

**ÉDIQSCOPE**  
2022, Numéro 16

Lucienne Martins Borges, Stéphanie Arsenault, Lucille Langlois,  
Mariá Boeira Lodetti, Marie-Elisa Fortin, Gabrielle Robert et  
Valérie Hamel-Genest

## Rapport de recherche

La santé mentale des personnes réfugiées et à statut précaire face  
à la pandémie de COVID-19 - Dépistage, prévention et  
modalités d'intervention adaptées aux situations de crises



## L'ÉDIQ

L'équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec est subventionnée par le Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC). Cette équipe interdisciplinaire et intersectorielle regroupe des établissements universitaires, des institutions de gouvernance, des organismes et des services de première ligne. Elle s'intéresse de façon spécifique aux interactions complexes qui se tissent entre les institutions, en tant que systèmes d'organisation ayant des valeurs, des règles et des pratiques, et la population de la région de Québec caractérisée par une diversité culturelle croissante. Elle examine ces interactions dans une perspective multidimensionnelle qui prend en compte : les ancrages historiques des dynamiques locales; les stratégies, les projets et les réalisations des nouveaux arrivants; les stratégies des institutions face aux changements; ainsi que l'influence des représentations de Soi et de l'Autre sur les interactions entre les personnes, les groupes, les institutions.

Responsable scientifique : Stéphanie Arsenault, Université Laval

Co-responsable partenaire : Richard Walling, Les Partenaires communautaires Jeffery Hale

Site Internet : [www.ediq.ulaval.ca](http://www.ediq.ulaval.ca)

### ÉDIQSCOPE

L'ÉDIQ édite la série scientifique « Édiqscope » destinée à la publication de travaux issus de mémoires de maîtrise, de thèses de doctorat, essais et autres travaux de recherche.

<http://www.ediq.ulaval.ca/publications/ediqscope/>

#### Direction

Stéphanie Arsenault, directrice

Richard Walling, co-directeur

#### Comité scientifique

Stéphanie Arsenault, PhD, travail social, Université Laval

Nicole Gallant, PhD, INRS – Société et culture

Lucille Guilbert, PhD, professeure retraitée, ethnologie, Université Laval

Aline Lechaume, PhD, relations industrielles Université Laval

Michel Racine, PhD, relations industrielles, Université Laval

Le comité scientifique s'adjoit d'autres membres *ad hoc*

#### Coordination et édition

Johanna Alexandra Cardona Campuzano, doctorante, coordonatrice de l'ÉDIQ

Laura Cordiano, auxiliaire de recherche

#### Édiqscope, 2022, numéro 16

Lucienne MARTINS BORGES, Stéphanie ARSENAULT, Lucille LANGLOIS, Mariá BOEIRA LODETTI, Marie-Elisa FORTIN, Gabrielle ROBERT et Valérie HAMEL-GENEST, *Rapport de recherche : La santé mentale des personnes réfugiées et à statut précaire face à la pandémie de COVID-19 – Dépistage, prévention et modalités d'intervention adaptées aux situations de crise*

#### ÉDIQ

Université Laval

Pavillon Charles-De Koninck, local 6475

1030, av. des Sciences-Humaines, Québec

Québec, Canada, G1V 0A6

Ce rapport découle d'une recherche intitulée *La santé mentale des personnes réfugiées face à la pandémie de COVID-19 : dépistage, prévention et modalités d'intervention adaptées aux situations de crise* financée par le CRSH, subvention d'engagement partenarial (SEP) - COVID-19 Initiative Spéciale individuelle.

Les opinions exprimées dans ce rapport n'engagent que les autrices et ne représentent pas forcément celles du CIUSSS de la Capitale-Nationale et de l'Université Laval.

2022 ÉDIQ

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2022

ISSN 1927-4475

ISBN 978-2-924062

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier chaleureusement les participants de la Clinique santé des réfugiés de Québec (CSR). Chaque partage d'expérience fut essentiel à la systématisation des informations concernant l'adaptation des services offerts par la CSR et l'élargissement de son offre de services à d'autres groupes de personnes immigrantes. Nous leur sommes donc très reconnaissants de nous avoir partagé leur expérience. Nous tenons également à remercier le CRSH pour le financement accordé au projet de recherche dans le cadre de la subvention d'engagement partenarial (SEP) - COVID-19 Initiative Spéciale individuelle.

## RÉSUMÉ

Les personnes réfugiées peuvent représenter un groupe à risque lorsqu'elles sont exposées à de nouvelles situations anxiogènes. Face à la crise de la pandémie de COVID-19, la Clinique santé des réfugiés de Québec a pris la décision d'adapter l'offre des services aux personnes réfugiées et d'élargir son mandat régulier en ouvrant ses services à d'autres groupes de personnes immigrantes. Ce rapport présente les principaux résultats découlant du projet de recherche intitulé *La santé mentale des personnes réfugiées face à la pandémie de COVID-19 : dépistage, prévention et modalités d'intervention adaptées aux situations de crise*. L'objectif général du projet était de documenter l'adaptation des modalités d'intervention de la CSR face aux réactions psychologiques et aux besoins psychosociaux liés à la pandémie de COVID-19, chez les personnes réfugiées dans la région de la Capitale-Nationale. Pour ce faire, des méthodes qualitatives et quantitatives de recherche ont été associées. Le volet qualitatif découle des entrevues menées auprès de quinze participants ayant travaillé à la CSR lors des deux premières vagues de la pandémie de COVID-19. Le volet quantitatif découle de la consultation de 274 outils développés par la CSR permettant le dépistage des symptômes émotionnels, comportementaux et physiques reliés à la crise sanitaire et des symptômes de la COVID-19. Les outils ont été systématisés et une démarche descriptive des résultats a été réalisée. Les résultats ont été organisés selon les thématiques suivantes : 1) contextualisation de la CSR, 2) adaptation des services réguliers pendant les première et deuxième vagues de la COVID-19, 3) mandat temporaire, 4) réactions émotionnelles et besoins psychosociaux des usagers pendant la pandémie, 5) impacts des interventions et 6) expériences des intervenants. La reconnaissance des personnes réfugiées comme population vulnérable a été une étape essentielle pour éviter une rupture de l'offre de services aux personnes réfugiés, pour assurer la mise en place de différentes adaptations de services et pour élargir le mandat régulier de la CSR en ouvrant ses services à d'autres groupes de personnes immigrantes.

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	I
RÉSUMÉ .....	I
TABLE DES MATIERES .....	i
LISTE DES TABLEAUX .....	iv
LISTE DES ANNEXES.....	v
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS .....	vi
INTRODUCTION.....	1
<b>CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS.....</b>	<b>2</b>
Enjeux structurels et sociaux aggravés par la pandémie .....	2
Facteurs de risques aggravés par la pandémie .....	6
Facteurs de protection .....	8
<b>CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>10</b>
<b>CHAPITRE 3 : CONTEXTUALISATION .....</b>	<b>12</b>
Présentation de la CSR .....	12
<b>Mandat .....</b>	<b>12</b>
Rôle de l'équipe .....	13
Transfert vers le réseau.....	14
Défis d'installation .....	15
Défis d'intégration .....	16
Ressources observées pour faire face aux défis .....	16
<b>L'adaptation des services réguliers pendant les première et deuxième vagues de la COVID-19 .....</b>	<b>17</b>
Outil de dépistage .....	18
Appels.....	19
<b>TABLEAU 1. TYPES D'INTERVENTIONS RÉALISÉES LORS DES APPELS TÉLÉPHONIQUES. 20</b>	
Intervention de l'équipe à l'extérieur de la CSR.....	21
<b>Le mandat temporaire .....</b>	<b>22</b>
Mise en place du mandat temporaire.....	22
Services offerts et demandes.....	23
Références .....	24
Retombées du mandat temporaire.....	25
<b>CHAPITRE 4 : RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES ET BESOINS PSYCHOSOCIAUX DES USAGERS DURANT LA PANDÉMIE .....</b>	<b>27</b>
<b>Difficultés psychosociales .....</b>	<b>27</b>
Manque de ressources matérielles .....	27

La méconnaissance des mesures sanitaires.....	28
Réorganisation de la dynamique familiale.....	28
Isolement .....	29
Violence conjugale .....	29
<b>Réactions émotionnelles.....</b>	<b>29</b>
<b>TABLEAU 2. SYMPTÔMES OBSERVÉS LORS DES APPELS TÉLÉPHONIQUES .....</b>	<b>30</b>
Symptômes anxieux .....	30
Symptômes dépressifs .....	31
Traumatismes antérieurs .....	31
<b>Besoins de santé physique .....</b>	<b>32</b>
<b>TABLEAU 3. SYMPTÔMES PHYSIQUES OBSERVÉS LORS DES APPELS TÉLÉPHONIQUES. 32</b>	
Suivis de grossesse .....	32
Besoins ponctuels de santé physique et problèmes de santé physique.....	33
Augmentation des cas de COVID-19 parmi les réfugiés.....	33
<b>CHAPITRE 5 : IMPACT DES INTERVENTIONS .....</b>	<b>35</b>
<b>Impacts des interventions auprès des réfugiés .....</b>	<b>35</b>
<b>Impacts des interventions dans le cadre du mandat temporaire.....</b>	<b>36</b>
<b>CHAPITRE 6 : LES EXPERIENCES DES INTERVENANTS .....</b>	<b>37</b>
<b>Difficultés vécues.....</b>	<b>37</b>
Télétravail en pandémie .....	37
Interventions à distance.....	38
Non-informatisation des dossiers .....	39
Mesures sanitaires .....	40
Complexité des interventions auprès de la clientèle du mandat temporaire .....	41
Complexité des références dans le réseau .....	41
Fatigue de la pandémie.....	42
<b>Éléments facilitateurs .....</b>	<b>43</b>
Maintien des activités de la CSR .....	43
Équipe de travail .....	43
Accessibilité aux ressources et aux usagers.....	43
Adaptation des interventions.....	44
Soutien des gestionnaires et des partenaires .....	44
<b>Développement de compétences interculturelles.....</b>	<b>45</b>
Soutien du SAPSIR .....	45
Informations reçues concernant les usagers du mandat temporaire.....	46

Collaboration avec les interprètes .....	46
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>48</b>
<b>Faits saillants .....</b>	<b>48</b>
<b>Recommandations.....</b>	<b>51</b>
<b>Constats généraux concernant la démarche de recherche .....</b>	<b>52</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXE A : Outil de dépistage.....</b>	<b>59</b>
<b>ANNEXE B : Communiqué officiel.....</b>	<b>61</b>

## LISTE DES TABLEAUX

<a href="#">Tableau 1. Types d'interventions réalisées lors des appels téléphoniques</a> .....	20
<a href="#">Tableau 2. Symptômes observés lors des appels téléphoniques</a> .....	30
<a href="#">Tableau 3. Symptômes physiques observés lors des appels téléphoniques</a> .....	32

## LISTE DES ANNEXES

<a href="#">ANNEXE A : Outil de dépistage des appels téléphoniques</a> .....	59
<a href="#">ANNEXE B : Communiqué officiel de l'offre temporaire des services de la CSR</a> .....	61

## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ASI	Assistant du supérieur immédiat
CAI	Carrefour d'action interculturelle
CAVAC	Centres d'aide aux victimes d'actes criminels
CERDA	Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile
CIUSSSCN	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
CMQ	Centre multiethnique de Québec
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines
CSR	Clinique santé des réfugiés
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DSM	Direction des services multidisciplinaires
ÉDIQ	Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IPI	Intervenant pivot en interculturel
IPSPL	Infirmier praticien spécialisé en première ligne
IRFAM	Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrants
MIFI	Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SAAI	Service d'aide à l'adaptation des immigrants
SAPSIR	Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés
SOIT	Service d'orientation et d'intégration des immigrants au travail
YWCA	Young Women's Christian Association

## INTRODUCTION

Le monde actuel fait face à un défi qui, en plus de conséquences évidentes sur la santé physique et sur les réseaux de santé, place les populations dans un contexte de crise multidimensionnelle. La santé mentale des diverses populations n'est pas épargnée (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2020). Si les mesures physiques et économiques ont été au premier plan dès le début de la pandémie de COVID-19, très rapidement, les préoccupations entourant la santé mentale des populations, surtout celle des plus vulnérables telles les personnes réfugiées, ont été soulevées par les milieux d'intervention ainsi que par le monde scientifique, politique et médiatique. Considérant que les personnes réfugiées peuvent représenter un groupe à risque lorsqu'elles sont exposées à de nouvelles situations anxiogènes, certaines préoccupations concernant l'impact de la pandémie de COVID-19 ont rapidement été soulevées par l'équipe de la Clinique santé des réfugiées de Québec (CSR). Face à la crise, la CSR a pris la décision d'adapter l'offre des services aux personnes réfugiées et d'élargir son mandat régulier en ouvrant ses services à d'autres groupes de personnes immigrantes.

