



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Une passerelle vers un avenir en santé

Orientations ministérielles concernant les services de santé et les services sociaux offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec

Liste des collaborateurs et collaboratrices

Coordination et rédaction

Marie-Pierre Bérubé, coordonnatrice au Secrétariat à l'accès aux services pour les communautés culturelles et au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise;
Jean-Philippe Vézina, contractuel au Secrétariat à l'accès aux services pour les communautés culturelles;
Michèle Domingue, coordonnatrice au Secrétariat à l'accès aux services pour les communautés culturelles.

Appui et collaboration

Julie Huot, Direction générale des services sociaux;
Marie-Andrée Leblanc, Direction générale adjointe de la protection de la santé publique;
France Gagnon, Direction générale des services de santé et de médecine universitaire;
Émilie Larochelle, Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité;
Pierre Lafleur, sous-ministre adjoint à la Direction générale de la coordination réseau et ministérielle.

Remerciements

Sébastien Blin, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
Marian Shermarke, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
Lyne Boucher, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
Mélanie Gagnon, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Nous remercions également les centres intégrés et les partenaires qui ont participé à la mise à jour des présentes orientations ministérielles.

Avertissement au lecteur

Une passerelle vers un avenir en santé – Orientations ministérielles concernant les services de santé et les services sociaux offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec est une mise à jour des orientations ministérielles publiées en 2012 sous le titre *Une passerelle vers un avenir en santé – La planification et l'organisation des services à l'intention des réfugiés et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état de santé physique pour mieux desservir*.

La présente mise à jour ne concerne que les services offerts aux **personnes réfugiées**.

L'organisation des services pour les **demandeurs d'asile** étant différente, elle fera l'objet d'un autre document.

Édition :

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**

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

Dépot légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018
Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN : 978-2-550-82108-3 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2018

Mot du sous-ministre adjoint à la coordination réseau et ministérielle

Depuis plusieurs décennies, le Québec est une terre d'accueil pour les personnes réfugiées, fuyant conflits humanitaires, crises sociales, guerres civiles et autres, et aspirant à une vie meilleure. Par conséquent, depuis 1969, le gouvernement du Québec souscrit à la Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés et à son protocole.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) participe à cet engagement humanitaire international d'accueil des personnes réfugiées.

De fait, depuis 2012, en collaboration avec ses partenaires gouvernementaux, le MSSS a mis en place des services de santé et des services sociaux adaptés spécifiquement pour faire l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des personnes réfugiées, et ce, afin de favoriser leur intégration de façon la plus harmonieuse possible au sein de la société québécoise. Les orientations ministérielles *Une passerelle vers un avenir en santé* prenaient ainsi naissance.

Suivant l'évolution des mouvements migratoires à l'échelle de la planète, le Québec a accueilli en 2015 une vague de réfugiés en provenance de la Syrie, pays dévasté par la guerre. L'arrivée de réfugiés syriens a permis au MSSS de mettre en place certaines mesures additionnelles à celles prévues dans les orientations publiées en 2012. Une révision de ces dernières s'est alors amorcée et a conduit à la présente mise à jour.

Pierre Lafleur

Sous-ministre adjoint à la coordination réseau et ministérielle

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Table des matières

Liste des sigles et des acronymes.....	ii
Lexique	iii
Introduction.....	1
Les principes directeurs	3
La responsabilité populationnelle	3
L’accessibilité aux services de santé et aux services sociaux.....	5
L’équité.....	6
Les orientations ministérielles	8
Orientation 1 : Assurer l’accès aux services à l’ensemble des personnes réfugiées.....	8
Pour les personnes réfugiées prises en charge par l’État	8
Pour les personnes réfugiées parrainées	9
Orientation 2 : Bâtir sur l’expertise	11
L’expertise clinique	11
Le partenariat et la mobilisation	12
La recherche et l’évaluation.....	12
Le transfert des connaissances	12
Orientation 3 : Assurer l’accès à une analyse du besoin et de la demande dans un délai de 10 jours	14
Première étape (10 jours)	14
Orientation 4 : Assurer l’accès à une évaluation du bien-être et de l’état de santé physique dans un délai de 30 jours	16
Deuxième étape (30 jours)	16
Orientation 5 : Assurer l’accès à des services d’interprétariat de qualité	19
Orientation 6 : Assurer un partage des renseignements adéquat	21
Avec un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux	21
Avec les organismes communautaires d’accueil et de soutien à l’installation et à l’intégration des personnes réfugiées prises en charge par l’État financés par le MIDI ainsi que les groupes parrains	21
Avec le réseau de l’éducation et de l’enseignement supérieur	22
Conclusion	23
Références bibliographiques.....	24

Liste des sigles et des acronymes

AAOR	Accueil, analyse, orientation, référence
Agences	Agences de la santé et des services sociaux
CISR	Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
IRCC	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
LMRSSS	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MIDI	Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PIQ	Programme d'immunisation du Québec
PRAIDA	Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
RPCE	Réfugiés pris en charge par l'État
SASCC	Secrétariat à l'accès aux services pour les communautés culturelles

Lexique

Personne réfugiée prise en charge par l'État

Personne qui se trouve à l'extérieur du Canada, qui a été sélectionnée et admise au Québec du fait qu'elle a été reconnue comme personne réfugiée au sens de la Convention de Genève¹.

Les personnes réfugiées arrivent au Québec avec le statut de résident permanent. Elles bénéficient de l'assurance maladie du Québec dès leur arrivée, et ce, sans délai de carence.

Personne réfugiée parrainée

Personne admise au Québec dans le cadre du Programme de parrainage collectif du fait qu'elle a été reconnue comme personne réfugiée au sens de la Convention de Genève ou comme personne de pays d'accueil par le gouvernement canadien. Ce programme permet à des organismes à but non lucratif et à des groupes civils du Québec de manifester leur solidarité à l'égard de ces personnes qui se trouvent à l'extérieur du Canada, en s'engageant à subvenir à leurs besoins essentiels pendant une période déterminée tout en facilitant leur intégration au Québec².

