

**ÉTUDE DES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SERVICES DE
SANTÉ POUR LES REQUÉRANTS DU STATUT DE RÉFUGIÉ À
MONTRÉAL ET DANS L'AGGLOMÉRATION DE LONGUEUIL**

**RAPPORT DE FIN DE STAGE DE MAÎTRISE EN
SANTÉ PUBLIQUE – OPTION SANTÉ MONDIALE**

LIEU DU STAGE : ACCESSS

ÉTUDIANTE : ABALOVI KRYSTELLE-MARIE

MATRICULE #1018023

Travail présenté

Aux superviseuses du stage :

Madame Adina Ungureanu

Madame Béatrice Godard

Aux professeurs de l'ESPUM :

Madame Mira Jorhi

Monsieur Bernard Simon Leclerc

Ce Samedi 09 Janvier 2021



TABLE DES MATIÈRES

I.	Résumé	2
II.	Introduction	3
III.	Description de l'enjeu de santé publique.....	5
IV.	Le contexte de dispensation des soins: l'organisation des services de première ligne au Québec	7
V.	Synthèse critique d'écrits sur les barrières d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile au Canada; et sur les trajectoires de soins	8
VI.	Démarche de l'étude.....	10
VII.	Principaux résultats	14
VIII.	Conclusion.....	23
IX.	Bibliographie.....	24
X.	Annexe	26

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement les personnes suivantes sans qui ce rapport n'aurait pas pu se faire :

Mes superviseuses de stage Madame Adina Ungureanu et Madame Béatrice Godard;

Le Directeur d'ACCESSS M. Jérôme Di Giovanni;

L'ensemble des intervenants qui ont accepté de participer aux entrevues;

M. Cyrille Soh Fotsing, mon collègue à ACCESSS;

L'ensemble de mes professeurs à l'ESPUM pour leurs précieux enseignements durant cette maîtrise;

Et finalement les membres de ma famille, pour leur soutien incommensurable!

Un grand merci!

I. Résumé

Depuis 2017, Montréal accueille, chaque année, plus du tiers de l'ensemble des nouveaux demandeurs d'asile au Canada. Cela représente plus de 20 000 demandeurs d'asile annuellement. Certains d'entre eux se déplacent ensuite en Montérégie, particulièrement dans les cinq villes de l'agglomération de Longueuil et dans la ville St-Hyacinthe, où ils commencent à avoir une importance statistique. Au cours de leur séjour en tant que demandeurs d'asile sur leur terre d'accueil, ils auront des besoins de santé. Ces besoins devraient être comblés au même titre que la population générale compte tenu de la large couverture médicale fédérale dont ils disposent : le PFSI. Toutefois, historiquement, les demandeurs d'asile ont toujours eu des difficultés d'accès aux soins de santé, notamment en raison de coupures budgétaires appliquées à leur assurance médicale entre 2012 et 2016. Or, depuis la restauration du PFSI en 2016, très peu d'études scientifiques ont exploré en profondeur les barrières persistantes. Considérant leur nombre important et la vulnérabilité de la santé des demandeurs d'asile en raison de leur parcours pré, péri et post migratoire, la coalition ACCESSS a souhaité que le présent stage consiste en une étude des barrières d'accès aux soins de santé pour cette population à Montréal et dans l'agglomération de Longueuil. Le second objectif du stage était de tracer les trajectoires de soins des demandeurs d'asile dans ces deux régions du Québec. Ultimement, des pistes d'action étaient attendues par la coalition. Pour atteindre ces objectifs, une méthode de recherche qualitative fut appliquée. Huit entretiens semi-dirigés furent conduits auprès de sept intervenants œuvrant pour la santé et / ou l'accès aux soins demandeurs d'asile. Un codage déductif, basé sur le cadre conceptuel des *barrières d'accès aux soins de santé pour les populations vulnérables* fut ensuite réalisé. Ces entretiens ont également permis de tracer la trajectoire de soins en santé mentale pour les demandeurs d'asile à Montréal; ainsi que les trajectoires de soins pour les maladies chroniques et les soins ponctuels en médecine générale à Montréal et dans l'agglomération de Longueuil. Le présent rapport fait état des principaux résultats de l'étude. Les répondants ont souligné le manque de professionnels de la santé inscrits pour donner des soins aux demandeurs d'asile, le manque de connaissance, chez certains demandeurs d'asile, des services auxquels ils ont droit, la méconnaissance du français ou de l'anglais, l'absence de financement pour des services d'interprétiariat dans les cliniques privées subventionnées par l'état, les documents en santé à l'intention des demandeurs d'asile non traduits, les bris de couverture médicale, la restriction d'accès à la médecine familiale pour les demandeurs d'asile au Québec et, dans le quartier de Parc-Extension à Montréal, la désinformation frauduleuse perpétrée par certains résidents. Finalement, l'agglomération de Longueuil s'est avérée très peu préparée à répondre aux besoins en santé de cette population qui se tourne alors vers les urgences médicales ou vers Montréal. Compte tenu de ces résultats, plusieurs pistes d'action sont soumises à ACCESSS et sont de l'ordre de la sensibilisation, de la traduction documentaire, de la transmission d'information et de la revendication. Finalement, cette étude peut être poursuivie en interrogeant des demandeurs d'asile.

II. Introduction

Selon l'article 96 du chapitre 27 de la loi canadienne sur l'immigration et la protection des réfugiés, une personne peut légitimement demander l'asile si elle « craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques. » (1) Cet article est calqué sur la formulation de la **convention relative au statut des réfugiés (convention de Genève de 1951)**. Outre celle-ci, le Canada est également signataire de la **convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants**. Elle implique la lutte contre de tels traitements sur son sol et l'interdiction de renvoyer une personne dans un pays où il en serait victime (2). Cela signifie pour le pays, la responsabilité de reconnaître une personne dans une de ces situations si elle se présente à lui et d'assurer sa réinstallation en territoire canadien.

Au Canada, le processus de la demande d'asile dure un **minimum de 2 ans**. En premier lieu, une personne peut demander l'asile à un poste frontalier dès son entrée au pays. La demande d'asile peut également être faite de l'intérieur du pays, à un bureau d'Immigration, Réfugié et Citoyenneté Canada (IRCC), par exemple par un étudiant étranger en fin d'étude dont le pays serait aux prises avec des conflits armés. Une fois les documents primordiaux soumis et la demande jugée recevable, la personne sera convoquée à son audience au bout d'environ 24 mois. Pendant ce temps, le demandeur d'asile et son conseiller (avocat ou consultants en immigration) prépareront toutes les preuves nécessaires pour défendre la cause. Ils seront ultimement convoqués à une audience de plusieurs heures à la suite de laquelle un commissaire de la Section de la Protection des Réfugiés (SPR) rendra sa décision. Si l'asile est refusé, les recours suivants seraient possibles, successivement, après chaque rejet : l'appel d'un second jugement auprès de la Section d'Appel des Réfugiés (SAR), une demande de révision de la décision présentée par un avocat à la cour fédérale du Canada, l'Examen des Risques Avant Renvoi (ERAR) pour s'assurer que la personne ne soit pas renvoyée dans un pays peu sûr ; et en dernier recours, la demande de résidence permanente sous considération humanitaire (ne tient pas compte des raisons de la demande d'asile, mais de l'intégration de la personne au Canada ou encore de l'intérêt de tout enfant touché par la demande). (3)

Il s'agit donc d'un processus exigeant, pouvant être très long et durant lequel toute erreur dans la transmission des documents ou dans les délais, par le demandeur d'asile ou son conseiller, pourrait nuire à la demande. D'autre part, lorsque la demande d'asile est acceptée, **la personne doit immédiatement enclencher la procédure de demande du Certificat de Sélection du Québec (CSQ), de demande de la carte d'assurance maladie et de la résidence permanente (3).** En effet, le demandeur d'asile est couvert par une assurance maladie financée par le gouvernement fédéral (le PFSI) jusqu'à son renvoi ou jusqu'à **3 mois après son acceptation (4).**

Concernant la **couverture médicale des demandeurs d'asile**, depuis 1957, le gouvernement fédéral canadien a mis en place le PFSI (Programme Fédéral de Santé Intérimaire), qui constitue la couverture médicale des demandeurs d'asile, des réfugiés (avant l'obtention de leur carte d'assurance maladie provinciale) ou encore des victimes de la traite des personnes (5). Le PFSI est administré aujourd'hui, pour le gouvernement, par une compagnie privée : la Croix Bleue Medavie (CBM). Il est similaire à la couverture médicale des prestataires de l'aide sociale au Québec et inclut une couverture médicale de base, couverture des soins dentaires d'urgences, de certains soins de la vue et couverture des médicaments, de séances de psychothérapie, de physiothérapie et autres services de réadaptation et de certaines fournitures médicales sur ordonnance seulement. Il couvre finalement l'Examen Médicale aux fins d'Immigration (EMI) qui est conditionnel à l'obtention de leur permis de travail (4). Cette large couverture médicale a toutefois connu des coupures de 2012 à 2016, dans l'optique d'éviter que certaines personnes ne profitent de la générosité des canadiens (5). Le résultat fut notamment une limitation extrême de l'accès aux soins pour cette population, limitation jugée « cruelle et inusitée » par la cour fédérale canadienne en 2014, notamment parce qu'elle pouvait coûter la santé et la vie à des enfants (5). Cette année-là, le PFSI fut restitué partiellement avant de l'être entièrement depuis 2016. D'autre part, si la couverture est maintenant enviable en théorie, **elle ne garantit pas l'accès aux soins sur le terrain**. Les barrières d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile, comme l'a montrée notre revue de littérature, ont toujours existé, avec ou sans coupure de leur couverture médicale. Elle a également montré que peu d'études scientifiques se sont penchées sur les barrières persistantes depuis la restauration complète du PFSI.