Le projet de recherche *La santé mentale des personnes réfugiées face à la pandémie de COVID-19 : dépistage, prévention et modalités d'intervention adaptées aux situations de crise* avait pour objectif général de documenter l'adaptation des modalités d'intervention de la CSR face aux réactions psychologiques et aux besoins psychosociaux liés à la pandémie de COVID-19, chez les personnes réfugiées dans la région de la Capitale-Nationale. Il a été réalisé par des chercheurs de l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval, en partenariat avec la Clinique santé des réfugiés. Ce rapport est donc le résultat de cette démarche scientifique, subventionnée par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), Subventions d'engagement partenarial – COVID-19, et approuvée par le Comité d'éthique de la recherche sectoriel en santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Tout d'abord, ce rapport présente une recension non exhaustive des écrits publiés depuis 2020 concernant les impacts de la pandémie de COVID-19 sur les réfugiés, les demandeurs d'asile ou les personnes sans statut. Par la suite, la méthodologie de recherche utilisée et une contextualisation de la Clinique santé des réfugiés de Québec sont exposées. Puis, les résultats des entrevues menées avec les quinze participants ayant tous travaillé à la CSR lors des deux premières vagues de la pandémie de COVID-19, plus précisément du 16 mars 2020 au 31 mars 2021, sont présentés. Les informations quantitatives et qualitatives obtenues à l'aide de l'outil de dépistage lors des appels téléphoniques sont présentées de façon articulée avec les données issues des entrevues. Pour terminer, ce rapport propose une conclusion sous forme de faits saillants et de recommandations.

## CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS

Historiquement, la pandémie de COVID-19 n'est pas la première pandémie à laquelle le monde est confronté. En effet, plusieurs pandémies ont déjà marqué l'histoire, telles que la peste noire, la variole, le choléra, la grippe espagnole, le SRAS et la grippe H1N1. Toutefois, elles ont chacune leurs particularités en matière de virulence, de vitesse de contagion, de risques de décès, de mesures sanitaires et d'impacts sur les systèmes économique et de santé. Il est donc difficile de comparer les événements antérieurs à ceux d'aujourd'hui afin d'évaluer les impacts possibles de la pandémie de COVID-19, et ce, à court et à long terme (Zalsman et coll., 2020). Chaque pays a dû trouver rapidement des solutions afin de limiter la propagation et les possibles répercussions. Dans certains pays occidentaux, les mesures sanitaires se sont appuyées sur des principes de responsabilité individuelle souvent très différents des valeurs dominantes partagées au sein de certains groupes de personnes immigrantes (Watson, Gacigalupe, Daneshpour, Han et Parra-Cardona, 2020). Ne trouvant pas de sens aux mesures sanitaires, imposées ou proposées, ces groupes pouvaient se trouver plus à risque d'attraper la maladie.

Afin d'approfondir les connaissances concernant les impacts de la pandémie de COVID-19 sur les réfugiés, les demandeurs d'asile, les personnes sans statut, nous présentons de façon non exhaustive une recension des écrits publiés depuis mars 2020. Les études recueillies recensent les réalités vécues par ces populations en contexte de pandémie lié à la COVID-19 dans différents pays, à savoir l'Australie, la Suède, les États-Unis, le Royaume-Uni, le Canada, la Belgique et l'Espagne. De manière générale, nous avons identifié que la majorité des études traite de multiples enjeux que les chercheurs anticipaient rencontrer avant même de débiter leur processus de recherche. En ce sens, différents éléments concernant les possibles impacts de la pandémie de COVID-19 sur les réfugiés, les demandeurs d'asile, les personnes sans statut ou les sans statut sont ressortis. Ces éléments ont été codifiés et divisés selon différentes thématiques, soit les enjeux structurels et sociaux aggravés par la pandémie, les facteurs de risques et les facteurs de protection.

### **Enjeux structurels et sociaux aggravés par la pandémie**

L'affirmation que le virus est « démocratique », soit que tous les citoyens sans égard à leurs caractéristiques personnelles peuvent être infectés, est de plus en plus déconstruite par les chercheurs. Si cette affirmation peut avoir de la valeur et sembler logique d'un point de vue biologique, elle ne fait pas consensus lorsqu'on porte un regard sur les éléments structurels et sociaux en lien avec la pandémie. Parmi les études recueillies, les auteurs sont nombreux à souligner le fait que la pandémie a exacerbé les inégalités structurelles et sociales déjà existantes, dont celles vécues par les réfugiés, les demandeurs d'asile, les sans statut et toutes autres populations immigrantes (Cross et Gonzalez Benson, 2020; Debelder et Manco, 2020; Donà, 2021; Guttmann et coll., 2020; Pinzón-Espinosa, José Valdés-Florido, Riboldi, Baysak et Vieta, 2021; Rousseau, Jaimes et El-Majzoub, 2020). En ce sens, Donà (2021) souligne l'existence d'une forme

de violence structurelle, puisque certains facteurs structurels et sociaux ont fait en sorte que ces populations étaient plus à risque d’attraper la COVID-19 que la population générale.

Tout d’abord, la question du **statut migratoire** est un élément clé engendrant plusieurs enjeux structurels et sociaux. Les auteurs sont nombreux à aborder les impacts négatifs du statut migratoire sur la réalité des immigrants en contexte de pandémie, et ce, dans différents pays. Selon Cross et Gonzalez Benson (2020), Debelder et Manco (2020), Donà (2021) et Mares, Jenkins, Lutton et Newman Am (2021), en fonction de leur parcours et leur statut migratoires, les immigrants ont un accès restreint aux services publics de soutien et de bien-être ainsi qu’aux droits économiques, sociaux et culturels. En ce qui concerne les demandeurs d’asile qui demeurent en Australie, Mares et collaborateurs (2021) soulignent qu’en plus d’un cumul d’adversité lié à leur propre statut migratoire, cette population a subi plusieurs restrictions aux mesures d’aide. Ces restrictions seraient entre autres liées au manque de connaissances des impacts négatifs de la COVID-19 de la part des autorités publiques. En contexte québécois, Rousseau et collaborateurs (2020) affirment que les immigrants à statut précaire étaient une des populations les plus touchées par les conséquences du confinement et par les problèmes économiques associés. La pandémie met ainsi en évidence l’urgence de garantir la protection et le bien-être de toute la population, indépendamment de la situation migratoire des personnes (Debelder et Manco, 2020).

Parmi d’autres enjeux structurels et sociaux, les **barrières linguistiques** et leurs effets sur les immigrants ont été mentionnés par différents auteurs (Donà, 2021; Gosselin et coll., 2021; Júnior et coll., 2020; Mangrio, Paul-Satyaseela et Strange, 2020; Rousseau et coll., 2020; Valeriani et coll., 2020). À titre d’exemple, Guttman et collaborateurs (2020), qui ont analysé les données de la pandémie jusqu’en juin 2020 dans le contexte ontarien, soulignent que les immigrants et les réfugiés adultes qui ne maîtrisaient pas l’anglais ni le français présentaient un taux plus élevé de positivité à la COVID-19. Dans la province de Québec, Rousseau et collaborateurs (2020) affirment que les allophones faisaient également partie des groupes minoritaires les plus touchés par les conséquences de la pandémie. Un des effets directs des barrières linguistiques est le nonaccès à l’information qui permettrait une compréhension globale de la situation pandémique, des consignes sanitaires de santé publique, et, par conséquent, des façons de se protéger adéquatement.

De plus, une moins bonne compréhension de la langue peut provoquer une plus grande méfiance des personnes vis-à-vis les informations fournies par la santé publique (Donà, 2021). En ce sens, le fait de ne pas comprendre les consignes en raison des barrières linguistiques peut amener les immigrants à s’informer majoritairement par l’entremise des médias sociaux, et ainsi, à s’exposer à de la fausse information (Valeriani et coll., 2020). En contexte français, des résultats de recherche trouvés par Gosselin et collaborateurs (2021) ont permis l’analyse du cas des immigrants adultes d’Afrique subsaharienne demeurant dans le Grand Paris entre avril et juin 2020. Ces auteurs ont constaté que, même si certaines campagnes d’information ont été destinées spécifiquement aux populations immigrantes, de plus hauts taux d’infection et de mortalité en raison de la COVID-19 ont été recensés parmi celles-ci. Ces résultats démontrent que

les campagnes n'étaient pas assez efficaces pour rejoindre les immigrants les plus défavorisés et révèlent une nécessité de revoir les stratégies de communication utilisées.

La **pauvreté, le faible revenu et les conditions de logement** sont également des enjeux structurels et sociaux ayant été associés à des impacts négatifs chez les immigrants demeurant dans différents pays. À titre d'exemple, les personnes racisées vivant dans des quartiers à faible revenu en Ontario étaient plus touchées par la COVID-19, et ce, de manière disproportionnée en comparaison au reste de la population (Guttmann et coll., 2020). Ces auteurs font mention d'un quartier à Toronto où les personnes, majoritairement issues des communautés ethnoculturelles, présentaient, jusqu'en juin 2020, un taux de positivité à la COVID-19 plus élevé. En Suède, Mangrio et collaborateurs (2020) indiquent que les réfugiés de la Somalie et d'Érythrée habitant dans des zones défavorisées et surpeuplées faisaient partie des populations avec un taux plus élevé de décès en raison de la COVID-19.

Selon Donà (2021), les conditions de pauvreté exposent encore plus les immigrants à la COVID-19, puisqu'une protection face au virus implique des dépenses supplémentaires, telles que l'achat de masques et de savon nécessaire au lavage fréquent des mains. Les mauvaises conditions de logement engendrent également une plus grande exposition au virus. En analysant le contexte britannique, Donà (2021) critique le slogan gouvernemental « stay home », puisqu'il ne représente pas une option réaliste ni sécuritaire pour les personnes qui n'ont pas de maison ou qui n'ont pas assez d'espace pour tous les habitants de leur demeure. Elle met en évidence qu'une bonne partie des demandeurs d'asile vivent dans des logements surpeuplés et insalubres, deux facteurs les mettant alors plus à risque d'attraper la COVID-19. Gosselin et collaborateurs (2021) rapportent qu'entre avril et juin 2020, 61 % des immigrants adultes d'Afrique subsaharienne demeurant dans le Grand Paris n'avaient pas un espace personnel pour dormir. Parallèlement, Guttmann et collaborateurs (2020) rappellent l'urgence d'instaurer des actions concrètes afin de loger ceux qui n'ont pas accès à un endroit de quarantaine sécuritaire dans le cas d'une contagion de la COVID-19.

Une plus grande exposition des immigrants à la COVID-19 est également associée à l'**emploi** occupé par ces personnes. Cross et Gonzalez Benson (2020) soulignent que malgré les mesures de confinement adoptées aux États-Unis, des millions d'immigrants ont continué à travailler dans des services essentiels, augmentant ainsi leur exposition au virus. De même, au Royaume-Uni, les immigrants occupent souvent des emplois dans les domaines de la santé, des services sociaux et des transports publics. Ils sont donc dans l'impossibilité de faire du télétravail et s'exposent davantage à la COVID-19 (Donà, 2021). En contexte canadien, plus particulièrement en Ontario, Guttmann et collaborateurs (2020) soulignent que parmi l'ensemble des femmes testées positives, 36 % étaient des travailleuses de la santé. Parmi ces femmes, presque la moitié, soit 45 %, étaient des femmes immigrantes ou réfugiées. De plus, en Suède, les immigrants originaires d'Afrique et du Moyen-Orient étaient plus à risque d'entrer en contact avec une personne positive à la COVID-19 vue leur dépendance au transport en commun pour se rendre au travail (Valeriani et coll., 2020). En ce qui a trait aux travailleurs temporaires au Canada, Doyle (2020) observe que

le manque de protection adéquate et le besoin de conserver leur emploi ont contribué à l'augmentation de la propagation de la COVID-19 chez les travailleurs temporaires au Canada.

D'un autre côté, puisque les immigrants occupent souvent des emplois en restauration et dans d'autres services non essentiels, ils ont été nombreux à se retrouver sans travail. Ceci a été observé chez les réfugiés en Suède (Mangrio et coll., 2020) et chez les immigrants temporaires en Australie (Mares et coll., 2021). Dans le Grand Paris, 38 % des immigrants d'Afrique subsaharienne travaillaient avant la pandémie, alors que 82 % de ceux-ci ont bénéficié du chômage en raison de la pandémie (Gosselin et coll., 2021).

En dernier lieu, l'**accès aux services de santé** pour les personnes immigrantes dans le contexte de la pandémie a été discuté par plusieurs auteurs (Doyle, 2020; Júnior et coll., 2020; Mangrio et coll., 2020; Pinzón-Espinoza et coll., 2021; Tsamakidis et coll., 2021; Valeriani et coll., 2020). Bien qu'avoir accès à des services de santé culturellement adaptés était déjà considéré comme un grand défi (Júnior et coll., 2020), les lacunes des soins de santé entre les populations natives et les populations immigrantes se sont simplement accentuées en contexte de pandémie. En Suède, Valeriani et collaborateurs (2020) ont constaté qu'entre mars et mai 2020, les taux de mortalité due à la COVID-19, lorsque comparés à la population générale, étaient plus élevés parmi les immigrants originaires de Somalie, d'Irak et de Syrie.