Les personnes réfugiées arrivent au Québec avec le statut de résident permanent. Elles bénéficient de l'assurance maladie du Québec dès leur arrivée, et ce, sans délai de carence.

Demandeur d'asile

Personne qui, à son arrivée sur le territoire ou en cours de séjour, revendique le statut de réfugié auprès du gouvernement canadien³.

Les demandeurs d'asile ne sont pas admissibles à l'assurance maladie du Québec. Ils bénéficient du Programme fédéral de santé intérimaire d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Ils reçoivent également des services complémentaires dans le cadre du Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

¹ MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION, *Politique québécoise en matière d'immigration, de participation et d'inclusion – Glossaire*, novembre 2015, 12 p.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

Précision – Personnes en attente d’un statut ou sans statut légal au Canada ou migrants à statut précaire

Les orientations ministérielles concernent uniquement les personnes réfugiées. Elles ne concernent pas les personnes en attente d’un statut ou sans statut légal au Canada ou les migrants à statut précaire.

Ces personnes n’ont pas accès gratuitement aux services de santé et aux services sociaux au Québec. En effet, même si toute personne peut y recourir, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux doivent facturer ces services aux personnes sans assurance maladie, et ce, en vertu de la circulaire 2014-030 intitulée *Couverture de certains services de santé durant le délai de carence qui précède l’obtention de la carte d’assurance maladie* et de la circulaire 2014-029 intitulée *Surcharge et exemptions pour certains ressortissants étrangers dans les établissements publics du réseau*.

Si une personne se présente dans un établissement de santé et de services sociaux avec une problématique urgente de santé, les professionnels de la santé et des services sociaux se doivent toutefois de fournir des services à cette personne conformément à leur code de déontologie.

Introduction

En 2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié les orientations ministérielles *Une passerelle vers un avenir en santé - La planification et l'organisation des services à l'intention des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile : évaluer le bien-être et l'état de santé physique pour mieux desservir*. Ces orientations voulaient établir les balises d'une offre de services adaptée pour les personnes réfugiées et les demandeurs d'asile dès leur arrivée au Québec, en offrant une première évaluation de leur bien-être et de leur état de santé physique. Cette première évaluation venait ainsi agir à titre de passerelle vers le réseau de la santé et des services sociaux.

Depuis 2011-2012, une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique est offerte à l'ensemble des personnes réfugiées⁴ arrivant dans les treize⁵ villes d'accueil désignées par le ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI)⁶. Une évaluation du bien-être est également offerte aux demandeurs d'asile dans le cadre du Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Trois moments marquants viennent justifier la mise à jour des orientations ministérielles publiées en 2012.

Tout d'abord, la première version des orientations ministérielles abordait les rôles et les responsabilités de chaque palier de gouvernance, soit le MSSS, les agences de la santé et des services sociaux (agences) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Depuis l'adoption de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) (LMRSSH), le 1^{er} avril 2015, les responsabilités autrefois dévolues aux agences sont assumées par d'autres instances : certaines par le MSSS et d'autres par les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSH) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

De plus, toujours depuis le 1^{er} avril 2015, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'est vu confier la responsabilité du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile. Cette responsabilité était autrefois assumée par trois CSSS, soit le CSSS de la Vieille-Capitale, le CSSS-

⁴ L'expression « personnes réfugiées » désigne à la fois les personnes réfugiées prises en charge par l'État (RPCE) et les personnes réfugiées parrainées. Le lexique que l'on retrouve à la page 7 peut être consulté pour une définition complète des différentes catégories d'immigration.

⁵ Les treize villes d'accueil désignées par le MIDI pour accueillir des personnes réfugiées sont les suivantes : Québec, Trois-Rivières, Victoriaville, Drummondville, Sherbrooke, Granby, Montréal, Gatineau, Laval, Joliette, Saint-Jérôme, Longueuil et Saint-Hyacinthe.

⁶ Depuis le 11 janvier 2017, une quatorzième ville est désignée pour l'accueil des personnes réfugiées, soit la ville de Rimouski.

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS) et le CSSS de la Montagne. La décision de concentrer cette responsabilité en un seul pôle a été motivée notamment par le fait que le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été désigné à titre d'Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles et reconnu pour son expertise et son expérience auprès de cette clientèle spécifique.

Enfin, au cours de l'automne 2015, le Québec a connu un accueil massif sans précédent de personnes réfugiées syriennes. Cette opération d'envergure a permis de tirer des enseignements, notamment en matière de planification et d'organisation des soins et services de santé et des services sociaux pour les personnes réfugiées. Il était important pour le MSSS de bâtir sur ces apprentissages.

En plus de ces trois moments marquants, des différences subsistent depuis plusieurs années entre les services offerts aux personnes réfugiées et ceux offerts aux demandeurs d'asile. Des services spécifiques aux demandeurs d'asile sont offerts par le PRAIDA du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Il est de la volonté du MSSS que la mise à jour des orientations ministérielles permette une distinction des services offerts à ces deux clientèles tout en tenant compte de leur spécificité. C'est pourquoi le présent document porte uniquement sur l'organisation de l'offre de services aux personnes réfugiées.

Ainsi, le MSSS s'est engagé, par son Secrétariat à l'accès aux services pour les communautés culturelles (SASCC), en étroite collaboration avec les directions des programmes concernées⁷, à mettre à jour les orientations ministérielles en renforçant les acquis, en réaffirmant certaines attentes ministérielles et en y intégrant de nouvelles balises concernant :

- ☑ une reconnaissance du mandat du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile;
- ☑ une description claire des services et des standards ministériels fixés permettant l'analyse du besoin et de la demande ainsi que l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des personnes réfugiées dans des délais prescrits.

⁷ Le SASCC a pu compter sur l'étroite collaboration de la Direction générale des services sociaux, de la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, de la Direction générale de la santé publique et de la Direction générale de la planification, de l'évaluation et de la qualité. Pour plus de précisions, la liste des collaborateurs et des collaboratrices peut être consultée à la page 3.

Les principes directeurs

La responsabilité populationnelle

En 1969, le gouvernement du Québec a souscrit à la Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés et à son protocole. Depuis ce jour, dans un effort gouvernemental, le MSSS et son réseau participent à l'engagement humanitaire international d'accueil des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile.

