmes interprétatifs.....	63
5.4.2 Structures organisationnelles.....	68
5.5 Analyse de la cohérence entre la structure organisationnelle et les schèmes interprétatifs.....	72
5.6 Perception des acteurs quant aux effets des services offerts aux réfugiés	76
CHAPITRE 6. DISCUSSION.....	81
6.1 Limites et forces de l'étude.....	81
6.2 Principaux constats	82
6.2.1 État de la coalition.....	82
6.2.2 Leadership	83
6.2.3 Liens entre les acteurs.....	85
6.2.4 Facteurs susceptibles de renforcer les collaborations entre acteurs concernés	85
6.2.4.1 Facteurs en lien avec les schèmes interprétatifs.....	86
6.2.4.2 Facteurs en lien avec la structure organisationnelle..	88
6.3 Perspectives	93
CONCLUSION.....	96
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	97
ANNEXES	109

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Immigrants admis au Québec selon la catégorie.....	6
Tableau 2 : Nombre de nouveaux arrivants accueillis annuellement entre 2000-2010.....	7
Tableau 3 : Nombre de participants par organisation.....	44
Tableau 4 : Nombre de participants selon la fonction.....	45
Tableau 5 : Nombre de réfugiés accueillis dans la région et vus à la CSIR entre 2007-2010.....	46
Tableau 6 : Liste de diagnostics à l'arrivée.....	49
Tableau 7 : Acteurs concernés par l'offre de services et liens entre eux.....	52
Tableau 8 : Schèmes interprétatifs.....	64
Tableau 9 : Structure organisationnelle.....	70

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel.....	35
Figure 2 : Distribution par sexe de la population vue par la CSIR.....	47
Figure 3 : Distribution par âge de la population vue par la CSIR.....	47
Figure 4 : Distribution par origine de la population vue par la CSIR....	48
Figure 5 : Principaux services référés entre 2007 – 2010.....	50
Figure 6 : Grande coalition.....	56
Figure 7 : Sous-coalition des acteurs institutionnels.....	57
Figure 8 : Sous-coalition des acteurs du réseau.....	59
Figure 9 : Sous-coalition des organismes communautaires.....	61

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Approbation du comité d'éthique.....	109
Annexe 2 : Renouvellement du comité d'éthique.....	110
Annexe 3 : Formulaire de consentement pour les utilisateurs de l'offre des services.....	111
Annexe 4 : Formulaire de consentement pour les professionnels et les gestionnaires.....	113
Annexe 5 : Feuillet d'information pour recueillir le consentement verbal des participants à l'étude en présence de l'interprète.....	116
Annexe 6 : Formulaire d'engagement à la confidentialité.....	118
Annexe 7 : Recherche documentaire.....	119
Annexe 8 : Schémas des entrevues.....	122
Annexe 9 : Quelques articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chap. S-4.2 et chap. I-1 Réseau local de services de santé et de services sociaux et instance locale.....	123

LISTE DES ACRONYMES

BRILC:	Banque régionale des interprètes linguistiques et culturels
CH:	Centre hospitalier
CIFQ:	Centre international des femmes de Québec
CJQ-IU:	Centre jeunesse de Québec-Institut universitaire
CMQ:	Centre multiethnique de Québec
CISR :	Commission de l'immigration et du statut de réfugié
CSIR:	Clinique Santé des immigrants-réfugiés
CSSS:	Centres de santé et de services sociaux
CIC :	Citoyenneté et Immigration Canada
DRSP:	Direction régionale de santé publique
HCR :	Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés
MEI:	Mieux-être des immigrants
MFI:	Maison pour femme immigrantes
MICC:	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MSSS:	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OLO:	Programme OLO œuf-lait-orange
OCDE :	Organisation de coopération et de développement économiques
PFSI:	Programme fédéral de santé intérimaire
RAMQ:	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLISS :	Réseau local d'intégration des services de santé
RLS :	Réseau locaux de services de santé et de services sociaux
SAAI:	Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes
SAPSIR:	Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés
UESPT:	Unité d'Ethnopsychiatrie et de Stress Post-traumatique
UNHCR :	Agence des Nations Unies pour les réfugiés

DÉFINITIONS

Migration, émigration et immigration

Selon le Multi dictionnaire de la langue française, le mot *migration* est utilisé seulement pour désigner les déplacements de personnes. On emploie plutôt les termes *émigration* (quitter le pays d'origine) et *immigration* (entrer dans le pays de destination).

Migration internationale

Le terme « *migration internationale* » recouvre un ensemble de mouvements de populations. Les raisons de ces mouvements et le statut juridique des migrants déterminent les conditions et le temps de séjour dans le pays d'accueil. Dans le document *Protéger les réfugiés* de l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR, 2009), on distingue les *migrants en situation irrégulière et régulière* ainsi que les *migrants libres et forcés*. Ces distinctions sont associées au bien-être psychosocial des personnes (Rousseau, C. and Drapeau, A. 2002).

Migrants en situation irrégulière et régulière

Les *migrants en situation irrégulière* (parfois désignés sous l'appellation erronée de migrants/immigrants « illégaux ») sont des personnes qui sont entrées dans le pays d'accueil sans autorisation légale ou qui sont restées au-delà de la période autorisée. Par contre, les *migrants en situation régulière* sont des personnes dont l'entrée, la résidence et, le cas échéant, l'emploi dans un pays d'accueil, ont été reconnus et autorisés par les autorités officielles de l'État.

Migrants libres et forcés

Les *migrants libres* sont des personnes qui ont décidé d'émigrer de leur propre initiative. Les *migrants forcés* font référence aux « réfugiés » ainsi qu'aux personnes déplacées à cause de conflits armés locaux, de catastrophes naturelles ou environnementales, de la famine ou de projets de développement.

Demandeur d'asile

Un *demandeur d'asile* est une personne qui dit être un réfugié et dont la demande n'a pas encore été examinée de manière définitive (UNHCR, 2009).

Réfugié

Selon la convention relative au statut des réfugiés, un réfugié est une personne qui : « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays¹...»

Dans cette étude, nous nous adressons au réfugié qui est défini par le Conseil canadien pour les réfugiés comme « une personne qui a dû fuir la persécution » et qui est reconnue par l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) et par le Canada¹. Un individu peut appartenir à plusieurs catégories à la fois ou passer de l'une à l'autre au cours de son existence².

*Source :

¹ http://www.hrea.org/index.php?doc_id=846

² <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/immigrer-installer/refugies-autres/immigration-humanitaire/partage-competences.html> (Consulté 4-mai-2012)

Trajectoire migratoire

« L'ensemble des expériences vécues entre le moment où la personne décide, où est contrainte, de quitter son pays, jusqu'à son installation dans son nouveau pays d'accueil » (Battaglini, 2000)

Intégration

Gamme de services coordonnés de façon à ce que chaque utilisateur reçoive le service, au bon endroit, au bon moment et par la bonne personne (Demers et *al.*, 2005)

Coordination

Mécanismes et actions à créer et à déployer pour favoriser l'intégration (Demers et *al.*, 2005)

Continuité

Soins reçus par le patient comme cohérents et reliés dans le temps (Reid et *al.*, 2002)

Organismes communautaires

Les organismes communautaires subventionnés auprès de la population sont reconnus par le Ministère, par les agences et les établissements comme des partenaires autonomes et à part entière. Ils œuvrent dans le système de santé et de services sociaux et offrent services de prévention, d'aide et de soutien. Ils effectuent aussi des activités de promotion, de sensibilisation et de défense des droits et des intérêts des personnes, utilisant des services de santé et des services sociaux (Ministère de la Santé et de Services sociaux du Québec, 2008)

INTRODUCTION

Dans les pays occidentaux, l'importance de la population des réfugiés a partout conduit à l'élaboration et la mise en place de politiques sur leur adaptation et leur intégration sociale et économique (UNICEF, 2009). Le Canada et plusieurs pays sont reconnus dans le monde entier pour leur tradition humanitaire. Le Québec représente aussi une terre d'accueil pour les réfugiés sélectionnés à l'étranger grâce au principe de solidarité internationale (réfugiés pris en charge par l'État).

La Ville de Québec a mis sur pied des services adaptés culturellement aux populations réfugiées dont l'objectif est de faciliter l'utilisation des services courants offerts par le système de santé et des services sociaux. Certains rapports révèlent que les mesures mises en place concernant l'intégration des réfugiés sont faites d'une manière dispersée et désarticulée (Bouchard-Taylor, 2008) et l'accès à l'emploi, aux services de santé et au logement est souvent difficile (Norwegian Directorate of Health, 2009; OMS, 2008).

Dans l'offre de services de santé pour la population de réfugiés, lorsqu'on aborde l'aspect de l'accessibilité et de la continuité des services de santé et des services sociaux, plusieurs questions demeurent en suspens. Ce travail va tenter de répondre à quelques-unes d'entre elles : *Comment s'établit la collaboration entre les organismes qui offrent des services auprès des réfugiés? Quel est l'état de satisfaction des acteurs concernés par rapport à l'offre de services actuelle?*

À partir d'une perspective organisationnelle, cette étude propose l'analyse des facteurs facilitants ainsi que des barrières liées à la collaboration entre les acteurs concernés par l'offre de santé et de services sociaux autour de la clinique *Santé des immigrants-réfugiés*.

Le premier chapitre se divise en trois parties : nous présentons d'abord l'ampleur du phénomène des réfugiés au Canada et au Québec, ensuite l'organisation des services de santé dans un contexte multiculturel et à la fin, le défi de la collaboration entre les organisations des services de santé et de services sociaux pour la population réfugiée. Le deuxième chapitre révèle le contexte, la problématique et un sommaire général de l'offre des services. Le troisième chapitre expose les objectifs, la question de recherche, le cadre conceptuel et les considérations éthiques. Le quatrième chapitre présente le devis de l'étude, les sources et la collecte d'information, l'analyse des données et la validité des résultats. Le cinquième chapitre montre les données recueillies et analysées, de même que les caractéristiques de l'échantillon, les acteurs, leur rôle et les liens entre eux. Suit une analyse de la cohérence entre la structure et les schèmes interprétatifs et des discours des participants concernant la perception quant aux effets des services offerts. Le dernier chapitre comprend une discussion des résultats obtenus appuyée par la littérature avec les perspectives et se termine par la présentation des principales conclusions qui découlent de cette recherche.

CHAPITRE 1. RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente le phénomène de la migration des réfugiés au Canada et au Québec, l'organisation des services de santé dans un contexte multiculturel et le défi de la collaboration entre les organisations des services de santé pour les réfugiés.

1.1 Ampleur du phénomène des réfugiés au Canada et au Québec

Le Canada est un pays d'immigration. Il se classe au cinquième rang, derrière le Luxembourg, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et la Suisse, pour ce qui est de la proportion de sa population qui est issue de l'immigration (OCDE)*1.

Le Canada a une tradition humanitaire qui l'amène à assurer la protection et l'intégration de réfugiés en son sein. Un vaste réseau impliquant le gouvernement fédéral, notamment Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) et de nombreuses organisations non gouvernementales avec lesquelles CIC a conclu un accord s'occupent des réfugiés.

Les personnes qui s'estiment à risque de persécution dans leur pays d'origine peuvent appliquer pour un statut de réfugié au Canada. La demande d'asile peut se faire dans un bureau du CIC dans leur pays d'origine, s'il existe, ou dans un poste frontalier à la frontière canado-américaine. Le Haut-commissariat des Nations-Unies et d'autres organismes peuvent également s'adresser au CIC pour signaler l'existence de réfugiés et entreprendre le processus juridique pour qu'ils puissent s'établir au Canada

*1 http://www.clbc.ca/files/Reports_French/IHB_section_a_fr.pdf
Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Tendances des migrations internationales, 2003.

C'est la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) qui est en charge d'établir si une personne répond ou non aux critères de réfugié. Si la CISR juge la demande d'un candidat admissible, une entrevue a lieu. Une fois sa demande approuvée par la CISR, le candidat au statut de réfugié obtient le statut de « personne protégée »^{*1}. Il peut alors rester au Canada et demander le statut de résident permanent.

Le CIC utilise le terme « rétablissement »^{*2} pour décrire le processus qui permet à un réfugié de venir au Canada pour s'y établir à titre de résident permanent. C'est donc le CIC qui assure le rétablissement des réfugiés.

Ces personnes sont incluses dans le cadre d'un programme dit d'aide à la réinstallation des réfugiés, et dont le bénéfice s'étend sur une période d'un an après l'arrivée au Canada ou jusqu'à ce que le réfugié soit considéré comme étant en mesure de subvenir seul à ses besoins^{*3}.

Effectivement, le Canada, comme l'écrit Raymond Massé dans son livre *Culture et santé publique*, est un pays dont l'immigration a toujours été une composante déterminante de son développement économique. Le Canada fait partie des pays qui veulent augmenter leur niveau démographique afin de conserver une masse critique de travailleurs et de consommateurs pour assurer le développement de la société (Massé, 1995).

*1 <http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/aucanada/demande-apres.asp>

*2 <http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/exterieur/index.asp>

*3 <http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/exterieur/reetablie-gouv.asp>

Depuis la loi constitutionnelle de 1867, la responsabilité légale de l'immigration est en effet partagée entre le fédéral et le provincial. De plus, un accord conclu en 1991 entre les gouvernements fédéral et provincial prévoit le partage de compétences en matière d'immigration humanitaire. Les deux gouvernements (ceux du Canada et du Québec) conviennent conjointement du nombre et de la provenance des réfugiés qui seront accueillis au Québec. Mais le Québec est tenu d'accueillir environ 22 % de l'immigration humanitaire du Canada. En contrepartie, le gouvernement fédéral accorde au gouvernement du Québec une contribution annuelle calculée selon une formule établie dans l'accord (TCRI, 2007)¹.

Une fois un réfugié admis au Québec, il bénéficie de plusieurs programmes orientés vers l'intégration de la population réfugiée à la société québécoise et qui sont financés par le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) du Québec.

On note que dans le rapport annuel de gestion du MICC (2008-2009), l'augmentation des volumes annuels d'immigration économique et d'immigration humanitaire est envisagée. Cette volonté d'accroître le nombre d'immigrants est justifiée par le souci de maintenir le poids démographique du Québec, d'augmenter la population active qui dynamise l'économie, et d'apporter un capital d'investissement à la société (Massé, 1995).

¹ TCRI. 2007. Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes. Voir références.

La présence au Québec des immigrants varie selon la catégorie d'immigration. Sur l'ensemble des 53 985 immigrants admis de 2007 à 2010, la catégorie des réfugiés et personnes en situation semblable*¹ compte pour 10 % (tableau 1).

Catégorie	2007		2008		2009		2010		2007-2010	
	n	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Immigration économique	28030	62	29371	65	34512	70	37531	70	129444	67
Regroupement familial	9776	22	10494	23	10250	21	10811	20	41331	21
Réfugiés	5934	13	4522	10	4057	8	4713	9	19226	10
Autres immigrants	1461	3	811	2	669	1	930	1	3871	2
Total	45201		45198		49488		53985		193872	

Source : Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Direction de la recherche et de l'analyse prospective.

Tableau 1. Immigrants admis au Québec selon la catégorie.

Une approche axée sur la régionalisation de l'immigration et le développement rapide de l'autonomie des réfugiés a été choisie par le gouvernement du Québec dans l'accueil et l'intégration des réfugiés sélectionnés à l'étranger. Cette régionalisation consiste à diminuer la réinstallation des réfugiés pris en charge par l'État à Montréal où se concentrent les immigrants, au profit des autres régions. Ainsi, le Québec accueille annuellement environ 1900 réfugiés sélectionnés à l'étranger qu'il installe dans 13 localités. Québec reçoit le plus grand nombre des réfugiés (480)*².

*¹ **Réfugié et personne en situation semblable** : la catégorie des réfugiés et personnes en situation semblable est subdivisée en cinq sous-groupes : les réfugiés pris en charge par l'État, les réfugiés parrainés, les réfugiés reconnus sur place et les membres de la famille des réfugiés reconnus sur place, ainsi que les autres réfugiés.

*² **Ministère de l'Immigration et de communautés culturelles**. Mai 2010. La sélection, l'accueil et l'intégration des réfugiés pris en charge par l'État et parrainés au Québec. Document de référence.

Le Ministère de l'Immigration et des communautés culturelles (MICC) finance une centaine d'organismes communautaires*¹ et administre divers programmes d'aide financière*² pour contribuer à l'accueil et à l'intégration des nouveaux arrivants. Les personnes qui correspondent à la catégorie des réfugiés sont admises.

Le Centre multiethnique de Québec (CMQ) a le mandat exclusif du MICC d'accueillir les réfugiés pris en charge par l'État qui arrivent à Québec et de les aider à s'y installer*³.

Le tableau 2 présente la quantité des réfugiés accueillis par le CMQ. Du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010, les réfugiés ont constitué 50 % des nouveaux arrivants accueillis par le CMQ.

Années d'arrivée	00 01	01 02	02 03	03 04	04 05	05 06	06 07	07 08	08 09	09 10
Réfugiés	425	425	320	437	411	438	296	337	480	430

Source : Rapport Annuel 2009-2010, Centre multiethnique de Québec (CMQ)

Tableau 2. Nombre de nouveaux arrivants accueillis annuellement entre 2000-2010.

*1 <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/partenaires/services-offerts.php>

*2 <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/partenaires/aide-financiere/index.html>

*3 <http://www.centremultiethnique.org/servicesrefugies.php>

1.2 L'organisation des services de santé dans un contexte multiculturel

1.2.1 Responsabilités pour les soins des réfugiés

Selon les Nations-Unies, la réinstallation des réfugiés est sous la responsabilité des pays qui acceptent les réfugiés. Les services publics de ces pays doivent répondre à leurs problèmes et à leurs besoins immédiats et à long terme (UNHCR, 2004).

Les besoins étant considérables et divers, une grande hétérogénéité de services existe entre les différents pays qui reçoivent des réfugiés. Mais dans la majorité d'entre eux, ce sont les femmes, les enfants et les personnes âgées qui sont priorisés. En général, la santé publique et la santé mentale se voient accorder une place importante dans l'offre de services (Greenaway, Sandoe et *al.*, 2011 ; Landale, Thomas et *al.*, 2011 ; Raman, Wood et *al.*, 2009 ; Gagnon, Dougherty et *al.*, 2007 ; Geltman and Cochran, 2005; Cook, Hargreaves et *al.*, 2007 ; Jones and Gill 1998)

1.2.2 Besoins des réfugiés

Il a été démontré que les immigrants économiques sont en meilleure santé que les réfugiés. Les réfugiés sont aussi plus à risque de voir leur santé se détériorer suite à leur arrivée dans le pays d'accueil. En effet, dans les quatre ans suivant leur arrivée, les réfugiés sont deux fois plus à risque d'éprouver des problèmes de santé comparés aux immigrants économiques. Ces différences de l'état de santé peuvent être attribuées au fait que : « les réfugiés sont représentatifs d'une population vulnérable avec multiples risques de santé façonnés par leur expérience et leur processus de réinstallation » (traduction libre, Newbold, 2009).

Les risques pour la santé et la vulnérabilité de la population réfugiée se trouvent amplement documentés dans la littérature (Pottie, Janakiram et *al.*, 2007; Roy and Giao, 1980 ; Tiong, Patel et *al.*, 2006; Martin and Mak, 2006; Fassil, 2000; UNHCR., 2002 ; Pascale, 2003; Jones and Gill, 1998; Kinnon, 1999).

Les réfugiés en effet proviennent de pays qui ont majoritairement des prévalences de maladies infectieuses comme la tuberculose, le VIH, les hépatites virales et des maladies parasitaires plus élevées que dans les pays d'accueil. Ces populations ont aussi des prévalences plus élevées de problèmes de santé psychologique et d'autres problèmes physiques comme les maladies bucco-dentaires et des déficiences nutritionnelles, mais également des maladies chroniques (Leask, Sheik-Mohammed et *al.*, 2006; Barnett, 2004 ; Roberts, A. and Kemp,C., 2001 ; la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, Thomas, et *al.*, 2010).

Par rapport à la santé mentale, les besoins ne sont pas reliés uniquement à des maladies comme la dépression, le stress post-traumatique, la séparation avec les familles, mais également aux difficultés que représente l'intégration dans un milieu culturel différent (Beiser, 1988; Hyman, Morton et *al.*, 1996; Crowley, 2009, Claassen, et *al.*, 2005).

On note par ailleurs que les réfugiés ont aussi des besoins sociaux en lien avec la pauvreté, la marginalisation et les inégalités sociales (Hyman, 2001).

Par ailleurs, les services peuvent être mal préparés pour faire face aux différences culturelles et linguistiques et des maladies inhabituelles (Johnson, D. R., Ziersch, A. M. et *al.*, 2008; Bhatia, R. and Wallace, P., 2007 ; Battaglini, A. et *al.*, 2000; Phaneuf, M., 2006 ; Lawrence, J. and Kearns, R., 2005; Santé Canada, 2001, Bauer, et *al.*, 2010).

Finalement, par rapport aux maladies infectieuses, on doit considérer que les réfugiés ont non seulement une probabilité plus élevée d'être porteurs d'un agent infectieux, mais également d'être un transmetteur. La présence d'agents infectieux comme la tuberculose représente un risque également pour la population d'accueil.

1.2.3 L'organisation des services de santé pour les réfugiés

Diverses stratégies concernant l'organisation des services de santé pour les réfugiés ont été mises en place dans les pays qui accueillent des réfugiés. Certaines provinces de l'Australie ont des cliniques centralisées qui se concentrent sur le dépistage des maladies infectieuses et disposent d'un service financé par l'État (Smith, M., 2006). La prestation des services pour le Royaume-Uni est axée sur les services de première ligne comme porte d'entrée dans le système (Century et *al.*, 2007; Le Feuvre, P., 2001). À Londres, cette approche est complétée par des interventions d'un infirmier chargé de faire de la promotion de la santé auprès des nouveaux arrivés (Drennan, M., and Joseph, J., 2005).

Dans le Michigan, un partenariat a été mis en place entre l'université et la communauté pour des groupes ethniques de la Chine et du Sud-est asiatique (Goodkind et *al.*, 2011).

Par ailleurs, on note que parmi la grande diversité d'approches, on trouve généralement une importance accordée à la multidisciplinarité (Gould,

2010), la collaboration santé-services sociaux (Jensen, Nielsen et *al.*, 2010), la disponibilité des ressources pour soutenir les besoins de santé et bien-être des réfugiés (Allotey, P., 2003) et l'importance de l'innovation comme une composante de succès (Brooks, 2011). De plus, on peut relever le fait que l'Université d'Ottawa a édicté une série de lignes directrices pour soins primaires en collaboration avec le réseau Canadien pour la santé des immigrants et réfugiés (Pottie et *al.*, 2011 ; Swinkels et *al.*, 2011 ; Tugwell, P., et *al.*, 2011 ; Kirmayer et *al.*, 2011).

Tant pour la santé physique que mentale, la littérature montre que l'intervention précoce mais aussi l'assurance d'une continuité des services requis présentent des avantages pour les arrivants eux-mêmes mais également pour la population d'accueil (Museru, O. I., Vargas, M. et *al.*, 2010; Cooke, G., S. Hargreaves, et *al.*, 2007).

De manière évidente, la littérature souligne le rôle crucial de l'interprétariat pour l'offre de services de qualité (Gerrish, Chau et *al.*, 2004, Bauer, E. 2010, Murray, et *al.*, 2010).

De manière générale, la littérature montre le besoin de concevoir les services comme reposant sur des collaborations entre de nombreux acteurs appartenant à des secteurs différents. Ce n'est donc pas seulement la disponibilité des ressources qui est importante, mais également comment ces ressources s'agencent entre elles. La collaboration dans l'offre de services est donc un atout majeur de l'organisation des services pour les réfugiés.

1.3 Le défi de la collaboration entre les organisations des services de santé pour les réfugiés

La collaboration pour les services aux réfugiés est complexe. On imagine aisément qu'elle nécessite des compétences et rôles quelque peu différents de ceux acquis dans la formation et développés par la pratique dans la population générale. Elle exige de la gestion, de la planification du temps, des ressources en commun, de la formation axées sur le développement du leadership, de la communication entre les fournisseurs et le réseau et du financement ou du développement des ressources de la coalition entre les acteurs concernés.

Or, il n'existe pas dans le réseau un ensemble de compétences essentielles pour construire et maintenir des partenariats qui traitent des situations complexes, telles que la construction de consensus, la résolution des conflits et le plaidoyer (Butterfoss, F., 2004; Chreim et *al.*, 2010; Ceraso et *al.*, 2011).

La littérature montre que la fonctionnalité des collaborations repose sur un certain nombre de facteurs, tels que le leadership autour des organisations, l'assistance technique pour planifier son développement (Fawcett et *al.*, 1997; Butterfoss et *al.*, 1993; Kegler et *al.*, 1998) des habilités des acteurs à travailler efficacement ensemble, à définir et aborder conjointement les problématiques (Kegler et *al.*, 1998 et Kreuter et *al.*, 2000). La littérature met aussi l'accent sur le besoin d'avoir du temps et des rencontres pour se connaître et développer la confiance mutuelle nécessaire aux collaborations (Miles, J., 2012).

CHAPITRE 2. CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre traite des politiques existantes au Canada et de l'offre de services aux réfugiés au Canada et dans la région de la Capitale-Nationale.

2.1 Offre de services et politiques existantes au Canada pour les réfugiés

L'histoire de l'immigration humanitaire au Canada découle de l'adhésion du pays à la convention de 1951 relative au statut des réfugiés (Convention de Genève). Les réfugiés installés reçoivent une aide au moment de leur arrivée. Cette aide peut provenir du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial ou du secteur privé. En matière de santé, le programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) offre des services de santé limités, temporaires et financés par des fonds publics. Le PFSI ne couvre pas les services qui pourraient être remboursés en vertu d'un régime d'assurance santé privé. Ce programme est offert jusqu'au moment où la personne est admissible au régime d'assurance-maladie provincial ou territorial.

Plusieurs programmes sont offerts conjointement avec les provinces, les territoires et les fournisseurs des services, tels que : le soutien financier et les services essentiels immédiats, comme un logement temporaire, l'aide pour trouver un logement permanent et une orientation financière, entre autres. Les villes comme Toronto, Vancouver, Winnipeg ou Calgary, qui participent à l'accueil des réfugiés réinstallés, les hébergent dès leur arrivée durant une période d'un (1) à trois (3) mois dans des centres d'hébergement comprenant des services intégrés adaptés aux réfugiés.