Or, la coalition ACCESSS (Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux) reçoit fréquemment des plaintes suggérant que le droit aux soins des demandeurs d'asile, conféré par leur couverture médicale, n'est pas respecté. La situation serait critique notamment à Montréal où arrivent plus du tiers des demandeurs d'asile de l'ensemble du Canada chaque année (6, 7); et dans l'agglomération de Longueuil (en Montérégie), où l'importance statistique des demandeurs d'asile est un phénomène récent. Ainsi, les objectifs de ce stage étaient de 1- décrire les difficultés d'accès aux services de santé qui persistent pour cette population à Montréal et dans l'Agglomération de Longueuil, depuis la restauration du PFSI en 2016 ; et 2- de tracer les trajectoires de soins vécues par les demandeurs d'asile dans ces deux régions du Québec. Le but était d'émettre des recommandations à ACCESSS qui souhaite effectuer des revendications et des actions afin de favoriser un meilleur accès aux services aux demandeurs d'asile sur le territoire québécois. Ainsi, les productions attendues à la fin du stage sont un rapport ainsi qu'une note de politique. Le présent rapport présentera une synthèse critique de la littérature sur le sujet, la méthodologie utilisée pour répondre à ces questions, les principaux résultats ainsi que les points à considérer émis à l'intention d'ACCESSS. Mais avant, analysons l'enjeu auquel nous faisons face.

III. Description de l'enjeu de santé publique

À l'échelle mondiale, la citation suivante de M. Filippo Grandi, haut-commissaire des Nations Unies pour les réfugiés, illustre la situation actuelle concernant les migrations forcées : « *Nous assistons à un changement de réalité où les déplacements forcés sont à la fois beaucoup plus fréquents, et où le phénomène n'est plus à court-terme et transitoire [...] »* (8) En effet, à la fin de l'année 2019, l'on dénombrait 79,5 millions de personnes déracinées de force dans le monde. De ce nombre, 45,7 millions étaient déplacées à l'intérieur de leur pays, 26 millions avait un statut de réfugié dans un autre pays et **4,2 millions étaient requérant de ce statut de réfugié** (demandeurs d'asile). Il est également important de noter que 85% de ces personnes déracinées trouvaient refuge dans des **pays en développement**. 80% étaient, de fait, dans des territoires aux prises avec des pénuries alimentaires. (8) Ces chiffres montrent l'ampleur du phénomène mais également que les pays développés ne sont pas les terres d'accueil principales de cette population.

Au niveau local, le Canada accueillait de 2010 à 2016, entre 10 000 et 25 000 demandeurs d'asile par année. **Depuis 2017** toutefois, ce nombre varie entre 50 000 et 64 000 demandeurs d'asile (7). Cela s'explique par l'augmentation des déplacements forcés à travers le monde (8), le discours et les mesures dissuasives du gouvernement américain voisin envers les demandeurs d'asile et, inversement, l'ouverture du gouvernement canadien. Ce phénomène politique régional a en effet entraîné une augmentation du nombre de demandeurs d'asile irréguliers (non pas illégaux) en provenance des États-Unis (9). Conséquemment, au Québec, cette augmentation importante a également été constatée. Les nouvelles demandes d'asile traitées au Québec chaque année, qui variaient entre 2, 500 et 5, 500 avant 2017, sont passées à 25 500 en 2017, 29 000 en 2018 et 31 000 en 2019 (7). **Et la grande majorité des demandeurs d'asile au Québec s'installent à Montréal. Depuis 2017, chaque année, c'est le cas pour plus de 20, 000 demandeurs d'asile (1/3 de l'ensemble des demandes annuelles au Canada)** (6). Aussi, la **proportion d'enfant de 0 à 12 ans parmi les demandeurs d'asile montréalais est importante. En 2018, 27% d'entre eux appartenaient à cette tranche d'âge** (contre 14% dans la population générale montréalaise en 2016) (6). L'année 2020 fit toutefois exception à cette nouvelle réalité du Québec ; la pandémie de la COVID-19 ayant entraîné la fermeture des frontières et donc la réduction considérable de l'arrivée de migrants vulnérables au Québec. Entre le 1^{er} Janvier et le 31 Octobre 2020, il y a eu 8970 nouvelles demandes d'asile dans la province (10). Mais ces statistiques montrent bien que Montréal a une forte population de demandeurs d'asile d'autant plus qu'un demandeur d'asile a ce statut pendant au moins 2 ans.

Concernant la Montérégie, les acteurs locaux attribuent le phénomène de l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile dans la région au besoin d'employés et à la crise du logement à Montréal (entrevues).

Ils commencent leur parcours à Montréal puis certains se déplacent vers la Montérégie, particulièrement **dans l'agglomération de Longueuil qui compte 5 villes et dans la ville de St-Hyacinthe. Selon différentes sources, il y a environ 3, 000 demandeurs d'asile résident présentement en Montérégie.**

Maintenant que nous connaissons l'importance de leur population à Montréal et en Montérégie, il faut savoir que certains facteurs socioéconomiques peuvent avoir un impact sur leur santé. Par exemple, la langue parlée. Au cours des quatre dernières années, les demandeurs d'asile résidant à Montréal provenaient majoritairement de l'Inde, du Mexique, du Nigéria et d'Haïti (6). En 2018, **23% d'entre eux ne parlaient ni le français ni l'anglais au moment de leur demande**, ce qui est limitant pour la communication et donc pour l'accès aux services de santé entre autres (6, 11). Les données sur la proportion des demandeurs d'asile toujours allophones quelques mois ou années après le dépôt de la demande d'asile n'ont toutefois pas été trouvées. D'autre part, les demandeurs d'asile, notamment ceux qui sont seuls (sans famille), peuvent être dans des situations financières difficiles. Un rapport de la Direction Régional de Santé Publique de Montréal (DRSPM) indique que **49% des demandeurs d'asile adultes prestataires de l'aide sociale en 2019 étaient des personnes seules (6). 26% étaient des couples avec enfants.** Or, le revenu est un déterminant de la santé physique et mentale puisque la pauvreté est associée notamment au stress, à l'inaccessibilité de mécanismes d'adaptation efficace à ce stress, à l'insécurité alimentaire ou encore à l'hypertension (12, 13). Il s'agit également d'un cercle vicieux puisqu'un mauvais état de santé peut à son tour entraîner des heures de travail perdues une baisse des revenus (13).

À ce propos, concernant la santé des demandeurs d'asile, le rapport de la DRSPM sur le sujet précise bien que peu de données sont disponibles. L'hypertension, le diabète ainsi que les troubles anxieux et dépressifs font partie des diagnostics les plus fréquents. (6)

Nous savons également que plusieurs facteurs pré, péri et post migratoires peuvent engendrer une précarisation de l'état de santé des demandeurs d'asile (14). En effet, selon leur histoire, ils auront vécu avant leur départ, peur, anxiété, drames, famine ou autres formes d'expériences traumatisantes. Des symptômes physiques et psychologiques comme des troubles du sommeil, une fatigue intense, de l'anxiété peuvent alors apparaître. Ensuite, le voyage vers la nouvelle terre d'accueil peut être pavé de dangers et d'incertitude (malnutrition, insécurité, instabilité) pouvant fragiliser davantage leur santé et les appauvrir. Finalement, dans le nouveau pays d'accueil, ils devront s'intégrer linguistiquement, professionnellement, voir à l'intégration de leurs enfants s'il y a lieu ou encore vivre avec l'incertitude d'être accepté définitivement ou pas. Sachant qu'ils auront été exposés longtemps à l'adversité, l'accueil sur la nouvelle terre sera déterminant pour leur état de santé, pouvant accentuer ou prévenir des traumatismes sur le long terme. (14)

Ainsi, compte tenu donc de leur nombre important ces dernières années, de la durée de leur processus d'immigration avec ce statut (plusieurs années) et des nombreux facteurs pouvant porter préjudice à leur état physique et mentale, il est important de se pencher sur la question des barrières d'accès aux soins qui existent et qui pourraient précariser davantage leur santé.

IV. Le contexte de dispensation des soins : l'organisation des services de première ligne au Québec

Lorsque malade, une personne au Québec pourra se diriger, selon ces besoins, vers son Centre Local de Services Communautaires (CLSC), une pharmacie de quartier, un Groupe de Médecine Familiale (GMF), un Groupe de Médecine Familiale Universitaire (GMF-U), un Groupe de Médecine Familiale Réseau (GMF-R), une clinique médicale de médecins de famille autre que du type GMF ou vers des institutions médicales d'autres spécialités (ex : clinique dentaires, centres de réadaptation, etc.) (15). Ces services font partie de la première ligne médicale. Elle pourra également se rendre aux urgences des centres hospitaliers en cas de problème grave (2^e ligne médicale) ou, malheureusement, si elle n'a pas eu accès aux soins de première ligne.

Un GMF est un regroupement d'omnipraticiens travaillant étroitement avec d'autres professionnels de la santé et qui offrent des soins de première ligne à une population inscrite à l'un de leurs noms et dont ils sont les médecins de famille. Un GMF-U a simplement une mission de formation d'étudiants du domaine de la santé en plus. Le GMF-R quant à lui est plus équipé qu'un GMF, peut traiter des cas semi-urgents ou urgents simple et peut recevoir des patients **inscrits ou non auprès de l'un des médecins de la clinique** (16). L'ensemble de ces cliniques portant l'appellation de GMF sont privées mais **reçoivent du financement gouvernemental pour leur fonctionnement** (17). Et pour favoriser la prise en charge de la population Québécoise, des critères de performance ont été établis pour ces cliniques et pour les omnipraticiens ayant souscrit à l'entente générale entre la fédération des omnipraticiens du Québec et le ministère de la santé et des services sociaux (17, 18).

Parmi ces critères figure un nombre minimal (quota) de patients devant être inscrits et suivi assidument par chaque omnipraticien. Ces précisions sont importantes pour comprendre la barrière majeure d'accès aux omnipraticiens pour les demandeurs d'asile, énoncée par presque tous nos répondants.

En ce qui concerne les CLSC, ils ont pour mission d'offrir à la population de leurs territoires respectifs, des services de santé et sociaux « courants » en prévention, soins, réadaptation ou réinsertion (15). On parle notamment de vaccination, prélèvements sanguins, dépistage des ITSS, de la tuberculose, soins de plaies,

etc. Ces services peuvent varier d'un CLSC à un autre, selon les besoins de la population du territoire (19). Mais surtout, ils sont accessibles aux demandeurs d'asile.