En s'engageant auprès des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile, le MSSS et son réseau adhèrent au principe de responsabilité populationnelle, et ce, en vertu de l'article 99.5 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) (LSSSS), qui vise l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné.

Cela se concrétise :

- ☑ en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux pertinents et coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins de la population;
- ☑ en assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- ☑ en agissant en amont sur les déterminants de la santé et du bien-être⁸.

La responsabilité populationnelle appelle une collaboration entre les centres intégrés, les organismes communautaires, les commissions scolaires, les municipalités et tous les autres partenaires agissant sur un même territoire. Ainsi, les centres intégrés qui ont été mandatés par le MSSS pour offrir une analyse du besoin et de la demande ainsi qu'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique aux personnes réfugiées ont également pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir ces collaborations sur leur territoire respectif⁹. Ces centres intégrés mandatés seront présentés à l'orientation 1 du présent document.

La responsabilité populationnelle prend appui sur les principes du vivre-ensemble et de l'inclusion, soit l'ouverture à la participation de personnes de toutes origines à la vie collective de la société, dans l'acceptation de leurs différences et dans le respect des valeurs démocratiques, notamment en levant les obstacles à l'égalité de droits et de conditions¹⁰.

⁸ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Responsabilité populationnelle*, <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION, *Politique québécoise en matière d'immigration, de participation et d'inclusion – Glossaire*, novembre 2015, 12 p.

En s'appuyant sur les principes de la responsabilité populationnelle, du vivre-ensemble et de l'inclusion, les orientations ministérielles viennent donc proposer une réponse adaptée aux besoins de santé et de services sociaux des personnes réfugiées.

Les personnes réfugiées viennent principalement de pays où les conditions sociosanitaires sont susceptibles d'être plus précaires et les problèmes de santé physique, plus importants et surtout différents de ceux qu'on retrouve au Québec. De plus, les contextes d'adversité dans lesquels les personnes réfugiées ont très souvent vécu peuvent ébranler leur bien-être psychosocial.

Les personnes réfugiées présentent fréquemment des pathologies absentes ou rarement diagnostiquées au Québec; pensons notamment au paludisme ou à certaines infections parasitaires¹¹. Outre ces pathologies dites tropicales, ces personnes peuvent être également touchées par différentes maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, affections pulmonaires chroniques, diabète, etc.) dans des proportions plus importantes que celles qu'on trouve au sein de la population québécoise¹².

Les personnes réfugiées sont également susceptibles d'être touchées par certaines maladies infectieuses faisant l'objet de vaccination au Québec, notamment l'hépatite B, la polio et la rougeole¹³. La présence de maladies infectieuses contagieuses peut représenter une menace pour la santé publique si elles ne sont pas détectées rapidement, particulièrement celles qui se transmettent facilement d'une personne à l'autre, telles que la rougeole.

La plupart des maladies évitables par la vaccination ont une incubation variant de quelques jours à quelques semaines. Si les réfugiés ont été exposés dans leur pays de refuge, c'est donc dans les premières semaines suivant leur arrivée que ceux-ci risquent de développer leurs symptômes et de transmettre la maladie aux personnes de leur entourage.

Exceptionnellement, d'autres maladies peuvent avoir une période d'incubation de quelques mois, même de quelques années, telle la tuberculose. La tuberculose, tout comme la syphilis et le VIH, fait l'objet de l'évaluation médicale d'IRCC dans l'année précédant l'arrivée du réfugié, ce qui permet de diagnostiquer la tuberculose active contagieuse et de cibler les personnes avec une tuberculose inactive latente pour lesquelles une surveillance médicale est requise dans un délai de deux à quatre semaines suivant l'arrivée.

¹¹ Yen-Giang BUI, « Helminthes et protozoaires : comment s'y retrouver sans y perdre son latin! », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 3, mars 2007, p. 47-53.

¹² Lavanya NARASIAH et Gilles DE MARGERIE, « Le dépistage médical chez le nouvel arrivant », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 2, février 2007, p. 55-61.

¹³ Kevin POTTIE et autres, « Summary of clinical preventive care recommendations for newly arriving immigrants and refugees to Canada », Lignes directrices canadiennes pour la santé des immigrants, *Canadian Medical Association Journal*, juin 2010.

Les personnes réfugiées ont souvent vécu des expériences traumatiques et des pertes pré, péri et postmigratoires qui mettent à rude épreuve leur bien-être et leur santé mentale.

Une prise en charge de ces personnes nécessite donc une pluralité d'acteurs engagés sur un même territoire.

L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux

Tout comme en 2012, le principe d'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux est toujours pertinent dans le cadre de cette mise à jour des orientations ministérielles.

D'emblée, l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux est déterminante pour l'utilisation de ceux-ci. Il est préoccupant de constater que, en dépit de leur vulnérabilité, les personnes réfugiées sont de moins grands consommateurs de services de santé et de services sociaux que le reste de la population québécoise¹⁴. De plus, lorsqu'elles sont comparées aux Canadiens d'origine, les personnes réfugiées risquent davantage de voir leur état de santé se détériorer rapidement après leur arrivée au pays^{15,16}.

Il est important de rappeler que les personnes réfugiées arrivent avec leurs propres expériences des soins et services de santé et des services sociaux¹⁷. Ces expériences influencent leurs attentes et leurs réactions face au réseau de la santé et des services sociaux. Si on additionne ce phénomène à leur méconnaissance des services à leur arrivée au Québec, l'effet sur une utilisation adéquate de ceux-ci est direct¹⁸. Certains chercheurs notent, par exemple, une utilisation accrue des services sans rendez-vous ainsi qu'une

¹⁴ Miedema BAUKJE, Ryan HAMILTON et Julie EASLEY, « Grimper les murs. Obstacles structurels à l'accès aux soins de première ligne par les nouveaux réfugiés au Canada », *Publications officielles du Collège des médecins du Canada*, 2008, p. 338-339.

¹⁵ Ilene HYMAN, « Immigration and Health : Reviewing Evidence of the Healthy Immigrant Effect in Canada », *CERIS Working Paper, Joint Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement*, n° 55, Toronto, 2007.