Pinzón-Espinoza et collaborateurs (2021) affirment que les obstacles culturels dans l'accès aux services de santé peuvent contribuer à la détérioration de la santé des immigrants, des réfugiés et des demandeurs d'asile demeurant en Europe, contribuant ainsi à l'aggravation d'une vulnérabilité déjà existante. En plus d'avoir un accès limité aux soins de santé, les personnes réfugiées sont plus nombreuses à souffrir de troubles de santé mentale et de maladies chroniques, ce qui peut aggraver leur état de santé général dans ce contexte pandémique (Tsamakidis et coll., 2021).

En Suède, les réfugiés ont plus de difficulté à avoir accès aux soins de santé, et ce, malgré le fait qu'ils ont les mêmes droits que l'ensemble de la population sur ce plan. Cette difficulté peut être causée par des obstacles culturels, par le manque de confiance envers le personnel soignant et par les difficultés à communiquer avec les intervenants (Mangrio et coll., 2020). En parallèle, Mares et collaborateurs (2021) rappellent l'urgence de voir un plus grand investissement dans la formation des intervenants en santé dans le contexte australien. De même, Pinzón-Espinoza et collaborateurs (2021) affirment que les intervenants travaillant avec les populations d'immigrants, de réfugiés et de demandeurs d'asile doivent adopter une posture proactive plutôt que réactive en ce qui concerne l'offre de soutien à apporter.

En plus des obstacles culturels, dans certains pays d'accueil, l'accès aux soins de santé offerts par l'État à quelques catégories d'immigration est interdit ou très limité. C'est le cas du Royaume-Uni, où les services de santé sont limités et coûteux pour les immigrants non européens. Pour cette raison, les sans-papiers sont moins susceptibles de chercher de l'aide avant d'être dans un état avancé de maladie. Dans le cas de la COVID-19, ceci a comme effet de les exposer encore plus à de possibles complications, ces dernières pouvant même mener jusqu'à la mort. Toujours au Royaume-Uni, une facture impayée des frais hospitaliers peut avoir comme conséquence le rejet

d'une demande de statut dans le cas des demandeurs d'asile (Donà, 2021). Dans le contexte canadien, Doyle (2020) affirme que les immigrants travailleurs temporaires évitent de demander des soins de santé par peur de se faire déporter.

Certaines provinces canadiennes, comme l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Québec, ont élargi temporairement leurs programmes d'assurance maladie aux personnes non assurées (Doyle, 2020). Cependant, sachant que les réfugiés, les demandeurs d'asile et les autres catégories d'immigrants ont été reconnus par plusieurs pays comme des populations vulnérables pendant la pandémie, Pinzón-Espinoza et collaborateurs (2021) rappellent l'urgence de mettre en place des actions visant un accès universel et équitable aux systèmes de santé pour ces personnes.

### **Facteurs de risques aggravés par la pandémie**

Dans la population générale, certaines personnes sont plus à risque d'avoir des complications ou de développer une maladie grave après avoir contracté la COVID-19. Parmi ces groupes, on retrouve les personnes de 60 ans et plus et les personnes atteintes d'une maladie chronique (maladie pulmonaire, maladie cardiaque, hypertension, diabète, maladie rénale, du foie, démence ou antécédent d'accident vasculaire cérébral). Les personnes immunodéprimées, par exemple celles atteintes de cancer ou celles qui suivent un traitement de chimiothérapie, sont également plus à risque.

Des études ont mis de l'avant d'autres facteurs de vulnérabilité aux impacts négatifs de la pandémie de COVID-19. Par exemple, les minorités culturelles et les groupes marginalisés sont plus susceptibles de vivre des impacts négatifs tels que des problèmes physiques et de la détresse émotionnelle liés à la pandémie (Raifman et Raifman, 2020). L'isolement et la distanciation sociale sont également des facteurs de vulnérabilité qui peuvent accentuer l'apparition de troubles de santé mentale (Best, Law, Roach et Wilbiks, 2020; Lei et Klopach, 2020; Schullman et Evans, 2020). La discrimination vécue par certains demandeurs d'asile et certaines personnes réfugiées aux États-Unis est un autre facteur de vulnérabilité qui augmente le risque de développer des problèmes de santé physique et mentale (Watson et coll., 2020). De même, l'étude de Mangrio et collaborateurs (2020) met de l'avant la vulnérabilité à la COVID-19 de la population de réfugiés en Suède, en raison d'un nombre plus élevé de personnes en surpoids et obèses, ainsi qu'une plus grande proportion de consommateurs de tabac que chez la population générale. Le risque de complications après avoir contracté la COVID-19 peut également être plus élevé pour les personnes ayant plus difficilement accès aux services de santé (Gouvernement du Canada, 2022).

Au-delà des facteurs biologiques et de santé physique, des facteurs psychosociaux ont aussi été identifiés comme étant de facteurs de risque. Ceux-ci peuvent être associés aux mesures de confinement, aux représentations sociales et aux impacts de la pandémie sur le vécu des personnes. Trois facteurs attirent l'attention, soit les conditions de travail, la détresse psychologique et la discrimination. En effet, **des conditions liées à l'emploi** (des infirmières, des médecins et des préposés aux bénéficiaires) ou les lieux de travail (les établissements correctionnels, de soins longue durée, les refuges ou les résidences de groupe) peuvent augmenter le risque d'être en contact avec des personnes atteintes de la COVID-19.

Les mesures sanitaires mises en place par le gouvernement ont grandement varié au Canada. L'intensité de ces mesures a également fluctué, mais la plus sévère d'entre elles a été le confinement. Bien que cette mesure soit très efficace pour diminuer la propagation du virus, elle a engendré une **détresse psychologique** chez certains individus (Best et coll., 2020; Mares et coll., 2021; Zhang et Ma, 2020) et des liens ont déjà été établis entre la distanciation sociale et la détresse psychologique (Best et coll., 2020; Diener, Emmons, Larsen et Griffin, 1985). La confusion et l'anxiété reliées aux mesures sanitaires ont contribué au développement d'un sentiment d'insécurité et de méfiance, réduisant ainsi le désir des demandeurs d'asile d'aller chercher de l'aide (Mares et coll., 2021). Un autre élément ayant contribué à la détresse psychologique de la population est la diffusion de fausses informations. Concernant ceci, Wang, Gee, Bahiru, Yang et Hsu (2020) ont mené une étude auprès de la population générale vivant en Chine lors de la pandémie de COVID-19. Les résultats de cette étude ont mis en lumière que les individus disposant de meilleures informations sur la pandémie ressentaient moins d'impacts sur le plan psychologique. Plus précisément, leur niveau de détresse, d'anxiété et de stress était considérablement plus bas que chez les participants ayant des informations plus ou moins précises et provenant de sources d'information moins fiables. En Australie, les fausses informations et le manque d'adaptation culturelle de l'information semblent avoir contribué à une baisse du taux de personnes immigrantes testées (Mares et coll., 2021).

Des études encore préliminaires indiquent que des groupes d'individus seraient plus vulnérables aux difficultés psychologiques en contexte de pandémie. En effet, les femmes vivraient plus de détresse psychologique que les hommes et cette tendance semble se répéter selon certains auteurs (Brooks et coll., 2020; Moreira et Pinto da Costa, 2020; Wang et coll., 2020). Par ailleurs, la détresse psychologique, pouvant se manifester par des symptômes de panique ou dépressifs, serait plus élevée chez les personnes ayant un niveau de scolarité moins élevé (Best et coll., 2020; Taylor, Agho, Stevens et Raphael, 2008). Ce facteur de vulnérabilité pourrait être expliqué par le fait que l'éducation constituerait un facteur de protection pour faire face aux problèmes sociaux (Zimmerman et coll., 2018). En Suisse, une étude a mis en lumière la détresse psychologique des sans-papiers durant la période de confinement (Burton-Jeangros et coll., 2020 cités dans Gosselin et coll., 2021).

Ainsi, des études menées auprès de diverses populations ont démontré l'augmentation de l'apparition de problèmes de santé mentale ou l'aggravation de ceux déjà existants (Best et coll., 2020; Chen, Zhang et Liu, 2020; Lee et Waters, 2021; Litam et Oh, 2020). La détresse psychologique engendrée par la pandémie a favorisé l'apparition de fragilités chez les personnes immigrantes, réfugiées et demandeuses d'asile reliées à la peur, au stress de l'expulsion, à la perte ou à la diminution de l'aide reçue, à la discrimination ethnique, à la violence sexuelle, etc. (Pinzón-Espinoza et coll., 2020).

Les différentes appellations du coronavirus en début de pandémie ont contribué aux facteurs de risque pour certaines populations. En effet, des personnes influentes ont fait circuler la peur, les rumeurs et **la discrimination** envers les personnes d'origine asiatique. Plus précisément, dans certains pays comme les États-Unis, le Royaume-Uni ou encore au Canada, les médias et les

représentants gouvernementaux ont rejeté le blâme et encouragé la discrimination envers cette population en nommant « coronavirus de Wuhan » ou encore « virus de Chine ». Des gestes et des crimes haineux envers cette population ont été orchestrés, particulièrement aux États-Unis (Chen et coll., 2020; Devakumar, Shannon, Bhopal et Abubakar, 2020; Dhanani et Franz, 2020; Gouvernement du Canada, 2022; Johns Hopkins Center for Health Security, 2020; Wang et coll., 2020). Cette violence et cette discrimination peuvent engendrer des problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété ou un trouble de stress posttraumatique (Chen et coll., 2020; Lee et Waters, 2021; Misra, Le, Goldmann et Yang, 2020). En contexte québécois, Rousseau et collaborateurs (2020) soulignent une augmentation de crimes haineux et de gestes discriminatoires envers les minorités asiatiques signalée par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec.

Ces éléments peuvent influencer leurs capacités à faire face à la pandémie. Zhang et Ma (2020) soulignent que les réfugiés asiatiques, plus précisément les Bhoutanais et les Birmans demeurant aux États-Unis, vivaient une forte discrimination en lien avec le contexte de la pandémie. Ces mêmes chercheurs ont établi un lien entre l'expérience de discrimination vécue par les participants et le stress relié à la pandémie. Même s'il n'y a pas de lien causal entre ces deux éléments, plusieurs études ont mis de l'avant que la discrimination engendre des conséquences négatives et peut mener à développer des problèmes de santé mentale sur le long terme (Chen et coll., 2020; Lee et Waters, 2021; Litam et Oh, 2020). Ces dernières études viennent appuyer la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec (2020) concernant l'augmentation des crimes haineux et des gestes discriminatoires envers certaines minorités (asiatiques, juives hassidiques), les travailleurs de la santé et les personnes âgées (Rousseau et coll., 2020).

### **Facteurs de protection**

En ce qui concerne les facteurs de protection pouvant aider à faire face aux difficultés déjà existantes ainsi qu'à celles causées par le contexte de la pandémie de COVID-19, Debelder et Manco (2020) soulignent l'implication de la société civile, telle qu'observée en Belgique francophone. Différentes **actions bénévoles** de collecte et de distribution de nourriture aux personnes immigrantes ont été mises en place par les citoyens. Dans le contexte montréalais, Rousseau et collaborateurs (2020) ont remarqué que quelques communautés, notamment chinoise et iranienne, se sont mobilisées afin de créer un réseau d'accueil et d'assistance aux voyageurs en quarantaine.

Du côté des organismes communautaires, Debelder et Manco (2020) mentionnent la mise en place d'un **système de conversation à distance** permettant aux immigrants qui demeurent en Belgique francophone de continuer la pratique et l'apprentissage du français et d'éviter l'isolement. Le même type d'initiative a été observé dans la Ville de Québec, où un projet de jumelage virtuel a été mis en place par l'Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec (ÉDIQ), la Chaire de recherche du Canada sur les dynamiques migratoires mondiales et l'organisme communautaire Carrefour d'Action Interculturelle (CAI). Ce projet avait pour objectif de mettre en contact, de façon virtuelle, des

bénévoles francophones et des immigrants en apprentissage du français. Au-delà de la pratique de la langue, le projet a offert des moments de partage favorisant la création de liens et le développement d'un réseau social pendant la période d'isolement causée par la pandémie de COVID-19 (Boeira-Lodetti et Prévost, 2020).

Toujours dans le contexte virtuel, Rousseau et collaborateurs (2020) ont observé qu'au Québec, certaines organisations religieuses ont fait appel à des **stratégies en ligne** pour la diffusion des célébrations, permettant ainsi la continuité de la pratique religieuse collective et le contact avec la communauté immigrante pratiquante. En contexte suédois, Valeriani et collaborateurs (2020) font état de la mise en place, depuis avril 2020, de lignes téléphoniques de télémédecine adaptées culturellement afin de joindre les populations immigrantes et de leur fournir de l'information sur les mesures de prévention.