On peut prendre pour exemple la clinique médicale pour les réfugiés qui s'est ouverte en 2008 à Ottawa. Cette clinique aide les réfugiés qui ont besoin d'un dépistage initial, de services de soins de santé primaires et de soins d'urgences. La clinique offre des services pour les réfugiés au cours du premier mois après leur arrivée, dans un endroit où les intervenants sont formés à l'interculturel et où des interprètes sont disponibles. Cette clinique fait partie du réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain*¹. Tous les centres de santé communautaires d'Ottawa et le Centre hospitalier pour enfant de l'Est de l'Ontario sont membres du Réseau. On y trouve plusieurs médecins (à titre individuel), deux équipes de santé familiale, des étudiants en médecine de l'Université d'Ottawa, des agents d'établissement et d'autres intervenants du Réseau.

Ce modèle décongestionne la salle d'urgence et grâce à un dossier de santé électronique installé, celui-ci facilite la continuité des soins, quand les références sont nécessaires auprès d'un autre professionnel de la santé. Le centre de santé communautaire de Somerset, Ouest s'implique dans la logistique liée à la mise sur pied de cette clinique et le fonctionnement de la Maison Thérèse Dallaire est assuré par le Centre catholique pour immigrants. Ce programme novateur compte avec la subvention du RLISS de 77 500\$ et représente une belle expérience de partenariat existant au Canada.

*1 <http://www.champlainhin.on.ca/Newsletter.aspx?id=34&tr=16&LangType=3084>

Le Québec a opté pour la régionalisation et installe les réfugiés ailleurs que dans la métropole, à Québec, Sherbrooke, Gatineau, Laval, Brossard, Trois-Rivières, Drummondville, Saint-Hyacinthe, Granby, Victoriaville, Joliette et Saint-Jérôme (MICC, 2010). Chacune de ces localités compte sur un organisme communautaire local dédié aux immigrants, mandaté par le Ministère de l'Immigration et des communautés culturelles (MICC). Les familles sont hébergées à l'hôtel pour deux (2) à quatre (4) jours avant de se retrouver dans leur propre logement. Les intervenants de l'organisme communautaire assurent l'accompagnement des réfugiés durant la première année d'installation et orchestrent toute la démarche d'adaptation et d'intégration selon les besoins des personnes. Au-delà de cette ressource commune, on note que les communautés locales et les organisations peuvent offrir d'autres services, mais ce que ceux-ci sont alors variables d'une municipalité à l'autre.

2.2 Offre des services aux réfugiés dans la région de la Capitale-Nationale

Dans la région de Québec, la réglementation de l'offre de services de santé et de services sociaux offerts par les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région, stipule que : « L'offre de services de la démarche des projets cliniques devra considérer les particularités des diverses communautés qui composent la population, incluant les caractéristiques culturelles et linguistiques des personnes issues des communautés ethnoculturelles et de leur famille » (Tremblay, M., 2006).

2.2 1 Offre de services de santé et des services sociaux aux réfugiés

Quatre organismes se partagent la responsabilité de l'offre de services de santé et des services sociaux aux réfugiés. Ce sont le Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Direction régionale de santé publique (DRSP) et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Le MICC a pour mission de promouvoir l'intégration des immigrants au sein de la société québécoise. En collaboration avec d'autres organismes, il offre divers services de soutien et d'accompagnement. En partenariat avec le CMQ et le CSSS de la Vieille-Capitale, il garantit aux réfugiés l'accès au réseau de santé et des services sociaux dès leur arrivée.

Le MSSS définit les directives de fonctionnement du système de santé et des services sociaux. Il collabore avec le MICC pour faire des recommandations sur l'offre de services à la population réfugiée.

La DRSP a pour mission, entre autres, de mettre en place des stratégies visant à diminuer les iniquités en santé entre les sous-groupes de populations dont les réfugiés. Elle s'implique dans des projets qui comprennent une mobilisation de certaines communautés, tels les réfugiés, par exemple, dans le cadre de programmes de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) en partenariat avec le CIFQ-SAAI.

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a la responsabilité de la planification, de l'organisation et de l'évaluation de l'ensemble des services de santé et des services sociaux de sa région. Elle confie au CIFQ la gestion de la BRILC.

Services du réseau public de santé et de services sociaux de première ligne

- 1) Les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) offrent des services généraux et spécialisés et des programmes comme ceux de Famille-Enfance-Jeunesse, d'œuf-lait-orange (OLO), des services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE), des services psychosociaux et en santé mentale, des services de soutien à domicile et ceux de promotion de la santé, entre autres.
- 2) Le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) est un établissement du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale. Il dispense des services psychosociaux, des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux jeunes de même qu'à leur famille dans la région.
- 3) Les centres d'hébergement répondent aux besoins des personnes en perte d'autonomie.
- 4) Les unités de médecine familiale (UMF) offrent des services de médecine de famille, avec ou sans rendez-vous.
- 5) Les groupes de médecins de famille (GMF) regroupés dans des cliniques médicales offrent des services favorisant la continuité des services requis par leurs patients.
- 6) Les services d'urgences dans les centres hospitaliers.
- 7) Les services privés de dentiste et d'optométriste impliqués aussi dans l'offre de services.

Services de deuxième et troisième ligne

- 1) Le Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR) et un service d'ethnopsychiatrie qui s'adresse aux réfugiés en situation de détresse psychologique, qui est rattaché à l'Université Laval. L'Unité d'Ethnopsychiatrie et de Stress Post-traumatique (UESPT) offre des services cliniques adaptés et spécialisés en matière d'évaluation, d'intervention et de prévention secondaire.

- 2) Les centres hospitaliers (CH) et les services spécialisés de pneumologie, cardiologie, chirurgie, etc.

Organisation d'accueil et d'installation de la population réfugiée

- 1) Le Centre multiethnique de Québec (CMQ) est un organisme communautaire autonome ayant pour mission d'accueillir de nouveaux arrivants de toutes catégories et de faciliter leur établissement dans la région de Québec. Il est le mandataire accrédité exclusif pour l'accueil et l'établissement des réfugiés.

- 2) La clinique *Santé des immigrants-réfugiés* (CSIR) du CSSS de la Vieille-Capitale a pour mandat de procéder à l'évaluation de la santé des réfugiés lors de leur arrivée, de leur offrir des consultations médicales sur rendez-vous lors du dépistage initial et de favoriser leur intégration au système de santé régulier.

- 3) La Banque régionale des interprètes linguistiques et culturels (BRILC) a pour mandat d'offrir des services d'interprétariat linguistique et culturel dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Organismes communautaires offrant des services d'accompagnement en lien avec l'adaptation et l'intégration.

- 1) Le Centre international des femmes de Québec (CIFQ) offre le soutien à l'intégration des femmes immigrantes et de leur famille en leur facilitant l'accès à divers services afin de briser leur isolement.
- 2) Le Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI) donne du soutien dans la nouvelle situation de vie (accompagnement dans le réseau de santé, sessions prénatales et postnatales, ateliers de nutrition et d'acquisition de saines habitudes de vie, etc.).
- 3) La Maison pour femmes immigrantes (MFI) sensibilise les intervenants des milieux de la santé et des services sociaux aux difficultés auxquelles la population réfugiée est confrontée (accompagnement, interprétariat, intervention individuelle, référence, programme de prévention de violence, etc.).
- 4) Le Mieux-être des immigrants (MEI) dont la mission est de soutenir les immigrants afin d'améliorer leurs conditions de vie quotidiennes et de faciliter leur intégration dans leur nouveau milieu de vie et d'offrir des services sociaux et psychosociaux liés à l'adaptation.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)

Les soins médicaux et l'hospitalisation sont dispensés sur tout le territoire et sont gratuits pour toutes les personnes admissibles et inscrites. Le réfugié doit, à son arrivée, s'inscrire auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) dont la mission est de mettre en

place le régime public d'assurance médicale pour les personnes qui résident de façon permanente ou temporaire au Québec (dépendamment des ententes de sécurité sociale*1). La Régie de l'assurance maladie établit l'admissibilité d'une personne et lui fait parvenir la carte d'assurance maladie qui donne accès aux services de santé couverts par le régime.

Dans la période transitoire durant laquelle les réfugiés ne sont pas encore admis par le régime d'assurance de soins médicaux de la province, ils sont couverts par le programme fédéral de santé intérimaire*2 (PFSI), qui couvre temporairement leurs frais médicaux. La couverture du PFSI s'applique aux demandeurs d'asile, aux réfugiés au sens de la Convention réinstallés au Canada et aux personnes détenues en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* en autres (Citoyenneté et Immigration Canada*3).

Plus d'information, vous pouvez consulter les sites web suivants : Consulté 17_décembre_2011

*1<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemaladie/arriver/arriver.shtml>

*2http://www.servicecanada.gc.ca/fra/gdc/sante_interimair.shtml

*3<http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/exterieur/reetable-aide.asp>

Toutefois, une fois couverts par l'assurance provinciale, les réfugiés sont admissibles à une assurance partielle en vertu du PFSI pendant un maximum de 12 mois après leur arrivée au Canada. Cette assurance couvre les soins de base semblables à ceux offerts par le régime d'assurance maladie provincial ou territorial et des soins supplémentaires comme le remboursement des médicaments en ambulatoire, des soins dentaires et des soins de la vue (programme d'aide sociale des provinces*1).

2.2.2 Accueil et installation des réfugiés à Québec

C'est principalement au Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) de prendre en charge les besoins des réfugiés au Québec. Ce ministère assume cette responsabilité en déléguant au Centre multiethnique de Québec (CMQ) le mandat exclusif d'accueillir et d'installer des réfugiés qui s'établissent à Québec.

L'accueil commence au moment où le MICC confirme au CMQ l'arrivée des réfugiés. Le CMQ est alors informé de plusieurs caractéristiques sur les personnes qu'il va devoir aider et qui vont lui permettre de préciser les services qu'il va offrir, comme la composition familiale, l'âge, le genre, la provenance (qui n'est pas nécessairement l'origine), la langue et les heures de départ et d'arrivée précisées par le Haut-commissariat du Canada. De plus, des informations sommaires par rapport à la situation de santé sont transmises dans certains cas (Rapport annuel 2008-2009 CMQ).

*1 <http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/exterieur/arrivee-sante.asp>

Le CMQ a donc la responsabilité d'accueillir les immigrants-réfugiés, de leur trouver un hébergement temporaire et de faire une entrevue initiale pour évaluer les besoins matériels, physiques et psycho-sociaux avec, cependant, le concours de la clinique Santé immigrants-réfugiés (CSIR). Cette clinique s'intéresse à la santé des réfugiés installés dans la région de Québec.

La première fonction du CSIR est alors d'identifier, parmi les réfugiés, ceux qui sont en situation de vulnérabilité. Ce dépistage est réalisé par le médecin et l'infirmier de la CSIR, lors de l'entrevue initiale au centre d'hébergement, sur la base d'un ensemble de facteurs tels que la prise de médicaments, la présence de maladies chroniques ou de problèmes de santé plus aigus. Selon le résultat du triage, un calendrier de trois consultations au CLSC Sainte-Foy-Sillery peut être proposé. S'il est proposé, les deux premières consultations sont réalisées par un infirmier. Elles permettent un dépistage précoce de problèmes de santé afin d'orienter et d'accélérer le processus d'évaluation par un médecin (voir Ordonnance collective : « Dépistage des situations de santé des immigrants selon le pays »). L'infirmier effectue des prélèvements selon un protocole d'ordonnance collective puis transmet les résultats au médecin de la CSIR. Le médecin fait alors la troisième consultation et rédige une prescription s'il y a lieu ou oriente le patient vers des services plus spécialisés. C'est l'infirmier qui prend alors en charge les liaisons avec les autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Les activités conjointes du CMQ et de la CSIR impliquent la mobilisation d'interprètes, d'infirmiers et de médecins lors de l'entrevue initiale au centre d'hébergement, ainsi que pour le déplacement et l'accompagnement des réfugiés à la clinique, dans le site du CLSC Sainte-Foy Sillery du CSSS de la Vieille-Capitale, pour les trois consultations.

Cette première étape dans la réponse aux problèmes potentiels de santé des réfugiés dure de quatre à six mois. Elle permet de catégoriser les réfugiés en trois différents groupes : 1) ceux qui semblent ne pas avoir de problème de santé; 2) ceux qui semblent avoir un problème de santé; 3) ceux qui ont besoin de suivi pour une maladie chronique ou pour une raison obstétricale. Le premier cas n'aura pas de services et le deuxième cas sera traité ou référé par la CSIR aux autres intervenants ou services du réseau, s'il y a lieu. Dans le troisième cas, les patientes seront soit suivies par la CSIR, soit référées au CSSS.

Les réfugiés qui ont des besoins soudains de services médicaux devront utiliser les urgences ou les cliniques sans rendez-vous pour accéder au réseau. Ils doivent également chercher un médecin de famille dans les CLSC, les cliniques médicales ou une UMF s'ils en ressentent un besoin.

Après le dépistage commence la deuxième étape. Dans celle-ci, d'autres organismes communautaires comme le Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI), le Mieux-Être des immigrants, le Centre international des femmes de Québec (CIFQ), etc. peuvent apporter des services aux réfugiés en lien avec leur adaptation et leur intégration au sein de la société d'accueil, de même que par rapport au réseau des services de santé et services sociaux.

La Banque régionale des interprètes linguistiques et culturels (BRILC) représente une ressource nécessaire au niveau de l'interprétariat facilitant le travail de tous ces organismes concernés.

Avec le temps, on s'attend à ce que tous les réfugiés utilisent le réseau des services de santé et de services sociaux à l'instar de la population générale.

Cette situation découle d'un historique récent. Au Québec, l'amélioration de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux pour les immigrants a toujours préoccupé les établissements publics. Cette préoccupation a conduit en 1992 le MICC et des Régies régionales de la Santé et des Services sociaux (devenues Agences de la Santé et des Services sociaux en 2003) à mettre conjointement sur pied un comité, le Comité consultatif sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes immigrantes, réfugiées et aux communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale.

En 1999, la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux (devenue Agence de la santé et des services sociaux en 2003) demande au CLSC Basse-Ville Limoilou-Vanier (BVLV) de participer à l'accueil de la population réfugiée pour ce qui a trait à l'évaluation de son état de santé à l'arrivée, en collaboration avec des organismes communautaires qui offrent des services aux communautés ethnoculturelles telles que le CIFQ/BRILC, le CMQ et le SAAI et avec la collaboration du MICC. De ce partenariat naît un projet-pilote nommé *Suivi de santé des réfugiés*, dont la coordination est confiée au point de service Haute-Ville-des-Rivières (HVDR) du CLSC. Ce projet avait trois volets : 1) santé (consultation médicale sans rendez-vous et avec rendez-vous, ligne téléphonique Info-Santé, infirmière de liaison); 2) social ponctuel; 3) accompagnement communautaire dans le réseau.

Ce projet a subi par la suite des ajustements sans réussir toutefois à devenir un programme adapté de façon satisfaisante aux besoins des réfugiés.

Au cours du temps, les besoins de la population immigrante (réfugié) ont évolué, ce qui a conduit le Comité consultatif à produire plusieurs

rapports et plans d'action qui ont amené les acteurs à remettre en question les services offerts.

En 2003, le gouvernement du Québec adopte la Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS)*¹. Cette Loi intègre les CLSC aux CSSS (annexe 9). Elle met aussi en place un nouveau mode d'organisation des services basé sur des réseaux locaux de services qui rassemblent, autour des CSSS nouvellement créés, tous les acteurs dans un territoire donné qui appartiennent au secteur public institutionnel ou à un autre secteur et qui peuvent contribuer à l'amélioration de la santé de la population du territoire.

Le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) a donné le mandat exclusif au Centre multiethnique de Québec (CMQ) de pourvoir à l'installation des réfugiés publics dans la Capitale-Nationale. En 2007, la clinique de *Santé des immigrants-réfugiés* a été mise en place suite à un constat : il y a, dans la région, un manque d'accessibilité à des services de santé de première ligne qui soient adaptés aux réalités des réfugiés (Tremblay, M., 2006).

*1Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, en décembre 2003. Source : Gouvernement du Québec. Projet de loi n^o 25, chapitre 21 : Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux; Éditeur officiel du Québec, (2003)

Avec l'évolution des besoins et l'avènement des CSSS, les acteurs concernés par la question des réfugiés vont s'entendre pour mieux se concerter. C'est dans ce contexte où les structures favorisent les contacts entre acteurs, qu'ils soient à l'intérieur ou à l'extérieur du système de santé institutionnel, que se situe cette étude.

2.3 Problématique

Cette étude vise à identifier les facteurs liés à la collaboration entre les organismes qui travaillent auprès des réfugiés par rapport à deux situations : 1) celle concernant ceux qui n'ont pas de problèmes de santé requérant un suivi ; 2) celle concernant ceux qui ont un problème détecté lors du dépistage à l'accueil. Elle répond à une demande de la clinique *Santé des immigrants-réfugiés* intéressée à mieux comprendre les liens qu'elle entretient avec les autres organismes concernés afin d'assurer l'offre de services pour cette population.

De cette façon, nous voulons identifier les facteurs non seulement financiers, mais aussi organisationnels sur lesquels nous pouvons agir pour accroître le réseautage entre la clinique et les partenaires potentiels, et ce, afin de permettre de mieux répondre aux besoins des réfugiés en incluant leurs perspectives.

Notamment, le thème de ce travail a deux (2) liens directs avec la santé communautaire : 1) des services de santé efficaces sont nécessaires pour lutter contre les risques de propagation d'infections dus à des agents infectieux que toute personne provenant d'un autre pays peut apporter avec elle; 2) des services de santé spécifiques sont nécessaires pour répondre à des besoins spécifiques et ainsi contribuer aux efforts déployés pour diminuer les iniquités en santé entre sous-groupes de la population.

Étant donné le mandat régional mais aussi le manque de ressources ayant des compétences en relations interculturelles dans le réseau de la santé, la clinique a démarré en 2007 au CSSS de la Vieille-Capitale, qui a montré un intérêt à poursuivre l'offre de services à la population des réfugiés. On note que cette responsabilité s'inscrit bien dans le mandat qu'ont les CSSS de constituer un Réseau local de services (RLS) avec les différents partenaires qui peuvent contribuer à améliorer la santé des populations de leur territoire.

La clinique *Santé des immigrants-réfugiés* du Centre de santé et des services sociaux de la Vieille-Capitale (CSSS-VC) est une stratégie d'intervention médicale inscrite dans le Plan d'action (2006-2009) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Elle porte sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychologiques pour les communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale.

L'un des objectifs de la clinique *Santé des immigrants-réfugiés* est de faciliter l'accès des réfugiés aux réseaux de santé pour la prise en charge médicale et le suivi médical (examens plus approfondis, traitements, etc.) Les réseaux en question comprennent les services de première, deuxième et troisième lignes, les services de santé mentale, les cliniques non médicales (dentistes, optométristes et opticiens), les ressources sociales des organismes communautaires et la santé publique. Tous ces organismes sont donc des partenaires recherchés de la clinique.

L'équipe de la clinique est constitué d'une infirmière, d'un gestionnaire, d'un agent administratif et de deux (2) médecins. À ces acteurs s'ajoute un dispensateur essentiel pour cette population, soit la Banque régionale d'interprètes linguistiques et culturels (BRILC). La clinique offre

l'expertise d'un personnel qui fournit des services adaptés culturellement.

Le programme consiste en des activités diverses dont l'une fera l'objet de cette étude: la prise en charge médicale de l'arrivée des réfugiés lors de leur installation dans un lieu d'hébergement temporaire jusqu'au moment de leur insertion dans le réseau des services de santé. Durant cette période de temps qui dure environ quatre (4) à six (6) mois, les interventions réalisées comprennent en général le triage, deux (2) consultations initiales avec l'infirmière et une consultation avec le médecin. Néanmoins, dans certains cas qui demandent un suivi, l'intervention peut s'allonger. Cette démarche est réalisée de façon synchronisée, c'est-à-dire en mobilisant des ressources humaines telles que l'infirmière, le médecin et le traducteur de la Banque régionale d'interprètes linguistiques et culturels (BRILC) au même moment. D'autres ressources professionnelles telles que le travailleur social, le psychologue et quelques spécialistes sont impliquées selon le cas.

Dans le cas du suivi des patients avec des maladies infectieuses comme la tuberculose, le traitement et le contrôle obligent le programme à déployer plus d'activités planifiées afin d'éviter des conséquences de propagation dans la population d'accueil. Dans certains cas, le traitement initié par la clinique est parfois réalisé par le professionnel du réseau, occasionnant alors le dédoublement des interventions. La surveillance des contacts avec l'entourage devient alors un enjeu au niveau de la santé publique.

Le principal obstacle rencontré lors de la mise en œuvre de la clinique *Santé immigrants-réfugiés* a été une demande qui a largement dépassé l'offre de services planifiée (Maxime, A., Bérubé, M. et al. 2008). Cet aspect a été lié en particulier à la sous-estimation du temps (le temps

initialement prévu pour l'accueil et l'évaluation de l'état de santé des réfugiés est devenu insuffisant) et à l'insuffisance du budget. Les ressources de la clinique ne lui permettent pas, d'une part, de répondre à une demande croissante, ce qui s'exprime par des temps de prise en charge pour le dépistage des maladies qui s'allongent. D'autre part, plusieurs activités ne sont pas réalisées : c'est le cas de la formation aux compétences interculturelles des professionnels du réseau de la santé, des interprètes et des bénévoles (Tremblay, M., 2006). Cette précarité des ressources touche d'ailleurs également la logistique administrative. Parce que la clinique ne peut se faire connaître, il y a une certaine méconnaissance de celle-ci dans le réseau de la santé et des services sociaux et cela crée un climat de suspicion entre les partenaires potentiels (Maxime, A., Bérubé, M. et al., 2008).

Face à des défis souvent complexes et multiples dans l'effort de l'intégration, dans toutes les régions d'accueil des réfugiés au Québec, des intervenants signalent qu'ils ne sont pas en mesure de répondre adéquatement aux besoins de cette population étant donné la charge de travail accablante (Guyon, S., 2011).

Au cœur des difficultés rencontrées se trouve la question des collaborations entre des partenaires divers. Les professionnels n'ont pas l'habitude de traiter des problèmes de santé des réfugiés dans les pays riches et les rapports patient-intervenant sont très différents de ceux des patients courants. Une plus grande collaboration au sein des réseaux de la santé et des services sociaux est alors souhaitable. Une prise en charge médicale efficace des réfugiés requiert effectivement la mise sur pied de partenariats entre des professionnels des services de première ligne sensibilisés et formés à l'offre de services à cette population, et des services plus spécialisés ainsi que des services sociaux. Cette

collaboration est d'autant plus difficile à implanter que les priorités des acteurs concernés par rapport aux réfugiés ne sont pas identiques.

Ce bref survol soulève comme problème principal la difficulté du programme d'assurer des arrimages avec les différents partenaires dont la collaboration est nécessaire pour pouvoir offrir des services adaptés aux besoins de la population réfugiée.

CHAPITRE 3. FONDEMENTS DE L'ÉTUDE

Dans cette section seront présentés les fondements de l'étude par rapport aux objectifs, à la question de recherche, au cadre conceptuel et aux considérations éthiques.

3.1 Objectifs de l'étude

L'objectif général est d'explorer d'une perspective organisationnelle les facteurs facilitants et les barrières à une collaboration entre les acteurs concernés par l'offre de services de santé et des services sociaux aux populations réfugiées dans la région de la Capitale-Nationale.

De cet objectif général découlent les objectifs spécifiques suivants :

- Identifier les acteurs concernés par l'offre de services.
- Caractériser les liens qui lient ces acteurs.
- Évaluer les structures organisationnelles et les schèmes interprétatifs, qui sous-tendent les liens entre ces acteurs et leur évolution.
- Identifier les facteurs facilitants et les barrières à la collaboration entre les acteurs concernés par l'offre de services aux réfugiés.
- Caractériser la perception des acteurs concernés, qu'ils soient impliqués dans l'offre de services ou dans l'utilisation des services, quant aux effets des services offerts à la population réfugiée.

3.2 Question de recherche

Quels sont les facteurs facilitants et les obstacles à une collaboration entre les acteurs concernés par l'offre de services de santé et de services sociaux aux populations réfugiées dans la région de la Capitale-Nationale ?

3.3 Cadre conceptuel

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, un cadre conceptuel a été construit. Il s'inspire de deux approches conceptuelles: 1) **le concept de coalitions** (Lemieux, V., 1998); 2) **la dialectique entre structure organisationnelle et schèmes interprétatifs** (Hinings et Greenwood, 1988).

Par **coalitions** on entend des alliances, en général temporaires, entre des acteurs¹ qui ont des intérêts divers, mais qui poursuivent, autour d'un leader unique ou collectif, un but partagé perçu comme pouvant être mieux atteint, si l'utilisation de leurs ressources est coordonnée (Roberts De Gennaro, M., 1997). Le concept de coalition utilisé ici perçoit la décision de participer à une coalition comme découlant d'une ou plusieurs des trois conditions suivantes (Lemieux, V., 1998).

- Les transactions. Dans les transactions, on considère les incitatifs pratiques. Les acteurs participent à une coalition car ils espèrent en retirer un bénéfice et parce qu'ils ont des atouts qui les rendent intéressants pour les autres acteurs.

- Les liens (ou préférences non utilitaires). Dans les liens, on recherche les incitatifs intangibles, comme les relations professionnelles ou amicales entre les acteurs, qui les amènent à se trouver des affinités les conduisant à vouloir collaborer entre eux.

- Le contrôle. Par contrôle, on fait référence à la capacité qu'a un acteur d'imposer aux autres acteurs de participer à la coalition.

¹Acteur : un acteur est défini ici comme un individu qui appartient à la même organisation (professionnelle ou institutionnelle) et qui a la capacité d'agir et de s'exprimer en son nom.