Finalement le Guichet d'Accès en Santé Mentale (GASM) qui a vu le jour dans le Plan d'Action en Santé Mentale de 2005-2010, a été conçu pour être la porte d'accès principale aux services en santé mentale de la province. Le GASM a pour objectif de garantir l'accès et la continuité des soins en santé mentale pour la population (20). Toutefois, plusieurs organismes communautaires offrent diverses formes de soutien, spécialisées ou non, en santé mentale (21). Selon leurs critères d'admission, les demandeurs d'asile pourraient également bénéficier de leurs services. L'inscription au GASM se fait par les CLSC et donc, devrait également être accessible aux demandeurs d'asile.

Étant donné la multitude d'informations à connaître, les demandeurs d'asile qui le souhaitent auront les renseignements dont ils ont besoin concernant l'organisation du système de santé au Québec auprès du PRAIDA, le Programme Régional d'Accueil et d'Intégration des Demandeurs d'Asile. À travers ce programme, ils auront également accès à l'hébergement temporaire à leur arrivée, l'information sur leurs droits en matière de santé et de services sociaux, une première évaluation de leur état de santé par des infirmières cliniciennes et des travailleurs sociaux (basée sur leurs déclarations), du référencement vers les services de santé pertinents et plusieurs autres services d'ordre sociaux et juridiques (3).

V. Synthèse critiques d'écrits sur les barrières d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile au Canada et au Québec; et sur les trajectoires de soins.

Avant 2012, période durant laquelle le PFSI était sous sa forme complète, plusieurs études se penchaient déjà sur les barrières d'accès aux services de santé pour les demandeurs d'asile et les réfugiés dans différentes régions du Canada. Ainsi, à Hamilton en Ontario, la complexité de leur historique médicale, de leurs besoins en santé, de leur assurance maladie, ainsi que la barrière de la langue constituaient, pour les professionnels de la santé, autant de motifs de refus de les recevoir (22). Toujours à Hamilton, une seconde étude a révélé que ce refus d'accepter le PFSI se produisait même dans le cas de mères se présentant avec un enfant malade. Cette expérience était alors perçue par certaines d'entre elles comme du racisme à leur égard (23). Cette même barrière fut citée au Nouveau Brunswick et au Québec (24, 25). Les mêmes raisons étaient évoquées soient la méconnaissance du PFSI par les professionnels ou les procédures administratives trop lourdes. Au Nouveau Brunswick, il était souligné qu'en raison de cette difficulté, les personnes couvertes par le PFSI se dirigeaient par conséquent dans vers des salles d'urgences (24). D'autres part, à Hamilton, il fut constaté que parfois, les personnes couvertes par le PFSI elles-mêmes ne connaissaient pas leur assurance médicale, ce qui pouvait s'expliquer par la quantité de papiers et d'informations dont elles étaient submergées à leur arrivée (22). Finalement, une difficulté additionnelle

pour les patients ayant un long historique médical était de devoir le répéter à chaque nouveau rendez-vous, dans un contexte où peu d'omnipraticiens acceptaient d'être leurs médecins de famille (22).

De 2012 à 2016, les écrits sur le sujet relataient principalement les nouvelles barrières dues aux coupures fédérales dans le PFSI. Ces coupures n'étaient pas uniformes. Elles variaient selon différentes catégories de personnes couvertes par le PFSI, ce qui rendait la compréhension de la couverture beaucoup plus complexe (5). À titre indicatif, les soins dentaires d'urgences n'étaient plus couverts que pour les réfugiés parrainés par le gouvernement. À Montréal notamment, il en a résulté l'observation d'une incohérence sur la compréhension de la couverture entre le personnel clinique d'un milieu de santé à l'autre; mais aussi entre les milieux de santé et l'information reçue de l'immigration. Ceci a entraîné souvent de la désinformation chez plusieurs demandeurs d'asile qui ne connaissaient plus leurs droits en matière de services de santé et avait donc tendance à accepter simplement les refus d'être soignés (26). De plus, pour compenser les coupures, le gouvernement du Québec finançait la différence. Mais par incompréhension, des demandeurs d'asile se voyaient demander de payer des soins couverts ou se les faisait refuser. D'autre part, le motif de ces coupures exprimés par les dirigeants, soit de limiter l'abus du système de santé canadien, ont constitué un discours politique négatif (5). Par conséquent, cela a entraîné, pour plusieurs demandeurs d'asile à Montréal, des sentiments de stigmatisation et de discrimination lorsqu'ils faisaient face à certaines barrières d'accès aux soins (longs délais d'attente, refus d'accepter le PFSI). Certains ont déclaré ne pas avoir le courage de demander des soins (26). Finalement, dans la métropole, on observait durant cette période le refus de donner des services de santé pour des enfants malades ou des demandes de paiement pour les soigner en raison (27). Dans la littérature, cette période de coupures budgétaires appliquées au PFSI a été étudiée intensivement étudiée, dans le champ des barrières d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile au Canada. Et il y a lieu de se demander ce qu'il est advenu de ces barrières depuis la restauration complète du PFSI en 2016.

L'on remarque que les difficultés d'accès aux services de santé pour cette population après 2016 sont moins présentes dans la littérature scientifique. Elles sont surtout expliquées dans de brefs rapports, présentations orales ou études qui n'appliquent pas de méthodologie qualitative ou quantitative (28, 29, 30). Les documents recensés adressent la situation au Québec et les barrières qui y sont expliquées sont essentiellement le faible nombre de professionnel de la santé inscrit pour donner des soins aux demandeurs d'asile, la restriction d'accès à médecine familiale au Québec et la barrière linguistique. Lors du présent stage, une méthodologie qualitative a été appliquée afin de compléter ces connaissances et décrire de manière approfondie les barrières persistantes, à Montréal et dans l'agglomération de Longueuil.

Finalement, concernant les trajectoires de soins, une étude traçant une trajectoire de soins pour les demandeurs d'asile à Montréal a été trouvée. La trajectoire tracée était celle de l'accès aux soins dentaires

pour les réfugiés et les demandeurs d’asile à Montréal en 2015-2016; donc lors de la période de coupures appliquées au PFSI (31). Cette étude a permis d’avoir un modèle graphique de trajectoire de soins, modèle qui a inspiré la réalisation des trajectoires lors du présent projet de stage. Quant à la méthode de collecte d’informations sur les trajectoires de soins, le guide du CIUSSS de l’Estrie fut le document de référence. Il décrit la trajectoire de soins comme : « une succession d’étapes interdépendantes, cliniques ou administratives, à travers des lieux et des installations (dont celles des partenaires) que parcourt l’usager à l’occasion d’un ou de plusieurs épisodes de soins et services et visant des résultats pour répondre, au final, à son ou ses besoins. » (32) La trajectoire peut alors constituer un outil de communication favorisant l’organisation des services de santé pour des groupes d’usagers et la prise de décisions. Ainsi, cet outil était suggéré par des acteurs de la santé et des services sociaux de Parc-Extension, pour améliorer les services de santé lors d’enjeux de santé complexes nécessitant la concertation de plusieurs parties prenantes (19).

VI. Démarche de l’étude

Le choix des répondants : Pour répondre aux objectifs de l’étude, deux méthodes de collectes de données étaient initialement prévues : six entretiens semi-dirigés avec des intervenants œuvrant pour la santé des demandeurs d’asile résidant à Montréal et dans l’agglomération de Longueuil; ainsi qu’un groupe de discussion avec des demandeurs d’asile résidant à Montréal. En raison de la pandémie, ces derniers furent très difficiles rejoindre dans les délais de l’étude de sorte que le groupe de discussion n’a pu avoir lieu. Finalement, huit entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec sept intervenants, l’un deux ayant été interviewé à deux reprises. La durée du stage fut déterminante pour le nombre d’entretiens réalisables. Quant au choix des répondants, il fut effectué dès le début de l’étude par ACCESSS par ma superviseure de stage à la coalition. En effet, du fait de ses mandats, ACCESSS collabore avec un nombre important d’acteurs du domaine de la santé des immigrants au Québec. Elle était donc bien placée pour identifier ceux qui avaient une expertise sur la question des demandeurs d’asile. Leurs caractéristiques sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques des intervenants interviewés

Genre	Champ de pratique	Territoires couverts dans leurs fonctions
Femmes (4)	Organisation communautaire (3)	Province de Québec (2)
Hommes (3)	Médecine (2)	Montréal et plus* (2)
	Travail social (1)	Montréal (1)
	Programme gouvernemental (1)	Montréal (1)

*Montréal et plus : intervenants recevant essentiellement des demandeurs d’asile de Montréal mais aussi d’autres régions du Québec en raison de la rareté ou de la popularité du service qu’ils offrent.

La revue de littérature : En préparation à l'étude, une revue de littérature a été réalisée pour : comprendre le fonctionnement du Programme Fédéral de Santé Intérimaire; obtenir les statistiques démographiques et sanitaires sur les requérants du statut de réfugié au Québec; recenser les barrières locales connues qui entravent leur accès aux services de santé; et finalement, pour comprendre ce qu'est une trajectoire de soins de santé. À cet effet, la stratégie de recherche documentaire suivante a été appliquée.

Tout d'abord, une lecture approfondie du site d'*Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC)* sur le PFSI et du site de la *Croix Bleue Medavie* ont permis d'avoir de l'information officielle et détaillée sur le programme; notamment sur les critères d'admissibilité au PFSI, le détail des services de santé couverts, les modalités d'inscriptions pour les clients et pour les fournisseurs de services et enfin, pour ses derniers, les modalités de facturation pour recevoir leurs paiements. Un modèle logique du programme a ensuite été conçu pour résumer toutes ces informations. Ce format particulier a été choisi puisqu'il permet d'avoir une vue d'ensemble structurée des ressources mobilisées, des activités nécessaires et des résultats attendues par le programme. Pour cette étude, cela assurait la compréhension des éléments qui pourraient potentiellement être identifiés comme problématique par nos répondants. Puis, le site de l'IRCC ainsi qu'un rapport de la Direction Régional de Santé Publique de Montréal (DRSPM) ont été les sources de données sur les statistiques démographiques et sanitaires portant sur les demandeurs d'asile. Les statistiques sanitaires, peu disponibles, provenaient exclusivement du bref rapport de la DRSPM.