Tout en mettant en évidence le **potentiel du territoire** dans la gestion des questions migratoires en contexte de pandémie, Debelder et Manco (2020) et Valeriani et collaborateurs (2020) rappellent l'importance du lien entre les services offerts par les organisations gouvernementales et les leaders communautaires (chefs religieux et des représentants d'associations d'immigrants) afin de faciliter le contact avec des groupes d'immigrants plus marginalisés. Considérant que les autorités territoriales sont les premières à être interpellées par les citoyens, ce sont elles qui répondent aux besoins locaux et qui peuvent appuyer les initiatives solidaires envers les immigrants. En plus des leaders communautaires, Mares et collaborateurs (2021) affirment que les organismes ayant pour mandat la réinstallation des immigrants et l'intervention auprès des populations ayant vécu des événements traumatiques sont les mieux équipés pour soutenir leur adaptation en période de crise. Ils peuvent aussi intervenir auprès d'eux afin de prévenir les problèmes de santé mentale grave pouvant se développer en période de grande incertitude, comme l'est la pandémie de COVID-19.

## CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

Cette étude s'inscrit dans un devis de recherche mixte (Creswell, 2014). Des méthodes qualitatives et quantitatives ont été associées afin de bien répondre à l'objectif général de la recherche, soit de documenter l'adaptation des modalités d'intervention de la Clinique santé des réfugiés (CSR) face aux réactions psychologiques et aux besoins psychosociaux liés à la pandémie de COVID-19 chez les personnes réfugiées dans la région de la Capitale-Nationale.

En ce qui concerne la collecte de données, celle-ci s'est réalisée de deux manières. Pour le **volet quantitatif**, nous avons consulté 274 outils de dépistage des symptômes émotionnels, comportementaux et physiques reliés à la crise sanitaire et des symptômes de la COVID-19 (voir l'Annexe A). Cet outil, un questionnaire élaboré à l'aide d'experts externes, a été utilisé, lors des appels téléphoniques, par l'équipe de la CSR auprès de la clientèle réfugiée afin de dépister les symptômes émotionnels et physiques et les besoins psychosociaux demandant une intervention rapide. Les données obtenues lors de la consultation de ces 274 outils de dépistage ont été systématisées, et une démarche descriptive des résultats a été réalisée.

Pour le **volet qualitatif**, la collecte de données s'est faite par la réalisation des 15 entrevues semi-dirigées auprès des intervenants de l'équipe de la CSR (médecins, infirmiers cliniciens, infirmiers praticiens spécialisés en première ligne (IPSPL), travailleuses sociales, nutritionniste, gestionnaires, agents administratifs, coordonnatrice interculturelle) ayant travaillé à la CSR durant la période du 16 mars 2020 au 31 mars 2021. Pour être retenus dans notre étude, tous les participants devaient avoir abordé le thème de la pandémie de COVID-19 lors des interventions auprès des usagers de la CSR pendant cette période. Les entrevues ont été réalisées entre les mois de janvier 2021 et de juin 2021 via la plateforme Microsoft Teams. Pour recruter les personnes interviewées, des courriels d'invitation ont été acheminés aux membres du personnel affecté aux interventions de la CSR pendant la première et la deuxième vague de la COVID-19 afin de solliciter leur participation volontaire.

Par ces entrevues, nous avons recueilli des récits permettant de reconstituer les interventions effectuées par la CSR à partir de mars 2020, lors de la mise en place des mesures en lien avec la crise sanitaire et dans les mois qui ont suivi, et ce, jusqu'à la fin de la deuxième vague. Nous avons également invité les intervenants à nous décrire leur expérience professionnelle. Pour ce faire, un guide d'entrevue a été utilisé, abordant: les services généraux offerts par la CSR; l'adaptation de ces services lors de l'arrivée de la COVID-19 au Québec; la mise en place d'un mandat temporaire élargissant la population admissible aux services offerts par la CSR; les réactions émotionnelles et les besoins psychosociaux des usagers durant la pandémie; l'impact des interventions; et l'expérience des intervenants dans l'adaptation des services lors de la pandémie de COVID-19.

Concernant l'analyse de données, les données quantitatives recueillies grâce à l'outil de dépistage élaboré par l'équipe de la CSR ont fait l'objet d'analyses descriptives simples (Microsoft Excel) afin de décrire l'échantillon et de présenter les réactions émotionnelles et les besoins psychosociaux des personnes réfugiées. Puis, en empruntant une approche principalement inductive (Hlady Rispal, 2002; Thomas, 2006), les données qualitatives ont fait l'objet d'analyse de contenu

thématique distincte selon les sous-objectifs auxquels elles se rapportent. Tout d'abord, toutes les données (enregistrements audio et transcriptions des entrevues) ont été organisées afin de les réviser et de dégager les premières idées permettant de répondre à la question de recherche. Une lecture attentive des entrevues a été effectuée afin de faire ressortir les premiers symboles et mots-clés de l'analyse. Par la suite, une grille de codage a été construite et des extraits ont été sélectionnés des transcriptions. Le partenaire de cette recherche, la Clinique santé des réfugiés, a contribué de façon étroite à ces activités par sa participation aux rencontres de l'équipe de chercheurs et par ses contributions aux discussions qui en ont découlé.

## CHAPITRE 3 : CONTEXTUALISATION

### Présentation de la CSR

Dans cette partie, une brève présentation du mandat la CSR, du rôle de ses intervenants, des défis rencontrés par les personnes réfugiées lors de l'installation et de l'intégration ainsi que les facilitateurs pour leur faire face sont exposés. Ces observations concernent **le mandat régulier, soit le mandat de la CSR d'avant la pandémie**. Cela permet d'avoir un aperçu de l'expérience des intervenants avant l'adaptation de l'offre des services en lien avec la pandémie. Cette présentation a été construite exclusivement à partir des entrevues réalisées avec l'ensemble des participants.

### Mandat

La Clinique santé de réfugié de la Capitale-Nationale (CSR)<sup>1</sup> fait partie d'un réseau de quatorze<sup>2</sup> cliniques de la province de Québec offrant des services aux personnes réfugiées nouvellement arrivées au Québec. L'offre de services de la CSR est balisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ainsi que par le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI). Les directives guidant ces cliniques sont présentées dans le document « Une passerelle vers un avenir en santé » du MSSS (Bérubé, Vézina et Domingue, 2018). Ce document identifie les six grandes orientations à suivre lors de l'arrivée et de l'accueil des réfugiés. Ces orientations visent l'adaptation des services offerts pour évaluer le bien-être et l'état de santé physique des personnes réfugiées, et ce, afin de favoriser leur intégration dans la société québécoise.

De cette manière, la Clinique santé des réfugiés de la Capitale-Nationale agit comme porte d'entrée dans le système de santé et des services sociaux pour les réfugiés pris en charge par l'État ou ceux parrainés par le secteur privé. Au cours des dix premiers jours suivant l'arrivée au Québec, une analyse de l'état de santé physique et du bien-être des réfugiés est réalisée par les intervenants de l'équipe<sup>3</sup>. Cette analyse, réalisée par un infirmier et un travailleur social, permet d'établir un premier contact avec l'utilisateur. Elle permet également aux professionnels d'avoir rapidement un aperçu de la situation, et ainsi de déterminer les besoins de base ou urgents dès leur arrivée. En fonction du résultat de l'analyse, les usagers ont accès à des services médicaux, infirmiers et nutritionnels offerts par des professionnels de la CSR. À la suite de cette période de 10 jours dédiée à l'analyse, une évaluation est réalisée à l'intérieur d'une période de 30 jours.

---

<sup>1</sup> L'acronyme CSR sera utilisé tout au long de ce rapport pour faire référence à la Clinique santé des réfugiés de la Capitale-Nationale.

<sup>2</sup> Brossard, Drummondville, Gatineau, Granby, Joliette, Laval, Montréal, Québec, Rimouski, Sherbrooke, Saint-Jérôme, Saint-Hyacinthe, Trois-Rivières, Victoriaville (Arsenault, 2020).

<sup>3</sup> Depuis 2021, des changements ont eu lieu quant au délai réservé à l'évaluation. Au moment de la recherche, la période de 10 et 30 jours était encore en cours.

Cette évaluation de l'état de santé physique et du bien-être est réalisée par les infirmiers et par les travailleuses sociales de l'équipe. Pour ce qui est de la santé physique, le bilan général sert à évaluer l'état de santé ainsi qu'à éliminer les hypothèses autour de certaines maladies potentielles. En ce qui a trait au bien-être, l'évaluation permet d'en apprendre davantage sur le parcours migratoire des usagers et sur les possibles impacts reliés aux traumatismes vécus, le tout dans l'objectif de les accompagner adéquatement dans leur parcours d'intégration au Québec, notamment dans les premiers mois. La réalisation de cette évaluation permet ensuite de faire une référence vers le réseau de services donnant accès à une diversité de services publics et communautaires à proximité de leur domicile. Ceci facilite, alors, le début de leur intégration dans le réseau de santé régulier.

### **Rôle de l'équipe**

Au moment de la recherche, l'équipe de la CSR de la Capitale-Nationale est composée d'un gestionnaire avec une formation en travail social, de deux agents administratifs, d'un technicien infirmier, de deux infirmiers praticiens spécialisés en première ligne (IPSPL), d'un assistant du supérieur immédiat (ASI), d'un nutritionniste, de deux travailleuses sociales et de quatre médecins. À cette équipe se joint également une coordonnatrice professionnelle en interculturel qui a une formation en psychologie. Certains de ces professionnels exercent à temps plein au sein de l'équipe, et d'autres partagent leur temps avec d'autres programmes.

Le gestionnaire occupe deux fonctions principales. D'abord, il agit à titre de chef des services de la CSR, c'est-à-dire qu'il gère l'équipe et la direction. Il est également le conseiller-cadre en matière de développement des pratiques professionnelles interculturelles au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN<sup>4</sup>). Les agents administratifs travaillent à la logistique organisationnelle des rendez-vous. Ils s'occupent, entre autres, d'effectuer des demandes aux services d'interprètes et de transport adapté ainsi que de réserver des locaux. Ils sont également responsables de l'accueil.

Du côté des intervenants, l'infirmier est responsable de l'ensemble des étapes des volets de l'analyse et de l'évaluation de santé physique de la CSR. Les infirmiers praticiens spécialisés en première ligne (IPSPL), en plus de leur rôle traditionnel d'infirmier, identifient des problèmes de santé courants et en assurent le suivi. La plupart de ces suivis concernent des problèmes de diabète, d'hypertension, de douleurs chroniques, de contraception, de céphalées, de douleurs somatiques, de traitements de parasites et de santé mentale en général. L'assistante du supérieur immédiat (ASI) assure la coordination des activités cliniques. Elle veille à l'application de l'offre de services de la CSR ainsi qu'à l'organisation des rencontres de la clientèle avec l'organisme partenaire, le Centre multiethnique de Québec (CMQ). Elle s'assure de la planification des horaires ainsi que du traitement des nouvelles demandes de services en provenance de la communauté et des partenaires. Elle vise également à ce que les clientèles vulnérables qui ne respectent pas les paramètres d'accessibilité de la CSR soient rencontrées. Elle offre du soutien à

---

<sup>4</sup> Afin d'alléger le texte, nous utiliserons, dorénavant, l'acronyme CIUSSSCN.

l'ensemble de l'équipe clinique dans le développement de la pratique et dans les interventions à la CSR, au gestionnaire de la CSR dans la réalisation des actions visant à l'amélioration de la réalisation de l'offre de service du secteur ainsi qu'aux partenaires et aux intervenants dans la navigation des services du réseau.

Les nutritionnistes réalisent des visites à domicile afin d'évaluer la dynamique familiale concernant les pratiques alimentaires. De plus, elles effectuent des accompagnements à l'épicerie et collaborent avec des organismes communautaires pour les cours de cuisine. Finalement, elles interviennent dans les cas de malnutrition, d'anémie et de troubles gastro-intestinaux.

À l'aide de l'évaluation du bien-être, les travailleuses sociales se concentrent sur le processus d'adaptation des réfugiés dans la ville de Québec. Leurs interventions visent à s'assurer que ce processus se déroule bien. Le travail est réalisé en partenariat avec les organismes communautaires responsables de l'installation des réfugiés ainsi qu'avec les programmes de santé mentale lorsque des cas plus complexes se présentent. Les travailleuses sociales sont souvent impliquées dans les références des usagers vers d'autres services du réseau de la santé et des services sociaux, tels que le CLSC et l'IRDPO.

Les médecins prennent le relai des demandes de santé physique observées lors des rencontres d'évaluation réalisées par les membres de la CSR, et ce, pendant une période d'intervention pouvant être de plus longue durée. Ils sont notamment responsables de la mise à jour de la vaccination, du suivi des maladies tropicales et de tout autre suivi médical nécessaire jusqu'au moment du transfert des usagers vers un médecin de famille.