¹⁶ James Ted MACDONALD et Steven KENNEDY, « Insights into the "healthy immigrant effect": health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science & Medicine*, vol. 59, n° 8, 2004, p. 1613-1627.

¹⁷ Alex BATTAGLINI et autres, *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes. Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2005.

¹⁸ *Ibid.*

annulation des rendez-vous très fréquente par les personnes immigrantes, y compris les personnes réfugiées¹⁹.

À cela, il faut ajouter l'allongement de la durée de l'intervention qui est observé chez les personnes immigrantes, y compris les personnes réfugiées²⁰. Les chercheurs expliquent ce phénomène par diverses causes : nécessité de l'utilisation d'interprètes, incompréhension, complexité des cas, méconnaissance des services, etc. Les interventions auprès des personnes immigrantes sont généralement de 35 % à 45 % plus longues que celles effectuées auprès de personnes nées au Québec²¹.

Face à un tel état des lieux, plusieurs acteurs se mobilisent et contribuent à favoriser l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux personnes réfugiées, notamment en surmontant les défis de l'intégration.

Cet engagement nous est également rappelé par l'article 2 de la LSSSS qui stipule que les ressources humaines, matérielles et financières doivent tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socioéconomiques des régions. Également, les établissements doivent favoriser, compte tenu de leurs ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec, et assurer la prestation efficace, efficiente et sécuritaire de ces services, dans le respect des droits des usagers²².

L'équité

Il est important de rappeler que l'accessibilité ne vient pas remettre en doute le principe d'équité ou d'universalité des soins et services au Québec.

Les personnes réfugiées sont des clientèles particulièrement vulnérables, tant en raison des conditions de vie de leur pays d'origine que des difficultés que posent généralement leur adaptation et leur intégration à la société québécoise.

Toutefois, en aucun cas, la mise à jour des orientations ministérielles ne constitue, pour ces clientèles, un accès privilégié aux services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux du Québec au détriment de la population en général (accès à un médecin de famille, par exemple).

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*

²¹ *Ibid.*

²² Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS).

Les orientations ministérielles proposent une analyse du besoin et de la demande ainsi qu'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique aux personnes réfugiées qui s'inscrivent dans les standards ministériels des programmes-services.

Les orientations ministérielles

Orientation 1 : Assurer l'accès aux services à l'ensemble des personnes réfugiées

Pour les personnes réfugiées prises en charge par l'État

Comme il a été mentionné précédemment, depuis 2011-2012, des évaluations du bien-être et de l'état de santé physique sont offertes à l'ensemble des personnes réfugiées arrivant dans les treize villes d'accueil désignées par le MIDI. Ces villes sont maintenant au nombre de quatorze. En effet, depuis le 11 janvier 2017, une quatorzième ville est désignée pour l'accueil des personnes réfugiées, soit la ville de Rimouski.

Le MSSS a mandaté onze centres intégrés pour offrir une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique aux personnes réfugiées²³.

Tableau 1 : Villes désignées par le MIDI pour accueillir des personnes réfugiées et centres intégrés ayant le mandat d'offrir une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique aux personnes réfugiées

Villes désignées par le MIDI pour accueillir des personnes réfugiées	Centres intégrés ayant le mandat d'offrir une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique et mental aux personnes réfugiées
Rimouski	CISSS du Bas-Saint-Laurent
Québec	CIUSSS de la Capitale-Nationale
Trois-Rivières	CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
Drummondville	
Victoriaville	
Sherbrooke	CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Granby	
Saint-Hyacinthe	CISSS de la Montérégie-Est
Montréal	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Gatineau	CISSS de l'Outaouais
Laval	CISSS de Laval
Joliette	CISSS de Lanaudière
Saint-Jérôme	CISSS des Laurentides
Longueuil	CISSS de la Montérégie-Centre

²³ Le MSSS finance ces onze centres intégrés pour qu'ils offrent une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique aux personnes réfugiées. Un centre intégré mandaté ne peut être financé en deçà d'une demi-équipe pour assurer le maintien de l'expertise dans les régions, une équipe étant composée d'une infirmière, d'un professionnel en intervention psychosociale et d'un agent administratif.

Les personnes réfugiées peuvent se prémunir des services présentés dans les orientations ministérielles (analyse du besoin et de la demande et évaluation) jusqu'à six mois après leur arrivée au Québec.

Au-delà de ce délai, il est considéré par le MSSS que l'objectif des orientations ministérielles aura été atteint par d'autres portes d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux.

Pour les personnes réfugiées parrainées

Au mois d'octobre 2015, le gouvernement du Canada a pris l'engagement d'accueillir 25 000 personnes réfugiées syriennes avant la fin de février 2016. Cet objectif a été atteint le 29 février 2016, avec l'arrivée de 26 166 personnes réfugiées depuis le 4 novembre 2015. De ce nombre, approximativement 3 650 personnes réfugiées, dont 2 900 étaient parrainées, avaient pour destination finale le Québec.

Cet accueil de personnes réfugiées syriennes est considéré comme sans précédent, en raison du nombre de personnes accueillies dans une très courte période de temps. De plus, la particularité de la proportion des personnes réfugiées parrainées par rapport à celle des personnes réfugiées syriennes prises en charge par l'État était un élément inconnu à ce jour pour le gouvernement du Québec.

Historiquement, le Québec recevait davantage de personnes réfugiées prises en charge par l'État que de personnes réfugiées parrainées. Cette nouvelle réalité a amené, et continue d'amener, un grand défi de planification et d'organisation des services. Alors que des mécanismes de collaboration sont bien établis dans les quatorze villes d'accueil désignées par le MIDI, entre les centres intégrés et les organismes communautaires financés par le MIDI, la réalité est autre pour les personnes réfugiées parrainées.

Pendant l'opération d'accueil des réfugiés syriens, le réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement les centres intégrés de Montréal, de Laval et de la Montérégie, ont mené un travail important pour rejoindre les personnes réfugiées parrainées par des organismes de parrainage qui sont parfois des Églises mais également des groupes de deux à cinq personnes. Des efforts pour rejoindre cette clientèle continuent d'être menés.