Ensuite, les articles scientifiques portant sur les barrières d'accès aux services de santé pour les requérants du statut de réfugié au Canada ont été identifiés. Premièrement, la bibliographie d'une thèse sur le sujet par Antonipillai Valentina a été analysée pour recenser des articles pertinents. Puis l'équation de recherche suivante a été utilisée dans les bases de données spécialisées Web of Science, Embase, CINAHL et PUBMED : ((*Access OR Accessibility OR Availability OR Health services accessibility OR Barrier OR Barriers*) AND (*Health services OR health care OR healthcare*) AND (*Asylum seekers OR Refugee Claimants*) AND (*Health coverage OR Healthcare coverage OR Health care reform OR Healthcare insurance OR Health policy OR Insurance OR Coverage OR healthcare reform OR Health insurance coverage OR insurance coverage OR "Interim federal health program"*) AND (*Canada OR Quebec OR Montreal OR Montérégie OR Longueil*)). Cette équation a été rédigée avec l'aide de la bibliothécaire de santé publique de l'université de Montréal. 27 articles ont été identifiés comme répondants aux critères de notre équation. Et notons que les études sur le sujet menées dans les provinces canadiennes autres que le Québec ont également été considérées à titre informatives. En effet, le PFSI est un programme fédéral, identique partout au Canada et certaines barrières d'accès propres au programme lui-même peuvent être les mêmes partout. D'autre part, la littérature grise a également été scrutée. Elle se composait essentiellement de rapports d'instances spécialistes de la question des demandeurs d'asile à savoir le PRAIDA, le Centre

d'Expertise sur les Réfugiés et les Demandeurs d'Asile (CERDA), l'Institut Universitaire SHERPA et la Table de Concertation des organismes au service des personnes Réfugiées et Immigrantes (TCRI). Cinq rapports ont ainsi été répertoriés et ont fourni de l'information sommaire sur les barrières d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile au Québec et sur l'impact de l'actuelle pandémie de la COVID-19 sur ces derniers. Des webinaires du CERDA et du PRAIDA, déjà disponibles ou suivis durant le stage, ont également été utiles pour comprendre le parcours migratoire des demandeurs d'asile et pour avoir un aperçu des barrières d'accès aux soins connues.

Concernant les trajectoires de soins, le document de référence utilisé fut le « Guide de pratiques sur l'animation des trajectoires de soins et services » du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l'Estrie.

Finalement, lors de nos entrevues, il s'est avéré que plusieurs barrières d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile étaient en lien avec des aspects très spécifiques de l'organisation du système de santé au Québec. Les sites du ministère de la santé et des services sociaux et de l'assemblée nationale du Québec ont alors été consultés pour mieux comprendre, respectivement, cette organisation ainsi que les aspects de la loi qui la régit et qui sont restrictifs pour les demandeurs d'asile.

L'évaluation éthique : Du fait que notre étude n'était pas un projet de recherche, l'approbation d'un comité d'éthique n'était pas nécessaire. Toutefois, une évaluation éthique à l'interne l'était, d'autant plus que nous prévoyions d'aborder une population vulnérable. Suite à cette évaluation, les valeurs éthiques jugées importantes furent : **l'égalité** (une relation d'égal à égal entre l'interviewer et le demandeur d'asile), la **transparence**, la **liberté**, la **Confidentialité**, la **non-malfaisance** et le **respect**. Les mesures adoptées pour assurer le respect de ces valeurs éthiques furent 1. d'exprimer aux participants la valeur des informations / expériences qu'ils partagent avec nous dans le cadre de l'étude; 2. de mettre en place une procédure de consentement libre et éclairé, avec une possibilité de consentement oral consigné pour les demandeurs d'asile; de demander également l'autorisation d'enregistrer les entretiens en tout ou partie; 3. d'expliquer que l'enregistrement sera détruit dès la fin de l'évaluation ou à tout moment sur demande d'un participant qui désire se retirer de l'étude; 4. d'expliquer que les transcriptions seront anonymes; 5. d'expliquer la possibilité de se retirer de l'évaluation en tout temps avant le dépôt du rapport, sans risque de subir des représailles ou préjudices quelconques; 6. d'expliquer aux participants demandeurs d'asile qu'un refus de participer n'aura aucun effet sur leur accès aux services; 7. d'expliquer aux participants demandeurs d'asile qu'ils n'auront pas d'avantage personnel à participer à l'évaluation pour ne pas créer d'attente d'avantages matériels, juridiques ou autres; 8. d'éviter de recueillir des données potentiellement incriminantes; 9. d'anonymiser complètement les informations après les avoir recueillies; 10. d'expliquer les limites de la confidentialité lorsque des situations d'abus, d'exploitation ou d'automutilation sont

révélées par les participants; 11. d'expliquer aux participants comment ils pourront obtenir les résultats de l'évaluation et s'assurer qu'ils soient compréhensibles pour eux; et 12. de donner la possibilité aux participants demandeurs d'asile de nous contacter individuellement pour partager des informations qu'ils n'ont pas voulu partager lors du groupe de discussion. Ces mesures furent inspirées en partie du document intitulé « *Considérations en matière d'éthique de la recherche auprès de personnes en situation de migration forcée* » (33).

Le cadre conceptuel : Pour guider l'élaboration de la grille d'entrevue, du guide de discussion de discussion avec les demandeurs d'asile ainsi que l'analyse du corpus de données qualitatives, une adaptation du cadre conceptuel nommé « **modèle des barrières d'accès aux soins de santé pour les populations vulnérables** » a été utilisée (34). Ce dernier classe les barrières d'accès aux soins en barrières financières, structurelles et cognitives comme le « modèle des barrières d'accès aux soins de santé » dont il est dérivé; mais il tient compte également des barrières psychologiques que les auteurs ont observés chez les personnes issues de populations vulnérables. Ces barrières psychologiques sont la méfiance, le désespoir, la peur et l'anxiété.

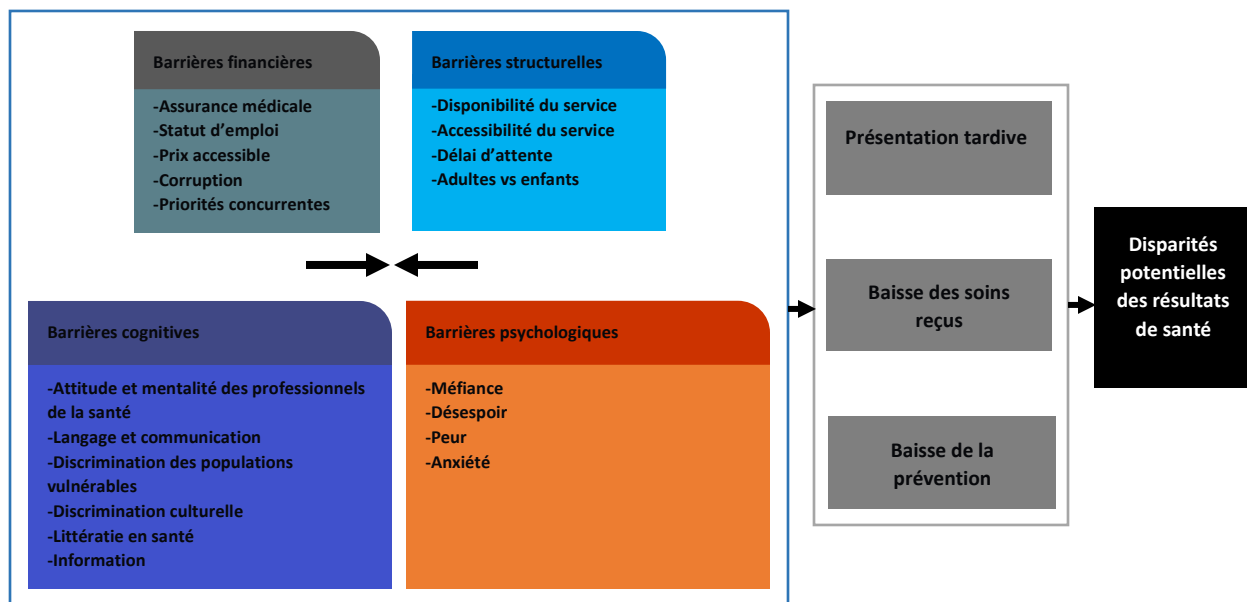


Figure 1 : Modèle des barrières d'accès aux soins de santé pour les populations vulnérables

Entretiens semi-dirigés et analyse des données : Les questions d'entretien ont été formulées à partir de questions spécifiques pour lesquelles ACCESSSS voulait des réponses et des questions couramment posées dans les études sur les barrières d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile. Puis ont été ajoutées des questions sur leurs trajectoires de soins, sur les barrières spécifiques au genre et sur les solutions envisagées par les intervenants. Les intervenants furent invités par un courriel informatif détaillé sur les

objectifs de l'étude et sur la nature de la collaboration souhaitée avec eux. Une fois l'invitation acceptée, la lettre de demande de consentement officielle leur était envoyée. Les entretiens ont duré en général une heure et furent enregistrés sur consentement des répondants. Ils furent ensuite transcrits intégralement ou partiellement selon la pertinence des sections d'entretien pour notre étude. Puis, une analyse thématique fut réalisée manuellement.

VII. Principaux résultats

a. Zoom sur certaines barrières d'accès aux soins de santé pour les demandeurs d'asile

Barrières bien connues et persistantes

Parmi les barrières connues depuis l'existence du PFSI, plusieurs répondants ont souligné la persistance du **nombre restreint de professionnels de la santé inscrits à la Croix Bleue Medavie** pour donner des soins aux demandeurs d'asile. L'inscription se faisant sur une base volontaire, cela serait dû au manque de connaissance du programme par de nombreux professionnels ou aux démarches administratives supplémentaires que cela exigerait de ces derniers. Par conséquent, un demandeur d'asile ne peut pas aller dans n'importe quelle clinique pour avoir des soins. Ce manque de connaissance du programme est parfois institutionnel. En effet, il arrive encore que certains CLSC refoulent des demandeurs d'asile.

*« Mais euh, dans la barrière d'accès aux soins aussi je dirais qu'y a aussi des fois la méconnaissance du milieu institutionnel aux droits de ces femmes-là et de ces enfants-là et des familles. Parce que nous on a plein de familles et de femmes qui sont venus en nous disant : « Eh ben non j'ai pas droit à la prise de sang au CLSC » [...] ou bien « ben non, la vaccination, j'ai pas le droit ». » - **Intervenant 6***

Ceci traduit également, au niveau des demandeurs d'asile, un manque de connaissance de leurs droits. Bien que le PRAIDA les en informe, les entrevues révèlent un trop plein d'informations pour ces derniers de sorte qu'ils ne les retiennent pas toutes.