Enfin, la coordonnatrice professionnelle en interculturel a un rôle de soutien auprès de l'ensemble de l'équipe de la CSR et des autres intervenants du CIUSSSCN. Elle offre du *coaching* interculturel aux intervenants lorsque ceux-ci se trouvent confrontés à différentes situations interculturelles complexes, qu'elles soient individuelles ou familiales. Elle cherche à sensibiliser les intervenants à la réalité des réfugiés et des immigrants et aux impacts du parcours migratoire dans le but de faciliter la prise en charge des situations interculturelles par les usagers des différents programmes du CIUSSSCN.

### **Transfert vers le réseau**

En cohérence avec son mandat régulier, le transfert des usagers de la CSR vers le réseau local de services, incluant les services du CIUSSSCN, est la dernière étape des services réalisés par les intervenants. À la suite des rencontres d'analyse et d'évaluation de santé physique et du bien-être, la majorité des réfugiés est référée vers différents programmes du CIUSSSCN. Pendant cette transition, les intervenants des programmes peuvent être accompagnés de très près par les intervenants de la CSR. À titre d'exemple, ces derniers prennent le temps de transférer chaque situation en co-intervention avec l'intervenant qui prend le relai. Ils sont également disponibles pour faire du *coaching* interculturel auprès des intervenants qui ne sont pas familiers avec cette

approche. Si nécessaire, l'équipe d'intervenants pivots en interculturel (IPI)<sup>5</sup> du CIUSSSCN peut soutenir l'intervenant à qui la situation est transférée.

### **Défis d'installation**

Dès l'arrivée, les personnes réfugiées sont confrontées à de nombreux défis qui sont souvent plus complexes que ceux pouvant être vécus par les personnes dont le processus d'immigration était volontaire. Les défis d'installation débutent dès la première semaine de l'arrivée et s'étend sur plusieurs mois, voir plusieurs années, dans certains cas. En plus, ces défis sont, pour la plupart, interreliés, ce qui explique la complexité liée à l'installation. Par ailleurs, l'installation est souvent parsemée d'embûches en raison du manque de soutien, de l'isolement social, de la barrière linguistique et de la précarité financière. Il s'ajoute à ces dernières les traumatismes vécus avant le départ ou durant le transit, les deuils associés au déplacement et aux pertes qui en découlent ainsi que les problèmes de santé physique antérieurs ou ceux dus aux violences vécues pendant le parcours migratoire :

[...] ces gens-là arrivent habituellement avec plus rien [...] Il y en a qui arrivent avec des enfants, mais qui sont issus du viol [...] [Ils] arrivent avec leur gros bagage, leurs secrets et ils doivent fonctionner parmi nous, mais avec leur grosse charge sur le dos.

Ils arrivent ainsi dans un nouveau monde, seuls ou en famille, avec peu ou pas de connaissance de la langue. Ils doivent se construire une nouvelle vie sociale et matérielle, et découvrir toutes les spécificités d'un système culturel très souvent différent de celui qu'ils ont connu.

Dès les premiers jours, ils sont submergés par une quantité importante d'informations, de démarches et de manières de faire qu'ils sont contraints de s'approprier rapidement. Les multiples démarches exigent de la logistique : recherche de logement, inscription à la francisation, inscription des enfants à l'école, se familiariser avec le quartier, découvrir le fonctionnement du système d'autobus, connaître les lieux où se procurer des aliments, trouver les aliments convoités, etc. :

[...] toute la logistique de l'organisation familiale avec les écoles, la ponctualité, les familles qui, par exemple, sont analphabètes et n'ont pas eu d'éducation et ne savent pas lire l'heure, accompagner l'enfant pour qu'il commence l'école à 8h et l'autre à la garderie en hiver... en même temps qu'ils doivent se présenter eux-mêmes à la francisation [...].

Ainsi, la barrière de la langue est bien souvent la pierre angulaire des multiples défis que rencontrent ces personnes lors de l'arrivée sur leur nouvelle terre d'accueil, et le sera, dans bien des cas, tout au long de la période d'intégration.

---

<sup>5</sup> L'équipe d'intervenants pivots en interculturel du CIUSSSCN est formée de différents professionnels (orthophonistes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs) pratiquant dans différents programmes du réseau. Ces intervenants ont comme mandat d'être des pivots au sein de leur organisation pour agir comme personnes-ressources en ce qui concerne l'intervention interculturelle. Ils offrent du soutien et renforcent les pratiques interculturelles au sein du réseau de santé et services sociaux (Boeira-Lodetti, 2021; CIUSSSCN, 2017).

## **Défis d'intégration**

Certains défis rencontrés lors de l'installation viennent teinter le processus d'intégration des personnes réfugiées. Qu'ils soient financiers, linguistiques, sociaux, psychologiques ou physiques, ces défis sont susceptibles de nuire à leur capacité d'intégration. Bien que la barrière linguistique demeure un enjeu de taille pour cette population, de nombreux autres défis viennent complexifier l'intégration. Certains découlent directement de la barrière linguistique, d'autres sont susceptibles de la renforcer. Il s'avère toutefois important de spécifier que le processus d'intégration et les défis rencontrés ne sont pas les mêmes pour tous les réfugiés. Les défis les plus fréquemment rapportés par la clientèle de la CSR sont exposés dans cette section.

En plus de l'anxiété due aux événements vécus au pays d'origine et aux déplacements, s'ajoute l'anxiété découlant des nombreux défis affrontés par les réfugiés qui nuisent à leur intégration linguistique, sociale et économique au Québec. L'organisation familiale ainsi que sa logistique entraînent des complications. Ils doivent, par exemple, s'assurer que les enfants arrivent à l'heure à l'école ou à la garderie tout en évitant leur propre retard à la francisation. De plus, à ces retards s'ajoutent des conséquences économiques et sociales. Ils doivent également soutenir leurs enfants dans les devoirs scolaires alors qu'ils ont eux-mêmes une faible connaissance de la langue. Certains sont même analphabètes.

L'intégration à l'emploi est également influencée par cette barrière linguistique et se voit souvent retardée par les problèmes d'accès à la francisation. Les difficultés d'intégration peuvent également s'amplifier par la distance culturelle entre la société de provenance et la société d'accueil. Bien souvent issus de sociétés collectivistes où l'entraide est très présente, les réfugiés se retrouvent confrontés à l'individualisme de leur société d'accueil. Cet individualisme a une influence sur leur intégration sociale et peut aussi être une source d'anxiété lorsqu'ils font face aux plaintes des voisins moins tolérants aux bruits des enfants ou aux odeurs de nourriture.

Alors qu'une grande partie des services au Québec sont accessibles par internet, cet accès est néanmoins un défi de taille pour cette population qui est souvent moins habile avec la technologie. Pour une personne analphabète ou avec une capacité faible, voire inexistante, en littératie numérique, utiliser un ordinateur et compléter une demande de rendez-vous médical par internet devient un obstacle à l'accessibilité aux soins. Lorsqu'ils parviennent à obtenir un rendez-vous ou qu'ils utilisent les services de l'urgence des hôpitaux, la barrière de la langue revient s'imposer.

Ces quelques défis ne représentent que la pointe de l'iceberg. Pour plusieurs, le processus d'intégration est long et rempli d'embûches, et ce, malgré la force de leurs ressources internes et la présence de ressources externes qui leur permettent de mieux affronter cette période cahoteuse.

## **Ressources observées pour faire face aux défis**

Bien qu'elles soient parfois insuffisantes, plusieurs ressources soutiennent les personnes réfugiées dans leur processus d'installation et d'intégration. Ces ressources peuvent provenir de la famille, de la communauté, des organismes publics et communautaires, mais également des

personnes elles-mêmes, car celles-ci parviennent à développer une grande résilience malgré le vécu traumatique.

L'installation et l'intégration passent souvent par la communauté et peuvent être associées à un groupe religieux ou à des individus partageant la même culture qui sont arrivés et installés depuis un certain temps. Ces personnes, qui maîtrisent souvent davantage la langue et les coutumes, peuvent devenir une force en raison du cumul de leurs expériences. En effet, ils peuvent offrir du soutien aux nouveaux arrivants dans leurs démarches d'intégration tout en les aidant à obtenir certains services.

Ils ont souvent accès à des organismes communautaires offrant des services spécialisés en aide à l'installation ou à l'intégration. En plus de ressource communautaire, ils fréquentent d'autres partenaires tels que la CSR, le Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR) et les IPI. Ces ressources sont en effet très présentes pour cette population. Il y a aussi les milieux offrant de la francisation comme le Cégep de Sainte-Foy et le Centre Louis-Jolliet. Dans le réseau communautaire, il y a notamment le Centre multiethnique de Québec comme porte d'accès aux autres services ainsi que le Service d'aide à l'adaptation des immigrants (SAAI), le Service d'orientation et d'intégration des immigrants au travail (SOIT), la Maison pour femmes immigrantes et le YWCA (Young Women's Christian Association).

La partie que nous venons de présenter se réfère à la contextualisation des services courants de la CSR ainsi que l'expérience des intervenants lors des activités régulières, à savoir celles exercées avant le début de la pandémie. Les parties suivantes de ce rapport concernent exclusivement la période allant du début de la pandémie (mars 2020) jusqu'à mars 2021, soit la période de la première vague et une partie de la deuxième vague. L'adaptation des services, l'utilisation de l'outil de dépistage, les appels téléphoniques et le mandat temporaire y sont exposés.

### **L'adaptation des services réguliers pendant les première et deuxième vagues de la COVID-19**

En mars 2020, à la suite de l'arrivée de la COVID-19 en sol québécois, une décision importante d'établissement a été prise par la direction des services multidisciplinaires (DSM) du CIUSSSCN. Cette décision a été basée sur le fait que les personnes réfugiées constituent une population vulnérable, justifiant la présence des intervenants dans la CSR et, par conséquent, le non-délestage des activités vers d'autres services. Dans le contexte provincial où plusieurs intervenants ont été délestés afin de gérer la crise sanitaire, le CIUSSSCN a été le seul établissement québécois à ne pas délester les intervenants associés aux services destinés aux réfugiés vers d'autres secteurs de services.

La non-fermeture de la CSR de la Capitale-Nationale a permis à l'équipe d'adapter leurs services au nouveau contexte pandémique afin de bien répondre aux besoins de la clientèle. En mars 2020, lors de la fermeture des frontières canadiennes, l'équipe s'est réunie afin de réfléchir aux démarches à mettre en place dans un tel contexte de crise. Une des premières décisions a été de construire un outil de dépistage à utiliser auprès des usagers lors des appels téléphoniques. Ainsi,

une adaptation a été essentielle afin d'intervenir à l'extérieur de la CSR, comme lors des interventions au Centre multiethnique et celles à domicile.

### **Outil de dépistage**

L'outil de dépistage est un instrument qui a pour but de faire une évaluation globale de l'état de santé et de bien-être des usagers ainsi qu'une transmission des consignes sanitaires, comme les mesures d'hygiène et les recommandations de base pour toute la population (voir l'Annexe A). Avec des encadrés à cocher, l'outil est divisé en 7 sections, à savoir 1) les symptômes émotionnels; 2) les symptômes comportementaux; 3) les symptômes physiques; 4) les symptômes associés à la COVID-19; 5) les interventions réalisées; 6) l'opinion professionnelle et les recommandations et 7) les suivis.

D'abord, la section des symptômes émotionnels comprend l'inquiétude et l'insécurité, la réactivation de souvenirs dérangeants, le sentiment de se sentir dépassé ou impuissant, le découragement, la tristesse et la colère. Ensuite, celle portant sur les symptômes comportementaux inclut la difficulté de concentration, l'irritabilité, l'agressivité, la présence de pleurs, l'isolement, la difficulté de prendre des décisions et l'augmentation de consommation d'alcool ou de drogues. Par la suite, la section des symptômes physiques englobe l'apparition ou l'augmentation des douleurs ainsi que l'endroit de la douleur, la présence de perturbation du sommeil, la présence de perturbation de l'appétit et la diminution d'énergie. L'augmentation des symptômes et la fréquence de l'augmentation sont également évaluées pour chaque section des symptômes. Pour ce qui est des symptômes associés à la COVID-19, ils incluent la présence de fièvre, de toux et des difficultés respiratoires. Cette section comprend également une question permettant de dépister le contact avec quelqu'un qui a eu la COVID-19 ainsi qu'une autre concernant un possible retour de voyage.

La suite de l'outil de dépistage intègre les interventions réalisées par l'intervenant lors de l'utilisation de l'outil. Il s'agit d'une analyse et d'une évaluation de l'état de santé et de bien-être faisant suite au dépistage de symptômes. Cette section comprend une partie rapportant les informations données sur la COVID-19, une indiquant la réaction des usagers (réassurance et normalisation) et les coordonnées remises par l'intervenant de la CSR. Lorsque l'intervention inclut une discussion avec d'autres intervenants (infirmier, IPSPL, médecin ou psychologue), des encadrés sont à cocher et à justifier. Le même encadré s'applique aux transferts vers d'autres professionnels. La sixième section concerne l'opinion professionnelle à propos de l'état de santé et de bien-être de l'utilisateur. Enfin, lorsqu'il s'agit d'un premier usage de l'outil de dépistage, les suivis réalisés doivent être décrits.