À ce jour, le mécanisme recommandé par le MSSS et appuyé par le Centre d'expertise sur le bien-être et de l'état de santé physique des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile, concernant les personnes réfugiées parrainées qui arrivent en dehors des villes d'accueil désignées par le MIDI, est le suivant :

- Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et l'un des onze centres intégrés mandatés (celui le plus près de la ville où la personne résidera) reçoivent le préavis d'arrivée (*Notification of Arrival Telex – NAT*) de la personne réfugiée parrainée;

- ☑ Pour les personnes réfugiées parrainées qui résident dans des régions où il n'y a pas de centre intégré mandaté, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'assure d'offrir le soutien approprié aux centres intégrés de ces régions;
- ☑ L'analyse du besoin et de la demande ainsi que l'évaluation pourront être effectuées à la suite de l'arrimage entre le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le centre intégré de la région où la personne réfugiée parrainée réside et le centre intégré mandaté le plus proche.

Orientation 2 : Bâtir sur l'expertise

Le 1^{er} avril 2015, le MSSS a confié la responsabilité du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Ce mandat a été accordé à l'établissement dans le cadre notamment des obligations relatives à sa désignation d'Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles.

Le mandat du Centre d'expertise consiste à :

- ☑ maintenir une expertise de pointe en matière de meilleures pratiques en ce qui concerne les personnes réfugiées et les demandeurs d'asile;
- ☑ soutenir les centres intégrés mandatés pour accueillir des personnes réfugiées dans l'organisation clinique des services, notamment en fournissant des avis et des services-conseils;
- ☑ contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances, notamment par des activités de formation continue;
- ☑ assurer un rayonnement auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux en plus d'exercer un leadership de manière plus spécifique à l'échelle du Québec, en conformité avec les rôles et responsabilités du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Afin de réaliser son mandat, le Centre d'expertise compte sur le maillage de quatre principaux axes stratégiques.

L'expertise clinique

Les activités regroupées sous cet axe visent à recenser, à reconnaître et à mettre à profit les savoirs spécifiques existants au Québec, dans une perspective de soutien et de conseil aux centres intégrés mandatés dans les quatorze villes d'accueil et, par conséquent, à favoriser le développement de pratiques de pointe.

Cet axe se décline en deux points principaux :

- ☑ La mise sur pied d'un réseau d'experts, lequel constitue une référence en matière de services de santé et de services sociaux répondant aux besoins des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile, en vue de fournir un appui systématique dans le cadre d'un service-conseil;
- ☑ Un service-conseil accessible aux centres intégrés mandatés, aux autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, aux organismes communautaires, aux milieux scolaires ainsi qu'aux autres organismes qui interviennent auprès des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile.

Le partenariat et la mobilisation

Cet axe stratégique vise la consolidation d'un partenariat actif et la mobilisation autour d'échanges et d'une mise en commun des savoirs scientifiques et des pratiques favorisant l'établissement d'une complémentarité d'expertise entre les centres intégrés mandatés. La mise en œuvre d'un cadre collectif permet notamment de déterminer les pratiques prometteuses, de s'interroger sur les enjeux, de soutenir les professionnels de la santé et des services sociaux, les gestionnaires et les chercheurs, ainsi que de favoriser l'émergence de pratiques innovantes répondant aux besoins particuliers des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile.

La réalisation de cet axe repose principalement sur les activités suivantes :

- Le développement, la mise en œuvre et l'animation continue d'une communauté de pratique.

La recherche et l'évaluation

Le fondement de cet axe stratégique repose sur l'hypothèse selon laquelle l'acquisition de nouvelles connaissances, l'évaluation de programme et de processus ainsi que l'innovation jouent un rôle central dans l'amélioration des pratiques. Grâce à des collaborations avec des chercheurs du centre de recherche SHERPA du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal ainsi que des chercheurs des milieux académiques et des instituts universitaires du réseau de la santé et des services sociaux, le Centre d'expertise collabore à diverses initiatives de recherche et d'évaluation qui conjuguent les savoirs du milieu de pratique et du milieu scientifique orientés principalement autour des questions concernant les personnes réfugiées et les demandeurs d'asile.

Les activités suivantes se regroupent sous cet axe :

- la possibilité d'un projet de création d'une banque de données, à partir des services offerts aux personnes réfugiées et aux demandeurs d'asile, et ce, à l'échelle du Québec;
- le soutien aux milieux de la recherche et de la pratique travaillant sur les questions relatives aux personnes réfugiées et aux demandeurs d'asile;
- le soutien et la collaboration à la réalisation de projets de recherche intersites.

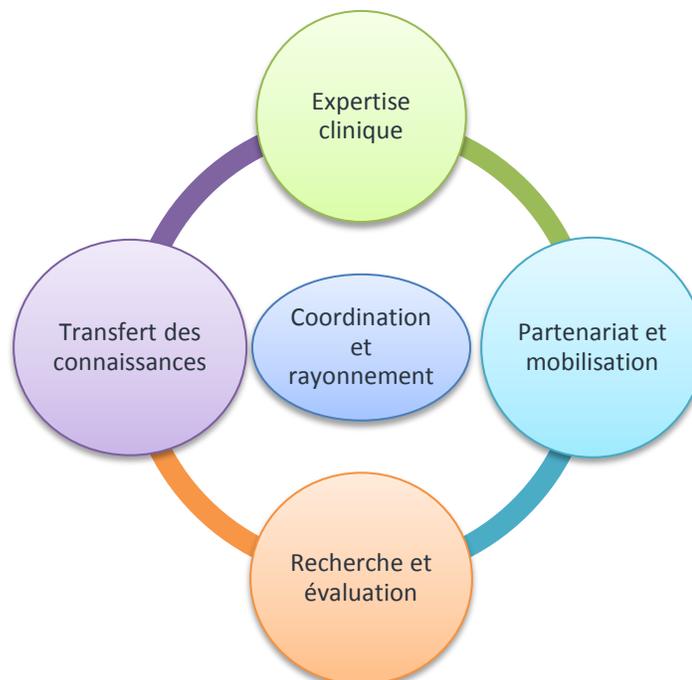
Le transfert des connaissances

Cet axe stratégique vise à rendre accessibles les connaissances issues des milieux de la recherche et de la pratique, afin d'en accroître l'utilisation et de favoriser de meilleures décisions, de meilleures pratiques et l'émergence d'innovations pouvant améliorer les services de santé et les services sociaux offerts aux personnes réfugiées et aux demandeurs d'asile. Cet axe a également pour objectifs de répondre progressivement aux

thématiques les plus préoccupantes pour les centres intégrés mandatés ainsi que d'assurer la diffusion et l'appropriation de connaissances et de compétences destinées à renforcer les capacités des professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent auprès des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile.