D'autre part, la méconnaissance des langues officielles (français ou anglais) demeure, pour plusieurs demandeurs d'asile, un frein pour demander et recevoir des soins. En effet, les services d'interprétariat sont inexistants dans les cliniques privées, subventionnées par l'état (GMF (R-U)) ou non. Elles ne disposent pas de budget pour cela, comme nous l'explique l'un des intervenants :

*« Le problème dans les GMF et les GMF-R donc dans les cliniques privées, c'est qu'y a aucun budget, zéro. Le gouvernement n'a même pas conçu qu'y aurait un besoin d'interprétariat dans les cliniques privées [...] » - **Intervenant 1***

Dans les institutions publiques comme les hôpitaux ou les CLSC, un budget pour des besoins divers existe et peut servir à payer un interprète mais le personnel pourrait ne pas être sensibilisé à demander ce service.

Aussi, ne pas rédiger des documents d'information sur la santé en langues autres que le français et l'anglais représente un problème comme le traduit cet intervenant :

« Donc, il leur fournit une liste de cliniques qui sont des GMF réseau et puis la personne quitte le CLSC avec cette feuille, et puis il regarde, il peut pas lire la liste parce que c'est en anglais, français, donc il ne sait pas qu'est-ce que c'est [...] » - Intervenant 2

Barrière financière : le bris de couverture médicale

Au niveau financier, un bris de couverture médicale peut survenir lorsqu'un demandeur d'asile est accepté comme réfugié. En effet, une fois accepté, il est automatiquement admissible à la résidence permanente et doit uniquement faire les démarches administratives pour l'obtenir. Il doit également faire des démarches pour obtenir la carte d'assurance maladie provinciale (communément appelé RAMQ). Pendant ce temps, le PFSI le couvre pour trois mois post-acceptation. Passé ce délai, s'il n'a pas encore obtenu sa RAMQ, il sera sans couverture médicale. Or, les intervenants remarquent souvent cette situation et se demandent s'il s'agit d'un problème de communication. Cela pourrait être clarifié lors d'entrevues avec des demandeurs d'asile.

« Les personnes, on... On sait pas si c'est... qu'y comprennent pas l'information qui leur est remis une fois qu'elles ont été acceptées, mais y a plusieurs personnes qui savent pas qu'elle doivent faire la demande de CSQ en vue de faire la demande de RAMQ, donc, ils tardent, ils tardent, ils tardent, à moment donné ils ont un problème, ils veulent se présenter pis, là, ils se rendent compte qu'y ont aucune couverture. [...] Ça, ça peut arriver. Ça arrive fréquemment. [...] » - Intervenant 4

Barrière structurelle traduisant une non-intégration du PFSI au système de santé québécois : la restriction d'accès à la médecine familiale pour les demandeurs d'asile

L'inscription auprès d'un omnipraticien au Québec se fait soit directement auprès du médecin qui accepte de suivre un patient et d'être payé par l'assurance dont dispose ce dernier; soit par le **guichet d'accès à un médecin de famille lorsqu'on dispose d'une carte d'assurance maladie du Québec (associée à un numéro spécifique)**. Ce second mode d'attribution ne tient pas compte de la volonté du médecin. Mais dans tous les cas, une inscription ne peut être comptabilisée par le ministère de la santé et des services sociaux **que sur la base d'un numéro d'assurance maladie du Québec**. Ainsi, l'atteinte des quotas de patients, sous peine de pénalités salariales, ne tient pas compte des autres types d'assurance

maladie. Il devient donc dissuasif pour les omnipraticiens d'accepter volontairement de suivre un demandeur d'asile. **L'intervenant 1** l'explique très bien :

« Alors M. Barrette a décidé que tous les médecins devaient inscrire, avoir à [leur] charge, un minimum de patients. [...] Alors, mais, la seule façon d'inscrire un patient est avec sa carte d'as... son numéro d'assurance maladie! Si je pouvais, si n'importe quel médecin pouvait inscrire un demandeur d'asile avec son numéro de PFSI, bah y aurait pas de problème! Sauf que [...] telle n'est pas la situation! Alors [...] un jeune médecin qui commence sa pratique, on lui demande d'inscrire le plus rapidement possible 250 patients. Ben, si il prend 50 demandeurs d'asile, ça représente 0 dans sa, dans son total de 250. » -

Intervenant 1

Cependant, compte tenu du nombre considérable et croissant des demandeurs d'asile présent au Québec depuis 2016, le gouvernement Québécois a apporté une modification au système de sorte que les demandeurs d'asile puissent être considérés dans les comptes des **patients non-inscrits** des GMF-R (mais non des GMF). **L'accès en sans-rdv** pour les patients orphelins (patients qui n'ont pas de médecins de famille) dans les GMF-R leur ait donc aujourd'hui accessible. **Mais les demandeurs d'asile n'y sont pas pris en charge, ce qui est problématique dans les cas de maladies chroniques.**

*« On s'entend, le mot le dit, maladie chronique, suivi chronique, hein? Or que le système de sans rendez-vous n'est pas du tout conçu pour ça, hein? Le médecin qui fait du sans rendez-vous, c'est du débit. Il éteint les petits feux. [...] Rares sont les médecins d'un sans rendez-vous qui vont dire : « Ah! Vous êtes diabétiques? Je vais faire des prises de sang pour voir si [il] est contrôlée ou pas. » - **Intervenant 1***

Et cet intervenant nous précise que cette situation est également partagée par les québécois qui n'ont pas encore de médecin de famille. La difficulté est qu'on observe chez les demandeurs d'asile un manque de littératie médicale : de la difficulté à connaître le fonctionnement du système et à savoir que faire pour gérer leurs maladies chroniques.

*« Y a à peu près 18% des gens sur l'île de Montréal qui n'ont pas de médecin de famille. Mais parmi ces gens-là, y a des diabétiques, y a des hypertendus qui vont aller à tous les 6 à 12 mois, dans un sans rendez-vous faire checker la pression puis, prescrire leurs médicaments [...] Et c'est malheureux, c'est pas exclusif aux demandeurs d'asile. Le problème est que le demandeur d'asile ne connaît pas le système suffisamment pour se défendre. » - **Intervenant 1***

De plus, les consultations dans les GMF-R pour les demandeurs d'asile restent conditionnel à l'inscription volontaire, à la Croix Bleue Medavie, des médecins qui y travaillent. Cela complique l'accès pour les demandeurs d'asile qui doivent connaître les heures de travail des médecins qui les acceptent dans

ces cliniques. Et, les médecins peuvent toujours cesser de travailler dans la clinique ou se désinscrire de la Croix Bleue Medavie sans préavis.

« C'est comme par exemple dans un GMF-R où y a 16 médecins, mais peut-être qu'il y a juste un médecin qui travaille... qui est inscrit auprès de Medavie [...]. Alors c'est tout de jauger avec ça, pis d'essayer de trouver un rendez-vous [plage horaire] près de leur lieu de résidence le plus rapidement possible [...] » -

Intervenant 4

Cette situation est particulièrement critique dans l'agglomération de Longueuil. En effet, pour cette région qui compte 5 villes, un seul GMF-R accepte les demandeurs d'asile et ce, durant des plages horaires très restreintes et ouvertes à toute la population de patients orphelins. L'accès en est quasi-impossible pour les quelques milliers de demandeurs d'asile qui y résident.

*« [...] ils prennent seulement les 10 premières personnes dans la population générale, pas juste les demandeurs d'asile, qui arrivent avant 6h du matin, pour être vu par un médecin cette journée. Si tu arrives 11^e, même si tu es là depuis 3h du matin, [...] tu es le numéro 11, tu es renvoyé chez vous. [...] C'est la seule qui accepte le PFSI mais dans cette compétition pour euh, pour les 10 premières... tsé, ce n'est parce qu'ils sont là qu'ils vont recevoir les soins de santé. » - **Intervenant 5***

De plus, il n'existe pas de ressources qui permettent aux demandeurs d'asile d'avoir un suivi pour les maladies chroniques dans ces 5 villes que sont Boucherville, Brossard, Longueuil, Saint-Lambert et Saint-Bruno-de-Montarville. À ce propos, l'intervenant 5 nous dit :

« Bon! Ils n'arrivent même pas à avoir la première rencontre alors je ne sais pas comment ils pourraient pour avoir la deuxième, 3^e. Il n'y a pas de suivis, il y a que des urgences. »

Particularité de l'arrondissement de Parc-Extension

Des entretiens avec des répondants du quartier Parc-Extension de Montréal ont révélé une problématique sur ce territoire : une **désinformation frauduleuse** des demandeurs d'asile perpétrée par certains résidents. En effet, ceux-ci font payer les demandeurs d'asile pour avoir de l'information qui n'est pas juste, ce qui entrave leur accès aux soins.