Par **dialectique**, on entend l'interaction entre les structures organisationnelles (les lois et règlements ainsi que les ressources disponibles) dans lesquelles évoluent les acteurs concernés, et les schèmes interprétatifs (les valeurs, les idées et les croyances dominantes chez ces acteurs) qui influencent l'évolution des liens entre les acteurs au cours du temps, et donc la forme que prend la coalition.

Opérationnellement, la structure organisationnelle se conçoit par l'étude des trois dimensions suivantes :

- les rôles et responsabilités des acteurs ;
- les mécanismes de décision utilisés par ces acteurs ;
- les modalités de gestion des ressources humaines et matérielles propres à ces acteurs.

Quant aux schèmes interprétatifs, ils sont décrits à travers les trois dimensions suivantes:

- la perception des acteurs de ce que devrait être le domaine d'activités de chaque membre d'une coalition ;
- les principes sous-jacents souhaités par ces acteurs pour le fonctionnement de la coalition ;
- les procédures et les critères d'évaluation les plus pertinents, selon eux, pour pouvoir atteindre les objectifs de la coalition.

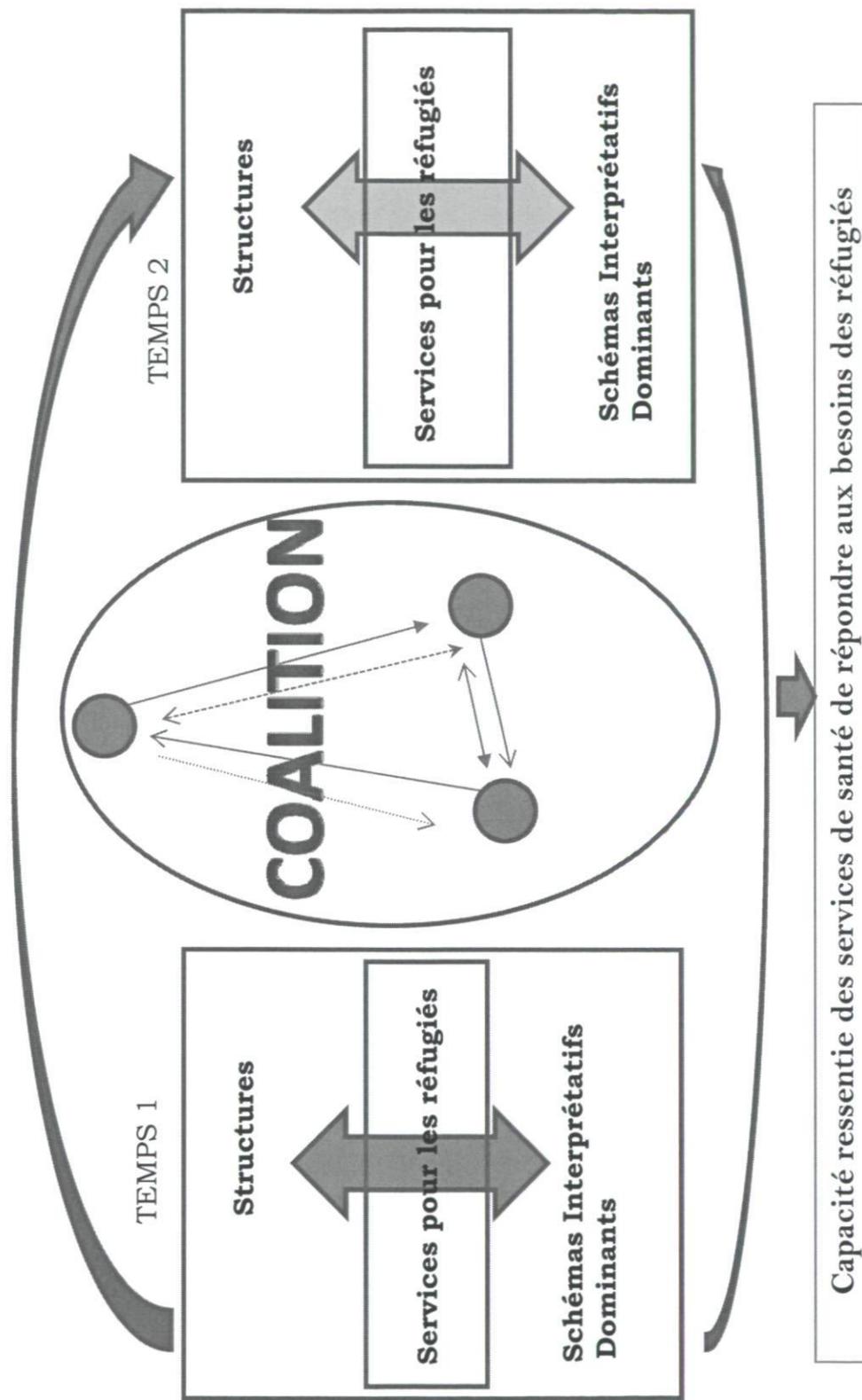
Aborder la problématique organisationnelle à partir de ces deux approches conceptuelles, les coalitions et la dialectique, permet de considérer l'organisation comme étant le résultat d'interactions entre plusieurs acteurs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'organisation. Ces interactions sont à la fois contraintes et facilitées par une dialectique qui lie les structures (la structure organisationnelle) dans lesquelles chacun agit, et les idées, les croyances et les valeurs (les schèmes interprétatifs)

qui prédominent chez eux, et qui ainsi les amène à plus ou moins collaborer entre eux.

La figure 1 illustre le cadre conceptuel appliqué à la problématique de ce travail.

Cette figure montre le fait que les acteurs peuvent former diverses coalitions qui elles-mêmes peuvent varier au cours du temps, sous l'influence de l'évolution de la dialectique entre structure organisationnelle et schèmes interprétatifs. Le résultat de cette dynamique se traduit en des services dont la capacité de répondre aux besoins de la population est alors jugée par les acteurs concernés.

Figure 1. Cadre conceptuel



Source: Reinharz, 2006

3.4 Considérations éthiques

À la demande du comité d'éthique de l'Université Laval, le protocole de cette étude a été soumis au comité d'éthique de la recherche du CSSS-de la Vieille-Capitale qui l'a étudié puis approuvé (annexe 1-2). Un consentement éclairé a été obtenu de toutes les personnes interrogées (annexe 3-4-5). L'anonymat des personnes a été assuré et tous les renseignements ont été gardés confidentiels (annexe 6).

CHAPITRE 4. MÉTHODOLOGIE

Nous présentons toute la démarche méthodologique concernant le devis, les sources et la collecte d'information, l'analyse et la validité des résultats.

4.1 Devis de l'étude

La méthodologie privilégiée dans ce projet a été celle d'une étude de cas (Yin, R., 1989). L'étude de cas est une approche appropriée lorsque le sujet d'étude est peu connu et donc que le champ doit encore être défriché, ce qui est le cas des collaborations entre les fournisseurs de services de santé pour les réfugiés. L'approche qualitative a été complétée par quelques analyses quantitatives de la banque de données de la clinique de *Santé des immigrants-réfugiés*.

4.2 Sources des données et collecte d'information

Trois sources de données ont été considérées :

- 1) la documentation au Québec sur les services de santé pour les réfugiés;
- 2) des entrevues individuelles;
- 3) la banque de données de la clinique *Santé des immigrants-réfugiés*.

4.2.1 Recherche documentaire

La recherche documentaire a été faite à partir de documents disponibles dans les organisations concernées, de rapports, de plans et de recommandations, qui ont permis de brosser un portrait de l'offre de services et de découvrir les grands événements qui ont marqué l'évolution des services de santé pour les réfugiés dans le temps. Un

répertoire des documents pertinents a été réalisé (voir annexe 7). Ce répertoire a été bâti avec l'aide des personnes interrogées auxquelles il avait été demandé d'identifier ou d'apporter des textes qu'ils jugeaient appropriés pour l'étude.

4.2.2 Entrevues individuelles

Des entrevues ont été menées auprès de 24 répondants.

Population à l'étude

Deux types de répondants ont été recherchés : 1) des représentants des principales organisations concernées par l'offre des services dans la Capitale-Nationale ; 2) des utilisateurs de services (des réfugiés).

Les premiers répondants représentent l'offre de services. La constitution de l'échantillon avec ces répondants a visé la diversité des perspectives sur le sujet. L'échantillon était de ce fait constitué de gestionnaires et d'intervenants représentant des organisations et institutions du système de santé, du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires. Un effort a été fait pour que toutes les organisations concernées soient représentées. Afin de faire partie de l'échantillon, les participants devaient être engagés dans leur organisation depuis au moins deux ans et devaient pouvoir parler au nom de leur organisation. Une première identification de personnes-ressources potentielles a été réalisée avec l'aide des intervenants de la *clinique Santé des immigrants-réfugiés*. Par la suite, l'échantillon s'est accru grâce à une technique de « boule de neige » dans laquelle les personnes interrogées avaient à identifier des personnes qui leur paraissaient apporter de l'information additionnelle pertinente pour l'étude. Les personnes suggérées ont alors été contactées. L'échantillon a ainsi crû jusqu'à ce que les chercheurs soient convaincus qu'une saturation de l'information avait été atteinte.

Le deuxième type de répondants était composé de réfugiés utilisateurs de l'offre de services de santé et des services sociaux ayant passé plus d'un an au Québec après leur arrivée. Cette population a été interviewée dans le but d'explorer les bénéfices qu'ils retirent des services de santé et des services sociaux offerts.

Seules quatre personnes utilisatrices de l'offre des services de la région ont accepté d'être enrôlées dans l'étude. En effet, la plupart des réfugiés approchés se sont déclarés peu désireux de participer à l'étude, essentiellement à cause d'une certaine méfiance ou de scepticisme à l'égard du projet de recherche.

Les réfugiés susceptibles d'être interrogés avaient été identifiés dans la base de données du CMQ (utilisateurs de l'offre des services de la région et les anciens utilisateurs de la clinique). Les critères de sélection étaient les suivants : 1) avoir un statut de réfugié; 2) avoir plus de 18 ans; 3) être arrivé au Canada après 2007; 4) résider dans un des territoires des quatre CSSS de la région de la Capitale-Nationale; 5) être capable de répondre aux questions en français, en espagnol ou dans une autre langue avec un interprète disponible; 6) résider à Québec depuis au moins un an ;) avoir utilisé les services de la clinique de Santé des immigrants-réfugiés ou un CLSC-CSSS, un hôpital ou une clinique du réseau de services de santé à Québec.

Outil de collecte de données des entrevues

Une grille d'entrevue a été préparée afin d'amener les participants à exprimer leur point de vue des thèmes soulevés. Les thèmes visaient la collecte d'information sur les dimensions du cadre conceptuel. Les thèmes de discussion du questionnaire d'entrevues ont été prétestés avec deux personnes, le chef de la clinique des *Santé des immigrants-*

réfugié et une autre personne réfugiée qui a été impliquée comme interprète dans l'étude. Nous avons utilisé deux schémas d'entrevue différents : un pour les professionnels et gestionnaires, un deuxième pour les utilisateurs de l'offre des services de la région (voir annexe 8).

Déroulement de l'entrevue

La démarche menant aux entrevues avec les intervenants et les gestionnaires a débuté par une lettre envoyée par courrier électronique aux professionnels et intervenants identifiés par les participants de la clinique puis aux personnes recommandées par les premières personnes interrogées, afin de leur expliquer la nature de l'étude et de les solliciter à y participer. Un rappel par téléphone a été réalisé après une semaine. Un rendez-vous pour un entretien a alors été fixé avec les individus qui ont accepté de participer à l'étude. Nous avons débuté chacune des rencontres avec la personne à interviewer en lui expliquant la nature de l'étude et en obtenant son consentement écrit à y participer.

Une fois l'autorisation accordée, l'entrevue s'est déroulée en suivant le schéma d'entrevue (voir annexe 8). 19 entrevues ont été enregistrées sur bandes audio. Une seule personne a refusé l'enregistrement, mais ses réponses ont été rapportées par écrit. Ces entrevues ont duré entre 40 et 60 minutes, puis ont été retranscrites. Les entrevues ont été réalisées d'octobre 2010 à janvier 2011.

Concernant les réfugiés, dans un premier temps, nous avons contacté la responsable du CMQ qui nous a identifié des participants potentiels sur la base des critères définis préalablement. Nous avons alors contacté par téléphone un total de huit personnes présélectionnées afin de les inviter à participer mais toutes ont refusé. Une deuxième stratégie, lancée autour d'un centre d'étude de langues afin de recruter des participants au centre Louis-Jolliet a alors été réalisée.

Cependant, malgré l'autorisation du gestionnaire du centre aucune personne n'a accepté de participer à l'étude. Finalement, grâce aux contacts avec des bénévoles d'un organisme communautaire, il nous a été possible de rencontrer quatre personnes qui ont utilisé les services de santé de la région.

Nous avons réalisé les entrevues en un lieu choisi à la convenance des participants. Quatre entretiens ont été réalisés dont un en anglais, un en français et deux en espagnol. Une entrevue a été faite avec la participation d'un interprète. Seulement trois personnes ont autorisé l'enregistrement. Les entrevues ont été réalisées de mai 2011 à novembre 2011.

4.2.3 La banque de données

Nous avons examiné les données recueillies par la clinique santé des immigrants réfugiés afin d'exploiter cette source d'information. Cette banque contient des tableaux bruts des variables telles que le nom, la provenance, la date de naissance, la langue parlée et les anciens sites liés au parcours de l'immigration des individus depuis de l'initiation de la clinique en 2007. Ainsi, nous avons retrouvé des éléments attachés au dossier médical tels que la morbidité, les services plus référés, les examens et les traitements réalisés. Malheureusement, la rotation du personnel et le manque de procédure de normalisation pour l'entrée les données aux fichiers ont mené à des lacunes de l'information, cependant ces données sont un recours incalculable à exploiter. Les données statistiques seront mises en considération à la section suivante.

4.3 Analyse des données

4.3.1 Volet quantitatif

Données statistiques de la banque de données de la clinique

Une analyse descriptive de la banque de données de la Clinique *Santé des immigrant-réfugiés* a été réalisée sur des variables telles que le nombre de réfugiés vus par la clinique, leur provenance, leur sexe et leur âge. Concernant les services de santé, nous avons distingué les diagnostics les plus fréquents et les principaux services auxquels les réfugiés ont été référés.

4.3.2 Volet qualitatif

Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites par le chercheur principal qui en a fait la codification du contenu sous la supervision du directeur du mémoire. La codification a consisté essentiellement en l'identification des acteurs-clefs de l'offre de services de santé aux réfugiés, puis en la recherche d'information en lien avec chacune des dimensions du cadre conceptuel.

L'analyse de la cohérence entre structures organisationnelles et schèmes interprétatifs a été par la suite réalisée pour chacun des acteurs-clefs, suivie de l'étude de la convergence des schèmes interprétatifs entre les acteurs. Cela a permis d'identifier les facteurs facilitants et les facteurs contraignants à la collaboration entre les organisations concernées. Une première version de l'analyse des entrevues a été envoyée à toutes les personnes interrogées afin de vérifier la conformité des propos retenus avec les conversations enregistrées.

4.4 Validité des résultats

La validité des résultats a été assurée par 1) la triangulation de toute l'information recueillie que ce soit lors des entrevues, dans les documents existants à la recherche documentaire et dans la banque de données de la clinique *Santé des immigrants-réfugiés*; 2) une codification faite indépendamment par deux chercheurs; 3) par la réaction des personnes interrogées à la première version des analyses.

CHAPITRE 5. RÉSULTATS

Nous présentons les données recueillies et leur analyse. Ce chapitre comprend d'abord, les caractéristiques de l'échantillon des participants et l'analyse descriptive de la banque. Ensuite, une description de la dynamique et des interactions entre les acteurs, les facteurs organisationnels soutenant ces interactions, et une analyse de la cohérence entre la structure et les schèmes. Finalement les effets perçus, des acteurs concernés, qui émergent des données.

5.1 Échantillon des participants

5.1.1 Participants du côté de l'offre de services

Vingt-et-une personnes ont été invitées à participer à l'étude par courriel, mais vingt participants ont donné leur autorisation. La diversité des organismes représentés à travers leur participation est présentée dans le tableau 3.

Type d'organisation	Nombre de participants
MSSS	1
MICC	1
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.	2
CSIR	4
Organismes communautaires	3
CLSC Basse-Ville	2
CLSC Haut-Ville	1
CLSC Limoilou	2
CLSC-Saint-Foy-Sillery	1
SAPSYR	1
Médecin dentaire	1
Optométriste	1
Total	20

Tableau 3. Nombre de participants par organisation

Le tableau 4 quant à lui reflète l'hétérogénéité des fonctions des participants interrogés dans le cadre de cette étude.

Type d'organisation	Nb	Fonction
MSSS	1	Gestion
MICC	1	Gestion
Agence de la santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.	1	Gestion
	1	Recherche
CSIR	4	Terrain
Organismes communautaires	1	Gestion
	2	Terrain
CLSC Basse-Ville	2	Terrain
CLSC Haut-Ville	1	Terrain
CLSC Limoilou	1	coordination
	1	Terrain
CLSC-Saint-Foy-Sillery	1	coordination
SAPSYR	1	Terrain
Médecin dentaire	1	Terrain
Optométriste	1	Terrain
Total	20	

Tableau 4. Nombre de participants selon la fonction

5.1.2 Utilisateurs de services

Quatre réfugiés ont accepté de participer à l'étude, un (1) homme et trois (3) femmes. Deux étaient âgés de moins de 30 ans, un avait entre 31 et 40 ans et un avait plus de 41 ans. Deux sont colombiens, un est afghan et un est népalais. Un était arrivé depuis moins d'un (1) an, deux depuis plus d'un (1) an, mais moins de trois (3) ans, et depuis plus de trois (3) ans.

5.2 Banque de données de la CSIR

Le tableau 5 montre l'évolution du nombre de réfugiés accueillis dans la région par le CMQ (organisation chargée d'accueillir les nouveaux réfugiés) et le nombre de personnes vues par la CSIR entre 2007 et 2010.

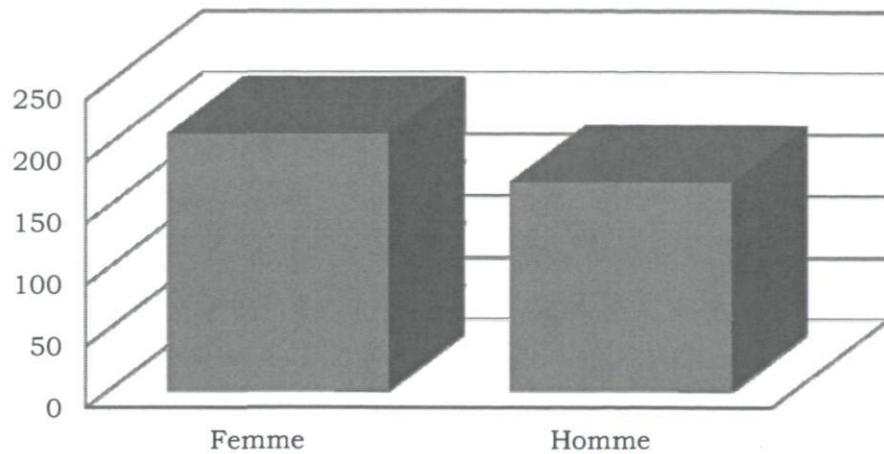
Il est à noter que les réfugiés qui arrivent passent par un dépistage rapide basé sur un ensemble de facteurs tels que la prise de médicaments, la présence de maladies chroniques ou de problèmes de santé plus aigus. Ce test de dépistage permet d'identifier les personnes qui seront vues par la clinique. On note que le processus de sélection de ces personnes laisse la possibilité que des besoins de santé réels ne soient pas détectés. C'est sans doute le cas chez plusieurs parmi les 64 % restant. Si l'utilisation de services de santé est ressentie comme nécessaire, ces personnes non vues par la clinique n'ont d'autres choix que de se rendre aux urgences ou à un cabinet sans rendez-vous et de se confronter aux difficultés aisément imaginables pour recevoir des services adaptés à leurs besoins. Les données des tableaux suivants ne se réfèrent donc qu'aux 36 % des réfugiés qui auront été identifiés, lors du dépistage, comme devant être vus par la clinique.

Services utilisés : données quantitatives					
	2007	2008	2009	2010	Subtotal
CMQ	296	337	480	430	1543
CSIR	90	143	172	158	563

Rapport annuel 2009-2010 Centre multiethnique de Québec (CMQ).
Base de données clinique santé des immigrants-réfugiés (CSIR) 2007-2010.

Tableau 5. Nombre de réfugiés accueillis dans la région et vus à la CSIR entre 2007-2010

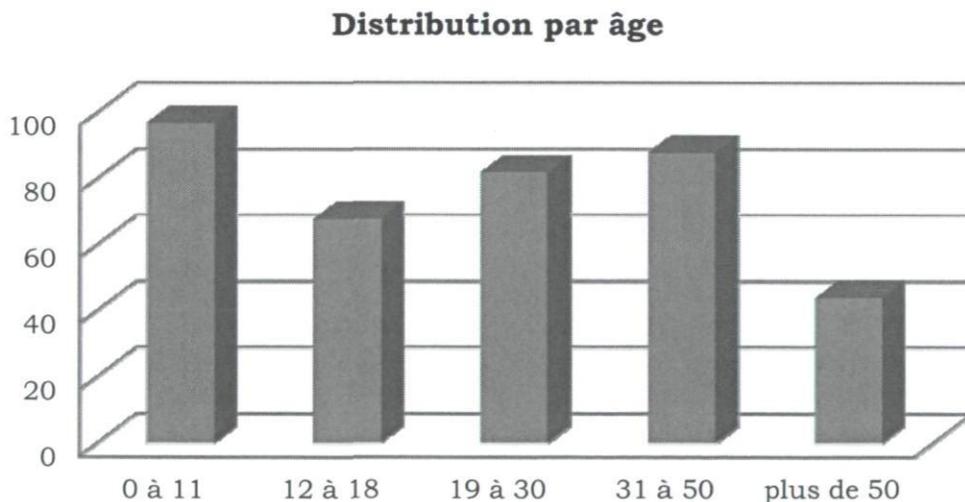
Les femmes représentent 55 % des personnes vues par la CSIR (figure 2). Étant donné que la population provient de cultures différentes, le sexe représente un des facteurs qui influencent le traitement et le suivi de l'état de santé.



Source : Base de données clinique santé des immigrants-réfugiés (CSIR) 2007-2010.

Figure 2. Distribution par sexe de la population vue par la CSIR.

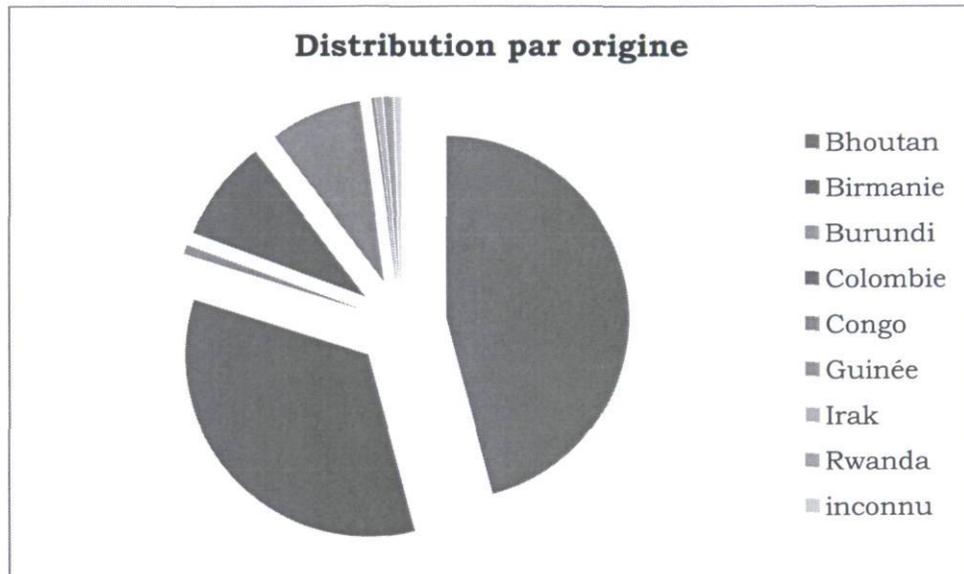
25 % des réfugiés vus par la clinique sont des enfants de 0 à 11 ans, 17 % ont de 12 à 18 ans, 21 % 19 à 30 ans, 23 % de 31 à 50 ans et 11 % ont plus de 50 ans (figure 3).



Source : Base de données clinique santé des immigrants-réfugiés (CSIR) 2007-2010.

Figure 3. Distribution par âge de la population vue par la CSIR

75 % des réfugiés vus par la clinique proviennent de l'Asie, essentiellement le Bhoutan et le Myanmar, 17 % de l'Afrique avant tout le Congo, la Guinée, le Rwanda et le Burundi et 8 % de l'Amérique du Sud surtout la Colombie (figure 4).



Source : Base de données clinique santé des immigrants-réfugiés (CSIR) 2007-2010.

Figure 4. Distribution par origine de la population vue par la CSIR

Le tableau 6 montre les diagnostics les plus fréquents retrouvés. Nous remarquons que dans les premières causes de diagnostics ressortent deux maladies infectieuses, les hépatites et la tuberculose. Les troubles de l'acuité visuelle, la surdité et les problèmes dentaires demeurent importants. L'anémie et les parasitoses conservent une place privilégiée, sans oublier des morbidités qui méritent un suivi tel que l'hypertension et le stress post-traumatique.