Une diversité d'activités est prévue afin de répondre à cet axe, notamment les suivantes :

- ☑ L'identification des besoins des centres intégrés mandatés;
- ☑ La consolidation d'une offre de formations spécialisées;
- ☑ L'organisation de séminaires et de conférences;
- ☑ L'élaboration de guides de référence;
- ☑ La participation à des congrès et à des colloques nationaux et internationaux.



L'articulation de ces axes stratégiques favorise l'avancement constant des connaissances et des pratiques de pointe au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux de l'ensemble du Québec, et ce, dans le domaine de l'intervention auprès des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile.

L'élaboration et la mise en place des activités du Centre d'expertise sont tributaires des priorités établies et des mandats attribués par le MSSS.

Orientation 3 : Assurer l'accès à une analyse du besoin et de la demande dans un délai de 10 jours

À la suite de l'opération d'accueil des personnes réfugiées syriennes, le MSSS a mis fin à l'application du *Plan ministériel pour l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés en situation d'arrivées massives*²⁴ en avril 2016.

Il était primordial pour le MSSS de tirer des enseignements du succès de cette opération. Par conséquent, le MSSS souhaitait, en priorité, mieux baliser les délais dans lesquels les services doivent être offerts aux personnes réfugiées.

Ainsi, depuis le 28 juin 2016, les services sont offerts en deux étapes : d'abord, l'analyse du besoin et de la demande; ensuite, l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique en respectant les délais déjà fixés par l'Offre de services sociaux généraux du MSSS²⁵ (pour le volet psychosocial).

Selon le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile, il n'y a pas de consensus clair déterminant si l'analyse du besoin et de la demande ainsi que l'évaluation doivent débiter par le volet psychosocial ou par le volet santé physique.

Il arrive, dans les cas urgents, qu'un volet doive être priorisé plutôt qu'un autre, notamment selon les informations contenues dans les préavis d'arrivée (*Notification of Arrival Telex – NAT*) ou à la suite d'échanges avec les organismes communautaires d'accueil et de soutien à l'installation et à l'intégration des personnes réfugiées prises en charge par l'État financés par le MIDI ainsi qu'avec les groupes parrains. La priorité demeure de répondre adéquatement aux besoins des personnes réfugiées.

Première étape (10 jours)

Au cours des dix premiers jours suivant l'arrivée de la personne réfugiée dans sa destination d'accueil finale (parmi les quatorze villes d'accueil désignées par le MIDI), le MSSS recommande qu'une analyse du besoin et de la demande (volet santé physique et volet psychosocial) soit réalisée.

Le MSSS reconnaît que, pour les réfugiés parrainés, il peut être plus ardu de respecter ce délai compte tenu du fait ces réfugiés sont plus difficiles à rejoindre, les organismes ou les personnes agissant comme parrains n'ayant pas d'entente particulière avec le réseau de la santé et des services sociaux (contrairement aux organismes d'accueil des réfugiés pris en

²⁴ *Plan ministériel pour l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés en situation d'arrivées massives*, MSSS, novembre 2015.

²⁵ Il est important de préciser que l'Offre de services sociaux généraux du MSSS ne vient pas baliser les paramètres pour l'analyse du besoin et de la demande et l'évaluation pour le volet santé physique.

charge par l'État, qui ont un protocole d'entente avec le réseau). Les réfugiés parrainés ont parfois même accès à des services équivalents à la suite d'un rendez-vous chez un médecin accompagnés de leur parrain.

Pour le volet santé physique, une infirmière procède à une analyse du besoin et de la demande, et ce, en respectant les rôles qui lui sont attribués en tant qu'infirmière clinicienne dans les services courants et certains programmes-services.

Pour le volet psychosocial, un intervenant psychosocial ou un professionnel en intervention psychosociale procède à une analyse du besoin et de la demande, et ce, en respectant les standards de la fiche 1 (accueil, analyse, orientation et référence) de l'Offre de services sociaux généraux²⁶. Il est important de préciser qu'en vertu de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, l'analyse du besoin et de la demande peut être réalisée par un intervenant psychosocial ou par un professionnel en intervention psychosociale.

Le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile privilégie certains éléments incontournables pour l'analyse du besoin et de la demande. La liste de ces éléments faisant l'objet d'une mise à jour périodique, il est de la responsabilité du Centre d'expertise et de chacun des centres intégrés mandatés de s'arrimer afin que soient mis en application ces éléments.

Consignes administratives

Lors de l'analyse du besoin et de la demande, les centres intégrés mandatés doivent consigner, dans un délai de 30 jours, les informations relatives à cette étape sur le formulaire GESTRED n° 25575 – Accueil des réfugiés des données requises pour le suivi de l'indicateur 1.02.07 : Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique.

Tout dépassement de ce délai doit être documenté.

Il faut préciser que cette collecte ne remplace pas la saisie qui est effectuée pour rendre compte des activités réalisées par les centres hospitaliers (CH) et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Donc, la saisie dans le système I-CLSC, en lien avec les services rendus aux personnes réfugiées, doit se poursuivre comme elle se fait habituellement.

²⁶ MSSS, *Offre de services sociaux généraux*, fiche 1, 2013.

Orientation 4 : Assurer l'accès à une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans un délai de 30 jours

Deuxième étape (30 jours)

Au cours des 30 jours suivant l'acceptation de la demande de services (première étape), le MSSS recommande qu'une évaluation de l'état de santé physique et du bien-être soit complétée.