*« Mais beaucoup de demandeurs d'asile se font dire une chose : « vous devez mémoriser cette phrase; et la phrase c'est : I need a family doctor. » Cette phrase peut être apprise par quelqu'un qui est analphabète dans sa propre langue [...] Mais, de toute façon, une personne comme ça arrive à l'accueil de mon CLSC et dit les mots-clés : I need a family doctor. En prononçant cette phrase, il se ferme la porte à plein de services parce qu'il n'a pas demandé pour une infirmière ou un travailleur social ou même est-ce qu'il existe un organisme comme PRAIDA qui pourrait m'informer. » - **Intervenant 2***

b. Les trajectoires de soins pour les maladies mentales, les maladies chroniques et soins ponctuels en médecine générale pour des demandeurs d'asile à Montréal et en Montérégie

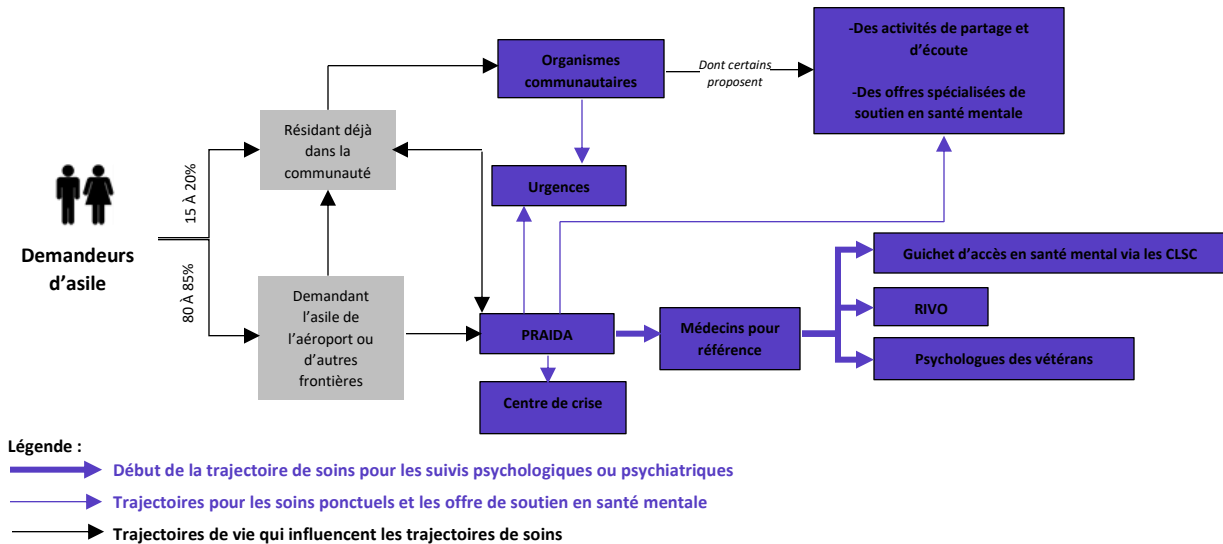


Schéma 1 : Trajectoire de soins en santé mentale pour les demandeurs d'asile à Montréal

Description de la trajectoire : 80 à 85% des demandeurs d'asile au Québec passe par le PRAIDA. Il s'agit surtout de ceux qui ont fait leur demande d'asile à la frontière par laquelle ils sont arrivés en sol québécois. Les 15 à 20% de demandeurs d'asile qui ne passent pas par le PRAIDA sont plus souvent ceux qui ont fait leur demande d'asile de l'intérieur de la communauté et qui n'ont pas entendu parler du Programme; ou encore ceux qui n'ont pas souhaité s'y rendre, peu importe d'où la demande a été faite. Lors du triage médical effectué au PRAIDA, lorsqu'un problème de santé mentale est mentionné par le demandeur d'asile, il sera orienté vers le guichet d'accès en santé mental, l'organisme RIVO-Résilience (*Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée*), ou encore vers l'un des psychologues de son répertoire qui acceptent de suivre les vétérans et les demandeurs d'asile. Les séances de psychothérapie dans ces trois cas pourront être couvertes par le PFSI à concurrence de 20 séances et sous condition d'avoir été recommandées par un médecin. La difficulté ici réside dans les délais d'attente du fait que les ressources sont de capacité limitée. Aussi, elles ne sont pas toutes spécialisées pour les personnes ayant vécu des traumatismes. Finalement, il existe des programmes communautaires de soutien en santé mentale, qui ne sont pas couverts par le PFSI mais sont à prix modiques ou gratuits.

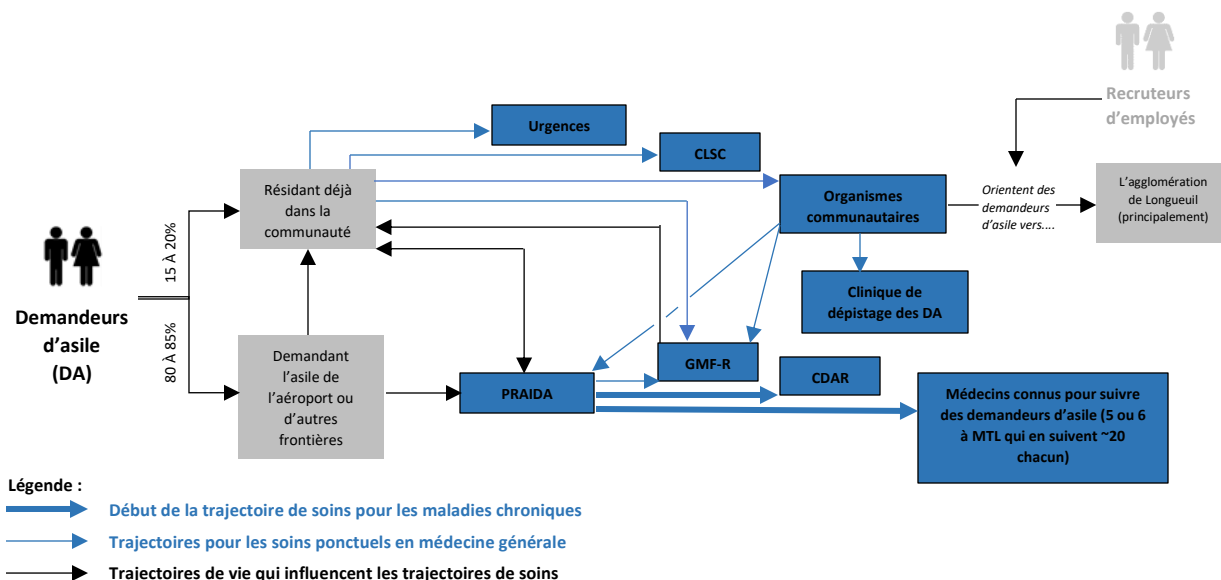


Schéma 2 : Trajectoire de soins des demandeurs d’asile, à Montréal, pour les maladies chroniques et pour les soins ponctuels en médecine générale.

Description de la trajectoire : Comme pour les soins en santé mentale, lorsqu’un problème de santé est mentionné et évalué par les infirmières du PRAIDA, le demandeur d’asile est orienté **vers un GMFR s’il s’agit d’un problème qui peut se traiter ponctuellement ou d’une maladie chronique bien contrôlée. S’il s’agit d’un cas lourd de maladie (s) chronique (s), il sera dirigé vers le CDAR (Clinique des Demandeurs d’Asile et Réfugiés) ou vers les quelques cinq ou six médecins à Montréal qui acceptent d’être médecins de famille pour quelques demandeurs d’asile chacun (une vingtaine chacun selon l’un de nos répondants médecins).** Il s’agit là des deux seuls corridors par lesquels cette population peut obtenir des soins appropriés pour des maladies chroniques. Et ces deux ressources sont également de capacité limitée.

Pour les demandeurs d’asile qui ne sont pas passés par le PRAIDA, ou pour un demandeur d’asile qui vit maintenant dans la communauté après être passé par le programme, s’ils connaissent ou se rappellent comment se rendre à un GMFR qui accepte les demandeurs d’asile, ils pourront s’y rendre au besoin. Autrement, ils sauront toujours qu’ils peuvent aller aux urgences, connaîtront peut-être le CLSC ou parleront de leurs problèmes de santé aux centres communautaires qu’ils fréquentent. Des travailleurs d’un centre communautaire bien informés pourraient les référer vers le PRAIDA ou un GMFR. La clinique CDAR n’est accessible que par référencement du PRAIDA. Mais les services du PRAIDA sont toujours accessibles aux demandeurs d’asile, jusqu’à l’obtention de leur résidence permanente ou leur déportation.

Finalement, les demandeurs d’asile arrivés à Montréal se verraient conseiller la Montérégie par les organismes communautaires. Ils sont aussi recrutés pour y travailler dans le système de la santé pendant la pandémie actuelle. On retrouve donc de plus en plus de demandeurs d’asile dans l’agglomération de Longueuil, région où ils devront apprendre à connaître les institutions de santé qui acceptent de soigner.

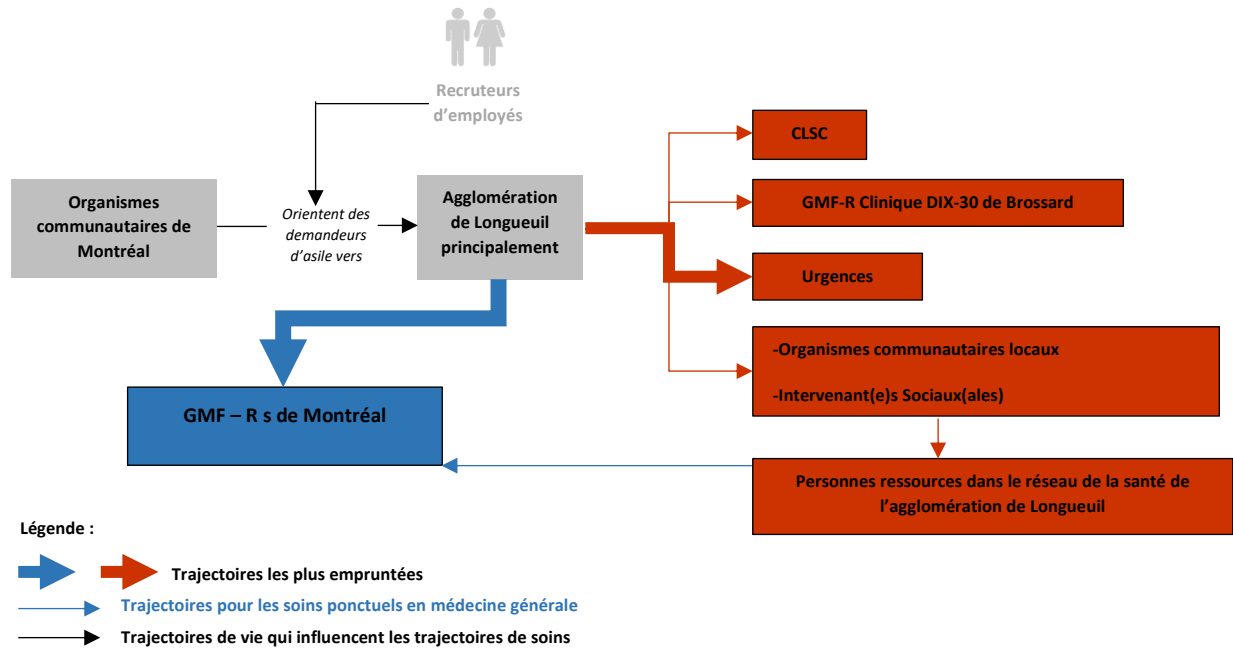


Schéma 3 : Trajectoire de soins pour les maladies chroniques et pour les soins ponctuels en médecine générale des demandeurs d’asile résidant dans l’agglomération de Longueuil