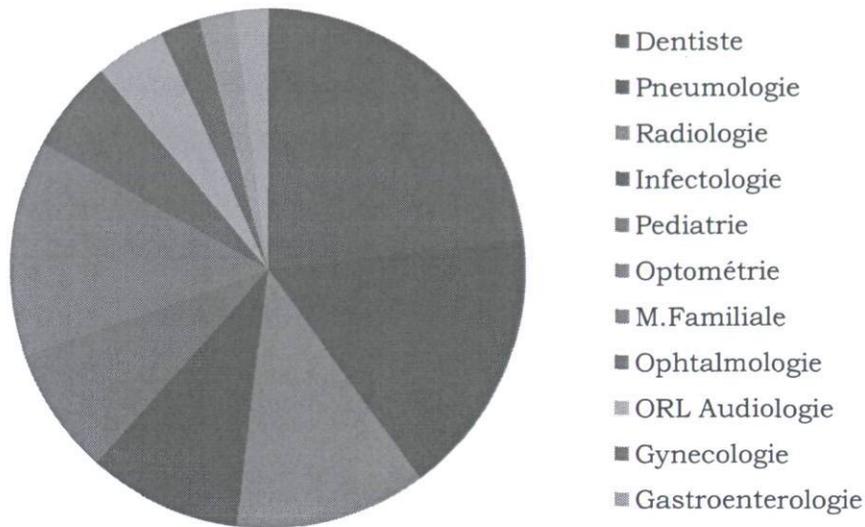
Diagnostic		Fréquence
1	Hépatite	111
2	Caries dentaires	85
3	Acuité visuelle	76
4	Anémie	60
5	Parasitose	53
6	Tuberculose	40
7	Problème gastrique	22
8	Surdité	20
9	Analphabétisme	13
10	Trouble d'adaptation	13
11	Retard pondéral	11
12	Hypertension	10
13	Stress post-traumatique	4
14	Violence	4
15	D�ficiency intellectuelle	1

Tableau 6. Liste de diagnostics   l'arrivée

Grâce au concours des interprètes et à la démarche entreprise par l'infirmière, le processus d'évaluation clinique du médecin de la CSIR est avancé et les orientations vers les services spécialisés sont faites s'il y a lieu.

La figure 5 affiche les principaux services auxquels les réfugiés ont référé lors de leur consultation médicale.

Ces services consistent essentiellement en des services de médecine dentaire, d'optométrie, de pneumologie et d'infectiologie, ainsi que de pédiatrie et de gynécologie.



Base de données CSIR 2007-2010.

Figure 5. Principaux services référés entre 2007 - 2010

5.3 Les coalitions

5.3.1 Acteurs concernés par l'offre des services

Le tableau 7 montre les acteurs qui ont émergé comme étant des acteurs concernés par l'offre de services aux réfugiés, et l'état des liens qui les lient entre eux. Ces liens sont définis sur la base des dimensions du cadre conceptuel.

L'offre de services se caractérise par l'agencement de partenaires de trois secteurs différents. Quatre acteurs institutionnels (MSSS, MICC, DRSP et l'Agence de santé et des services sociaux) qui donnent les directives, un acteur du réseau qui développe une intervention (CSIR) et des acteurs du milieu communautaire (CMQ et autres) qui apportent le soutien et l'accompagnement en facilitant l'adaptation et l'intégration à la société.

Le MSSS et L'Agence de santé et de services sociaux subventionnent le CMQ, qui est responsable de l'accueil des réfugiés, et la BRILQ, qui fournit le service d'interprétariat. Depuis 2007, les liens ont changé. Certains se sont créés et d'autres ont disparu ou se sont affaiblis. La CSIR et le CMQ maintiennent par exemple des liens forts fondés sur la confiance et le respect mutuel (lien amical voir Tableau 7). Par contre, on n'observe pas des liens entre les organismes communautaires et la BRILC, les organismes communautaires agissant indépendamment et recherchant ailleurs des interprètes lorsqu'ils en ont besoin.

Tableau 7. Acteurs concernés par l'offre de services et liens entre eux

Organismes	Transactions		Lien	Contrôle
	Atout	Bénéfices		
clinique Santé des immigrants-réfugiés (CSIR)	<ul style="list-style-type: none"> - Modèle d'intervention médicale qui facilite l'accès au réseau des services de santé inscrit dans un cadre légal-politique aux niveaux fédéral-provincial et régional. - Expertise en matière de services adaptés aux réfugiés. - Portrait des besoins de la population. 	<ul style="list-style-type: none"> - Légitimation. - Identifier et traiter une partie des problématiques de santé de la population réfugiée. - Protéger la société d'accueil. - Établir des corridors de services. 	<p>Lien administratif avec le CMQ.</p> <p>Lien financier avec le CLSC Sainte-Foy-Sillery et lien de références avec d'autres CSSS du territoire.</p> <p>Lien institutionnel avec les hôpitaux ou services spécialisés de la région. *1</p> <p>Lien administratif avec la BRILC *2.</p>	Leadership professionnel.
CSSS du territoire	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise en matière de services de santé de première ligne et en services sociaux. - Variété des programmes et services : Famille, Enfance, Jeunesse, services aux personnes âgées et psychosociaux et santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'accessibilité à des services intégrés. - Amélioration de la continuité des services requis. 	<p>Lien financier avec la CSIR.</p> <p>Lien administratif avec la BRILC et le CMQ *2</p> <p>Lien institutionnel et de références avec le réseau des services de santé et des services sociaux de première, deuxième et troisième ligne *1.</p>	
CMQ (Centre multiethnique de Québec)	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise dans l'interculturel - Contexte historique de collaboration et partenariat avec CSIR - Leadership dans l'accueil et accompagnement de la population réfugiée qui arrive à Québec 	<ul style="list-style-type: none"> - Positionnement (mandat exclusif de l'accueil). - Légitimation. 	<p>Lien financier avec le MICC.</p> <p>Lien amical et administratif avec la CSIR.</p> <p>Lien institutionnel avec le réseau de santé et des services sociaux (accompagnement) *1(mandat du MICC)</p> <p>Lien administratif avec la BRILC.</p>	
CIF (Centre international des femmes de Québec) BRILC (Banque régionale d'interprètes linguistiques et culturels)	<ul style="list-style-type: none"> - Organisme communautaire qui offre un service d'interprétariat (BRILC). - Ateliers et rencontres de sensibilisation : information, aide, orientation et référence (santé et bien-être, immigration et intégration). - Formation des interprètes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Positionnement (la gestion de la BRILC confiée au CIF) - Budget (subvention : de l'Agence). 	<p>Lien financier avec ASSS.</p> <p>Lien administratif avec CMQ, la CSIR.</p> <p>Lien institutionnel avec les établissements du réseau de santé et des services sociaux *1 (mandat de l'Agence de santé et de services sociaux).</p>	

<p>ASSS (Agence de santé et services sociaux)</p>	<p>- Planification, organisation et évaluation de tout l'ensemble des services de santé et des services sociaux.</p>	<p>- Harmonisation des services. - Articulation des activités dans l'offre de programmes et des services. - Collaboration : concrétisation de la continuité des services.</p>	<p>Lien administratif et financier avec la CSIR Lien administratif avec CMQ et le réseau des services de santé et des services sociaux. Lien financier avec la BRILC *3</p>	<p>Hiérarchie corporative. La BRILC est subventionnée par l'ASS pour agir en santé et services sociaux. Elle exerce un pouvoir d'influence.</p>
<p>MSSS (ministère de la Santé et des Services sociaux)</p>	<p>- Formulation des directives pour le fonctionnement du système de santé et des services sociaux.</p>	<p>- Accessibilité et adaptation des services de santé et des services sociaux. - Qualité des services de santé et des services sociaux. - Amélioration de la réponse aux besoins des populations.</p>	<p>Lien administratif avec le MICC, ASSS, CSIR, CMQ, CSSS et le réseau de santé et des services sociaux.</p>	
<p>MICC (ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles)</p>	<p>- Promotion de l'intégration des immigrants à la société québécoise.</p>	<p>- Complémentarité des services entre les acteurs concernés.</p>	<p>Lien administratif avec la CSIR et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Lien financier avec le CMQ.</p>	<p>Leadership. Coordination des services aux réfugiés. Le MICC donne une subvention au CMQ afin d'assurer l'accès au réseau de santé et des services sociaux, donc il y a un pouvoir d'influence entre eux. Le MICC subventionne le SAAI afin de promouvoir l'intégration donc, il y a un pouvoir d'influence entre eux.</p>
<p>DRSP Direction régionale de santé publique</p>	<p>Expertise en stratégies de diminution des iniquités en santé entre sous-populations.</p>	<p>- Amélioration de la santé et du bien-être de la population immigrante et celle d'accueil.</p>	<p>Liens administratifs avec CSSS, le MSSS, ASSS et le réseau de santé et des services sociaux.</p>	

S.A.A.I (service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes)	<ul style="list-style-type: none"> - Offre d'accompagnement dans le réseau et le suivi de grossesse. - Offre d'aide pour l'établissement des nouveaux arrivants en donnant des renseignements. - Aide pour que les réfugiés deviennent autonomes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Budget (subvention du MICC) - Accessibilité aux services de santé et aux services sociaux. - Reconnaissance. - Augmentation de la clientèle. 	Liens institutionnels avec les CSSS, la CSIR et les autres organismes communautaires. Lien financier avec le MICC. Lien de référence avec les CLSC du territoire.	
SAPSIR (service d'aide psychologique)	<ul style="list-style-type: none"> - Expertise en santé mentale et problèmes psychosociaux. - Formation des intervenants à la sensibilisation culturelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge de la clientèle. - Accessibilité plus grande aux références au sujet de la santé mentale. - Consolidation des liens inter-institutionnels. 	Lien institutionnel et de référence avec le CSSS.	
Optométriste	Expertise en matière de santé visuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge de la clientèle. - Meilleure coopération entre les acteurs du réseau. - Consolidation de la collaboration entre les acteurs du réseau. - Amélioration de la prestation du service. 	Lien de référence avec le CSSS.	
Dentiste	Expertise en matière de santé buccale	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge de la clientèle. - Meilleure coopération entre les acteurs du réseau. - Consolidation de la collaboration entre les acteurs du réseau. - Amélioration de la prestation du service. 	Lien de référence avec le CSSS.	

Le lien institutionnel réfère à des liens officiels, qui émanent du gouvernement ou d'une autorité administrative reconnue * 1. Le lien de référence réfère au suivi des services médicaux dans la continuité, le lien administratif réfère au fonctionnement * 2 (répond à sa fonction uniquement) et le lien financier réfère aux dépendances financières entre les organisations * 3 (pouvoir d'influence).

5.3.2 Lien et fondements des liens

Lorsque le tableau 7 est représenté sous forme de figure (figure 6) on voit que les acteurs forment une coalition, mais que celle-ci est lâche. Les acteurs se rassemblent plutôt au sein de trois sous-coalitions, des regroupements caractérisés par des interactions plus fortes, fréquentes et stables, mais qui ne concernent que quelques acteurs.

La grande coalition sera décrite à la suite d'une présentation des trois sous-coalitions qui forment le paysage des services offerts aux réfugiés dans la région de Québec.

Les acteurs du réseau institutionnel

Les acteurs institutionnels

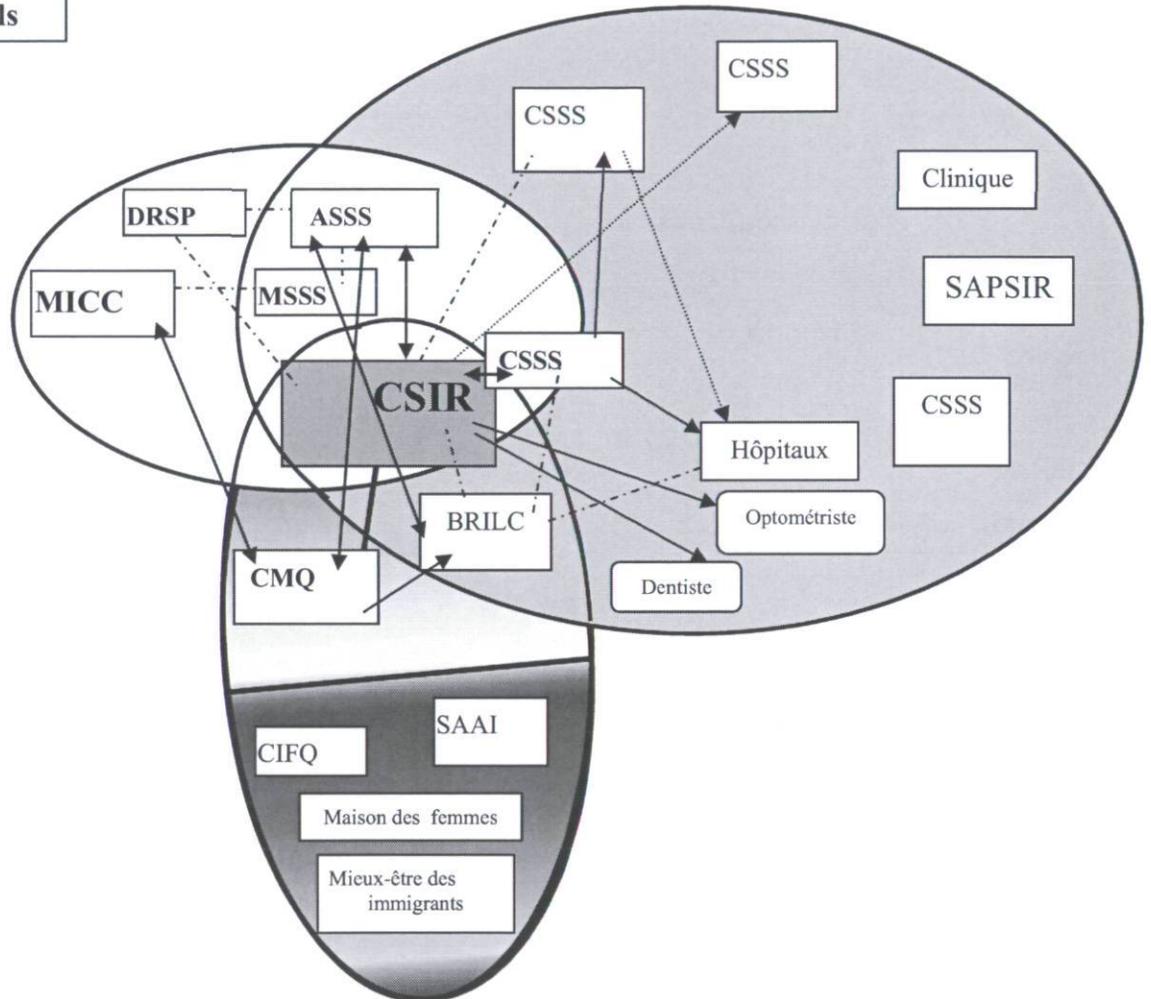


Figure 6. Grande coalition

- Lien fort
- - - - - Lien faible
- Lien institutionnel (officiel)
- Lien de référence (continuité des services médicaux)
- ↔ Lien financier (subvention)

Les acteurs communautaires	
	Première étape : accueil et installation
	Deuxième étape: adaptation et intégration

5.3.2.1 Sous-coalition des acteurs institutionnels

La figure 7 illustre une première sous-coalition formée par quatre (4) organismes qui ont la responsabilité, dans le réseau public, de planifier, d'organiser et d'évaluer les services de santé et services sociaux. Cette figure montre les acteurs qui donnent les orientations et directives au réseau public.

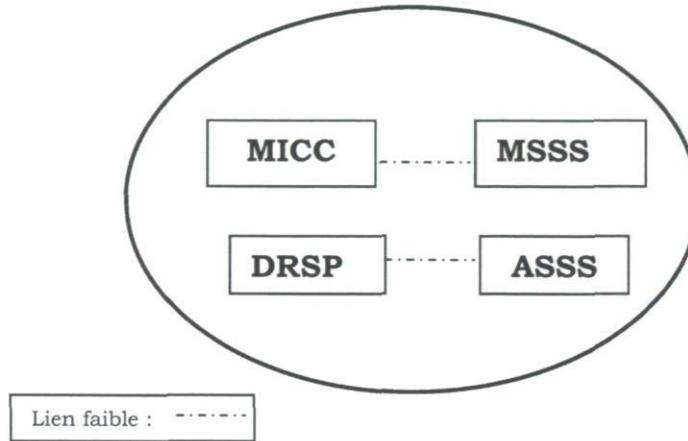


Figure 7. Sous-coalition des acteurs institutionnels

1) le MICC, qui travaille en collaboration avec de nombreux organismes des services publics pour exécuter son mandat de promouvoir l'intégration des immigrants à la société québécoise. Il soutient le partenariat entre les divers établissements dont la collaboration devrait permettre de mieux répondre aux besoins des réfugiés;

2) le MSSS, qui développe et maintient des liens administratifs avec le MICC et les acteurs du réseau de la santé pour favoriser l'accessibilité, la qualité et l'amélioration des services de santé pour cette population;

3) l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, qui soutient des programmes s'adressant à des populations ou à des communautés vulnérables;

4) la DRSP, qui est une direction de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, son élément opérationnel en lien avec la préoccupation pour la réduction des inégalités en santé entre sous-groupes de la population dans la région.

Dans cette sous-coalition, la CSIR détient une autonomie pour bâtir les programmes qu'elle juge les plus appropriés pour répondre aux besoins des réfugiés compte tenu des ressources qui lui sont accordées. Les autres acteurs ne lui sont pas très proches, mais ils forment des dyades composées d'acteurs qui sont fortement liés entre eux : DRSP - l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et MICC – MSSS (figure 7).

Ces dyades rapprochent des organismes qui sont autonomes les uns par rapport aux autres. Les liens qui prédominent dans ces dyades sont essentiellement de l'ordre des transactions et sont dus à la recherche d'atouts complémentaires perçus comme d'intérêt pour permettre de mieux atteindre des objectifs propres à chacun d'entre eux. Le fait d'assumer une responsabilité par rapport à ce qui est attendu des organisations les amène à rechercher des liens avec le partenaire de la dyade. Le trait d'union entre les dyades indique un lien faible entre les membres par rapport à la disponibilité des ressources et à la coordination des services offerts à la population des réfugiés de la région (figure 7).

Des liens de l'ordre du contrôle dominant dans les autres relations qu'on peut mettre en évidence dans cette sous-coalition : entre ces dyades ou le CSSS d'une part, et le leader, la CSIR, d'autre part. Cela s'explique par le fait que la CSIR est hiérarchiquement sous la responsabilité des autres acteurs qui sont alors en mesure de lui confier le mandat d'assumer le leadership des services de santé offerts aux réfugiés.

5.3.2.2 Sous-coalition des acteurs du réseau

La deuxième sous-coalition rejoint l'ensemble des organisations de terrain du réseau institutionnel des services de santé, qu'ils appartiennent soit à la première, à la deuxième ou à la troisième ligne (voir figure 8).

La participation à cette sous-coalition vise à assurer l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés.

La figure 8 rehausse les acteurs du réseau institutionnel.

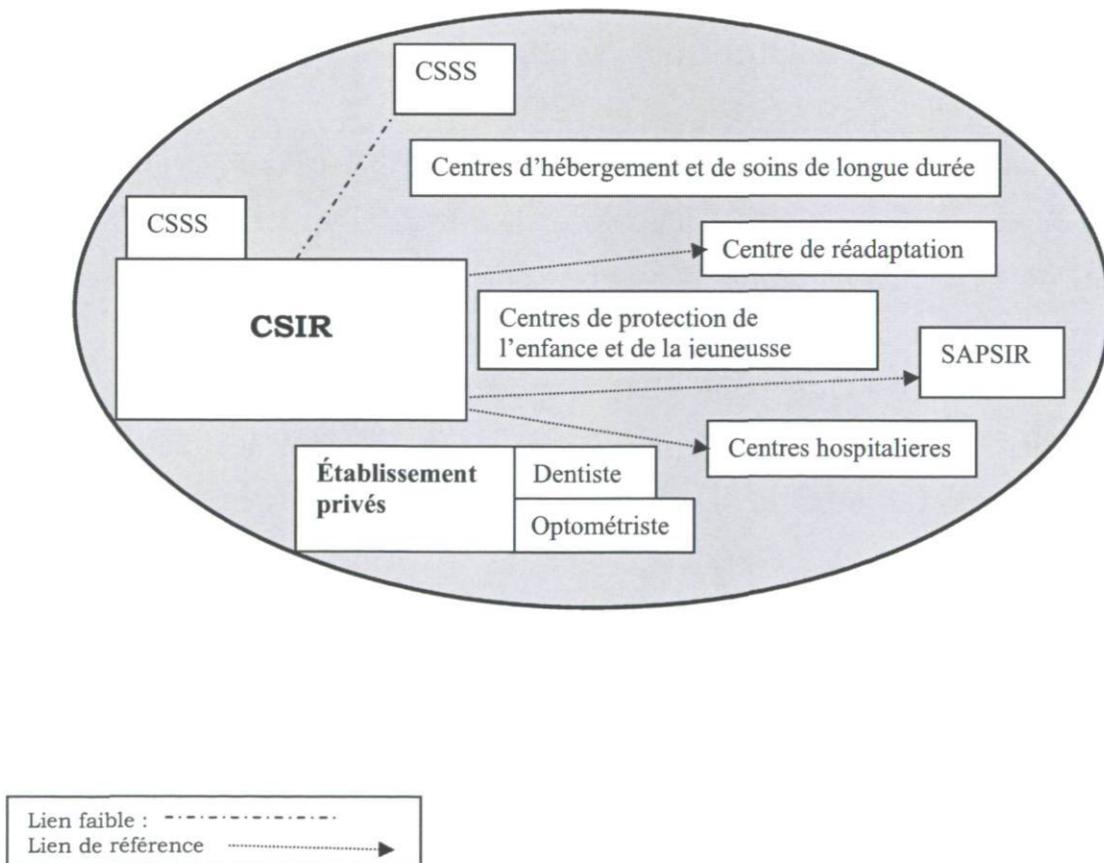


Figure 8. Sous-coalition des acteurs du réseau

Le lien qui prédomine est essentiellement du ressort des transactions basées sur les mécanismes de références entre institutions dont les services peuvent être requis par les réfugiés (voir lien de référence, figure 8).

Entre la CSIR et les CSSS, les liens de transactions apparaissent nécessaires puisque les particularités de la population réfugiée en termes de santé rendent les organisations du réseau de la santé dépendant de la CSIR qui, seule, a la connaissance de ces particularités. Ainsi, chacun a des atouts et a besoin de la collaboration de l'autre pour répondre à son mandat.

Dans cette sous-coalition, la BRILC devient essentielle sur l'aspect de la langue. Les liens de transactions qu'elle développe avec ses partenaires sont principalement administratifs et officiels.

La relation n'est pas d'intensité égale entre la CSIR et les différents CSSS de la région (voir lien faible, figure 8). Les liens sont plus forts avec le CSSS de la Vieille-Capitale et surtout son point de service Sainte-Foy-Sillery, car c'est dans son territoire de desserte que vivent la plupart des réfugiés installés à Québec. Avec les autres points de service du CSSS de la Vieille-Capitale ou les autres CSSS de la région, les liens visent essentiellement à faciliter les références pour les réfugiés qui habitent dans leur territoire de desserte.

Finalement, on note qu'il existe des liens de transactions, moins forts, et qui sont complétés par des liens intangibles avec certains fournisseurs de services parmi les plus sollicités. Ces liens impliquent surtout des groupes avec peu d'acteurs, comme un optométriste et un dentiste. Il s'agit de liens essentiellement bâtis à l'occasion de rencontres occasionnelles.

5.3.2.3 Sous-coalition des acteurs communautaires

La troisième sous-coalition rassemble les organismes communautaires qui s'impliquent dans le support et l'accompagnement de la population réfugiée dans le réseau institutionnel (voir figure 9).

Dans cette sous-coalition dominant, lors de la première étape de l'accueil, les liens de contrôle, et dans l'étape subséquente, soit le soutien et l'accompagnement dans l'utilisation de services dans le réseau, les liens de transactions.

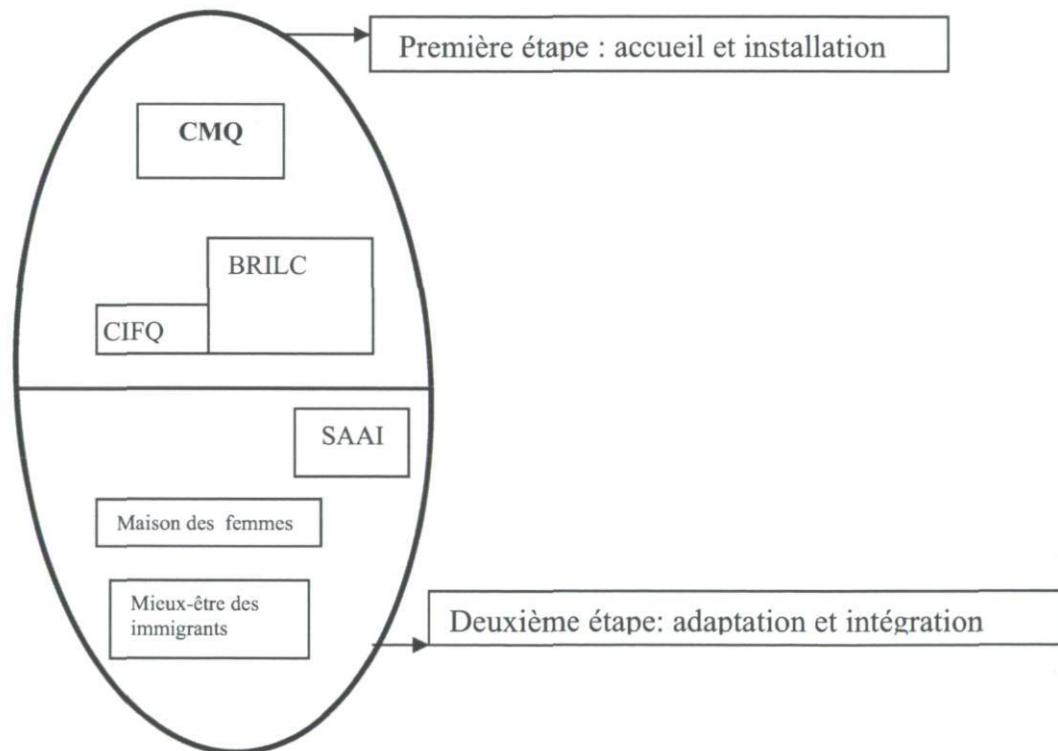


Figure 9. Sous-coalition des organismes communautaires

La première étape est largement menée par un acteur, le CMQ, fort de son mandat d'accueil exclusif confié par le MICC. Cet organisme a des

liens étroits avec la CSIR basés sur un climat convivial qui facilite la définition et le partage des tâches en lien avec l'évaluation médicale à l'arrivée des réfugiés. Les liens entre la CSIR et la BRILC sont quant à eux moins proches bien qu'établis de façon formelle.