Pour le volet santé physique, une infirmière procède à une évaluation de l'état de santé physique, et ce, en respectant les rôles qui lui sont attribués en tant qu'infirmière clinicienne dans les services courants et certains programmes-clientèles. Pour ce qui est de l'immunisation, l'infirmière doit aussi respecter le Programme québécois d'immunisation et les échéanciers fixés dans les ententes de gestion en vigueur.

L'infirmière peut réaliser la majorité des activités lors de l'évaluation de l'état de santé physique. L'utilisation ou la délivrance d'ordonnances collectives est encouragé afin que l'infirmière puisse réaliser l'ensemble de ces activités. Lorsqu'elle constate, lors de son évaluation, un problème requérant une expertise médicale (diagnostic, ordonnance, etc.), la personne réfugiée doit être orientée vers une infirmière praticienne spécialisée (IPS) ou un médecin. Des trajectoires doivent être prévues à cet effet.

Pour le volet services sociaux, un professionnel en intervention psychosociale procède à une évaluation du bien-être de la personne réfugiée. Cette évaluation doit répondre aux standards de la fiche 4 (consultation sociale) de l'Offre de services sociaux généraux²⁷. Il est important de préciser qu'en vertu de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, l'évaluation du bien-être ne peut pas être réalisée par un intervenant psychosocial. Cet acte est réservé au professionnel en intervention psychosociale, membre de son ordre professionnel.

Comme pour l'analyse du besoin, le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile privilégie certains éléments incontournables à considérer lors de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique. Il est de la responsabilité de chacun des centres intégrés mandatés de mettre en application ces recommandations.

²⁷ MSSS, *Offre de services sociaux généraux*, fiche 1, 2013.

Consignes administratives

Tout comme pour l'analyse du besoin et de la demande, lors de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique, les centres intégrés mandatés doivent consigner les informations relatives à cette étape dans un délai de 30 jours sur le formulaire GESTRED n° 25575 – Accueil des réfugiés des données requises pour le suivi de l'indicateur 1.02.07 : Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique.

Tout dépassement de ce délai doit être documenté.

Il faut préciser que cette collecte ne remplace pas la saisie qui est effectuée pour rendre compte des activités réalisées par les centres hospitaliers (CH) et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Donc, la saisie dans le système I-CLSC, en lien avec les services rendus aux personnes réfugiées, doit se poursuivre comme elle se fait habituellement.

Comme il a été mentionné précédemment, l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique ne constitue pas en soi une prise en charge. Des arrimages et des trajectoires doivent être créés. Des critères et des modalités de référence et de priorisation, établis avec les autres services du centre intégré mandaté ou tout autre centre intégré du territoire ainsi qu'avec les partenaires de la communauté, suivant les besoins du contexte d'intervention, doivent être appliqués²⁸. Il est important de se référer aux modalités de référence déjà existantes dans le centre intégré.

Des modalités permettant de s'assurer que la personne peut accéder au service requis sont établies et appliquées. Ces modalités peuvent se traduire par une référence personnalisée ou un accompagnement selon l'évaluation de la situation²⁹.

Des considérations pour les enfants mineurs

À toutes les étapes de l'analyse du besoin et de la demande ainsi que de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique, tous les professionnels de la santé et des services sociaux qui ont un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis, au sens de l'article 38 ou de l'article 38.1 de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ), sont tenus de signaler sans délai la situation au directeur de la protection de la jeunesse (article 39 de la LPJ).

²⁸ MSSS, *Offre de services sociaux généraux*, 2013.

²⁹ *Ibid.*

Il est à noter que ce signalement ne vient pas se substituer à l'analyse du besoin et de la demande ni à l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique prévues dans les orientations ministérielles, mais s'inscrit en complémentarité avec ces dernières pour la protection et la sécurité du jeune.

Orientation 5 : Assurer l'accès à des services d'interprétariat de qualité

Certains repères viennent baliser et encadrer la nécessité pour les centres intégrés d'avoir recours à des services d'interprétariat. Plus spécifiquement, l'article 2.5 de la LSSSS exige qu'on tienne compte des particularités linguistiques des régions. Dans ce contexte, l'interprétariat représente un moyen adéquat pour respecter, d'une part, les droits et les obligations prévus à la LSSSS et, d'autre part, offrir des services de qualité.

Dans le cadre de leur mission première, les centres intégrés doivent offrir des services à toute personne qui en fait la demande.

Les personnes réfugiées sont susceptibles de se heurter à une barrière linguistique.

Sans s'y restreindre, plusieurs situations peuvent nécessiter la présence d'un interprète.

Pensons notamment aux éléments suivants :

- La prise de rendez-vous;
- L'analyse du besoin et de la demande;
- L'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique;
- Des sessions d'information;
- Des interventions psychosociales ou en santé mentale;
- Le consentement libre et éclairé;
- La prise de médication, la posologie et l'explication d'effets secondaires possibles;
- Les situations de fin de vie et les décisions y étant associées.

Au-delà de l'encadrement légal, le MSSS s'est positionné sur les principes fondamentaux qui devraient guider l'utilisation des services d'interprétariat pour le réseau de la santé et des services sociaux.

Ainsi, le MSSS reconnaît les principes suivants :

- Toute personne ayant besoin d'un interprète doit y avoir accès, dans la mesure du possible, si la qualité du service offert et la possibilité d'en bénéficier équitablement sont compromises par une barrière linguistique;
- L'interprétariat formel doit toujours être priorisé. Toutefois, s'il y a recours à l'interprétariat informel, celui-ci doit être balisé et encadré;
- Si l'interprétariat en présentiel n'est pas disponible (à cause d'une contrainte géographique, notamment), l'interprétariat par téléphone doit être privilégié;
- Il est important d'outiller les professionnels et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour la prise de décision pour un recours adéquat aux services d'interprétariat.

Ainsi, dans le cadre de l'analyse du besoin et de la demande ainsi que de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique, le MSSS encourage fortement les centres intégrés

mandatés à recourir, si nécessaire, aux services d'un interprète afin de s'assurer d'une intervention clinique de qualité ainsi que d'une communication optimale avec les personnes réfugiées.