Description de la trajectoire : Les demandeurs d’asile qui déménagent de Montréal vers l’agglomération de Longueuil en Montérégie ne connaissent pas toujours les ressources de la région qui leur seraient utiles. Or, il y existe le Carrefour Le Moutier qui offrent notamment des séances d’informations aux demandeurs d’asile et des séances d’écoute personnalisées et de soutien. Lorsqu’ils ont l’information, ils pourront s’y rendre. Mais en réalité il existe TRÈS peu de ressources de consultation en médecine générale pour les demandeurs d’asile sur ce territoire. Un seul GMF-R les acceptent: la clinique Dix-30 à Brossard. Les ressources de soins pour les maladies chroniques sont quant à elles inexistantes pour cette population. Les deux voies les plus empruntées sont alors les urgences et les cliniques montréalaises. Autrement, puisqu’ils viennent de Montréal, lorsqu’ils y connaissent une clinique qui les accepte, ils vont y retourner. Enfin, certains cas graves, lorsqu’ils ont pu rencontrer dans leur parcours des intervenants sociaux et leur ont mentionné leurs besoins de soins, ont pu être guidé dans les cliniques montréalaises ou auprès des quelques médecins reconnus pour suivre des demandeurs d’asile à Montréal.

c. Discussion, limites de l'étude et pistes d'action

La barrière la plus largement décrite par les intervenants ayant participé à cette étude est la restriction d'accès à la médecine familiale pour les demandeurs d'asile. Or, ce phénomène largement observé par nos répondants souffre du manque de données sur la santé des demandeurs d'asile, notamment du nombre de demandeurs d'asile au Québec atteint de maladies chroniques et qui ne sont pas suivis. De la même façon, le nombre de demandeurs d'asile qui ne parle ni français, ni anglais au Québec n'a pas été trouvé. Cela limite la mesure de ces barrières et la mise en place de solutions basées sur les données probantes. L'obtention de données quantitatives sur l'état de santé et sur les déterminants sociaux de la santé de l'ensemble des demandeurs d'asile est donc impérative. Toujours est-il que des situations comme celle de l'agglomération de Longueuil, où l'accès à la médecine générale est quasi-inaccessible aux demandeurs d'asile, constitue une violation de leur droit aux soins de santé puisqu'ils ont une assurance médicale en bonne et due forme. Des actions immédiates sont donc nécessaires.

D'autre part, les trajectoires de soins tracées ont permis de constater que l'orientation des demandeurs d'asile dans le réseau de la santé est principalement assurée par le PRAIDA et que l'acquisition d'une littératie médicale pour les membres de cette population est essentielle. Pour cela les organismes communautaires sont cruciaux pour servir d'intermédiaire entre le PRAIDA et les demandeurs d'asile. Mentionnons aussi que les trajectoires présentées dans ce rapport sont celles qui ont été largement décrites lors de nos entrevues et que d'autres pourraient être explorées.

Concernant les limites de cette étude, la plus grande est le fait que nous n'ayons pas pu poursuivre les entretiens jusqu'à l'atteinte de la saturation des données qualitatives. Ainsi, cette étude ne peut être vue comme une description de l'ensemble des barrières d'accès aux soins vécues par les demandeurs d'asile à Montréal et dans l'agglomération de Longueuil. Toutefois, plusieurs barrières ont pu être très bien décrites. D'autre part, la quantité d'informations recueillie pour tracer la trajectoire de soins en santé mentale des demandeurs d'asile dans l'agglomération de Longueuil n'était pas suffisante. De plus, les barrières relatives à la compréhension de directives par les demandeurs d'asile (procédures administratives, informations relevant de la littératie médicale) pourraient être comprises davantage en réalisant des entretiens avec ces derniers. Finalement, le codage des données qualitatives, bien que réalisé de manière itérative, n'a pas été fait par plusieurs personnes. L'attribution des codes et donc du premier sens au corpus des données est basée sur le jugement d'une personne. Cependant, il y a beaucoup moins de chance que des erreurs d'interprétation aient eu lieu en raison de l'utilisation d'un cadre conceptuel aux catégories bien définies.

Enfin, le dernier objectif de cette étude était de proposer des pistes d'action à l'intention d'ACCESSS. Mais avant, il est important de souligner que plusieurs initiatives voient le jour pour permettre aux

demandeurs d'asile de jouir de leur droit à la santé. Mentionnons par exemple l'installation d'une travailleuse sociale du PRAIDA au CLSC du quartier Parc-Extension pour informer les demandeurs du quartier; l'offre de webinaires du PRAIDA et du CERDA (Centre d'Expertise sur les Réfugiés et les Demandeurs d'Asile), pour les organismes communautaires entre autres, afin qu'ils soient bien outillés pour informer et servir les demandeurs d'asile qu'ils reçoivent; les représentations réalisées par le PRAIDA auprès des médecins à Montréal (et bientôt en Montérégie) pour les sensibiliser à l'inscription auprès de la Croix Bleue Medavie; ou encore le projet . Ainsi, à la vue des barrières recensées et des solutions déjà en place; et en considérant les recommandations des répondants, les pistes d'action rédigées pour ACCESSSS sont les suivantes :

1- Compléter cette étude en réalisant des entretiens avec des demandeurs d'asile et avec des intervenants au fait de l'accès aux soins en santé mentale pour cette population dans l'agglomération de Longueuil.

2- Présenter les résultats des études sur les demandeurs d'asile réalisés par ACCESSSS à :

La table régionale des demandeurs d'asile; La Direction Régional de Santé Publique de Montréal (DRSPM); Au Chef du DRMG de Montréal (Département Régional de Médecine Générale) qui a mis les soins aux Demandeurs d'asile parmi les 4 priorités en santé de la ville de Montréal; Aux Cadres intermédiaires et des directeurs de programmes des CISSS de l'agglomération de Longueuil; Aux différentes facultés de médecine au Québec; Aux organismes communautaires membres d'ACCESSSS et autres organismes communautaires qui reçoivent des demandeurs d'asile sur l'île de Montréal, dans l'agglomération de Longueuil et à St-Hyacinthe.

L'objectif est de poursuivre la sensibilisation les acteurs de la santé au Québec à la réalité des demandeurs d'asile; d'alimenter voire d'initier des cellules internes de réflexions et d'actions pour améliorer l'accès aux soins de santé pour cette population; et de créer des partenariats pour l'appui des revendications d'ACCESSSS aux près du ministère de la santé et des services sociaux

3- Réitérer au PRAIDA l'importance d'informer l'ensemble des CLSC de Montréal, de l'agglomération et St-Hyacinthe sur les droits en santé des demandeurs d'asile et sur l'importance de les servir.

4- Lors de la présentation des études aux organismes communautaires et en partenariat avec le PRAIDA, informer ces derniers de :

- L'offre de services détaillée du PRAIDA vers lesquels ils pourront référer les demandeurs d'asile qui fréquentent leur centre au besoin.
- Des webinaires du PRAIDA et l'importance de les suivre pour pouvoir informer et référer adéquatement les demandeurs d'asile.
- De la grande importance pour le demandeur d'asile de déposer sa demande de CSQ (Certificat de Sélection du Québec) puis de RAMQ dès son acceptation en tant que réfugié.

- 5- Compte tenu de l'expertise d'ACCESSS en traduction de matériel à l'intention des populations ethnoculturelles, travailler en collaboration avec le PRAIDA pour traduire en plusieurs langues et les documents produits par le PRAIDA à des demandeurs d'asile.
- 6- Revendiquer, auprès du Ministère de Santé et des Services Sociaux, la configuration du système informatique du guichet d'accès aux Médecins de famille, de sorte qu'on puisse y inscrire les demandeurs d'asile avec leur numéro de PFSI, qu'ils puissent compter dans les quotas des patients suivis par les omnipraticiens et bénéficier ainsi de soins appropriés pour les maladies chroniques.
- 7- Revendiquer un meilleur accès aux services de santé mentale pour tous. Lors de futurs projets d'amélioration de cet accès, le Ministère de Santé et des Services Sociaux et autres entités impliquées devraient veiller à l'intégration des demandeurs d'asile dans ces projets afin qu'une situation semblable à celle de l'accès aux médecins de famille ne se reproduise pas. En effet plusieurs peuvent avoir des problèmes de santé mentale en raison de traumatismes vécus lors de leur parcours pré, péri et / ou post-migratoire.
- 8- Encourager la DRSP de Montréal à la poursuite des études quantitatives descriptives sur les déterminants sociaux de la santé et sur l'état de santé des demandeurs d'asile. Revendiquer la même action auprès de la Direction de Santé Publique de la Montérégie.

VIII. Conclusion

Cette brève étude a permis de souligner que certaines barrières d'accès aux soins pour les demandeurs d'asile persistent depuis la restauration complète du PFSI. Elle a également permis de décrire de manière détaillée des barrières propres au système de santé québécois. De plus, les tracés de certaines trajectoires de soins des demandeurs d'asile à Montréal et dans l'agglomération de Longueuil ont pu être réalisés et pourront être utilisées comme outils de communication par ACCESSS lors de ses revendications. D'autres trajectoires pourraient être tracées lors de futures études. Finalement, si certaines barrières (cognitives surtout) gagnent à être davantage comprises en interrogeant des demandeurs d'asile, plusieurs ont été suffisamment décrites pour permettre de rédiger des pistes d'action à l'intention d'ACCESSS.