Entre la BRILC et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale priment les liens de transactions sous forme de liens financiers.

La deuxième étape est menée par les organismes communautaires. Y dominent des liens de transactions entre ces organismes et certains CSSS de la région. Les organismes communautaires concernés cherchent à maintenir leur autonomie et chacun a une connaissance des besoins de la population et une expertise dans la prestation de services tels que les services prénataux, sociaux et psychosociaux. Ils ont donc des atouts spécifiques qui en font des partenaires recherchés dans la sous-coalition. Dans cette étape toutefois, la majorité des organismes communautaires n'interagissent pas entre eux et il n'existe pas d'interactions avec la CSIR à l'exception du CMQ qui a le mandat d'accueil (voir figure 6). Ces acteurs sont éloignés les uns des autres. Il existe cependant des liens de transaction formels entre les CSSS et quelques organismes qui offrent des programmes ciblés et incontournables dans le système de santé, comme les services prénataux.

Les trois sous-coalitions, celle des acteurs institutionnels qui établissent les normes, celle des acteurs du réseau qui font face aux demandes dans le milieu institutionnel et celle des acteurs communautaires qui ont de l'expertise dans leur champ de compétence, forment ensemble une grande coalition autour du leadership assumé par la CSIR (voir figure 6). La coalition complète a été bâtie peu à peu à partir de chacune des trois sous-coalitions. Dans un premier temps, la première sous-coalition a

dressé les dispositions générales et a mis en place, à travers la mobilisation de la deuxième sous-coalition, les ressources de soutien à l'accueil et à l'installation des réfugiés. Dans un deuxième temps, la sous-coalition des acteurs communautaires s'est jointe aux deux premières, afin de camper l'offre de services d'adaptation et d'intégration.

La grande coalition qui émerge alors repose avant tout sur des interactions fortes d'une part entre le CSSS-VC et la CSIR et d'autre part entre la CSIR et les organismes de la deuxième sous-coalition. Les acteurs de la troisième sous-coalition entretiennent des relations ponctuelles avec les acteurs majeurs des deux autres sous-coalitions, essentiellement de l'ordre des transactions puisqu'ils ont des atouts propres, mais peu avec l'organisme qui est vu pourtant comme le leader, la CSIR.

Le grand regroupement est moins dense que chacune des trois sous-coalitions. De plus, sa solidité fluctue dans le temps, en termes d'acteurs impliqués ou de type de liens. Cette coalition ne repose pas sur une structure solide et certains acteurs reconnaissent le besoin de chercher un consensus pour la consolider.

5.4 Facteurs organisationnels qui sous-tendent les relations entre les acteurs

5.4.1 Schèmes interprétatifs

Le tableau 8 illustre les différents éléments qui constituent les valeurs, et les idées dominantes.

Domaine des activités	MICC	MSSS	ASSS	CSSS	CSIR	Organismes communautaires	Hôpitaux et autres institutions de 2 ^e et 3 ^e ligne	
Principes d'organisation	<p>Promotion de l'intégration des immigrants à la société.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'ASSS devrait assumer le rôle de leadership au niveau de l'organisation des services sur le terrain (mieux encadrer et supporter les services : CMQ-CSIR). - Il faut apprendre à plus se concerter (CSIR-CMQ). - Il doit y avoir une répartition égale du nombre de réfugiés entre les régions pour que l'offre soit équitable (CMQ). - Faciliter la diffusion de l'information au niveau des acteurs (SAAI). - Plus de prévention et d'éducation surtout au niveau de la culture en première ligne (SAPSIR). 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendre l'offre de services plus équitable : faciliter l'accès et participer avec le MICC au niveau de la planification du service (CSIR). 	<p>La communication et collaboration comme éléments majeurs entre les acteurs devraient être améliorées (MICC-CSIR)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les références les plus sollicitées vers les CSSS devraient être formalisées pour assurer la continuité des services. - La transmission des informations devrait être transparente pour faciliter la collaboration entre les acteurs (CSIR). - Il faut travailler dans un rapport de collaboration optimale entre tous pour se faire confiance (CSIR). - Souhaité partagé par la moitié des participants d'avoir plus de consensus sur les services à offrir et une consolidation des structures afin de rendre un service plus solide (CLSC-ASSS-CMQ-SAAI). - Des outils tels que des renseignements propres à une communauté et des stratégies dans l'usage de l'interpréteur devraient être disponibles ainsi qu'un soutien à la formation et au développement de compétences (CMQ-CSIR-ASSS-SAPSIR). 	<ul style="list-style-type: none"> - Les ressources humaines devraient être accrues pour le dépistage de maladies latentes chez tous les réfugiés. - Augmenter l'équipe de la CSIR : travailleur social, nutritionniste, psychologue, plus d'heures pour médecin, infirmière et agent administratif. - Revenir au sujet de la communication et formaliser un moyen de travail (CMQ-SAAI-MICC). 	<ul style="list-style-type: none"> - Il devrait y avoir plus d'intervenants psychosociaux et pour les problèmes auditifs et visuels (optométriste-CMQ-MICC-CSIR). - Développer des stratégies pour concerter et collaborer ensemble entre les organisations du milieu communautaire et de la santé (MICC-ASSS). - Développer le souci ou la sensibilité dans le réseau pour cette clientèle. - Se préoccuper à développer des mécanismes ou des structures solides au niveau institutionnel (MICC). - L'Agence doit se positionner dans son rôle (CMQ). - Revenir au niveau de la coopération et du fonctionnement de la BRILC : s'assurer de sa collaboration. - Diffuser des renseignements concernant l'offre de services aux populations réfugiées et établir des canaux de communication qui facilitent la collaboration (SAAI-CMQ-dentiste-CSIR). 	<p>Offre de services spécialisés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les liens de références entre la CSIR, les CSSS et les services spécialisés tels que pneumologie, cardiologie et santé mentale - Accroître la sensibilité et faciliter la formation des intervenants par rapport aux compétences interculturelles.
	Évaluation	<p>Pas d'évaluation spécifique de la population des réfugiés.</p>	<p>Banque de données propre, mais sous-exploitée.</p>	<p>Rapports d'évaluation d'activités propres à chaque organisme.</p>	<p>Pas d'évaluation spécifique en lien avec la population des réfugiés.</p>			

Par rapport à la dimension "domaines d'activité", on remarque une convergence des préoccupations.

Tous les participants sont conscients que la langue est un facteur qui limite la capacité de rendre les services attendus. Dans le secteur de Limoilou et Basse-Ville, cette barrière est vue comme un obstacle quotidien au travail attendu des professionnels. Cela préoccupe les intervenants, car ils ont la perception que la population immigrante augmente dans la région de Québec.

« On espère qu'on va voir la lumière au bout du tunnel à un moment donné parce que nous ici... 40 sur 120 clientes enceintes dans une année, on est rendu à 45 % de clientèle immigrante alors...je pense que nous on a besoin d'aide... c'est une réalité qui est de plus en plus fréquente ». Intervenant 6. CLSC Basse-Ville.

De manière générale, tous s'accordent pour dire que pour travailler avec des réfugiés, on a besoin de compétences en interventions interculturelles, et que ces compétences ne sont pas enseignées aux intervenants.

Enfin, plusieurs participants se sentent impuissants face au rôle et responsabilités qu'ils doivent assumer parce qu'ils ne trouvent pas les outils nécessaires pour pouvoir répondre au mieux aux besoins des réfugiés. Aussi, ils expriment de la difficulté à définir et à identifier le rôle de chacun des acteurs, surtout dans l'intervention qui implique le milieu institutionnel et le milieu communautaire.

Par rapport à la dimension "principes d'organisation", 17 des 20 organisations s'accordent sur le fait que la CSIR facilite l'accès aux services de santé et services sociaux et répond à une partie des besoins de la population cible. Quant à l'équipe de la CSIR, elle déplore que les

services offerts à l'arrivée soient essentiellement médicaux. Elle souhaite que d'autres acteurs s'impliquent davantage afin de répondre aux besoins psychosociaux. Ce point de vue est partagé par 16 des 20 organisations.

« Je sais que pour ceux qui ont un travailleur social, ça va beaucoup mieux, c'est beaucoup plus facile surtout s'ils sont dans les réseaux... Des témoignages que j'ai avec un travailleur social, quand il arrive à la maison, tout le monde a un besoin x, y, z donc peut-être que ça pourrait être amélioré ». Intervenant 7. CLSC Basse-Ville.

« ...mais l'aspect psychosocial, c'est clair qu'il faudrait ». Administrateur 6. Organisme communautaire.

« ...si la problématique est plus psychosociale, elle peut passer par un travailleur social ou par l'accueil social. Ça élargit l'assiette de services. Je pense que c'est important pour avoir une meilleure accessibilité au réseau ». Intervenant 5. CLSC Haute Ville.

« Puis notre désir, ce serait intéressant d'avoir un travailleur social ou un psychologue qui travaille avec nous pour différentes possibilités de traitements, surtout des clientèles qui présentent des problèmes plus de troubles d'adaptation, de dépression, de stress post-traumatique ». Intervenant 3. CSIR.

Disposer d'interprètes et pouvoir travailler en collaboration avec eux est, pour plusieurs organisations, un défi. Il s'avère, dans les faits, difficile de trouver, auprès de la BRILC, l'interprète compétent recherché.

« C'est sûr que j'ai quand même une certaine largeur, une ouverture dans mon travail de prendre plus de temps avec ces clientèles-là et tout ça, nos supérieurs sont au courant que des fois c'est plus compliqué avec les interprètes des fois c'est quand même plus long... » Intervenant 8. CLSC Limoilou.

« La collaboration...c'est des individus indépendants. Ça dépend des individus, ça dépend des milieux, mais surtout ça dépend des individus. Dans un même service, on peut avoir une excellente collaboration avec un individu, une moins bonne avec un autre. On essaie de travailler avec ceux avec qui ça fonctionne mieux ». Intervenant 4. CSIR.

« La collaboration entre les acteurs, c'est assez mitigé quand je prends à l'intérieur même du réseau, c'est bon qu'on fasse un bilan santé des réfugiés, c'est bon que chaque personne qui arrive ici reçoive son bilan, mais quand c'est le temps d'ouvrir le corridor des services à l'intérieur ça prend autre chose... ». Administrateur 1. Institutionnel.

« C'est dommage, et le travail est un peu difficile parce que si on veut collaborer : il faut un climat de confiance et une ouverture... ». Administrateur 2. Institutionnel.

Les collaborations sont aussi perçues comme difficiles par les organismes communautaires avant tout, pour ce qui a trait à des collaborations autant entre eux qu'avec le milieu institutionnel. Cette difficulté est attribuée à divers facteurs. Un premier est le fait que le milieu institutionnel, dans son ensemble, est structuré selon un système hiérarchisé dont sont exclus les organismes communautaires. Un deuxième est le fait que la situation des organismes communautaires est précaire financièrement parlant, ce qui nuit à leur capacité de s'engager dans des services à long terme.

Finalement, les organismes déplorent l'absence d'un dirigeant qui les rallierait à l'ensemble des acteurs concernés, et qui conduirait tous les groupes impliqués à définir par consensus comment les services sont organisés.

« Ce qu'on demande vraiment c'est qu'un consensus soit fait avec le ministère, l'agence de la santé et service sociaux pour qu'on ait une réflexion qui soit faite au niveau de l'immigration ». Intervenant 6. CLSC Basse Ville.

« Il ne faut pas que ce soit des choses qui soient portées par les individus, il faut que ça soit institutionnalisé ou structurel... ». Administrateur 6. Organisme communautaire.

« L'argent est un obstacle, pour développer les services, mettre des services, etc. C'est toujours l'argent. Quand on est dépendant du budget de l'État, ça fait en sorte que oui, c'est un obstacle. Il faut inventer une autre manière. Il faut inventer à partir de ce qu'on a et je pense inventer en définissant la concertation, la collaboration ». Administrateur 1. Institutionnel.

*« C'est sûr. C'est-à-dire que les ressources financières, on le voit à l'heure actuelle, je regarde... nous avons un intervenant qui organise, mais on a été obligé de faire de la gymnastique... »
Administrateur 6. Organisme communautaire.*

Par rapport à la dimension "évaluation", on note une préoccupation partagée par la grande majorité des professionnels, des intervenants et gestionnaires dans les organisations : pour pouvoir offrir de bons services aux réfugiés, il faut avoir plus de connaissances sur leurs communautés.

« Il est important qu'il y ait des personnes qui sachent d'où viennent les réfugiés, qu'est-ce que qui s'est passé et qu'est-ce qu'ils ont vécu...socialement et historiquement. Il ne s'agit pas de devenir un expert pour chaque culture, mais au moins d'avoir quelques notions... » Intervenant 14. Institutionnel.

5.4.2 Structures organisationnelles

Le tableau 9 présente les dimensions en lien avec la structure organisationnelle par rapport à l'offre de services de santé et de services sociaux aux populations des réfugiés.

Tableau 9. Structure organisationnelle							
	MICC	MSSS	DRSP / ASSS	CSSS	CSIR	Organismes communautaires	Hôpitaux et autres institutions de 2 ^e et 3 ^e ligne
Rôle et responsabilités	-Établissement de politique pour les réfugiés - Soutien financier pour assurer l'accès aux services.	Établissement politique en santé et services sociaux.	- Coordination de la mise en place des services au niveau régional. - Identification des organismes dans et hors du réseau institutionnel de la santé d'intérêt et établissement de contrat avec eux. Attribution à la DRSP du rôle inscrit dans la mission de l'ASSS de lutter contre la pauvreté et de contribuer au développement social des communautés.	Organisation et offre de services de première ligne dont Clini-que santé des immi-grants-réfugiés (CSIR).	Services médicaux adaptés aux réfugiés avec besoins médicaux à l'arrivée.	- Soutien, support et accompagnement à l'intégration des populations réfugiées. - BRILC : offre de services d'interpréariat pour réseau de la santé et des services sociaux. - CMQ : offre de services d'accueil aux réfugiés et de soutien à l'adaptation et intégration. Le CIFO, MFI, SAAI, MEI facilitent l'accès aux services de santé et services sociaux avec des activités telles que accompagnement, interpréariat, programmes de lutte contre la violence, services périnataux et psychosociaux.	- Services médicaux de 2 ^e et 3 ^e ligne. - Aide psychologi-que spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR).
Gestion des ressources matérielles	Allocations de fonds ciblés pour les organismes qui offrent des services visant l'intégration des immigrants.	- Comité qui donne des recommandations au niveau de services pour les réfugiés. - Pas de budget spécifique pour la population réfugiée.	Comité régional avec les représentants des établissements interpellés par les services aux communautés ethnoculturelles ainsi qu'avec les organismes communautaires concernés qui vise l'amélioration de l'accessibilité aux services sociaux et de santé et l'efficacité dans la coordination des actions menées.	- Prêt d'un intervenant par le CMQ au CSIR.	17 h / s médecin, 35 h / s infirmier, 35 h / s agent administratif.	- BRILC : les services reposent sur le principe de l'utilisateur payeur. - Il existe aussi des organismes communautaires qui offrent le service d'accompagnement et d'interpréariat, comme le SAAI et le CMQ; ces organismes sont subventionnés par le MICC.	Pas de budget spécifique pour le service d'interpré-ariat (utilisation de la BRILC).
Mécanismes de décision	Financement des organismes et services pour les personnes réfugiées dans l'accueil et l'installation mais pas pour les services de santé (rôle du MSSS).	Absence de politique ou d'orientation nationale pour population des réfugiés.	En fonction des orientations nationales, le comité régional veille au respect des engagements de chacun des fournisseurs de services en regard des objectifs prévus dans le Plan d'action régional.	Priorisations stratégiques au niveau de la direction.	- Priorisations des activités en coordination avec le CMQ.	-Priorisations des activités en concertation avec la CSIR.	Relève du plan stratégique.

Du côté institutionnel, les rôles et responsabilités sont essentiellement définis par les acteurs institutionnels qui financent les organismes qui offrent des services. La CSIR a le mandat institutionnel d'une intervention médicale avec la participation du CMQ, mandaté par le MICC. La BRILC est officiellement nommée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour offrir les services d'interprétariat dans le réseau de santé et de services sociaux. Le MICC n'intervient pas au niveau de la santé, mais subventionne des organismes communautaires qui s'impliquent dans le soutien et l'accompagnement à l'intégration. Du côté du milieu communautaire, cinq organismes sont dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux.

De façon générale, il n'y a pas de coordination formelle entre la CSIR, CMQ et BRILC. La collaboration entre la CSIR et le CMQ est plutôt informelle. Elle est basée sur une relation de confiance. Elle évolue avec des ajustements mutuels effectués fur à mesure qu'apparaissent des besoins de collaboration différents des précédents. La façon de fonctionner de la BRILC est plus encadrée et rigide. Elle ne permet pas de changements au cours de route, ce qui peut causer des difficultés dans les collaborations avec les organismes qui ont besoin de ses services. La façon de fonctionner des organismes communautaires est libre, volontaire, et assez autonome. Cela représente un défi pour harmoniser les interfaces entre eux surtout lorsque surviennent des cas complexes.

Les organisations de l'offre de services de santé et services sociaux ne perçoivent pas l'existence d'un réel leader pour l'offre de services pour les réfugiés. Ils considèrent qu'il appartient à l'Agence de santé et de services sociaux de définir les modalités de collaboration et d'assurer une offre des services intégrés entre les acteurs concernés.

Par rapport à la gestion des ressources et matériels, la majorité des participants sont d'accord pour dire qu'ils sont insuffisantes.

Tous les membres de la CSIR expriment le besoin d'agrandir l'équipe afin d'assurer une plus grande couverture des besoins, surtout au niveau du contrôle de maladies infectieuses latentes. La CSIR considère qu'elle a besoin d'intervenants susceptibles de combler les besoins psychosociaux des réfugiés.

Les hôpitaux et les autres institutions de 2^e et 3^e ligne n'ont pas de budget réservé pour des services aux réfugiés, dont l'utilisation de la BRILC. Or, les services d'interprétariat reposent sur le principe de l'utilisateur payeur. De ce fait, l'établissement (CSSS, hôpital, centre, etc.) qui reçoit un réfugié doit payer les services d'interprétariat à même un poste budgétaire non dédié à ce patient. Comme l'interprétariat est vu comme un élément essentiel dans l'accès aux services, il est perçu par plus de la moitié des organisations comme un élément fragile.

Aussi, tous les participants mentionnent la précarité des ressources humaines et financières des organismes communautaires.

En ce qui concerne « les mécanismes de décision », on note qu'au niveau institutionnel, il existe un délai dans la prise de décisions lié à la hiérarchie. Mais la CSIR est autonome dans la prise de décision pour ce qui a trait à son fonctionnement quotidien. Quant aux organismes communautaires ils sont par définition autonomes, mais la majorité de ces organismes doivent composer avec le fait que leur financement dépend en grande partie des fonds publics et que leur octroi les amènent à devoir répondre à des attentes du payeur.

5.5 Analyse de la cohérence entre la structure organisationnelle et les schèmes interprétatifs

Le tableau 9 montre qu'il n'y pas une forte cohérence entre la structure organisationnelle et les schèmes interprétatifs et que cette faible cohérence touche trois aspects structurels : le rôle des acteurs, les ressources et l'information.

Par rapport au rôle et responsabilité des acteurs, certains acteurs institutionnels, communautaires et du réseau aimeraient travailler de façon différente. Des participants du réseau expriment la nécessité d'avoir un fil conducteur entre toutes les organisations, et pour ce faire, de devoir encore clarifier, voire repenser le rôle de chacun avant d'arriver à définir comment la coordination entre tous pourrait être repensée afin de mieux structurer l'offre de services pour cette clientèle.

L'insatisfaction prédomine quant à la capacité des organismes communautaires d'encadrer les réfugiés par rapport au cheminement entre les services et en particulier pour ce qui a trait aux références entre ces services. La CSIR veut garantir la continuité des services, surtout

dans certains cas complexes de maladies infectieuses et chroniques qui mettent en risque la santé de la population. Les intervenants du réseau souhaitent assurer une prise en charge pour quelques groupes de communautés qui ont des besoins accrus dus à des trajectoires vécues.

Dix participants qui représentent autant d'organisations du côté institutionnel et communautaire donnent une importance particulière aux CSSS. Ils considèrent que les CLSC ont un rôle spécial à jouer surtout dans l'encadrement des services de première ligne pour cette population. Un des acteurs voit le CLSC comme un joueur neutre qui peut être une pièce fondamentale dans l'organisation des services entre le milieu institutionnel et communautaire.

« Les CLSC peuvent référer les réfugiés aux ressources de l'offre et je pense que c'est un facteur facilitant parce que c'est un acteur qui est neutre dans le travail avec les personnes et ça permet plus facilement l'accès aux ressources... » Intervenant 13. Organisme communautaire.

« Il y a un aspect qui est important et qu'on n'a pas beaucoup abordé ici, je dirais c'est les services de première ligne. Les CLSC sont des services de première ligne où tous les citoyens devraient aller. Il y a beaucoup d'information à faire encore, il y a beaucoup d'action à faire encore à ce niveau-là. Ça sera vraiment important... » Administrateur 1. Institutionnel.

De plus, la plupart des acteurs partagent l'opinion que le service d'interprétariat pourrait être plus à même de soutenir les intervenants en santé.

« Par rapport à l'interprétariat... il existe un rapport d'insatisfaction qui montre clairement qu'il ne fonctionne pas. Chez les intervenants, il y a un manque de connaissance totale dans le travail avec des interprètes... ». Intervenant 14. Institutionnel.

« Puis la décision autour de la banque d'interprètes, moi je pense qu'on pourrait la remettre en question... ». Administrateur 3. Institutionnel.

« Par rapport à l'interprétariat... je veux juste que ça fonctionne pour notre clientèle et point final... ». Administrateur 6. Organisme communautaire.

« Quand on le demande aux réfugiés : ce qui le médecin ? Ils répondent : Je ne sais pas. Qu'est-ce qu'on a fait? Je ne sais pas. Ils ne connaissent rien au sujet des renseignements liés aux soins de santé qu'on leur a donné. Je trouve ça dommage parce que donner des renseignements c'est une partie de la responsabilité des interprètes. C'est comme une relation de dépendance. Nous quand on accompagne une personne, on essaie que la personne comprenne le plus possible, parce que l'idée ce n'est pas qu'elle ait besoin de moi tous les fois. Ce qu'elle redevient autonome ». Intervenant 13. Organisme communautaire.

Cinq intervenants du réseau de la santé souhaitent que les services aux réfugiés bénéficient d'une structure plus formalisée avec des intervenants pivots et des mécanismes de concertation entre tous, pour permettre à tous de mieux se concerter et donc mieux collaborer.

« Comme un élément facilitant...Moi, je dirais un comité. Un comité dans chaque organisme pour discuter finalement vraiment les difficultés qu'on rencontre et trouver des moyens pour... » Intervenant 6. CLSC Basse Ville.

« Que ce que je favorise, je vous dirais une fois que les gens sont rentrés ici, c'est un intervenant pivot ... » Intervenant 9. CLSC Limoilou.

« On devrait créer un poste de coordonnateur pour une prise en charge... » Intervenant 11. Institutionnel.

« ... mais on travaille un petit peu quand même chacun dans nos secteurs, puis ça fait en sorte que c'est difficile des fois d'avoir un fil conducteur aussi avec tous les organismes ». Intervenant 6. CLSC Basse Ville.

Concernant les ressources, deux aspects ressortent. Les acteurs sont insatisfaits avec les ressources tant humaines que financières jugées par tous comme insuffisantes. D'autre part, le service d'interprétariat n'est pas en mesure de soutenir les intervenants.

Presque tout le monde soutient également que les ressources pour les aspects non médicaux sont insuffisantes surtout pour répondre à des besoins jugés particuliers et particulièrement préoccupants, comme les séquelles d'un long séjour dans un camp de réfugiés.

Il y a un besoin ressenti d'introduire dans les services de première ligne des éléments de prévention et promotion (éducation aux saines habitudes de vie, entre autres) qui tiennent compte du fait que les réfugiés représentent un groupe hétérogène dont les sous-groupes ont des besoins particuliers.

De manière générale, tous les acteurs soutiennent que même si l'expertise propre aux organismes impliqués doit être exploitée, tout le réseau devrait être formé aux compétences interculturelles.

« ...il y a en beaucoup choses...quand on est dans l'urgence on n'a pas de rendez-vous... ce ça qui est dramatique... souvent les gens arrivent en situation crise...on fait quoi? L'urgence social, on se présent au CLSC, on l'amène d'urgence à l'hôpital, les soins psychiatries ?, il n'y a pas toujours de code de la réalité culturel dans ce milieu la, il faut que tous tombe sur la bonne personne... je ne sais pas comment c'est articule ». Administrateur 6. Organisme communautaire.

Par rapport à l'information, il y a un souhait général tant parmi les intervenants que parmi les réfugiés, pour que soit mise à la disposition de tous, l'information sur les services qui sont offerts aux réfugiés dans la région, et sur la façon d'y accéder.

« Il y a des femmes enceinte qui arrivent à 15-20 jours de l'accouchement, c'est trop juste... À même temps, la femme n'avait pas le programme OLO, elle n'avait pas ses allocations des grossesses (elle n'était pas informé). Ce pour vous dire qu'il y a des services pour lequel, la femme a le droit. Il y a des informations qu'auraient pu leur donné, mais sans la collaboration a été un peu difficile». Intervenant 13. Organisme communautaire.

«Ce qu'on veut transmettre à la Maman l'information. L'inconvénient ce...on ne sait jamais finalement, ... qu'est-ce qu'elle a compris. On ne le sait pas finalement alors, ce vraiment le plus grand inconvénient et comme elles sont analphabètes...ce comme limité aussi de fois l'information et l'intervention qu'on peut donner». Intervenant 6. CLSC Basse Ville.

«Une chose que j'aimerais changer est liée aux renseignements. Il est important de savoir qu'il existe des mécanismes qui peuvent aider les personnes. C'est par rapport à l'information. Il sera important de donner des renseignements aux personnes. Je connais beaucoup des gens qui ont des enfants sans vacciner parce qu'elles ne savent pas qu'il existe des vaccins gratuits. Il y a beaucoup des choses que les personnes n'ont pas le courage pour poser les questions». Utilisateur 1.