Le MSSS, après une démarche de consultation, met en place une offre nationale de services d'interprétariat. Il a mandaté la Banque interrégionale d'interprètes de Montréal (en collaboration avec la Banque d'interprètes de la Capitale-Nationale) afin d'assurer le leadership d'une démarche conduisant, à terme, à une offre de services en interprétariat répondant aux besoins des établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans toutes les régions du Québec. Des orientations ministérielles en matière d'interprétariat baliseront les interventions nécessitant la contribution d'interprètes.

Orientation 6 : Assurer un partage des renseignements adéquat

Avec un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux

Les modalités permettant de protéger les renseignements personnels et de communiquer à d'autres établissements, organismes ou personnes un renseignement contenu au dossier d'un usager sont établies et appliquées selon les articles 17 à 27.3 de la LSSSS³⁰.

Des outils permettant de communiquer à d'autres établissements, organismes ou personnes un renseignement contenu au dossier d'un usager sont utilisés et conformes aux articles 17 à 27.3 de la LSSSS³¹.

Avec les organismes communautaires d'accueil et de soutien à l'installation et à l'intégration des personnes réfugiées prises en charge par l'État financés par le MIDI ainsi que les groupes parrains

Avant l'arrivée des personnes réfugiées, le MIDI reçoit les préavis d'arrivées (*Notification of Arrival Telex* ou NAT).

Dès la réception d'un préavis d'arrivées, le MIDI :

1. informe le centre intégré mandaté de l'arrivée des personnes réfugiées, et ce, selon leur ville de destination;
2. transmet les préavis d'arrivées à la personne-ressource selon la ville de destination au sein du centre intégré mandaté, conformément aux règles de confidentialité du MIDI;
3. transmet un résumé statistique (anonymisé) aux personnes-ressources des centres intégrés mandatés selon le modèle élaboré. Un résumé statistique incluant l'ensemble des quatorze villes d'accueil est également transmis au MSSS. Aucun renseignement personnel n'est transmis au MSSS.

S'il survient un changement dans la destination d'accueil des personnes réfugiées, le MIDI informe immédiatement la personne-ressource du centre intégré mandaté. Le MSSS est également informé, mais ne reçoit pas de renseignements personnels.

³⁰ MSSS, *Offre de services sociaux généraux*, 2013.

³¹ *Ibid.*

Avec le réseau de l'éducation et de l'enseignement supérieur

À la suite de l'opération d'accueil massif des personnes réfugiées syriennes, des échanges ont eu lieu entre le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES) et le MSSS, afin de convenir de mécanismes de collaboration pour une intégration améliorée des personnes réfugiées.

Cette démarche visait à officialiser un protocole de fonctionnement entre les centres intégrés mandatés et les commissions scolaires. L'objectif d'un tel mécanisme de collaboration est d'assurer, en toute confidentialité, un transfert de renseignements aux écoles accueillant des élèves provenant d'une clientèle réfugiée et des demandeurs d'asile qui pourraient avoir des besoins de services de santé ou de services sociaux décelés lors de l'analyse du besoin et de la demande ou lors de l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique.

Ce protocole sera accompagné d'un formulaire pour un consentement libre et éclairé, à des fins spécifiques et précisant la durée nécessaire. Un outil de transmission des renseignements sera également conçu.

Ainsi, un protocole visant la transmission de renseignements personnels entre les centres intégrés mandatés et les commissions scolaires sera élaboré au cours de l'année 2018-2019.

Conclusion

Le présent document décrit une mise à jour des orientations ministérielles *Une passerelle vers un avenir en santé* publiées en 2012.

Cette mise à jour s'inscrit en continuité avec ces orientations tout en renforçant les acquis, en réaffirmant certaines attentes ministérielles et en y intégrant de nouvelles balises, et ce, en respectant les standards ministériels.

Tout comme le principe de responsabilité populationnelle que ces orientations ministérielles privilégient, le MSSS compte sur chacun des onze centres intégrés mandatés pour offrir une analyse du besoin et de la demande ainsi qu'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique aux personnes réfugiées, pour qu'ils animent ces orientations ministérielles et s'engagent à participer au vivre-ensemble.

Cet engagement, le MSSS le porte également parce que nous demeurons convaincus qu'être en bonne santé est un déterminant-clé pour l'intégration et l'inclusion dans la société d'accueil et pour la participation au vivre-ensemble.

Références bibliographiques

- BATTAGLINI, Alex, et autres. *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes. Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2005.
- BAUKJE, Miedema, Ryan HAMILTON et Julie EASLEY. « Grimper les murs. Obstacles structurels à l'accès aux soins de première ligne par les nouveaux réfugiés au Canada », *Publications officielles du Collège des médecins du Canada*, 2008, p. 338-339.
- BUI, Yen-Giang. « Helminthes et protozoaires : comment s'y retrouver sans y perdre son latin! », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 3, mars 2007, p. 47-53.
- HYMAN, Ilene. « Immigration and Health: Reviewing Evidence of the Healthy Immigrant Effect in Canada », *CERIS Working Paper, Joint Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement*, n° 55, Toronto, 2007.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Responsabilité populationnelle*, <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>.
- MACDONALD, James Ted et Steven KENNEDY. « Insights into the "healthy immigrant effect": health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science & Medicine*, vol. 59, n° 8, 2004, p. 1613-1627.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Offre de services sociaux généraux*, fiche 1, 2013.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan ministériel pour l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés en situation d'arrivées massives*, MSSS, novembre 2015.
- MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION. *Politique québécoise en matière d'immigration, de participation et d'inclusion – Glossaire*, novembre 2015, 12 p
- NARASIAH, Lavanya, et Gilles DE MARGERIE. « Le dépistage médical chez le nouvel arrivant », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 2, février 2007, p. 55-61.
- POTTIE, Kevin, et autres. « Summary of clinical preventive care recommendations for newly arriving immigrants and refugees to Canada », *Lignes directrices canadiennes pour la santé des immigrants, Canadian Medical Association Journal*, juin 2010.