IX. Bibliographie

1. Institut Canadien d'Information Juridique. Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés Canada2001 [updated 2020-12-02. Available from: <https://www.canlii.org/fr/ca/legis/lois/lc-2001-c-27/derniere/lc-2001-c-27.html>.
2. Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme. Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [updated 2020. Available from: <https://www.ohchr.org/fr/ProfessionalInterest/pages/cat.aspx>.
3. Alexis Jobin-Théberge, Vincent Richard. Webinaire CERDA: Processus de la demande d'asile - Audience et recours. PRAIDA; 2020.
4. Alexis Jobin-Théberge, Amélie Bombardier. Webinaire CERDA: Accès aux services pour les personnes en demande d'asile. PRAIDA; 2020.
5. Valentina Antonipillai. Impacts of the interim federal health program on healthcare access and provision for refugees and refugee claimants in canada: A stakeholder analysis. Hamilton, Ontario: MacMaster University; 2015.
6. Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSP). DEMANDEURS D'ASILE, RÉFUGIÉS ET MIGRANTS À STATUT PRÉCAIRE: Un portrait montréalais réalisé par la Direction régionale de santé publique. Montréal: DRSP de Montréal; 2019.
7. Gouvernement du Canada. Demande d'asile par année Canada [updated 2020-02-17. Available from: <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/demandes-asile.html>.
8. Agence des Nations Unies pour les Réfugiés. Statistiques 2020 [updated 2021. Available from: <https://www.unhcr.org/dach/ch-fr/services-en-suisse/statistiques#:~:text=20%2C4%20millions%20de%20ces,sont%20des%20demandeurs%20d%27asile>.
9. Statistique Canada. Les faits, tout simplement: Les demandeurs d'asile Canada2019 [updated 2019-09-18. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-28-0001/2018001/article/00013-fra.htm>.
10. Immigration Francisation et Intégration Québec. Demandeur d'asile Québec [updated 2021-01-05. Available from: <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/immigrer-installer/immigration-humanitaire/demandeur-asile/index.html>.
11. Falconer J, Quesnel-Vallée A. Les disparités d'accès aux soins de santé parmi la minorité de langue officielle au Québec. *Recherches sociographiques*. 2014;55(3):511-29.
12. Aline Lechaume, Frédéric Savard. Les troubles de la santé mentale et la pauvreté au Québec. Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion; 2019.
13. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129 Suppl 2(Suppl 2):19-31.
14. Noémie Trosseille, Mélanie M. Gagnon, Annie Pontbriand. Intervenir auprès de demandeurs d'asile: Guide à l'intention des intervenants. Québec: Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA); 2019.
15. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le système de santé et de services sociaux au Québec en bref. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 2017.
16. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Consultation médicale [updated 2021. Available from: <https://ciusssmcq.ca/soins-et-services/consultation-medicale/>.

17. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille. Québec: Gouvernement du Québec; 2017.
18. Régie d'Assurance Maladie du Québec. Médecins omnipraticiens: Brochure #1 - Entente générale. Québec: Gouvernement du Québec; 2021.
19. Adina Ungureanu, Jérôme Di Giovanni, Josiane Cyr, Audrey Gaboury, Juan Carlos Chirgwin. Rapport de la rencontre du 7 février 2020 portant sur l'accès aux services de santé des résidents de Parc-Extension. Montréal: Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux (ACCESSS); 2020.
20. Direction de la santé mentale. Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS: La force des liens. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 2008.
21. Grenier G, Fleury M-J. Rôle du communautaire en santé mentale dans un système en évolution : état des connaissances et recommandations. *Santé mentale au Québec*. 2014;39(1):119-36.
22. McKeary M, Newbold B. Barriers to Care: The Challenges for Canadian Refugees and their Health Care Providers. *Journal of Refugee Studies*. 2010;23(4):523-45.
23. Wahoush EO. Equitable health-care access: the experiences of refugee and refugee claimant mothers with an ill preschooler. *Can J Nurs Res*. 2009;41(3):186-206.
24. Miedema B, Hamilton R, Easley J. Climbing the walls: Structural barriers to accessing primary care for refugee newcomers in Canada. *Can Fam Physician*. 2008;54(3):335-9.
25. Marie Munoz, Juan Carlos Chirgwin. Les immigrants et les demandeurs d'asile: nouveaux défis. *Le Médecin du Québec*. 2007;42(2):172-33.
26. Chase LE, Cleveland J, Beatson J, Rousseau C. The gap between entitlement and access to healthcare: An analysis of "candidacy" in the help-seeking trajectories of asylum seekers in Montreal. *Soc Sci Med*. 2017;182:52-9.
27. Rink N, Muttalib F, Morantz G, Chase L, Cleveland J, Rousseau C, et al. The gap between coverage and care-what can Canadian paediatricians do about access to health services for refugee claimant children? *Paediatrics & child health*. 2017;22(8):430-7.
28. Desharnais-Préfontaine N, Pisanu S, Bellemare A-M, Merry L. Les politiques publiques affectant négativement les familles demandeuses d'asile avec des jeunes de 0 à 5 ans au Québec. *Canadian Journal of Public Health*. 2020.
29. Émily Tremblay, Janet Cleveland, Juan Carlos Chirgwin. Comment améliorer l'accès aux soins pour les demandeurs d'asile et réfugiés? Montréal: Institut Universitaire SHERPA; 2017.
30. Alexis Jobin-Théberge. Réflexions menant à la mobilisation des CIUSSS montréalais et des établissements non-fusionnés quant à l'accès aux soins de santé et services sociaux des demandeurs d'asile et réfugiés. 23e Journées Annuelles de Santé Publique (JASP 2019); Montréal: INSPQ; 2019.
31. Keboa MT, Hovey R, Nicolau B, Esfandiari S, Carnevale F, Macdonald ME. Oral healthcare experiences of humanitarian migrants in Montreal, Canada. *Can J Public Health*. 2019;110(4):453-61.
32. Marie Massuard, Anne-marie Royer, Julie Lane. Guide de pratiques sur l'animation des trajectoires de soins et services. Québec: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke; 2017.
33. Christina C-K. Considérations en matière d'éthique de la recherche auprès de personnes en situation de migration forcée. *Refuge: Canada's Journal on Refugees*. 2017;33(2).
34. George S, Daniels K, Fioratou E. A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania. *International Journal for Equity in Health*. 2018;17(1):41.

X. ANNEXE

Guide d'entrevue avec les intervenants

Bonjour! Nous vous remercions d'avoir consenti à participer à cette entrevue et d'avoir accepté les termes de cette dernière. Cet entretien vise d'une part à réaliser un tracé de la trajectoire de soins vécue par les demandeurs d'asile à Montréal et en Montérégie. Nous souhaitons ensuite comprendre les difficultés d'accès aux soins de santé pour cette population, depuis la restauration complète du PFSI. Finalement, nous aimerions avoir vos suggestions en termes de solutions pour minimiser ou éliminer ces difficultés. Comme nous vous l'avons expliqué, nous veillerons à garder confidentielles les informations que vous partagerez avec nous. Avant que nous ne commençons, avez-vous des questions sur le déroulement de l'entrevue, la question de la confidentialité ou autres?

Questions d'entrevue

Partie 1 : Information sur le/les intervenants

Nom et prénom :

Profession :

Rôles dans la santé des demandeurs d'asile :

Partie 2 : Trajectoire (s) de soins des demandeurs d'asile

- 1- Pouvez-vous nous décrire les premières étapes de la recherche de soins médicaux pour les demandeurs d'asile en général?
- 2- Ensuite, comment se passe le reste du processus de soins, toujours d'après la réalité sur le terrain?
- 3- Quelles sont les différentes issues de la démarche de soins que vous avez déjà observées?
- 4- Est-ce que la trajectoire de soins que vous venez de nous décrire varie en fonction du genre du demandeur d'asile (femme, homme, personne transgenre)?
- 5- Il y a-t-il, à votre connaissance, d'autres caractéristiques des demandeurs d'asile qui peuvent affecter leur trajectoire de soins? Quelles sont-elles? *Note à l'interviewer: Demander de développer.*

Partie 3 : Difficultés d'accès aux soins et services de santé rencontrées par les demandeurs d'asile

- 6- Depuis la restauration du PFSI, quelles sont les difficultés d'accès aux soins qui persistent pour les demandeurs d'asile?
- 7- Que pensez-vous de la capacité du PFSI à couvrir les besoins médicaux des demandeurs d'asile?
 - 7.a. Pouvez-vous me citer des exemples de cas où la couverture n'a pas répondu aux besoins des personnes couvertes ?

- 8- Si vous avez entendu parler de cas où les personnes couvertes n'ont pas eu accès aux services ou ont eu de la difficulté à les obtenir, de quels services s'agissaient-ils?
 - 8.a. Que pouvez-vous nous dire sur l'accès aux soins dentaires? (Difficultés s'il y en a)
 - 8.b. Que pouvez-vous nous dire sur l'accès aux services de santé mentale? (Idem)
 - 8.c. Qu'en est-il de l'accès aux services et produits pharmaceutiques? (Idem)
 - 8.d. Que pouvez-vous nous dire sur l'accès aux fournitures médicales couvertes par le PFSI? (Idem)
- 9- Comparativement à l'accès aux services de santé pour des urgences médicales, que pensez-vous de l'accès aux services de santé complémentaires (tels que les suivis, les analyses sanguines ou la physiothérapie, par exemple)? S'il y a une différence, comment expliquez-vous cela?
- 10- Comment se font les suivis médicaux pour les demandeurs d'asile?
- 11- S'il y a des périodes où les demandeurs d'asile se retrouvent sans couverture médicale (par exemple lors du passage d'un statut à un autre), que pouvez-vous nous dire sur leur accès aux services de santé durant cette période?
- 12- Dans la situation de COVID actuel, le gouvernement a mis en place un système d'accès aux cliniques sans rendez-vous selon lequel les personnes doivent s'inscrire en ligne avec leur numéro d'assurance maladie. Comment font les demandeurs d'asile qui n'ont pas de numéro d'assurance maladie mais plutôt un *numéro d'identification du client*?

Partie 4 : Difficultés rencontrées par les intervenants lors de la prestation de soins aux demandeurs d'asile

- 13- En vous basant sur ce que vous vivez dans votre pratique (médecins) ou sur ce que vous avez entendu dire par des professionnels de la santé (autres professions), est-ce qu'il y a des procédures du PFSI qui représentent une bureaucratie lourde? Si oui, lesquelles?
- 14- Parlez-nous d'autres difficultés que vous rencontrez à fournir des soins de santé aux demandeurs d'asile (médecins).

Partie 5 : Pistes de solutions

- 15- Quelles initiatives en place jugez-vous prometteuses pour favoriser l'accès aux soins pour les demandeurs d'asile?
- 16- Quelles actions proposeriez-vous pour améliorer l'accès aux services de santé pour les demandeurs d'asile?

Note à l'interviewer: Les actions peuvent être à tous les niveaux (gouvernemental, institutionnel, communautaire, individuel)

Remerciements! (Qu'avez-vous pensé de l'entrevue? Voulez-vous rajouter quelque chose?)