5.6 Perception des acteurs quant aux effets des services offerts aux réfugiés

Les entrevues révèlent que plus de la moitié (14) des personnes interrogées du côté de l'offre de services a une perception positive des services offerts, car elles voient avant tout de l'amélioration dans l'accessibilité aux services de santé et services sociaux, comparée avec la situation qui prévalait avant la mise en place de la CSIR. Cette

perception positive se retrouve autant chez des intervenants du milieu institutionnel que du milieu communautaire.

On note plus particulièrement l'appréciation de l'existence d'un dossier médical ou d'un bilan santé fait par la CSIR dès l'arrivée des réfugiés.

*« Il y a un dossier médical qui suit la personne, qui précède dans certains cas, donc ça aide aussi à la prise en charge... »
Administrateur 6. Organisme communautaire.*

*« Quand ils arrivent, leur permettre de faire un bilan de santé, ça fait que c'est un besoin de base, c'est important. »
Administrateur 5. Institutionnel.*

*« À l'intérieur même du réseau, c'est beau qu'on fasse un bilan de santé des réfugiés, c'est beau que chaque personne qui arrive ici reçoive son bilan.. »
Administrateur 1. Institutionnel.*

*« Quand j'ai déjà un feuillet de résumé médical, ça m'aide beaucoup... »
Intervenant 7. CLSC Basse-Ville.*

*« Tout renseignement relatif à la santé (physique ou psychologique) d'un individu susceptible de contribuer à orienter un examen devient un outil précieux à la disposition d'un(e) intervenant(e) du domaine des sciences de la vision... »
Intervenant 11. Institution privée.*

On remarque également l'appréciation des acteurs pour une organisation qui prévoit l'implication des organismes communautaires dans l'accompagnement et le support à l'accès aux services de santé.

*« La difficulté c'est que des fois, les réfugiés ne sont pas au courant qu'ils ont accès à ces services-là, donc que ça prend toujours un facilitateur comme un organisme communautaire qui va au départ aider les gens à prendre possession de ces services... »
Administrateur 6. Communautaire*

Ces points positifs s'accompagnent cependant de critiques, surtout au niveau de la continuité des services dans le réseau institutionnel, et qui sont expliquées d'une part par la difficulté de l'offre à faire face aux

barrières linguistiques et culturelles et d'autre part, au fait que les références vers le réseau institutionnel ne sont pas définies clairement entre le milieu institutionnel et communautaire. On déplore aussi le manque de ressources humaines pour le suivi des maladies infectieuses, qui fait en sorte que les cas complexes retournent à la CSIR.

Dans d'autres cas, les organismes institutionnels envoient les patients aux organismes communautaires afin qu'ils y trouvent un soutien d'accompagnement ou d'interprétariat pour le suivi de maladies, mais sans coordonner préalablement les activités à suivre et souvent sans les renseignements essentiels pour mieux les aider. Cette préoccupation montre le souci de quelques organismes de travailler plus en collaboration.

De manière plus spécifique, on note que plus de la moitié des organisations qui ont participé à l'étude sont d'accord pour dire que l'offre de services souffre :

- d'un manque de formation des intervenants et des interprètes sur la spécificité de la communication interculturelle en santé, auquel s'ajoute un scepticisme de plusieurs intervenants par rapport aux compétences des interprètes;

« À plusieurs occasions, c'est une méconnaissance totale de ce qu'est un interprète, comment il fonctionne et comment l'utiliser dans les interventions cliniques. L'interprète est une autre personne qui bloque le processus, le complique et fait perdre la confidentialité, ce qui met les intervenants en situations difficiles. » Intervenante 14. Réseau deuxième ligne.

« Nos anciens clients bhoutanais sont des interprètes et ils sont en train d'apprendre le français. J'ai un doute par rapport à la formation des interprètes. » Intervenante 1. CSIR

- d'un manque de connaissances dans le réseau de la santé, concernant l'existence de la BRILC et son fonctionnement;

« Les établissements ne font pas appel suffisamment à la BRILC... » Administrateur 1. Institutionnel.

« Ils ne connaissent rien au sujet des renseignements liés aux soins de santé qui ont été donnés. Je trouve ça dommage parce que donner des renseignements c'est une partie de la responsabilité des interprètes. » Intervenant 13. Communautaire

- d'une certaine faiblesse dans le lien entre le milieu institutionnel et communautaire et la collaboration entre les organismes.

Les démarches administratives au niveau institutionnel et la complexité du fonctionnement du système de santé rendent difficile l'interaction entre ces deux milieux. D'un côté, le manque de critères clairs et précis de vulnérabilité pour cette population diminue la continuité des services de santé. De l'autre côté, l'absence d'une entente formelle entre les acteurs concernés provoque un climat de suspicion dans la mise en place de collaborations.

« On se sent limités. On fait ce qu'on peut. C'est aussi complexe de travailler avec les autres intervenants. Liens avec le CMQ, SAAI, BRILC, CLSC... Pas simple de se coordonner, d'orchestrer tous les services... » Intervenant 6. CLSC Basse Ville.

L'impact principal sur les réfugiés pressentis par les intervenants est que les réfugiés reçoivent des services, mais qu'ils sont peu informés de leur nature et du suivi qui parfois est nécessaire. La communication devient un élément central dans les soins de santé. Il est important pour les personnes interrogées qu'un certain degré de compréhension puisse s'établir entre l'intervenant et le patient afin de bien saisir le problème de la personne, les difficultés qui en découlent et les moyens de l'aider. On

suspecte que la barrière de la langue entrave le traitement et pourrait entraîner plus fréquemment des effets adverses.

« Selon les cultures différentes, les psychiatres peuvent mal interpréter les symptômes et penser à un diagnostic de schizophrénie sans qu'ils aient cette maladie... ». Intervenant 14. Institutionnel.

Mais surtout, une telle organisation amène les services à laisser largement pour compte certains problèmes dont elle a pourtant la responsabilité. Les domaines qui nécessitent plus de communication, comme la santé mentale ou les problématiques psychosociales, sont souvent négligés par faute de ressources adaptées aux besoins pour les rechercher et y répondre.

On note que ces difficultés peuvent s'étendre à des problèmes de santé physique, surtout si ces problèmes requièrent un suivi et donc une certaine continuité de services. Ainsi, le contrôle des maladies infectieuses est difficile à réaliser en raison d'un manque de mécanismes formels, clairs et précis en ce qui a trait à la référence du patient entre le réseau institutionnel.

CHAPITRE 6. DISCUSSION

La discussion portera en premier lieu sur les limites et les forces de l'étude et en second lieu sur les principaux constats découlant de cette étude. Nous traiterons des perspectives qui se dégagent selon les résultats obtenus.

6.1. Limites et forces de l'étude

Les résultats doivent être interprétés en tenant compte du fait que cette étude était une étude qualitative.

Tout d'abord, l'échantillon n'a pas été conçu pour être représentatif de la population ciblée, mais de façon à représenter la diversité des organismes qui sont concernés par la question des services à offrir aux réfugiés. L'ajout de nouvelles entrevues s'est effectivement arrêté lorsqu'il est apparu qu'une saturation de l'information avait été obtenue.

Aussi, peu d'utilisateurs ont été interrogés, essentiellement en raison d'une réticence de la part des réfugiés approchés à participer à l'étude. De toute façon, les réfugiés étant une population extrêmement hétérogène, il n'aurait pas été possible de constituer un échantillon qui reflète leur diversité. D'ailleurs, il est apparu que ces utilisateurs avaient de la difficulté à commenter leurs expériences et ce, malgré l'effort mis par l'intervieweur pour les mettre en confiance.

Cependant, afin de limiter les biais d'interprétation, la stratégie suivante a été adoptée : les entrevues ont été retranscrites aussitôt réalisées et le

texte écrit a été envoyé au deuxième chercheur. Les deux chercheurs ont alors indépendamment codé l'entrevue. En cas de divergences sur la codification, un consensus entre eux a été recherché.

Lors de l'analyse transversale, une triangulation de l'information a été effectuée. Cette triangulation a impliqué les différentes sources de données, en l'occurrence les entrevues, ainsi que les documents existant sur les services offerts aux réfugiés à Québec, de même que la banque de données de la clinique des réfugiés.

Par ailleurs, une version préliminaire du rapport a été envoyée aux participants pour s'assurer de l'interprétation adéquate de leurs propos là où ils estimaient avoir été cités.

Finalement, la démarche de recherche a été complétée par de l'observation pendant trois mois à la consultation médicale de la clinique des réfugiés. Cela nous a permis de mieux comprendre la problématique liée à l'accessibilité des services de cette population.

6.2. Principaux constats

Les principaux constats qui émergent de cette étude sont présentés par rapport à : 1) État de la coalition ; 2) Leadership ; 3) Liens entre les acteurs ; 4) Facteurs susceptibles de renforcer les collaborations entre les acteurs concernés.

6.2.1 État de la coalition

Une coalition d'acteurs concernés par les services de santé offerts aux réfugiés de la région de Québec existe mais elle est relativement lâche.

De plus, il apparaît qu'elle est composée de trois sous-coalitions qui sont formées d'acteurs ayant des liens plus étroits entre eux : 1) les gestionnaires institutionnels ; 2) les acteurs du réseau institutionnel ; 3) les acteurs communautaires.

Le fait qu'une étude largement transversale mette en évidence une coalition large, mais peu soudée, était dans l'ordre du possible. Effectivement, les coalitions sont des structures en grande partie informelles, en général temporaires, de formes variées qui changent d'ailleurs au cours du temps (Kramer, J.S. Philliber, S. et *al.*, 2005; Ceraso, M., Gruebling, K. et *al.*, 2011; Schmelzer, M., 2010; Robinson, K., Farmer, T. et *al.*, 2007). Leur fonctionnalité repose d'ailleurs sur cette flexibilité (Mitchell, S. M. and Shortell, S. M., 2000; Klein, J., Santelli, J. et *al.*, 2005; Cassell, C., Santelli, J. et *al.* 2005; Zakocs, R. C. and Edwards E. M., 2006). Il se peut que l'état de la coalition au moment de cette étude reflète un moment particulier de l'histoire des services pour les réfugiés. La même étude à un autre moment aurait pu révéler une coalition plus forte.

6.2.2 Leadership

Dans la grande coalition, il apparaît que la CSIR n'est pas reconnue par l'ensemble des acteurs comme étant le leader des services de santé pour les réfugiés, bien qu'elle soit capable de rallier le CMQ et la BRILC pour les activités médicales offertes lors de l'accueil.

Dans la première sous-coalition (gestionnaires institutionnels), il n'y pas de leader : les acteurs fonctionnent de façon assez autonome. Le leadership de la deuxième sous-coalition (acteurs du réseau institutionnel) est théoriquement assumé par le CSSS. Cependant, ce

dernier remplit ses tâches sans particulièrement chercher à rallier les autres acteurs, en particulier les intervenants sociaux qui lui réfèrent des patients. Quant à la troisième sous-coalition (organismes communautaires), on trouve un leader à l'étape de l'accueil, le CMQ. Toutefois, même si celui-ci s'implique étroitement dans le travail d'équipe avec la CSIR, il ne rallie pas particulièrement les autres acteurs.

La littérature est peu explicite sur qui devrait assumer le leadership dans l'offre des services à cette population, mais dans la majorité des pays occidentaux, il apparaît que le leadership est assumé activement par des institutions gouvernementales (Jones, D. and Gill, P. S., 1998; Lawrence, J. and Kearns, R., 2005; Johnson, D. R., Ziersch, A. M. et al., 2008). Cela est vu comme apportant des avantages pour l'intervention : un tel leadership gouvernemental assure une centralisation des connaissances, facilite l'éducation et le soutien à la formation des ressources humaines et communautaires. Il encourage aussi la mise en place des liens formalisés entre les institutions de même que l'accès à l'interprétariat et aux spécialistes (Gould, G. et al., 2010; Kennedy, J. et al., 1999). Un leadership dans le milieu institutionnel facilite également la communication et la collaboration entre les cliniciens et les différents services (Howells, J. et al., 2008; Telleen, S. et al., 2009), tels que les infirmiers de liaison entre les écoles et la communauté (Alizadeh, V. et al., 2011; Mc Elmurry, B. et al., 2003; Breedlove, G. et al., 2006; Omeri, A. et al., 2006; Mendonca, L. et al., 2009).

La faiblesse du leadership qui apparaît par rapport aux services de santé offerts aux réfugiés de la région de Québec est donc un élément sur lequel une réflexion devrait être faite. Effectivement, la littérature montre que le leadership, c'est-à-dire la capacité d'un acteur de rallier autour de

lui les acteurs concernés, est un élément d'efficacité pour le fonctionnement d'une coalition (Mizrahi, T. and Rosenthal, B. B., 2001; Valente, T. W. et *al.*, 2008).

6.2.3 Liens entre les acteurs

Les liens entre les membres de la grande coalition sont essentiellement de l'ordre des transactions, c'est-à-dire qu'ils sont basés sur la recherche des complémentarités entre expertises propres pour répondre de façon plus efficace à une mission donnée. Les liens entre les membres à l'intérieur de chacune des deux sous-coalitions (gestionnaires et acteurs du réseau institutionnel) sont quant à eux plus de l'ordre du contrôle car ils sont essentiellement sous la dépendance des rapports de subordination hiérarchique dans le réseau public.

Finalement, les liens de la sous-coalition des acteurs communautaires sont intangibles (il existe une relation de confiance entre les membres) et de l'ordre des transactions, chaque acteur recherchant chez l'autre des expertises qui lui manquent.

Mais les liens sont faibles, et donc la coalition n'est pas solide. Les entrevues montrent en effet, tel que décrit ci-dessous, que les conditions ne sont pas optimales pour soutenir des collaborations plus fonctionnelles entre les acteurs concernés.

6.2.4 Facteurs susceptibles de renforcer les collaborations entre acteurs concernés

On distingue les facteurs en lien avec les schèmes interprétatifs et ceux en lien avec les structure organisationnelles.

6.2.4.1 Facteurs en lien avec les schèmes interprétatifs

Parmi ces facteurs, on distingue les ressources formées au multiculturalisme, l'information sur les services disponibles et le renforcement des services de prévention des maladies et de la promotion de la santé

Les données montrent que c'est principalement le manque de ressources humaines formées au multiculturalisme qui limite les possibilités de collaboration.

Des professionnels ayant une formation interculturelle ou qui sont appuyés par des personnes ayant des compétences en interculturel sont nécessaires dans les CSSS, les hôpitaux, les organismes communautaires, en fait, partout où il y a contact avec un réfugié. Ces ressources sont pourtant disponibles dans la région, mais ne sont pas sollicitées par ceux qui ont la responsabilité d'organiser les services. Et si elles l'étaient, ces ressources ne pourraient sans doute pas répondre à la demande. Tel est le cas de l'équipe de la CSIR.

Étant donné le manque de médecins dans les activités courantes de consultation, cette équipe ayant des compétences en formation interculturelle ne peut réaliser cette activité-clé de son mandat, soit la formation interculturelle dans les RLS de la région. Cette situation est aggravée par le fait ressenti que le manque de formation n'est pas compensé par la mise à disposition des intervenants du réseau et d'outils pour faire face aux réalités interculturelles de leur pratique avec des réfugiés.

L'information sur les services disponibles n'est pas diffusée partout.

Tant les professionnels du réseau public ou communautaire que les réfugiés sont peu au courant sur la façon dont le système est organisé pour répondre aux besoins des réfugiés. Ils ne savent donc pas où s'adresser pour obtenir l'information dont ils ont besoin pour utiliser adéquatement les services disponibles. De plus, certains font remarquer que les critères de vulnérabilité de la RAMQ qui garantiraient un suivi pour les personnes dites vulnérables ne sont pas totalement adéquats pour les réfugiés, ce qui amène plusieurs d'entre eux à ne pas recevoir des services qui leur sont pourtant nécessaires.

Effectivement, la plupart des personnes réfugiées ne répondent pas aux critères de vulnérabilité définis par l'Assurance publique. Et pourtant, de par leur condition, ce sont des personnes fragilisées (Pottie et *al.*, 2011; Swinkels et *al.*, 2011). Comme le souligne Dr Gagnon¹ : « Les réfugiés forment un groupe à risque plus élevé sur le plan de divers facteurs déterminants connus de la mauvaise santé, notamment l'alimentation déficiente, le soutien social réduit et des antécédents de mauvais traitements. »

Le renforcement des services de prévention des maladies et de la promotion de la santé devrait être réalisé par le CSSS.

En effet, la littérature soutient l'importance de l'éducation à la santé parmi les services offerts aux réfugiés (Lipson, J. G. et *al.*, 1995; Ratnapradipa, D. et *al.*, 2010; Correa-Velez, I. and Ryan, J., 2010).

¹Dr. Anita Gagnon, chercheur de l'Université McGill. Recherche axée sur : « les relations entre le phénomène de la migration et la santé ». <http://www.chrcrm.org/fr/rotm/dr-anita-gagnon>

On note à ce propos que les organismes communautaires et les CSSS ont la possibilité de répondre à de nombreux besoins en prévention des maladies et dans la promotion de la santé, mais que les ressources limitées dont ils disposent contraignent les services qu'ils peuvent offrir. Les besoins non comblés sont particulièrement importants dans un champ où pourtant ils sont reconnus comme ayant un rôle important à jouer, celui des programmes d'éducation de la promotion de la santé et de la prévention des maladies (Kegler, M. et *al.*, 2011; Tanaka, Y. et *al.*, 2004).

6.2.4.2 Facteurs en lien avec la structure organisationnelle

Parmi ces facteurs, on distingue la clarification du rôle et des responsabilités des acteurs concernés et le renforcement du modèle actuel de la clinique

À propos de la clarification du rôle et des responsabilités des acteurs concernés, on constate qu'il y a des acteurs dont le rôle semble plus pertinent ou d'autres dont le rôle n'est pas pertinent.

Selon les participants, certains acteurs assument le rôle qui leur paraît le plus pertinent : c'est le cas des CSSS, des hôpitaux, des organismes communautaires et des acteurs un peu périphériques comme les optométristes et les dentistes. Pour la majorité des acteurs, le rôle du MICC et du MSSS est de plus en plus satisfaisant. Cependant, le MICC ne s'attribue pas de responsabilité en santé. Selon les gestionnaires institutionnels, il serait bon qu'il établisse des liens plus formels avec le MSSS pour bien harmoniser les services de santé dans les services d'accueil et dans l'intégration des réfugiés.

On observe que la présence d'un conseiller à l'accès aux services au MSSS pour les affaires interculturelles devrait faciliter les ponts entre les deux ministères et tiendrait compte de l'impact de la diversité culturelle sur la prestation des services dans toute la région. Le MSSS a la volonté d'orienter les services pour les réfugiés, mais il manque de ressources monétaires pour développer ce champ d'action. On note toutefois qu'il a ouvert un poste pour un conseiller à l'accès aux communautés culturelles et fait des efforts pour s'enrichir de l'expérience du programme santé des immigrants-réfugiés afin de répandre ce modèle dans les autres régions qui vont l'adapter selon leurs besoins. Néanmoins, une plus grande conscientisation par le MSSS de son apport aux services pour les réfugiés serait, pour toutes les personnes interrogées, un élément de renforcement de la coalition, car son implication renforcerait les velléités de collaborations régionales dans le réseau de la santé. La mise à contribution de l'expérience du MSSS en ce qui a trait aux coopérations intersectorielles est vue aussi comme un élément qui favoriserait un meilleur agencement entre des acteurs du secteur de la santé et ceux appartenant à d'autres secteurs.

Par contre, il y a un consensus sur le fait que pour les autres acteurs, le rôle attribué n'est pas toujours totalement pertinent: c'est surtout le cas de la CSIR qui a des compétences médicales qui dépassent le champ de ses actions. Elle se cantonne essentiellement à dépister les maladies physiques des arrivants et à faire le lien avec le réseau. Mais elle pourrait fournir des besoins non comblés, surtout en santé mentale et psychosociale, en nutrition ainsi que dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention des maladies qui est délaissé. C'est essentiellement le manque de ressources humaines ayant les

compétences spécifiques nécessaires qui limite les activités que la CSIR peut offrir.

C'est également le cas de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale qui, suite au départ d'un chargé de dossiers sur les immigrants, est moins active. Or, exploiter les complémentarités entre des acteurs qui ont des compétences diverses et qui se trouvent dans les quatre CSSS nécessite beaucoup plus de coordination. Il revient à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale de déterminer comment les complémentarités peuvent être exploitées pour mieux répondre aux besoins et comment inciter les collaborations souhaitables pour offrir des services plus efficaces. Il revient à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale de prioriser un tel dossier et de trouver des agents qui ont une expertise en multiculturalisme pour le mener. Ce point s'applique également à l'une des directions de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, la Direction régionale de santé publique qui, malgré un intérêt pour les inégalités en santé, n'a pas de programmes propres aux réfugiés. L'offre de services actuelle ne répond pas à la demande et les besoins sont tout aussi grands en ce qui concerne la promotion de la santé ou l'analyse des déterminants non cliniques de la santé des réfugiés à des fins d'intervention ; ce rôle devrait être dévolu à la DRSP. Or celle-ci, mises à part des interventions pointues, n'est pas pleinement impliquée à définir ses complémentarités avec la CSIR.

Il est à noter qu'une implication de la santé publique est souvent évoquée dans la littérature sur les services à offrir aux réfugiés. Cette implication souhaitée découle de son mandat dans plusieurs juridictions, qui est de lutter contre les inégalités en santé en s'intéressant en particulier aux

populations vulnérables, et pour lequel elle établit des réseaux d'intervenants qui appartiennent à différents secteurs, dont les milieux non institutionnels (Chiumento, A. et *al.*, 2011; Fazel, M. et *al.*, 2009; Wolfers, M. E. et *al.*, 2007; Stewart, M. J. et *al.*, 2006; Doyle, J. et *al.*, 2005).

Finally, le service d'interprétariat affronte des opinions divergentes par rapport à la qualité du service depuis l'initiation des activités de la CSIR. Ce service a été offert par divers organismes ces dernières années, ce qui a entraîné un certain flou sur qui devrait l'assumer, en envisageant des améliorations. Plusieurs se demandent si le mandataire actuel est aussi enthousiaste et impliqué dans l'offre de services aux réfugiés que les autres organismes qui ont déjà offert ce service. En effet, plusieurs membres des organisations surtout ont déploré la faible collaboration de la banque d'interprètes et son impact négatif sur la capacité d'offrir des services. Plusieurs participants se demandent s'il n'y aurait pas intérêt à loger la banque dans un ou des organismes qui s'impliquent spécifiquement dans les services pour les réfugiés.

L'interprétariat est, de façon évidente, un élément critique de l'intervention auprès de populations nouvellement arrivées qui souvent ne parlent pas la langue du pays d'accueil. L'interprétariat, lorsqu'il vise la communication avec des personnes qui ont des références culturelles souvent fort différentes de celles des intervenants et qui en plus, débarquent avec un passé émotionnellement chargé, dans un milieu largement inconnu auquel ils sont peu préparés, implique de l'interprète des habilités qui vont au-delà de la traduction des mots. Dépister les problématiques de santé et aider les réfugiés à cheminer dans l'offre de services requiert des connaissances interculturelles, des connaissances

plus spécifiques sur la manière d'exprimer son malaise et donc des habiletés spécifiques de la part de l'interprète. Le professionnalisme de l'interprétariat appliqué au contexte propre des réfugiés devrait être au centre des préoccupations de ceux qui ont la responsabilité d'organiser les services de santé pour les réfugiés (Kale, E. and Syed, H. R. 2010; Rosenberg, E. et *al.*, 2007).

Le renforcement du modèle actuel de la clinique est le second facteur en lien avec la structure organisationnelle. Il y a un manque de ressources professionnelles dans la région : à cause de ce manque, les problèmes de santé mentale avant tout ne sont pas souvent dépistés et ni pris en charge. Et pourtant, les services de santé mentale sont de manière évidente une composante importante de tout service pour les réfugiés (Donnelly, T. et *al.*, 2011; Doyle, J. et *al.*, 2005; Fazel, M. et *al.*, 2009). Mais ce problème de manque de ressources affecte également la santé physique : le manque de personnel de la CSIR ne permet pas un suivi ou un transfert vers des services spécialisés pour toutes les personnes qui ont besoin de services médicaux, par exemple pour une parasitose, une anémie ou un diabète. Seule la tuberculose a un programme fonctionnel. Assurer la continuité des services et offrir les interventions individualisées afin de garantir l'adhérence au traitement sont des éléments retrouvés dans l'évidence de la littérature actuelle (Kirmayer et *al.*, 2011; Swinkels et *al.*, 2011; Pottie et *al.*, 2011).

Ces éléments pourraient être introduits si nous développons des expériences pratiques et de recherche en matière des services de santé et de services sociaux de première ligne adaptés à une population multiculturelle.

6.3 Perspectives

Pour mieux répondre aux besoins de cette population, les résultats de cette étude suggèrent qu'il serait judicieux de songer à agir sur les schèmes interprétatifs, c'est-à-dire les idées, les croyances et les valeurs par rapport aux services aux réfugiés, pour amener tous les acteurs concernés à partager une vision des besoins et des services à offrir. Une telle vision est un pré-requis au renforcement des collaborations. Et qu'il serait judicieux d'agir parallèlement sur les structures organisationnelles, c'est-à-dire les assises structurelles qui vont soutenir le renforcement des collaborations.

En termes d'actions sur les schèmes interprétatifs, les résultats suggèrent trois pistes d'intervention :

- La formation des intervenants du réseau institutionnel et des organismes communautaires susceptibles d'offrir des services aux réfugiés à l'intervention auprès de patients appartenant à des communautés culturelles différentes de la leur, devrait être une priorité dans la région. Un organisme a une reconnaissance pour mener un leadership en la matière : le CSIR. Les données suggèrent que le CSIR devrait se voir accorder les moyens pour mettre en place un programme de formation, et pour décider qui associer à ce programme.
- La diffusion auprès des intervenants agissant avec des réfugiés, d'information sur la situation médico-sociale des réfugiés dans la région de Québec devrait également être une priorité. Cette information est nécessaire pour soutenir la formation à l'interculturel, puisqu'elle rend réceptifs les interventions à

l'importance de la formation en interculturel. On peut présumer qu'un tel rôle pourrait être confié par l'Agence à la Direction régionale de la santé publique, puisque cette dernière a un mandat et de dresser un portrait de santé de la population, et de lutter contre les inégalités. L'exploitation, voire l'actualisation aux besoins de la santé publique de la banque de données et le dossier médical de la CSIR devrait faire partie des outils à considérer.