L'outil de dépistage a été conçu par une équipe composée du gestionnaire, des travailleuses sociales et des médecins de la CSR ainsi que des psychologues du SAPSIR. Les psychologues du SAPSIR ont agi à titre de consultants et d'experts externes. Trois rencontres – une partie de l'équipe a participé en mode virtuel – ont été réalisées pour l'élaboration de l'outil, pendant lesquelles chaque intervenant, après lecture et réflexion, apportait son point de vue et des correctifs. Une des travailleuses sociales avait pour responsabilité de modifier le document selon les suggestions soulevées en rencontre.

## Appels

### Appels téléphoniques

- Première vague : 274 personnes directement contactées (et leurs enfants âgés de moins de 16 ans, pour un total de 500 personnes)
- Âge des usagers directement contactés: entre 18 et 76 ans (moyenne de 36 ans)
- Deuxième vague : Relance des appels auprès des personnes seules, des personnes qui n'avaient pas de services et de celles étant le plus en difficulté

## Objectif

La fermeture des frontières mettant fin à l'arrivée de nouveaux réfugiés sur le territoire a eu pour effet de transformer l'offre de services de la CSR. Considérant les mesures sanitaires limitant l'accès à la CSR et dans l'optique de poursuivre leurs interventions auprès des réfugiés arrivés peu avant cette fermeture, les intervenants ont privilégié la méthode d'intervention téléphonique. Ils ont d'abord revu la liste d'attente afin d'assurer un suivi ou une prise en charge des personnes récemment arrivées. Soucieux de répondre au nouveau mandat octroyé et de s'assurer du bien-être physique et psychologique des réfugiés, les intervenants de la CSR ont ensuite procédé à une relance téléphonique visant toutes les personnes réfugiées rencontrées depuis 2018. Cette relance avait pour objectif de faire de la prévention sur le plan physique et psychologique et d'assurer une bonne compréhension des mesures sanitaires mises en place par le gouvernement :

[...] il y a des gens qui pensaient qu'ils ne pouvaient pas sortir du tout, ils n'allaient même pas faire l'épicerie.

Cette relance téléphonique a ainsi permis d'informer adéquatement les personnes réfugiées des consignes sanitaires mises en place, de favoriser le respect de ces mesures afin d'éviter les risques de contamination ainsi que d'offrir de l'information sur le virus et d'en décrire les différents symptômes. Les appels ont même permis de prévenir la détresse psychologique associée à l'anxiété, l'exacerbation de traumatisme ou de l'isolement, et de leur signifier qu'il était possible de communiquer avec la CSR au besoin.

## Organisation

Environ cinq-cents personnes ont été visées par la première relance téléphonique, ce qui représente plus de deux-cents familles de réfugiés. La majorité des appels réalisés par les travailleuses sociales et les infirmières de la CSR ont nécessité l'aide d'un interprète. Les intervenants tentaient de détecter les symptômes physiques ou psychologiques pouvant être associés au contexte pandémique par l'utilisation de l'outil de dépistage. Lorsqu'il y avait suspicion ou détection de symptômes, les personnes étaient transférées vers un service adapté à leurs besoins.

La seconde relance téléphonique a été organisée à l'automne 2020, alors qu'une deuxième vague de la COVID-19 frappait le Québec. Cette relance a été élaborée à la suite de réflexions entre

divers professionnels de la CSR (ASI, gestionnaire, coordonnatrice clinique et travailleuses sociales). Durant la première relance, certains intervenants se sont aperçus qu’il y avait parfois un dédoublement d’intervention. En effet, une partie des familles était suivie par des intervenants provenant d’autres programmes du réseau (famille et jeunes en difficulté, santé mentale, etc.). Avant de procéder à la seconde relance, une consultation du logiciel SIC-Plus, logiciel utilisé dans les CLSC, a permis aux intervenants de vérifier si les personnes bénéficiaient ou non d’un suivi dans un autre programme. Ainsi, la seconde relance, ayant surtout pour but de faire un suivi du bien-être physique et psychologique des personnes considérées comme isolées ou vivant de plus grandes difficultés, s’est adressée à un nombre plus restreint de personnes.

## Déroulement

Au tout début de la première vague, alors qu’ils ont cessé d’accueillir la clientèle dans les locaux de la CSR, les intervenants ont poursuivi leurs interventions par téléphone. Les contacts se faisaient principalement auprès des personnes nouvellement arrivées ne s’étant jamais rendues à la CSR, et ce, en vue de procéder à une première analyse. Cette analyse avait pour objectif de recueillir certaines informations afin de s’assurer qu’aucun problème de santé physique ne nécessitait une prise en charge immédiate et que tout se passait bien sur le plan psychologique. À la suite de la construction de l’outil de dépistage, ils ont procédé à la relance téléphonique de toutes les personnes réfugiées arrivées durant l’année 2019 et, par la suite, celles arrivées en 2018.

Durant la première vague, il était facile de joindre les personnes. L’outil de dépistage devait être utilisé auprès de chaque membre de la famille qui était âgé de plus de 16 ans. Le manque de routine combiné à cette obligation pouvait toutefois complexifier la tâche des intervenants. La relance téléphonique ainsi que l’outil de dépistage utilisé lors des appels a permis de déceler certains symptômes physiques ou psychologiques réactivés par le contexte pandémique et pouvant fait revivre certains souvenirs traumatiques. Les intervenants ont ainsi renoué le contact entre la CSR et certaines personnes réfugiées. Le Tableau 1 offre un aperçu des interventions réalisées à l’aide de l’outil de dépistage lors des appels téléphoniques.

**TABLEAU 1. TYPES D'INTERVENTIONS RÉALISÉES LORS DES APPELS TÉLÉPHONIQUES**

	Oui (n)	%	Non(n)	%	Données manquantes (n)	%
<b>Interventions réalisées</b>						
Analyse-évaluation état de santé/bien-être	245	89,42	1	0,36	28	10,22
Informations données sur la COVID-19	242	88,32	5	1,82	27	9,85
Rassurance/normalisation	243	88,69	3	1,09	28	10,22
Coordonnées remises de la CSR	243	88,69	2	0,73	29	10,58

À la suite de ces appels, 20 (7,3 %) d'entre elles ont nécessité une discussion avec l'infirmière, l'IPSPL ou le médecin de l'équipe. De plus, 12 personnes (4,38 %) ont été référées vers un autre professionnel.

### **Intervention de l'équipe à l'extérieur de la CSR**

En plus des appels téléphoniques, l'équipe d'intervenants a dû s'adapter aux interventions réalisées à l'extérieur de la CSR, comme celles organisées au Centre multiethnique de Québec ainsi que celles à domicile.

Tout d'abord, dans le contexte de la première vague, le Canada avait accueilli de nouveaux arrivants quelques jours avant la fermeture des frontières canadiennes en mars 2020. À ce moment-là, la CSR avait une trentaine de réfugiés pris en charge par l'État ou parrainés par le secteur privé à évaluer. Ces personnes ont été logées dans des appartements privés et dans les logements du Centre multiethnique de Québec, où les interventions de la CSR ont également eu lieu :

[...] on a organisé un service d'infirmiers et de travailleurs sociaux [...]. Ils sont partis, avec tout leur habit de protection de la COVID, voir les gens [...] afin de s'assurer qu'il n'y avait pas de cas de COVID et de leur fournir un thermomètre, pour qu'ils prennent leur température [...]. On est ensuite resté en contact avec eux par téléphone avec les interprètes pour s'assurer que tout se passait bien.

Ces interventions auprès des usagers logés au CMQ ont également été réalisées en collaboration avec la santé publique. Étant donné que le CMQ est le lieu de résidence de plusieurs familles ainsi que le milieu de travail de plusieurs bénévoles et employés, beaucoup de personnes y circulent, ce qui pouvait augmenter considérablement les risques d'éventuelles éclosions. Une intervenante est devenue la responsable du lien entre la CSR et la santé publique, et ce, afin de mettre en place les meilleures pratiques possibles pour prévenir la COVID-19 et d'informer les personnes des mesures à adopter.

En outre, les intervenants ont été amenés à catégoriser et à évaluer les demandes cas par cas afin de prendre une décision quant à la nécessité d'aller à domicile, de voir la clientèle au bureau ou bien de planifier une rencontre téléphonique ou virtuelle. L'existence de problèmes de santé sous-jacents, l'âge avancé des usagers et le fait de n'être jamais allé à la CSR étaient des exemples de critères qui amenaient les intervenants à se rendre à domicile.

Comme mentionné dans l'extrait précédent, les intervenants avaient accès à des bacs de matériel de protection pouvant être utilisés lors des visites à domicile. Dans certains cas, le contact présentiel permettait aux familles, entre autres celles qui n'avaient jamais visité la CSR, de mieux reconnaître les intervenants dans les suivis virtuels subséquents. Du côté des intervenants, l'avantage de ce premier contact présentiel était d'avoir une meilleure compréhension de la cellule familiale.

## **Le mandat temporaire**

Dans ce contexte de pandémie, il est pertinent de regarder les autres moyens pris par la gestion de la CSR pour répondre aux besoins de ses usagers. En effet, non seulement elle a réussi à adapter ses services réguliers grâce au non-délestage de ses activités, mais elle a également pris la décision d'ajouter un volet temporaire à son mandat. Cet ajout au mandat consistait à offrir des services à court terme à toute personne immigrante rencontrant des difficultés d'accès aux soins de santé et de services sociaux en raison de leur statut ou des barrières linguistiques et culturelles. Les consultations et les téléconsultations ont facilité l'accès à cette clientèle aux services de la CSR et, par conséquent, aux autres services du réseau de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires.

## **Mise en place du mandat temporaire**

Outre la clientèle des réfugiés pris en charge par l'état ou parrainés par le secteur privé, la CSR ouvre ses portes à d'autres catégories d'immigrants, notamment ceux à statut précaire. De façon plus précise, les populations visées par ce mandat sont les personnes réfugiées dont l'arrivée n'est pas nécessairement récente, les demandeurs d'asile, les personnes avec un statut échoué (donc sans statut légal), les résidents temporaires, les étudiants internationaux, les visiteurs et même les immigrants économiques, et ce, peu importe le nombre d'années passées au Québec. Outre la barrière linguistique et culturelle, l'un des critères pour recevoir les services de la CSR est d'être confronté à des barrières d'accès aux soins de santé et de services sociaux.

Ce mandat a été mis en place en fonction des défis auxquels cette clientèle fait face. En effet, certains migrants à statut précaire, n'ayant pas la carte d'assurance maladie et d'assurance médicaments du Québec, ne peuvent pas accéder ou utiliser les soins de santé et les services sociaux gratuitement. Certains services ferment même complètement leurs portes à cette clientèle. Dans d'autres cas, elle se retrouve dans l'obligation de déboursier une somme d'argent importante afin d'accéder aux services. Or, certaines personnes ne peuvent tout simplement pas se permettre de payer une telle somme et se retrouvent alors sans aucun service :

Elles arrivent à la Clinique enceintes de six, sept, huit mois et elles n'ont jamais eu d'échographie. Rien de fait au niveau de la santé, alors on ne sait même pas si elles font du diabète de grossesse [...] des situations parfois bien précaires [...] des situations avec vraiment beaucoup de facteurs de risque.

Afin de surmonter ces défis, le mandat temporaire a permis aux personnes immigrantes à statut précaire d'avoir accès aux services de la CSR sans frais. Rappelons que l'anxiété associée à leur statut précaire ou, dans certains cas, l'anxiété reliée à l'absence de statut engendre des craintes à l'égard des intervenants, mais également à l'égard des possibles répercussions de cette demande de service :

Les personnes à statut précaire ou des fois même sans statut officiel elles ne vont pas vraiment se montrer. Elles resteront plutôt cachées, parce qu'il y a une crainte associée à ce qui peut arriver si elles vont vers une clinique, vers un hôpital ou voir un travailleur social.

Bien que certains immigrants aient officiellement le droit d'accéder aux soins de santé et de services sociaux sans frais, des barrières linguistiques et culturelles les empêchent d'utiliser les services réguliers du réseau. En effet, les immigrants bénéficieraient d'un accompagnement plus adapté grâce à la médiation d'un interprète, par exemple.

Dans l'optique de pallier les difficultés d'accès aux services de santé, le 19 mars de 2020, la direction des services multidisciplinaires diffuse un communiqué officiel à l'ensemble du réseau, aux directions des programmes ainsi qu'aux principaux partenaires précisant de nouvelles actions en place pour les clientèles ethnoculturelles vulnérables (voir l'Annexe B). La direction avait pour but de communiquer l'offre temporaire des services au sein de la CSR et d'attirer l'attention des intervenants sur les possibles signes de détresse pouvant toucher particulièrement les réfugiés et les demandeurs d'asile en contexte de crise sanitaire. À partir du 29 avril 2020, la CSR adopte officiellement le mandat temporaire.