- La diffusion d'information au réseau institutionnel et aux organismes communautaires sur l'existence de la CSIR et du type de services qu'elle est en mesure d'offrir avec les ressources à sa disposition devrait également être une priorité. L'Agence de la santé et services sociaux, parce qu'elle a la responsabilité d'assurer la mobilisation de toutes les ressources concernées par une problématique régionale, devrait considérer la possibilité d'investir les ressources nécessaires pour que la CSIR puisse établir le contenu de l'information à divulguer. Elle devrait également se voir confier la responsabilité de choisir les moyens adéquats pour faire en sorte que tous les organismes concernés y aient accès au moment opportun.

En termes d'actions sur la structure organisationnelle, les résultats suggèrent que trois aspects gagneraient à être considérés

- La mise en place d'un dépistage systématique et intégré des problématiques de santé physique, mentale et des problématiques sociales pour tous les réfugiés lors de leur arrivée, devrait être une priorité pour la région. Cette intégration de trois grands champs d'intervention fait appel à des acteurs dont certains travaillent dans le milieu institutionnel et d'autres dans le milieu

communautaire. Une structure hiérarchique est donc peu envisageable pour amener les organisations à déléguer des ressources à cette fin et à accepter une répartition des rôles et responsabilité imposée par une autorité. Le modèle des projets cliniques des RLS pourrait s'avérer par contre un exemple à suivre. Sous la conduite de l'Agence ou d'un CSSS, définir le dépistage de problématiques médico-sociales comme un projet clinique dont le leadership serait confié à la CSIR, car celle-ci est reconnue par tous comme ayant la légitimité pour assumer le leadership, gagnerait à être discuté.

- La mise en place d'une structure formelle d'accompagnement dans le réseau suite à un dépistage positif d'une problématique médicale ou sociale, et durant la première année suivant l'arrivée à Québec, devrait également être priorisée. Là également, l'imposition de mise à disposition de ressources par les acteurs concernés et la participation ne peut être imposée. L'exemple des projets cliniques pourrait également inspirer cette mise en place.
- Le service d'interprétariat devrait être repensé. L'interprétariat est un élément clef et particulièrement difficile en santé, puisqu'il nécessite la maîtrise d'un vocabulaire spécialisé et une compréhension des spécificités culturelles de comment s'exprime les plaintes émises par des personnes venant d'autres cultures. Le mandat de la mise en place d'un tel service devrait être confié par l'Agence à la CSIR qui aurait la latitude de définir la modalité la plus adéquate pour constituer une banque d'interprètes en mesure de répondre aux besoins.

CONCLUSION

Cette étude a tenté de mettre en évidence les facteurs facilitants et les obstacles au renforcement des collaborations entre les acteurs concernés par l'offre de services autour de la clinique « *Santé des immigrants-réfugiés* ».

Les résultats montrent que les ressources humaines et financières s'avèrent effectivement insuffisantes, avec des conséquences indésirables comme des faiblesses au niveau du dépistage des maladies mentales et au niveau de l'intégration, de la coordination et de la continuité des services dans le réseau de santé et de services sociaux.

Les résultats de l'étude indiquent aussi que l'accroissement des ressources nécessaires pour répondre à l'ensemble des besoins n'est pas suffisant. Dynamiser les collaborations à travers la mise en place d'un leadership fort et des stratégies de renforcement des différents types de liens qui peuvent lier des acteurs entre eux est un facteur-clef de l'optimisation de l'utilisation des complémentarités dans l'offre de services dans la région.

Quant aux collaborations, on note un désir de participer à une offre plus structurée. Cependant, un leadership qui amène à passer du désir à une réelle implication dans un projet de collaboration est encore nécessaire. Ce leadership est d'autant plus nécessaire qu'il n'existe pas une définition des compétences complémentaires qui permette de répondre à la demande et aux besoins des réfugiés.

RÉFÉRENCES

Alizadeh, V., Tornkvist, L. et al. (2010). "Counselling teenage girls on problems related to the 'protection of family honour' from the perspective of school nurses and counsellors." *Health Soc Care Community* 19(5): 476-484.

Allotey, P. (2003). "Refugee intake: reflections on inequality". *Australian and New Zealand Journal of Public Health* (27) : 12-16.

Barnett, E. D. (2004). "Infectious disease screening for refugees resettled in the United States." *Clin Infect Dis* 39(6): 833-841.

Battaglini, A., et al. (2000). « Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste ». Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre : 243.

Base de données de la clinique santé des immigrants-réfugiés (CSIR) 2007-2010.

Bauer, A. M. and Alegria, M. (2010). "Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: a systematic review." *Psychiatr Serv* 61(8): 765-773.

Beiser, M. (1988). *Puis... la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*. G. c. d. é. l. p. d. s. m. d. i. e. d. r. a. Canada.: 127.

Bhatia, R. and Wallace, P. (2007). "Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study." *BMC Fam Pract* 8: 48.

Bodenmann, P., F. Althaus, et al. (2007). "Medical care of asylum seekers: a descriptive study of the appropriateness of nurse practitioners' care compared to traditional physician-based care in a gatekeeping system." *BMC Public Health* 7: 310.

Bouchard, G. et Charles, T. (2008). *Rapport. Fonder l'avenir. Le temps de la conciliation*. Rapport préparé pour la Commission de

consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles : 310.

Breedlove, G., Lamping, B. et al. (2006). "The Kansas Health Education Training Center: caring for the underserved." *Kans Nurse* 81(3): 1-3.

Brooks, H., Pilgrim, D., and Rogers, A. (2011). "Innovation in mental health services: what are the key components of success?." *Implementation Science* (6): 120.

Butterfoss, F. D., Goodman, R. M., and Wandersman, A. (1993). "Community coalitions for health promotion and disease prevention". *Health Education Research: Theory and Practice*, 8(3), 315-330.

Butterfoss, F. (2004). "The Coalition Technical Assistance and Training Framework: Helping Community Coalitions. Help Themselves." *Health Promotion Practice* (5)2:118-126.

Cassell, C., Santelli, J. et al. (2005). "Mobilizing communities: an overview of the Community Coalition Partnership Programs for the Prevention of Teen Pregnancy." *J Adolesc Health* 37(3 Suppl): S3-10.

Centre multiethnique de Québec. Rapport annuel 2008-2009. « Enraciné dans la communauté depuis 50 ans ». 1960-2010 :30.

Century, G., Leavey, G. and Payne, H. (2007). "The experience of working with refugees: counsellors in primary care ". *British journal of guidance & Counselling*. 35(1): 23-40.

Ceraso, M., Gruebling, K. et al. (2011). "Evaluating community-based public health leadership training." *J Public Health Manag Pract* 17(4): 344-349.

Chiumento, A., Nelki, J. et al. (2011). "School-based mental health service for refugee and asylum seeking children: multi-agency working, lessons for good practice." *JOURNAL OF PUBLIC MENTAL HEALTH* 10(3): 64.

Chreim, et al. (2010). "Change agency in a primary health care context: The case of distributed leadership". *Health Care Manage Rev* 35(2):187 -199.

Claassen, D., Ascoli, M. et al. (2005). "Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK." *Eur Psychiatry* 20(8): 540-549.

Cooke, G., S. Hargreaves, et al. (2007). "Impact on and use of an inner-city London Infectious Diseases Department by international migrants: a questionnaire survey." *BMC Health Serv Res* 7: 113.

Correa-Velez, I. and Ryan, J. (2010). "Developing a best practice model of refugee maternity care." *ELSEVIER*: 10.

Crowley, C. (2009). "The mental health needs of refugee children: a review of literature and implications for nurse practitioners." *J Am Acad Nurse Pract* 21(6): 322-331.

Demers, L., et al. (2005) « Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie ». MSSS, ENAP : 28.

Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003 -2010. « Programme national de santé publique » : 133.

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, (2007). « Naître ici et venir d'ailleurs ». Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente. Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Québec: 96.

Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008. « Le système de santé et de services sociaux au Québec ». Gouvernement du Québec : 12. www.msss.gouv.qc.ca

Direction de la recherche et de l'analyse prospective du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2010. « La Planification de l'immigration au Québec pour la période 2008-2010 ». Gouvernement du Québec : 60. www.micc.gouv.qc.ca

Donnelly, T. T., Hwang, J. J. et al. (2011). "If I was going to kill myself, I wouldn't be calling you. I am asking for help: challenges influencing immigrant and refugee women's mental health." *Issues Ment Health Nurs* 32(5): 279-290.

Doyle, J., Waters, E. et al. (2005). "Global priority setting for Cochrane systematic reviews of health promotion and public health research." *J Epidemiol Community Health* 59(3): 193-197.

Drennan Vari, M. and Joseph, J. (2005). "Health visiting and refugee families: issues in professional practice". *Journal of Advanced Nursing* 49(2), 155 – 163.

Drummond, P. D., Mizan, A. et al. (2011). "Barriers to accessing health care services for West African refugee women living in Western Australia." *Health Care Women Int* 32(3): 206-224.

Edberg, M., Cleary, S. et al. (2011). "A trajectory model for understanding and assessing health disparities in immigrant/refugee communities." *J Immigr Minor Health* 13(3): 576-584.

Fassil, Y. (2000). "Looking after the health of refugees." *Bmj* 321(7252): 59.

Fazel, M., Doll, H. et al. (2009). "A school-based mental health intervention for refugee children: an exploratory study." *Clin Child Psychol Psychiatry* 14(2): 297-309.

Fawcett, S. B., Lewis, R. K., Paine-Andrews, A., Francisco, V. T., Richter, K. P., Williams, E. L., et al. (1997). "Evaluating community coalitions for prevention of substance abuse". *Health Education and Behavior*, 24(6), 812-828.

Feuvre, P. (2001). "How Primary Care Services Can Incorporate Refugee Health Care". *Medicine, Conflict and Survival* (17) : 131-136.

Fuller, J. (1997). "Multicultural health care: reconciling universalism and particularism." *Nurs Inq* 4(3): 153-159.

Gagnon, A. J., G. Dougherty, et al. (2007). "Refugee and refugee-claimant women and infants post-birth: migration histories as a predictor of Canadian health system response to needs." *Can J Public Health* 98(4): 287-291.

Gamson, W. (1961). "A theory of Coalition Formation. ." *American Sociological Review* 26: 373.

Geltman, P. L. and J. Cochran (2005). "A private-sector preferred provider network model for public health screening of newly resettled refugees." *Am J Public Health* 95(2): 196-199.

Gerrish, K., R. Chau, et al. (2004). "Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing." *Health Soc Care Community* 12(5): 407-413.

Goodkind, J., Githinji, A., and Isakson B. (2011). "Reducing Health Disparities Experienced By Refugees Resettled in Urban Areas: A Community-Based Transdisciplinary Intervention Model". *Converging Disciplines*. Springer Science. *Journal of Business Media*. 4: 41-45.

Gould, G., Viney, K. et al. (2010). "A multidisciplinary primary healthcare clinic for newly arrived humanitarian entrants in regional NSW: model of service delivery and summary of preliminary findings." *Aust N Z J Public Health* 34(3): 326-329.

Greenaway, C., A. Sandoe, et al. (2011). "Tuberculosis: evidence review for newly arriving immigrants and refugees." *CMAJ* 183(12): E939-951.

Guyon, S. (2011). "The resettlement of refugees selected abroad in Quebec , a well-kept secret! Dans INSCAN. L'établissement international au Canada (24)3-4:16-18.

Hinings, C. R. and R. Greenwood (1988). "The Dynamics of Strategic Change, Oxford: ." Basil Blackwell Ltda.: 223.

Howells, J., McGuire, J. et al. (2008). "Co-Location of Health Care Services for Homeless Veterans: A Case Study of Innovation in Program Implementation." *Social Work in Health Care*, 47: 219.

Hyman, I. (2001). Centre for Research in Women's Health Sunnybrook and Women's College Health Sciences and University of Toronto. . I. e. Santé., *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*: 101.

Hyman, I., B. Morton, et al. (1996). "The Mental Health of Refugee Children in Canada. *Refugee*." 15: 4-8.

Jensen, N. K., Nielsen, S. S. et al. (2010). "Expert opinion on "best practices" in the delivery of health care services to immigrants in Denmark." *Dan Med Bull* 57(8): A4170.

Johnson, D. R., Ziersch, A. M. et al. (2008). "I don't think general practice should be the front line: Experiences of general practitioners working with refugees in South Australia." *Aust New Zealand Health Policy* 5: 20.

Jones, D. and Gill, P. S. (1998). "Refugees and primary care: tackling the inequalities." *BMJ* 317(7170): 1444-1446.

Kale, E. and Syed, H. R. (2010). "Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey." *Patient Educ Couns* 81(2): 187-191.

Kay, M., Jackson, C. et al. (2010). "Refugee health: a new model for delivering primary health care." *Aust J Prim Health* 16(1): 98-103.

Kegler, M. C., Steckler, A., McLeroy, K., & Malek, S. H. (1998). "Factors that contribute to effective community health promotion coalitions: A study of 10 Project ASSIST coalitions in North Carolina". *Health Education and Behavior*, 25(3), 338-353.

Kegler, M., Rigler, J., et al. (2011). The role of community context in planning and implementing community-based health promotion projects. *Evaluation and Program Planning*, (34): 246-253.

Kennedy, J., Seymour, D. J. et al. (1999). "A comprehensive refugee health screening program." *Public Health Rep* 114(5): 469-477.

Kinnon, D. (1999). Recherche sur l'immigration et la santé au Canada, *Sante Canada*: 90.

Kirmayer, et al. (2011). "Common mental Health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care". *Canadian Medical Association* (183)12: E959 – E967.

Klein, J., Santelli, J. et al. (2005). "An overview of the Community Coalition Partnership Program supplement." *Journal of Adolescent Health* 37: S1 - S2.

Kramer, J. S., Philliber, S. et al. (2005). "Coalition models: lessons learned from the CDC's Community Coalition Partnership Programs for the Prevention of Teen Pregnancy." *J Adolesc Health* 37(3 Suppl): S20-30.

Kreuter, M. W., Lezin, N. A., & Young, L. A. (2000). "Evaluating community-based collaborative mechanisms: Implications for practitioners ". *Health Promotion Practice*, 1(1), 49-63.

Landale, N. S., K. J. Thomas, et al. (2011). "The living arrangements of children of immigrants." *Future Child* 21(1): 43-70.

Lawrence, J. and Kearns, R. (2005). "Exploring the 'fit' between people and providers: refugee health needs and health care services in Mt Roskill, Auckland, New Zealand." *Health Soc Care Community* 13(5): 451-461.

Leask, J., M. Sheikh-Mohammed, et al. (2006). "Community perceptions about infectious disease risk posed by new arrivals: A qualitative study." *Med J Aust* 185(11-12): 591-593.

Lemieux, V. (1998). "Les Coalitions : Liens, transactions et contrôles". *Revue l'Année sociologique*. Les Presses universitaire de France (47) 1:351-370.

Lipson, J. G., Omidian, P. A. et al. (1995). "Afghan Health Education Project: a community survey." *Public Health Nurs* 12(3): 143-150.

Martin, J. and D. Mak (2006). "Changing faces: a review of infectious disease screening of refugees by the Migrant Health Unit. Western Australia in 2003 and 2004." *Med J Aust* 185: 607-610.

Massé, R., Ed. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Gaëtan Morin ed. : 499.

Maxime, A., Bérubé, M. et al. (2008). *Rapport de Recherche Évaluation : Dans le cadre de l'implantation du projet : « Des services de santé, médicaux et psychosociaux, accessibles et en continuité dans la région de Québec pour la population immigrante vulnérable »*: 82.

McElmurry, B. J., Park, C. G. et al. (2003). "The nurse-community health advocate team for urban immigrant primary health care." *J Nurs Scholarsh* 35(3): 275-281.

Mendonca, L., Minchella, L. et al. (2009). "Immigrant and refugee youth. Challenges and opportunities for the school nurse." *NASN Sch Nurse* 24(6): 250-252.

Merry, L. A., Gagnon, A. J. et al. (2011). "Refugee claimant women and barriers to health and social services post-birth." *Can J Public Health* 102(4): 286-290.

Miles, J. A., (2012). "Management and Organization Theory". *The Jossey-Bass Reader. Business & Management Series*: 467.

Mitchell, S. M. and Shortell, S. M. (2000). "The governance and management of effective community health partnerships: a typology for research, policy, and practice." *Milbank Q* 78(2): 241-289, 151.

Mizrahi, T. and Rosenthal, B. B. (2001). "Complexities of coalition building: leaders' successes, strategies, struggles, and solutions." *Soc Work* 46(1): 63-78.

Murray, K. E., Davidson, G. R. et al. (2010). "Review of refugee mental health interventions following resettlement: best practices and recommendations." *Am J Orthopsychiatry* 80(4): 576-585.

Museru, O. I., Vargas, M. et al. (2010). "Hepatitis B virus infection among refugees resettled in the U.S.: high prevalence and challenges in access to health care." *J Immigr Minor Health* 12(6): 823-827.

Newbold, B. (2009). "The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC." *Ethn Health* 14(3): 315-336.

Norwegian Directorate of Health, (2009). *Migration and Health. Division Director Frode Forland, Primary Health Care Division. Oslo, Norway*: 95.

Omeri, A., Lennings, C. et al. (2006). "Beyond asylum: implications for nursing and health care delivery for Afghan refugees in Australia." *J Transcult Nurs* 17(1): 30-39.

Organisation mondiale de la santé (OMS, 2008). *Santé des immigrants, soixante et unième assemblée mondiale de la sante ; Rapport du secrétariat. Genève*: 6.

Pascale, A. (2003). *The Health of Refugees. Public Health Perspectives from Crisis to Settlement. Oxford, Australie, Universtity press.*

Phaneuf, M. (2006). "L'approche interculturelle, une nécessité actuelle. 1re partie : Regard sur la situation des immigrants au Québec et sur leurs difficultés.": 16.

Pottie, K., P. Janakiram, et al. (2007). "Prevalence of selected preventable and treatable diseases among government-assisted refugees: Implications for primary care providers." *Can Fam Physician* 53(11): 1928-1934.

Pottie, K., et al. (2011). "Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association* (183)12: E824 – E925.

Raman, S., N. Wood, et al. (2009). "Matching health needs of refugee children with services: how big is the gap?" *Aust N Z J Public Health* 33(5): 466-470.

Ratnapradipa, D., Quillian, D. et al. (2011). "Food Safety Education: Child-to-Parent Instruction in an Immigrant Population." *Journal of Environmental Health* 73(3).

Rapport annuel de gestion (2008-2009). Ministère d'immigration de communauté culturelle. Source: www.micc.gouv.qc.ca

Reid, R., Haggerty, J., and Mc Kendry, R. (2002). Dissiper la confusion: Concepts et mesures de la continuité des soins. Rapport final. Fondation canadien de la recherche sur les services de santé (FCRSS) : Ottawa. p.18

Roberts, A. and Kemp, C., (2001). "Infectious diseases of refugees and immigrants." *J Am Acad Nurse Pract* 13(1): 7-9.

Roberts, A. and Kemp, C., (2001). "Infectious diseases of refugees and immigrants: dengue fever." *J Am Acad Nurse Pract* 13(6): 243-245.

Roberts, A. and Kemp, C., (2001). "Infectious diseases of refugees and immigrants: giardiasis (*Giardia lamblia*)." *J Am Acad Nurse Pract* 13(12): 532-533.

Roberts De Gennaro, M. (1997). "Conceptual Framework of coalitions in an Organizational Context". *Journal of Community Practice*, 4(1):91-107.

Robinson, K., Farmer, T., et al. (2007). From Heart Health Promotion to Chronic Disease Prevention: Contributions of the Canadian

Heart Health Initiative. Centers for Disease Control and Prevention, 4(2):11.

Rosenberg, E., Seller, R. et al. (2007). "Through interpreters' eyes: comparing roles of professional and family interpreters." *Patient Educ Couns* 70(1): 87-93.

Rousseau, C. and Drapeau, A. (2002). "Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? Étude auprès de communautés culturelles. Collection la santé et le bien-être.": 211-245.

Roy, E. and H. Giao (1980). "Health Problems among Indochinese Refugees." *Am J Public Health* 70: 1003-1006.

Santé Canada (2001). « Certaines circonstances. Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées ». Recueil de documents et de rapports préparé pour Santé Canada. Ottawa. p. 283

Schmelzer, M. (2010). *Healthiest Wisconsin 2010. PART I :A PARTNERSHIP PLAN TO IMPROVE THE HEALTH OF THE PUBLIC.* Wisconsin Turning Point Transformation Team for the Wisconsin Department of Health and Family service and Wisconsin Public Health System Partners., Wisconsin Turning Point Transformation: 99.

Sheikh, M. and MacIntyre, C. R. (2009). "The impact of intensive health promotion to a targeted refugee population on utilisation of a new refugee paediatric clinic at the children's hospital at Westmead." *Ethn Health* 14(4): 393-405.

Smith, M. (2006). "Refugees in Australia: changing faces, changing needs. A national strategy for meeting the particular health needs of refugees would provide a more comprehensive approach. *Refugee Health. Med J Aust.* 185 (11): 587 – 588.

Stewart, M. J., Neufeld, A. et al. (2006). "Immigrant women family caregivers in Canada: implications for policies and programmes in health and social sectors." *Health Soc Care Community* 14(4): 329-340.

Swinkels, et al. (2011). "Development of guidelines for recently arrived immigrants and refugees to Canada: Delphi consensus on

selecting preventable and treatable conditions". Canadian Medical Association (183)12: E928 – E932.

Tanaka, Y., Kunii, O., et al. (2004). Refugee participation in health relief services during the post-emergency phase in Tanzania, Public Health, (118): 50-61.

TCRI. 2007. L'immigration et l'intégration au Québec : Trop peu et bien tard, il faut agir ! Mémoire relatif à la planification de l'immigration 2008-2010 au Québec présenté à la commission de la culture de l'Assemblée nationale du Québec. Montréal. 26p.

Telleen, S., Kim, Y. O. et al. (2009). "An ecological developmental community initiative to reduce youth violence: safe schools/healthy students." J Prev Interv Community 37(4): 326-338.

Thomas, S., P. Douglas, et al. (2010). "Refugee health." N S W Public Health Bull 21(3-4): 101-102.

Tiong, A. C., M. S. Patel, et al. (2006). "Health issues in newly arrived African refugees attending general practice clinics in Melbourne." Med J Aust 185(11-12): 602-606.

Tremblay, M. (2006). "L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale. Bilan 2002-2005 et Plan d'action régional 2006-2009." Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-National.: 102.

Tugwell, et al. (2011). "Evaluation of evidence-based literature and formulation of recommendation for the clinical preventive guidelines for immigrants and refugees in Canada". Canadian Medical Association (182)12: E933-E938.

United Nations Children's Fund. (UNICEF). Innocenti Research Centre, (2009). Children in Immigrant Families in Eight Affluent Countries. Their Family, national and international context. Florence, Italy : 100.

(UNHCR), Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (2002). "L'accès aux soins de santé. La réinstallation des réfugiés: un manuel international pour guider l'accueil et l'intégration.": 51.

(UNHCR), Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (2004). "La réinstallation: un instrument vital de protection international et un élément de l'apport de solutions globales. Manuel de réinstallation.": 15.

(UNHCR), Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. (2009). "L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés: Le rôle de l'UNHCR. Protéger les réfugiés".

Valente, T. W., Coronges, K. A. et al. (2008). "Collaboration and competition in a children's health initiative coalition: a network analysis." *Eval Program Plann* 31(4): 392-402.

Villers, M. (2007). « Multi dictionnaire de la langue Française ». Québec Amérique (4): 1541.

Vostanis, P. (2010). "Mental health services for children in public care and other vulnerable groups: implications for international collaboration." *Clin Child Psychol Psychiatry* 15(4): 555-571.

Weine, S. M. (2011). "Developing preventive mental health interventions for refugee families in resettlement." *Fam Process* 50(3): 410-430.

Wolfers, M. E., Van den Hoek, C. et al. (2007). "Using Intervention Mapping to develop a programme to prevent sexually transmittable infections, including HIV, among heterosexual migrant men." *BMC Public Health* 7: 141.

Wynaden, D., Chapman, R. et al. (2005). "Factors that influence Asian communities' access to mental health care." *Int J Ment Health Nurs* 14(2): 88-95.

Yin, R. (1989). *Case Study Research: Design and Methods*, Applied Social Research Methods Series., Sage.

Zakocs, R. C. and Edwards E. M. (2006). "What explains community coalition effectiveness?: a review of the literature." *Am J Prev Med* 30(4): 351-361.

ANNEXES

Annexe 1. Approbation du comité d'éthique

Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire

Le 27 octobre 2010

Madame Laura-Sofia Velasco
3409, rue Maricourt, app. 2
Québec (Québec) G1W 2M4

OBJET : Approbation éthique
*Projet de recherche 2010-2011-11 Analyse organisationnelle des services de santé offerts
aux populations réfugiées dans la région de la Capitale-Nationale*

Madame,

Le comité d'éthique de la recherche des Centres de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, du Grand Littoral et de Portneuf, et de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale a bien reçu et évalué vos réponses aux questions et commentaires du comité d'éthique.

Après évaluation, le comité a jugé le tout conforme à l'éthique en vigueur dans ses établissements et autorise la réalisation de votre projet pour une période d'un an, soit **du 27 octobre 2010 au 27 octobre 2011**. Vous aurez ensuite à demander le renouvellement de votre approbation à notre comité.