L'ajout de ce mandat temporaire a nécessité une nouvelle logistique organisationnelle au sein de la CSR. Des stratégies de communication ont été mises en place par les agents administratifs afin d'assurer une réponse adéquate aux usagers se présentant directement à la CSR et aux appels reçus. En octobre 2020, la CSR a mis en place une ligne téléphonique directe pour avoir accès aux services. Auparavant, il était nécessaire de passer par la ligne téléphonique générale de l'hôpital Jeffery Hale Saint Brigid's. Les agents administratifs ont donc été informés quant à la particularité du mandat temporaire de la CSR afin de bien recevoir les nouvelles demandes et de les transférer aux bons intervenants. Ils avaient la consigne de ne pas facturer les clients ayant reçu des services médicaux à la CSR, même s'ils n'avaient pas officiellement droit à l'assurance maladie du Québec.

### **Services offerts et demandes**

Les services offerts à court terme se configuraient de différentes manières selon le statut des usagers et le type de demande. À titre d'exemple, pour certains besoins particuliers de santé physique, un rendez-vous clinique à la CSR se montrait nécessaire :

Si c'était un besoin de santé physique, on les voyait [...] on regarde le besoin ponctuel et on essaie de répondre le mieux possible tout en respectant ce à quoi elles avaient accès, parce qu'on a eu des personnes sans papiers, donc sans assurances. Il fallait donc vérifier de quelle façon on pouvait leur donner des soins en santé ou du soutien psychologique avec ces contraintes-là.

Dans certains cas, le rôle de la CSR était d'aider de manière ponctuelle les personnes à prendre un rendez-vous dans une autre clinique et de prévoir la présence d'un interprète au besoin. Pour les demandes en lien avec la COVID-19, il fallait parfois diriger la personne vers un centre de dépistage ou tout simplement l'informer des nouvelles règles et des mesures de protection mises en place :

L'objectif n'était pas de s'installer dans des suivis, mais d'être une porte d'entrée pour des besoins ponctuels, d'être à la fois en soutien, d'être capable de référer au bon endroit les gens qui ne savent pas où aller dans le réseau.

Un système de triage a également été créé afin de déterminer les services à offrir selon le type de demande. Toutes les demandes étaient dirigées à la chef de service qui était, à ce moment-là, responsable de réaliser le triage. Lors de l'évaluation, trois critères devaient être répondus afin de déterminer la trajectoire des services. Tout d'abord, la personne devait être issue de l'immigration. Ensuite, elle devait avoir des besoins linguistiques ou culturels l'empêchant d'avoir accès aux services de santé réguliers. Finalement, la personne devait être orpheline de services, c'est-à-dire qu'elle n'avait pas accès à d'autres services de soins de santé et de services sociaux dans le réseau. Si elle répondait à ces trois critères, la CSR prenait le relai afin que les intervenants réalisent une analyse plus poussée de la situation de la personne.

La provenance des demandes était très diversifiée. La majorité des demandes étaient faites par les personnes elles-mêmes qui se présentaient directement à la CSR et exprimaient leurs besoins. Ce nombre élevé de demandes directes s'expliquait par la circulation rapide de l'information dans les communautés ethnoculturelles de Québec. Les interprètes ont également joué un rôle important dans la diffusion du mandat temporaire, car ils leur arrivaient d'appeler la CSR et de recommander des personnes de leur entourage pouvant bénéficier du service. Les organismes communautaires partenaires de la CSR, notamment le CMQ et le SAAI, ont aussi dirigé certaines personnes répondant aux critères du mandat temporaire vers la CSR. D'autres demandes ont été transférées par des intervenants du réseau, comme la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et les Centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC).

## **Références**

Une fois le triage réalisé, les demandes étaient transmises aux intervenants de la CSR, au réseau ou à d'autres partenaires. Les demandes retenues à la CSR étaient celles qui répondaient aux trois critères présentés ci-haut, soit le statut, les barrières linguistiques et culturelles et l'impossibilité d'accès à d'autres services de soins de santé et de services sociaux dans le réseau. Pour les demandes psychosociales, les travailleuses sociales se les partageaient en fonction de leurs disponibilités. En ce qui concerne les demandes médicales, les personnes rencontraient tout d'abord un infirmier dont le rôle était d'analyser le problème afin de mieux comprendre la situation. Près de la moitié des demandes étaient ainsi réglées sans qu'un médecin soit consulté. Pour les cas médicaux plus complexes, à la suite de la rencontre avec l'infirmier, la chef de service plaçait automatiquement les demandes de consultation à l'agenda des médecins.

Dans le cas où les demandes étaient transmises au réseau ou à d'autres partenaires, les personnes pouvaient, par exemple, être redirigées vers les cliniques sans rendez-vous avec un interprète afin de faciliter l'accès aux services. Les demandeurs d'asile qui parlaient parfaitement le français étaient dirigés vers le réseau de santé et des services sociaux. Dans ce type de cas, la CSR s'occupait de faire le lien entre le réseau et les personnes non desservies ou oubliées du système :

Ce sont des interventions ponctuelles, mais qui aident vraiment à donner une chance aux gens d'avoir des services adéquats [...], parce que les demandeurs d'asile avec le PFSI<sup>6</sup> ont le droit aux services en CLSC, ils ont le droit d'avoir un suivi de grossesse, mais souvent ils ne le savent pas.

Les demandes en lien avec le dossier d'immigration d'un usager étaient dirigées vers des partenaires. Dans certains cas, les personnes immigrantes demandaient de l'aide à la CSR concernant leur dossier d'immigration. Ces demandes spécifiques aux démarches migratoires et administratives entourant le statut migratoire étaient transmises aux partenaires. Les principaux partenaires étaient alors le Centre multiethnique de Québec et le Service d'aide à l'adaptation des immigrants.

### **Retombées du mandat temporaire**

Les retombées du mandat temporaire mis en place par la CSR dès le début de la pandémie de COVID-19 sont nombreuses. Ce mandat a mis en évidence les différents besoins non comblés et exprimés par les personnes issues de l'immigration, dont plusieurs ayant un statut précaire. Ces besoins étaient en grande partie des demandes d'aide, d'accompagnement et de réseautage. Selon les intervenants, les immigrants à statut précaire arrivaient souvent à la CSR après avoir été refusés à maintes reprises par les différents services du réseau. La CSR devenait ainsi l'unique solution pour ces personnes qui ne semblaient pas correspondre au mandat des autres programmes :

[...] je te dirais que les cas les plus vulnérables n'étaient pas parmi les réfugiés. [...] les [migrants] du mandat élargi, quand ils arrivaient chez nous [...], il y a eu plusieurs situations où l'on se disait, c'est vraiment dans notre bureau la dernière chance.

Une fois ce mandat mis en place, la CSR est progressivement devenue un lieu de référence pour toute la clientèle immigrante dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Sur le plan provincial, les autres cliniques santé des réfugiés se sont mises à questionner la CSR de la Capitale-Nationale afin de comprendre la manière dont elle avait procédé pour mettre en place son mandat temporaire. Cet intérêt a généré une importante réflexion provinciale menant à la reconnaissance de la fragilité de la population immigrante dans le contexte de la COVID-19, et ce, en partie causée par la complexité de l'accès aux services de santé et des services sociaux. De plus, au niveau médical, le mandat temporaire a permis de mettre en évidence les différentes portes d'accès aux services qui se sont fermées en contexte pandémique. La CSR de la Capitale-Nationale a ainsi obtenu une visibilité importante grâce aux communiqués officiels et aux contacts avec les médias. Ce contexte a permis à la CSR de montrer et de réaffirmer la pertinence de son rôle de référence pour la clientèle immigrante en contexte de crise.

Dans la sphère locale, le mandat temporaire a également permis aux intervenants de la CSR d'informer les intervenants des autres programmes du réseau et de leur fournir une sorte de

---

<sup>6</sup> L'acronyme PFSI fait référence au Programme fédéral de santé intérimaire. Dans le cadre de cette recherche, il est souvent mentionné, car il couvre certains services de soins de santé, de façon limitée et temporaire, aux demandeurs d'asile qui sont en territoire canadien. (Gouvernement du Canada, 2021).

soutien en interculturel. Ajoutons également que la CSR a transmis des renseignements d'une haute pertinence aux usagers qui ignoraient certains de leurs droits. Le fait de renseigner les usagers et les intervenants a permis, dans certains cas, d'offrir un meilleur service, ou du moins un service plus adapté :

On a fait énormément d'enseignement sur les catégories d'immigrants [...] Puis beaucoup de défense de droits [...] Donc beaucoup de discussion avec des gens du réseau pour voir quel service pouvait être offert, quel service ne pouvait pas être offert ou qui serait chargé [monétairement].

Le mandat temporaire de la CSR a permis de mettre en évidence l'existence d'un vide de services pour certaines catégories d'immigrants au sein du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, cette « découverte » a mis en lumière la grande vulnérabilité de ces immigrants dans le contexte pandémique de COVID-19 et est venue mettre en valeur l'expertise de la CSR pour répondre à leurs besoins, surtout en contexte de crise.

## **CHAPITRE 4 : RÉACTIONS ÉMOTIONNELLES ET BESOINS PSYCHOSOCIAUX DES USAGERS DURANT LA PANDÉMIE**

Cette section vise à décrire les besoins psychosociaux, les réactions émotionnelles et les besoins associés à la santé physique observés par les intervenants de la CSR au cours de la première et de la deuxième vague de la pandémie.

### **Difficultés psychosociales**

La pandémie a eu pour effet d'exacerber et de mettre en évidence des difficultés vécues par les personnes immigrantes, autant pour celles bénéficiant du mandat régulier que celles intégrées dans le mandat temporaire. Cette section a pour objectif de décrire les difficultés plus fréquemment observées, soit le manque de ressources matérielles, la méconnaissance des mesures sanitaires, la réorganisation de la dynamique familiale, l'isolement et la violence conjugale.

### **Manque de ressources matérielles**

La première vague de la COVID-19 a été le moment où le manque de ressources matérielles a été le plus handicapant pour les personnes réfugiées, en particulier pour celles arrivées peu avant la fermeture des frontières. La mise en place de cours à distance par les institutions d'enseignement – incluant la francisation – requérait l'accès à internet et à un ordinateur. Ces ressources matérielles étaient souvent absentes pour cette population ayant peu de ressources financières et parfois peu de connaissances en informatique.

L'accès à internet est vu comme un obstacle pour plusieurs, d'autant plus que les bibliothèques et les cafés, où certains allaient pour y avoir accès, étaient également fermés. Pour ceux dont l'accès était possible à la maison, le nombre d'ordinateurs était souvent insuffisant pour offrir à tous les membres de la famille la possibilité de poursuivre leur formation à distance. Ce manque a toutefois été corrigé durant la deuxième vague, alors que des ordinateurs portables ont été fournis aux enfants par les écoles.

La fermeture de nombreux services a également contribué à l'augmentation du manque de ressources matérielles pour les personnes récemment arrivées ; d'autres ont vu leur recherche d'emploi devenir plus difficile. Le délai d'attente des démarches de relocalisation de familles a augmenté et certaines d'entre elles ont dû rester dans de petites chambres, comme celles du Centre multiethnique de Québec :

[...] tout était arrêté pour la recherche de logement, les gens ne bougeaient plus, il y a des familles qui sont restées tellement longtemps, je pense au moins deux mois. De longues périodes dans une chambre... Une chambre d'hôtel pas de télé... Ils pouvaient être au moins quatre ou cinq dans la chambre [...].

Les mesures mises en place durant la deuxième vague de la pandémie ont permis de diminuer les obstacles associés aux ressources matérielles. La plupart des services se sont adaptés à la nouvelle

réalité, permettant ainsi une reprise de l'aide offerte à cette population. Les écoles réouvertes ont fourni le matériel informatique afin de permettre aux jeunes, lorsque le confinement redevenait nécessaire, d'avoir accès aux cours à distance. La francisation, par contre, s'est poursuivie à distance, constituant un défi de taille pour les nouveaux arrivants.

### **La méconnaissance des mesures sanitaires**

Selon les intervenants, la première vague de la pandémie a été marquée par des changements fréquents des consignes sanitaires, rendant difficile pour toute personne de s'y retrouver. L'information initiale était disponible dans les deux langues officielles du pays, ce qui exacerbait les difficultés de compréhension pour les personnes allophones. Souvent, les seules références dans leur langue étaient celles provenant de leur pays d'origine. Plusieurs se maintenaient informées sur l'actualité et sur les mesures sanitaires par l'entremise de leur famille ou des médias de leur pays d'origine. Toutefois, les mesures sanitaires, pour la plupart, étaient bien différentes de celles en vigueur au Québec et au Canada.