Veuillez noter que l'autorisation éthique délivrée ici implique les éléments suivants :

1. Le comité d'éthique devra être informé et devra réévaluer le projet advenant toute modification au protocole ou toute nouvelle information modifiant les risques encourus, le contenu du consentement des participants ou la manière dont il est obtenu.
2. Le comité devra par ailleurs être informé de tout incident ou effet secondaire imprévu qui surviendrait dans le cadre de votre recherche. Le chercheur s'engage à ce titre à faire un rapport incident/accident, comme prévu aux politiques de l'établissement.
3. Nous vous rappelons que vous avez la responsabilité de tenir à jour la liste des participants à votre projet de recherche pendant un an après la fin du projet, dans un répertoire à part. En cas de problème, et afin de s'assurer de la protection des participants à la recherche, l'établissement pourra en effet exiger du chercheur la liste des participants à son projet de recherche.

Nous vous souhaitons la meilleure des chances pour votre recherche et vous prions d'agréer, Madame, nos sentiments les meilleurs.

Le président du comité d'éthique de la recherche,



Jean Maziade, M.D.

Enseignement et Recherche
Téléphone : 418 681-8787
Télécopieur : 418 687-9694

Edifice Père-Marquette
880, rue Père-Marquette, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2A4

Centre administratif
1, avenue du Sacré-Coeur
Québec (Québec) G1N 2W1
Téléphone : 418 574-4777

www.csssvc.qc.ca

Annexe 2. Renouvellement du comité d'éthique

Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire

Le 27 octobre 2011

Madame Laura-Sofia Velasco
3409, rue Maricourt, app. 2
Québec (Québec) G1W 2M4

OBJET : **Renouvellement d'approbation éthique**
Projet de recherche 2010-2011-11 Analyse organisationnelle des services de santé offerts
aux populations réfugiées dans la région de la Capitale-Nationale

Madame,

Le comité d'éthique de la recherche des Centres de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, de Portneuf, et de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale a bien reçu votre demande de renouvellement d'approbation du projet de recherche cité en objet, demande datée du 29 septembre 2011.

Le comité comprend que :

- ✓ Vous prévoyez terminer votre recrutement en octobre de cette année;
- ✓ La date de fin de projet prévue est en décembre 2011.

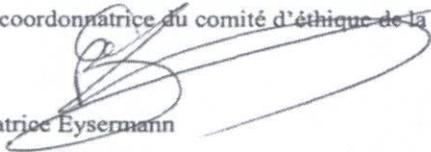
Après évaluation et ayant jugé le tout conforme, le comité autorise le renouvellement de ce projet pour une année supplémentaire pour la période **du 27 octobre 2011 au 27 octobre 2012**.

Nous vous rappelons que ce renouvellement est conditionnel aux points suivants :

1. Le comité d'éthique devra être informé et devra réévaluer le projet advenant toute modification au protocole ou toute nouvelle information modifiant les risques encourus, le contenu du consentement des participants ou la manière dont il est obtenu.
2. Le comité devra par ailleurs être informé de tout incident ou effet secondaire imprévu qui surviendrait dans le cadre de votre recherche. Le chercheur s'engage à ce titre à faire un rapport incident/accident, comme prévu aux politiques de l'établissement.
3. Nous vous rappelons que vous avez la responsabilité de tenir à jour la liste des participants à votre projet de recherche pendant un an après la fin du projet, dans un répertoire à part. En cas de problème, et afin de s'assurer de la protection des participants à la recherche, l'établissement pourra en effet exiger du chercheur la liste des participants à son projet de recherche.

En vous souhaitant bonne continuité dans vos recherches, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche,


Béatrice Eysermann

Enseignement et Recherche
Téléphone : 418 681-8787
Télécopieur : 418 687-9694

Edifice Père-Marquette
880, rue Père-Marquette, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2A4

Centre administratif
1, avenue du Sacré-Cœur
Québec (Québec) G1N 2W1
Téléphone : 418 520-1777

www.cssvc.qc.ca

Annexe 3. Formulaire de consentement pour les utilisateurs de l'offre des services

Québec, 1er octobre 2010

Bonjour
Madame / Monsieur

Dans le cadre d'un projet de maîtrise, sous la direction de M. Daniel Reinharz, professeur au Département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval, nous sollicitons votre participation pour répondre à une entrevue d'environ 30 minutes.

L'objectif de l'étude est d'analyser et d'identifier les facteurs facilitants et les barrières) à une collaboration entre acteurs concernés par l'offre de services de santé et des services sociaux aux populations réfugiées dans la région de la Capitale-Nationale. Cet objectif a pour but d'améliorer le service pour cette population.

Il n'y a aucun bénéfice raisonnable anticipé lié à la participation à cette étude si ce n'est que de contribuer à l'avancement des connaissances. Il n'y a aucun inconvénient autre que le temps dispensé pour participer à l'entrevue. Vous n'aurez pas de frais liés au déplacement puisque le chercheur viendra vous rencontrer à l'endroit de votre choix.

Votre collaboration est très importante pour la réussite de cette étude, mais vous êtes libre d'y participer. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation en tout temps lors de l'entrevue et ce, sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision.

Avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone. En cas de refus, des notes manuscrites seront prises. Les bandes enregistrées et les notes manuscrites seront conservées dans un classeur fermé à clef, accessible qu'aux chercheurs de cette étude. Elles seront détruites dans les 18 mois qui suivront le rapport final (date de destruction : 30 juin 2012).

Si vous en faites la demande, une transcription écrite de l'entrevue vous sera présentée oralement en présence de l'interprète afin que vous apportiez des corrections s'il y a lieu.

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants. Toutes les réponses fournies demeureront confidentielles et ne seront jamais diffusées sur une base individuelle. Seuls les chercheurs auront accès aux données. Les données recueillies seront conservées sous clé et détruites dans 18 mois qui suivront le rapport final.

Numéro d'approbation Comité d'éthique de la recherche CSSS Vieille-Capitale/Québec-Nord/Grand-Littoral/Portneuf et DSP de la Capitale Nationale : 2010-2011-11

En tout temps vous pouvez communiquer avec les personnes responsables de cette étude au numéro de téléphone suivant : *Laura Sofia Velasco au (418) 651-3427- Daniel Reinharz au (418) 656-2131, poste 8360.*

Si vous désirez obtenir des informations complémentaires, vous pouvez contacter le responsable de cette étude à l'adresse et au numéro de téléphone indiqués ci-dessous.

Je soussigné (e) _____
(Nom du (de la) participant (e) en lettres majuscules) consens librement à participer à la recherche intitulée : « Analyse organisationnelle des services de santé offerts aux populations réfugiées dans la région de la Capitale nationale ».

J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait (e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

_____ Date : _____
(Signature du participant /de la participante)

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant. (n.b. : cette déclaration ne peut figurer que sur un formulaire signé en présence du participant)

_____ Date : _____
(Signature de la chercheure)

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée à la commissaire locale aux plaintes de l'établissement, en la personne de Mme Johanne Isabelle, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 1 avenue du Sacré-Cœur, Québec (Québec)
G1N 2W1; Tél : 418 529-4777 poste 20433.

Pour les personnes recrutées au CSSS de Québec-Nord, il s'agit de Monsieur Sylvain Tremblay : 3365, rue Guimont, Beauport (Québec) G1E 2H1 ; Tél. : 418 663-8171, poste 6016 ; courriel : 03_csssqn_plaintes@ssss.gouv.qc.ca

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et restons à votre disposition, si vous désirez des renseignements additionnels.

Nos sincères salutations,

Laura Sofia Velasco Ferrin
Étudiante de maîtrise en santé communautaire.

Annexe 4. Formulaire de consentement pour les professionnels et gestionnaires

Introduction

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Titre de l'étude

Analyse organisationnelle des services de santé offerts aux populations réfugiées dans la région de la Capitale nationale.

Contexte de l'étude

Cette étude vise à identifier les facteurs liés à la collaboration entre les organismes qui travaillent auprès des réfugiés par rapport à deux situations: 1) en l'absence de problème de santé requérant un suivi médical; 2) en présence d'un problème de santé détecté lors du dépistage à l'accueil.

Répondre aux besoins de santé des réfugiés dans la région de Québec nécessite la collaboration de plusieurs organisations comme la clinique des réfugiés, des interprètes, des hôpitaux... Cette étude s'intéresse aux facteurs qui rendent la collaboration plus facile ou plus difficile, afin de déterminer comment les services pourraient mieux répondre aux besoins des réfugiés.

Ce projet répond à une demande de la clinique de santé des réfugiés intéressée à mieux comprendre les liens qu'elle entretient avec les autres concernés afin d'assurer l'offre de services pour cette population. Cette étude s'effectue dans le cadre d'un projet de maîtrise, sous la direction du Dr. Daniel Reinhartz, MD, professeur au Département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval.

Participation à l'étude

La participation consiste en une entrevue de type individuelle d'environ 1 heure, durant laquelle seront abordés des thèmes en lien avec l'offre de services de santé pour la population des réfugiés qui arrivent à Québec, tels que:

- Les éléments qui favorisent une offre de services qui réponde aux besoins de cette population.
- Les acteurs dans le réseau de la santé et des services sociaux qui devraient être impliqués dans l'offre de services à cette population.

- Les facteurs facilitants et les obstacles à la mise en place de la collaboration entre les organismes qui travaillent auprès de cette population.

Avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone. En cas de refus, des notes manuscrites seront prises. Les bandes enregistrées et les notes manuscrites seront conservées dans un classeur fermé à clef, accessible qu'aux chercheurs de l'étude. Elles seront détruites dans 18 mois qui suivront le rapport final (date de destruction : 31 octobre 2012).

Une première version du rapport vous sera envoyée afin que vous apportiez des corrections. Un délai de deux semaines est offert à cet effet. Ce délai dépassé, nous conviendrons qu'il n'y a pas de modifications et considérons le contenu valide.

Avantages, risques et inconvénients

La participation à cette étude n'offre aucun avantage personnel, mais vous offre l'occasion de contribuer aux discussions sur comment améliorer l'offre de services de santé aux réfugiés.

Si au cours de l'entrevue vous ressentez de l'anxiété, de la fatigue ou de l'inconfort, n'hésitez pas à en parler avec la personne qui mène l'entrevue. Celle-ci respectera votre inconfort et mettra fin à l'entrevue, au besoin.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes entièrement libre de participer à cette entrevue et vous pourrez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à fournir de raison ni à subir d'inconvénient ou de préjudice quelconque. Vous avez aussi la liberté de ne pas répondre à toutes les questions.

Confidentialité et gestion de données

Nous tenons à vous assurer de la plus stricte confidentialité des renseignements qui nous seront fournis. La confidentialité sera assurée par les mesures suivantes :

- Les noms des participants(es) et des établissements ne paraîtront sur aucun résultat, rapport ou note ;
- seuls les titres de l'emploi des participants (es) et un numéro d'identification pour l'établissement seront utilisés sur les divers documents de la recherche.

L'étude fera l'objet de publications dans des revues scientifiques. Le rapport de l'étude parviendra aux répondants (es) qui en feront la demande.

Si vous désirez obtenir des informations complémentaires, vous pouvez contacter le responsable de cette étude à l'adresse et au numéro de téléphone indiqués ci-dessous.

Je soussigné (e) _____

(Nom du (de la) participant (e) en lettres majuscules) consens librement à participer à la recherche intitulée : « Analyse organisationnelle des services de santé offerts aux populations réfugiées dans la région de la Capitale nationale ».

J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait (e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Date : _____

(Signature du participant /de la participante)

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant. (n.b. : cette déclaration ne peut figurer que sur un formulaire signé en présence du participant)

Date : _____

(Signature de la chercheure)

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée à la commissaire locale aux plaintes de l'établissement, en la personne de Mme Johanne Isabelle, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 1 avenue du Sacré-Cœur, Québec (Québec)
G1N 2W1; Tél : 418 529-4777 poste 20433.

Pour les personnes recrutées au CSSS de Québec-Nord, il s'agit de Monsieur Sylvain Tremblay : 3365, rue Guimont, Beauport (Québec) G1E 2H1 ; Tél. : 418 663-8171, poste 6016 ; courriel : 03_csssqn_plaintes@ssss.gouv.qc.ca

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et restons à votre disposition, si vous désirez des renseignements additionnels.

Responsable de l'étude

Laura Sofia Velasco Ferrin MD.

Étudiante à la maîtrise en santé communautaire.

Département de médecine sociale et préventive.

Québec G1W 2M4 - Tél. : (418) 651-3427

Daniel Reinharz MD.

Professeur

Département de médecine sociale et préventive.

Pavillon Ferdinand-Vandry- Université Laval

Québec G1V 0A6 –

Tél. : (418) 656-2131, poste 8360 – (418) 656-7759

Annexe 5. Feuillelet d'information pour recueillir le consentement verbal des participants à l'étude en présence de l'interprète

Québec, 1er octobre 2010

Note : La lecture de ce formulaire est faite par l'interprète en présence du participant. La lecture de ce formulaire ainsi que le consentement verbal du participant seront enregistrés.

Bonjour
Madame / Monsieur

Dans le cadre d'un projet de maîtrise, sous la direction de M. Daniel Reinharz, professeur au Département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval, nous sollicitons votre participation pour répondre à une entrevue d'environ 30 minutes.

L'objectif de l'étude est d'analyser et d'identifier les facteurs facilitants et les barrières à une collaboration entre acteurs concernés par l'offre de services de santé et des services sociaux aux populations réfugiées dans la région de la Capitale-Nationale. Cet objectif a pour but d'améliorer le service pour cette population.

Il n'y a aucun bénéfice raisonnable anticipé lié à la participation à cette étude si ce n'est que de contribuer à l'avancement des connaissances. Il n'y a aucun inconvénient autre que le temps dispensé pour participer à l'entrevue. Vous n'aurez pas de frais liés au déplacement puisque le chercheur viendra vous rencontrer à l'endroit de votre choix.

Votre collaboration est très importante pour la réussite de cette étude, mais vous êtes libre d'y participer. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation en tout temps lors de l'entrevue et ce, sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision.

Avec votre accord, l'entrevue sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone. En cas de refus, des notes manuscrites seront prises. Les bandes enregistrées et les notes manuscrites seront conservées dans un classeur fermé à clef, accessible qu'aux chercheurs de cette étude. Elles seront détruites dans les 18 mois qui suivront le rapport final (date de destruction : 30 juin 2012).

Si vous en faites la demande, une transcription écrite de l'entrevue vous sera présentée oralement en présence de l'interprète afin que vous apportiez des corrections s'il y a lieu.

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants. Toutes les réponses fournies demeureront confidentielles et ne seront jamais diffusées sur une base individuelle. Seuls les chercheurs auront accès aux données.

Numéro d'approbation Comité d'éthique de la recherche CSSS Vieille-Capitale/Québec-Nord/Grand-Littoral/Portneuf et DSP de la Capitale Nationale : 2010-2011-11

En tout temps vous pouvez communiquer avec les personnes responsables de cette étude au numéro de téléphone suivant : *Laura Sofia Velasco au (418) 651-3427- Daniel Reinharz au (418) 656-2131, poste 8360.*

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée à la commissaire locale aux plaintes de l'établissement, en la personne de Mme Johanne Isabelle, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 1 avenue du Sacré-Cœur, Québec (Québec) G1N 2W1; Tél : 418 529-4777 poste 20433.

Pour les personnes recrutées au CSSS de Québec-Nord, il s'agit de Monsieur Sylvain Tremblay : 3365, rue Guimont, Beauport (Québec) G1E 2H1 ; Tél. : 418 663-8171, poste 6016 ; courriel : 03_csssqn_plaintes@sss.gouv.qc.ca

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration et restons à votre disposition, si vous désirez des renseignements additionnels.

Nos sincères salutations,

Laura Sofia Velasco Ferrin
Étudiante de maîtrise en santé communautaire.

Questions pour recueillir le consentement verbal du participant :

- 1. Avez-vous compris le document qui vous a été lu ?*
- 2. Avez-vous des questions ?*
- 3. Consentez-vous à participer à cette étude ?*

Annexe 6. Formulaire d'engagement à la confidentialité

Dans le cadre d'un projet de maîtrise, sous la direction de M. Daniel Reinharz, professeur au Département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval, nous sollicitons votre participation à une entrevue d'environ 30 minutes.

Il m'a été expliqué que :

L'objectif de l'étude est d'analyser et d'identifier les facteurs facilitants et les barrières à une collaboration entre acteurs concernés par l'offre de services de santé et des services sociaux aux populations réfugiées dans la région de la Capitale-Nationale. Cet objectif a pour but d'améliorer le service pour cette population.

En signant ce formulaire, je m'engage à :

- Assurer la confidentialité des données recueillies, soit à ne pas divulguer l'identité des participants ou toute autre donnée permettant d'identifier un participant, un organisme ou des intervenants des organismes collaborateurs;
- Assurer la sécurité physique et informatique des données recueillies;
- À ne pas conserver de copie des documents contenant des données confidentielles.

Je, soussigné(e), _____, m'engage à assurer la confidentialité des données auxquelles j'aurais accès.

_____	_____
Interprète	Date
_____	_____
Chercheur	Date

Numéro d'approbation Comité d'éthique de la recherche CSSS Vieille-Capitale/Québec-Nord/Grand-Littoral/Portneuf et DSP de la Capitale Nationale : 2010-2011-11

Si j'ai des questions à propos de la recherche, je peux contacter les personnes responsables de cette étude au numéro de téléphone suivant : *Laura Sofia Velasco au (418) 651-3427- Daniel Reinharz au (418) 656-2131, poste 8360.*

Pour toute plainte ou critique concernant le projet, je peux entrer en communication avec la commissaire locale aux plaintes de l'établissement, en la personne de Mme Johanne Isabelle, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, 1 avenue du Sacré-Cœur, Québec (Québec)
G1N 2W1; Tél : 418 529-4777 poste 20433.

Pour les personnes recrutées au CSSS de Québec-Nord, il s'agit de Monsieur Sylvain Tremblay : 3365, rue Guimont, Beauport (Québec) G1E 2H1 ; Tél. : 418 663-8171, poste 6016 ; courriel : 03_csssqn_plaintes@ssss.gouv.qc.ca

Annexe 7. Recherche documentaire	
Sites en internet	Lien
Portail du réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale	http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/accueil/ http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/acces-sante/trouver-un-service/adultes/services-aux-immigrants/soutien-a-integration-des-nouveaux-arrivants/?sword_list%5B0%5D=refugie
Soutien à l'intégration des nouveaux arrivants	http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/acces-sante/trouver-un-service/adultes/services-aux-immigrants/soutien-a-integration-des-nouveaux-arrivants/?sword_list%5B0%5D=refugie
Centre Multiethnique de Québec	http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/acces-sante/trouver-un-service/ressource/centre-multiethnique-de-quebec/?sword_list%5B0%5D=refugie
Site Web	http://www.centremultiethnique.org/
Centre International de Femmes-Québec (CIFQ)	http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/acces-sante/trouver-un-service/ressource/centre-international-des-femmes-quebec/?sword_list%5B0%5D=refugie
Site Web	http://www.cifqfemmes.qc.ca/Accueil.html
Banque régionale des interprètes linguistiques et culturels	http://www.cifqfemmes.qc.ca/BRILC.html
Maison pour femmes immigrantes (MFI)	http://www.maisonpourfemmesimmigrantes.com/
Mieux-être des immigrants	http://meiquebec.org/
Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (S.A.A.I)	http://www.saaiquebec.com/fr/accueil.php
Ministère de la santé et des services sociaux	http://www.msss.gouv.qc.ca/
Organismes communautaires_ communautés culturelles et autochtones	http://206.167.52.1/fr/reseau/OrgComm.nsf/Parcateg?OpenView&Start=1&Count=30&Expand=12#12
Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles	Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	http://www.rsss03.gouv.qc.ca/
Services à la population_ services aux communautés ethnoculturelles	http://www.rsss03.gouv.qc.ca/SP-Ethno.html
Direction régionale de santé publique (DRSP)	http://www.dspq.qc.ca/
Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale	http://www.csssvc.qc.ca/
Ministère d'immigration et Communautés culturelles -Réfugiés et autres clientèles	http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/immigrer-installer/refugies-autres/index.html

Services aux immigrants - Ville de Québec	http://www.ville.quebec.qc.ca/immigrants/etablir/services_immigrants/index.aspx
Répertoire des services aux immigrants dans la ville de Québec	http://www.ville.quebec.qc.ca/nouveaux_arrivants/organismes/index.aspx

DOCUMENTS

Titre	Auteur	Rapport ou publication
Avec les familles immigrantes -Guide d'intervention	MSSS	http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentationn/1998/98-265.pdf
Avis du Comité provincial pour les services de santé et les services sociaux aux personnes issues des communautés culturelles	MSSS	http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/saslacc/index.php?id=54.54.0.0.1.0
Bilan du programme OLO 1999-2000 à 2004-2005_Un outil pour sa consolidation en CSSS	DRSP	http://www.dspq.qc.ca/publications/Bilan_OLO_1999-2000_2004-2005vfinal2.pdf
Guide pour travailler avec un interprète -CIFQ	CIFQ	http://www.cifqfemmes.qc.ca/documents/guide_pour_travailler_avec_un_interprete_cifq.pdf
L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale	l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	http://www.rrsss03.gouv.qc.ca/pdf/Bilan%2002-05%20-%20plan%20d%27action%2006-09%20comite%20acces%20cc%20version%202006-12-21V2.pdf
Le Développement des communautés et l'approche en Empowerment: Évaluation de l'implantation de trois projets dans la région de la Capitale-Nationale	Agence de développement de réseaux locaux des services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale_Direction régionale de santé publique	http://www.dspq.qc.ca/publications/Empowerment-Develop.pdf
Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention de familles vivant en contexte de vulnérabilité	MSSS	http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentationn/2005/05-836-01.pdf

Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2008	Direction de santé publique de la Capitale-Nationale	http://www.rrsss03.gouv.qc.ca/pdf/les-statistiques.pdf
Portrait des femmes immigrantes fréquentant certains organismes publics et communautaires de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale	l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	http://www.rrsss03.gouv.qc.ca/pdf/femmesimmigrantes_textes.pdf
Rapport annuel 2009-2010_Enraciné dans la communauté depuis 50 1960-2010_ Centre multiethnique de Québec	CMQ	http://www.centremultiethnique.org/irite_files/file/Brochure%20historique%20CMQ.pdf http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-102-01F.pdf
Rapport annuel de gestion 2010-2011 MSSS	MSSS	
Rapport d'activités 2010-2011_ Maison pour femmes immigrantes	MFI	http://www.maisonpourfemmesimmigrantes.com/RapportActivites.pdf
The resettlement of refugees selected abroad in Quebec, a well-kept secret! Dans INSCAN. L'établissement international au Canada. Volumen 24, Numéros 3-4, Hiver-Printemps 2011 (p-16-18)	Guyon, Sylvie	http://www.tcrci.qc.ca/pdf/INSCAN.pdf

Annexe 8. Schémas des entrevues

POUR LES PROFESSIONNELS ET GESTIONNAIRES :

1. Pouvez-vous décrire de façon générale comment vous percevez l'offre de services de santé pour la population des réfugiés qui arrivent à Québec ?
2. Quels sont les éléments qui d'après-vous favorisent une offre de services qui réponde aux besoins de santé des réfugiés et quels sont les obstacles ?
3. Qui sont les acteurs dans le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que parmi les organismes communautaires, qui devraient être impliqués dans l'offre de services à cette population et quels rôles devraient-ils jouer ?
4. Comment d'après vous se déroulent les collaborations entre ces acteurs? Quels sont les facteurs facilitants et quels sont les obstacles à la mise en place de collaboration?
5. Selon vous comment l'offre de services a évolué depuis le début des activités de la Clinique de santé des réfugiés ?
6. Est-ce qu'il y a des points concernant les services de santé pour les réfugiés que nous n'avons pas abordés et qui devraient l'être selon vous ?
7. Auriez-vous des suggestions à faire par rapport à des personnes à rencontrer qui nous donneraient un point de vue complémentaire ou différent du vôtre ?

POUR LES UTILISATEURS de l'offre des services :

1. Pouvez-vous me dire quels sont les services de santé disponibles pour les personnes réfugiées?
2. Dans quelle langue recevez-vous les services de santé?
3. Que faites-vous pour obtenir des services de santé ?
4. Quels sont les avantages et inconvénients que vous trouvez lorsque vous voulez utiliser les services de santé ?
5. Pensez-vous que les services répondent à vos besoins? Si les services offerts à la population de réfugiés ne vous semblent pas répondre à leurs besoins, quels changements souhaiteriez-vous voir?

Annexe 9. Quelques articles de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chap. S-4.2 et chap. I-1 Réseau local de services de santé et de services sociaux et instance locale

Articles 2, 4 et 349 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chap. S-4.2

Article 2 : Afin de permettre la réalisation de ces objectifs, la loi établit un mode d'organisation des ressources humaines, matérielles et financières destiné à :

- 5° tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions;
- 7° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec. (1991, c. 42, a. 2 ; 2002, c. 71, a.1)

Article 4 : Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources. (1991, c. 42, a.3)

Article 349 : Une agence doit, en concertation avec les organismes représentatifs de communautés culturelles et les établissements de sa région, favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés culturelles. (1991, c. 42, a. 349; 2005, c. 32, a. 227)

Articles 99.3, 99.4, 99.5, 99.7 et 99.8 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chap. I.1. Réseau local de services de santé et de services sociaux et instance locale

Article 99.3 : 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 sur spécialisés. 2005, c. 32, a. 48.

Article 99.4 : La coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale, laquelle est un établissement multi vocationnel qui exploite notamment un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et, le cas échéant, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. 2005, c. 32, a. 48.

Article 99.5 : L'instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants :

1° les besoins socio sanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;

2° les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;

3° l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;

4° les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.

Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles.

Aux fins de définir son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et sur spécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation. 2005, c. 32, a. 48.

Article 99.7 : Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, l'instance locale doit:

1° définir et mettre en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux;

2° instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou sur spécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées;

3° prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état;

4° créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, de concert avec l'agence, le département régional de médecine générale et la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l'accessibilité:

a) à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins;

b) à l'information clinique, entre autres, le résultat d'examens diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers;

c) à des médecins spécialistes par les médecins de famille dans une perspective de hiérarchisation des services lorsqu'approprié. 2005, c. 32, a. 48.

Article 99.8 : Une instance locale doit recourir à différents modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus. Elle doit rendre compte de l'application du présent article dans une section particulière du rapport annuel de gestion. 2005, c. 32, a. 48; 2011, c. 15, a. 3.