Pour d'autres, la situation est venue raviver des craintes antérieures. Quelques personnes ne sortaient pas, refusant même de se rendre à l'épicerie. La transmission d'informations par l'équipe de la CSR leur a permis de mieux comprendre la situation et d'avoir des informations précises quant à leur droit, mais également de les rassurer sur les risques de transmission du virus :

[...] Et les gens, juste d'avoir les informations, d'avoir l'heure juste sur les informations, souvent après nos appels ils disaient « ah, ben là je suis rassuré, je comprends mieux, on va faire ça », parce qu'il y avait vraiment beaucoup de fausses croyances ou des choses qu'ils entendaient de leurs amis ou des réseaux sociaux qui se passaient soit dans le camp ou dans d'autres pays.

Vers la fin de la première vague, les documents concernant les mesures sanitaires ont été traduits dans de nombreuses langues, offrant ainsi aux personnes allophones un accès plus adapté à l'information.

### **Réorganisation de la dynamique familiale**

La fermeture des écoles, la mise en place du télétravail et les pertes d'emploi ont occasionné une réorganisation dans la vie de nombreuses familles et les familles immigrantes ne font pas exception à la règle. Bien qu'elles aient été moins touchées par le télétravail, les familles réfugiées ont tout de même été confrontées aux difficultés associées à la réorganisation familiale. Outre la gestion de l'école à la maison, de nombreuses femmes se sont trouvées à gérer plus de conflits entre les enfants et les plaintes des voisins dû au bruit. Des familles ont vu tous leurs membres perdre leur emploi, souvent dans le domaine de l'hôtellerie ou de la restauration. D'autres, au contraire, travaillaient dans les services essentiels et se sont retrouvés encore plus à risque de contamination en raison du type d'emploi occupé, ce qui a eu un impact sur la réorganisation familiale. La fermeture des frontières a également créé des défis de cette nature :

il y avait une femme qui venait d'accoucher [...], mais son mari était retourné au pays juste avant la COVID-19, avant qu'il sache que ça allait fermer. Il a été des mois [...], il a été des mois et des mois où il ne pouvait plus revenir.

La fermeture des frontières a également eu des impacts chez les personnes dont le statut temporaire arrivait à échéance. Elles se sont retrouvées sans statut légal, en plus d'être souvent sans assurance et sans emploi, et parfois loin de leur famille. De plus, les situations de crise familiale et de séparation ont augmenté durant la pandémie, ce qui a par conséquent engendré une complexification de la gestion de ces crises.

### **Isolement**

Les mesures sanitaires mises en place ont entraîné de l'isolement et, pour la population immigrante, certains facteurs ont contribué à exacerber cet isolement, dont l'arrivée récente au Québec, l'absence d'accès au lieu de culte et les contacts restreints avec leurs familles et amis demeurés au pays. Cet isolement a aussi été constaté chez les jeunes adultes, les adolescents et les enfants arrivés peu de temps avant le début de la première vague. N'ayant pas eu le temps de fréquenter des milieux scolaires ou de travail, l'isolement était d'autant plus important. Plusieurs se sont sentis isolés à la suite de l'arrêt de certains services, ne sachant plus vers qui se tourner pour obtenir de l'information.

L'isolement, la réorganisation familiale, le manque de ressources et d'information ont entraîné des conséquences psychologiques sur la population fréquentant la CSR. Parmi les conséquences rencontrées par les intervenants de la CSR se retrouve la violence conjugale.

### **Violence conjugale**

Bien que la violence conjugale ne constitue pas un phénomène nouveau, il semble y avoir eu une augmentation de cette problématique chez la population réfugiée qui a utilisé les services de la CSR durant la pandémie. L'isolement et la réorganisation familiale ont probablement contribué à la dégradation de situations déjà présentes.

Ces problématiques ont particulièrement été observées lors de la seconde vague. Les appels faits par les intervenants de la CSR aux usagers habitant au Québec depuis une plus longue période ont possiblement permis de détecter des problématiques en lien avec la violence, ce dépistage étant plus difficile lors des contacts initiaux. Les situations de violence conjugale qui se soldaient par une séparation ont parfois nécessité des interventions plus complexes lorsque la femme était parrainée par son époux. Il s'agit de démarches qui ont exigé, dans la plupart des cas, de l'accompagnement et de bonnes connaissances des droits de la personne réfugiée.

Outre la complexité des démarches associées aux droits de la personne, des éléments culturels doivent être pris en compte lors de l'intervention en contexte de violence conjugale. Les intervenants de la CSR se sont référés à la Maison pour femmes immigrantes afin que ces femmes reçoivent le soutien nécessaire.

### **Réactions émotionnelles**

Cette sous-section vise à mettre de l'avant les diverses réactions émotionnelles vécues par la clientèle de CSR durant les deux premières vagues de la pandémie de COVID-19. Le Tableau 2 présente les symptômes émotionnels et comportementaux identifiés durant les appels téléphoniques à l'aide l'outil de dépistage.

**TABLEAU 2. SYMPTÔMES OBSERVÉS LORS DES APPELS TÉLÉPHONIQUES**

	Oui (n)	%	Non (n)	%	Données manquantes (n)	%
<b>Symptômes émotionnels</b>						
Inquiétudes et insécurité	185	67,52	80	29,20	9	3,28
Réactivation de souvenirs dérangeants	6	2,19	259	94,53	9	3,28
Dépassé/impuissance	8	2,92	257	93,80	9	3,28
Découragement	5	1,82	260	94,89	9	3,28
Tristesse	11	4,01	254	92,70	9	3,28
Colère	3	1,09	262	95,62	9	3,28
<b>Symptômes comportementaux</b>						
Difficulté de concentration	2	0,73	262	95,62	10	3,65
Irritabilité	1	0,36	263	95,99	10	3,65
Agressivité	1	0,36	263	95,99	10	3,65
Pleurs	2	0,73	262	95,62	10	3,65
Isolement	5	1,82	259	94,53	10	3,65
Difficulté à prendre des décisions	0	0	264	96,35	10	3,65
Augmentation de la consommation	0	0	264	96,35	10	3,65

### **Symptômes anxieux**

Les intervenants de la CSR ont observé une augmentation des symptômes anxieux durant la pandémie, mais certains associent cette observation à la mise en place du mandat temporaire. La majorité de la clientèle visée par ce mandat a un statut précaire. Certains se sont même retrouvés sans statut au cours de la pandémie et, par le fait même, sans assurance. Cette perte a donc engendré de l'insécurité et des symptômes anxieux. Un niveau élevé d'anxiété a également été observé chez les demandeurs d'asile. Parmi les manifestations de cette anxiété, les intervenants ont observé des troubles du sommeil et des crises de panique.

Des symptômes anxieux ont également été observés chez les réfugiés durant la première et la deuxième vague. Lors des appels téléphoniques, 67,5 % des personnes ont dit avoir des inquiétudes et ressentir de l'insécurité. Ils étaient préoccupés par la famille restée au pays et par le manque de ressources financières ; d'autres ont vécu de l'anxiété en raison des mesures de confinement. Des souvenirs traumatiques ont été nommés, entraînant par conséquent de l'anxiété, un état de fatigue et de l'épuisement :

[...] les familles qui sont tout le temps en dedans avec leurs enfants, qu'ils doivent aider à l'école tandis qu'eux-mêmes sont analphabètes, un moment donné cela devient lourd.

[...] à la première vague, c'était nouveau, mais à la deuxième vague, j'ai l'impression que cela a été un peu plus difficile à gérer [...] l'état de stress était à sa limite.

### **Symptômes dépressifs**

Un nombre restreint de symptômes dépressifs ont été identifiés lors des appels téléphoniques faits à l'aide de l'outil de dépistage. Toutefois, les intervenants de la CSR ont observé une augmentation des symptômes dépressifs durant la pandémie, en particulier chez les personnes rencontrées dans le cadre du mandat temporaire. Les pertes d'emploi, les difficultés à trouver un nouvel emploi, l'arrêt des activités sociales et communautaires et l'interruption de la francisation sont associés à la détresse psychologique présentée par de nombreuses personnes immigrantes. Cette détresse, observée durant la pandémie et surtout lors de la deuxième vague, a été accompagnée d'une augmentation d'idées suicidaires allant même, dans certains cas, jusqu'aux comportements suicidaires contraignant les intervenants à intervenir en urgence :

[...] les gens arrivent ici finalement avec une détresse assez importante, tu sais, cette semaine on a dû demander un transport ambulancier pour une intoxication volontaire. Ce n'est pas quelque chose qu'on fait ici [normalement].

Bien que la pandémie semble jouer un rôle dans l'augmentation de la détresse psychologique parmi les usagers de la clinique, c'est en grande partie le mandat temporaire qui a ouvert la porte à ces nouvelles demandes d'aide. L'anxiété, occasionnée par la précarité de leur statut et combinée au fait d'avoir à raconter à maintes reprises<sup>7</sup> leur vécu traumatique, semble rendre les demandeurs d'asile plus vulnérables à la détresse psychologique. En effet, les intervenants observent moins de pensées suicidaires chez les personnes réfugiées que chez celles ayant un statut précaire. Ainsi, malgré l'isolement engendré par la pandémie, les personnes possédant un statut de réfugié semblent avoir été moins touchées par les symptômes dépressifs et les comportements suicidaires.

### **Traumatismes antérieurs**

Les personnes ayant immigré de manière involontaire, telles que les personnes réfugiées et bon nombre de demandeurs d'asile, sont plus à risque d'avoir vécu des traumatismes avant la migration ou durant leur parcours migratoire. L'incompréhension des mesures sanitaires, le confinement et particulièrement le couvre-feu ont pu réactiver des traumatismes vécus dans le passé. Certains ont vécu des mesures de confinement ou un couvre-feu dans un contexte de guerre, par exemple. Cette réactivation des traumatismes s'est manifestée de diverses manières, telles que par des troubles alimentaires ou du sommeil. D'autres personnes se sont plutôt isolées :

[...] le couvre-feu pas à la première vague, mais juste des mesures très strictes pour eux, d'aller à l'encontre de ça, ils pensaient s'exposer à de grands dangers. Tu sais, la police pourrait les capturer ou pourrait intervenir. C'est beaucoup d'incompréhension,

---

<sup>7</sup> Dans le but d'obtenir la reconnaissance du statut de réfugié et, par conséquent, la résidence permanente au Canada, les demandeurs d'asile doivent raconter plusieurs fois et à différentes personnes les raisons qui les ont amenés à fuir leur pays.

beaucoup d'interprétation avec leur réalité vécue dans le passé. Pour beaucoup ç'a été traumatisant d'être confinés.

Pour d'autres personnes réfugiées ayant déjà connu des situations antérieures de pandémie, ce contexte n'était pas une expérience nouvelle. Ainsi, les mesures sanitaires mises en place en lien avec la COVID-19 ont été moins anxiogènes.

### Besoins de santé physique

La mise en place du mandat temporaire et la relance téléphonique ont permis de constater l'ampleur des besoins de santé physique, surtout chez les personnes ayant un statut précaire. Cette sous-section soulève les principaux besoins remarqués par les intervenants de la CSR, soit les demandes de suivi de grossesse, les besoins ponctuels de santé physique et l'augmentation des cas de COVID-19 chez les réfugiés.

Le Tableau 3 présente les informations obtenues à l'aide de l'outil de dépistage, lors des appels téléphoniques. Il est à noter que peu de personnes ont affirmé présenter les symptômes pré-identifiés dans l'outil. Ce sont les interventions ayant suivi les appels qui ont permis aux intervenants de bien évaluer les besoins en santé physique des usagers et de constater l'ampleur de certaines situations.

**TABLEAU 3. SYMPTÔMES PHYSIQUES OBSERVÉS LORS DES APPELS TÉLÉPHONIQUES**

	Oui (n)	%	Non (n)	%	Données manquantes (n)	%
<b>Symptômes physiques</b>						
Apparition ou augmentation douleur	2	0,73	261	95,26	11	4,01
Perturbation sommeil	5	1,82	260	94,89	9	3,28
Perturbation appétit	4	1,46	261	95,26	9	3,28
Diminution de l'énergie	6	2,19	259	94,53	9	3,28

### Suivis de grossesse

Les demandes reçues associées aux suivis de grossesse par la CSR durant la première et la deuxième vague de la pandémie touchaient majoritairement des femmes à statut précaire, voire sans statut. Des femmes enceintes jusqu'à huit mois de grossesse et sans aucun suivi se sont présentées à la clinique. Certaines auraient pu bénéficier d'un suivi gratuitement dans le réseau régulier, mais la méconnaissance de leurs droits et des services existants les ont empêchées de consulter. Comme mentionné plus haut, les demandeurs d'asile ont tous droit à certains services de soins de santé, de façon limitée et temporaire, avec la couverture offerte par le PFSI. Plusieurs usagers et professionnels ne connaissent cependant pas ce droit.

Dans certains cas, les femmes n'avaient pas d'assurances en raison de leur statut temporaire. Les intervenants de la clinique ont travaillé en vue de mettre en place des services pour assurer le bien-être de ces femmes et de leur bébé :

Puis on a réussi quand même à débloquer, par exemple, des services OLO, infirmière, nutritionniste, T.S. dans les CLSC, ce que les gens n'avaient peut-être pas eu accès, ou ne savaient même pas que cela existait. Donc on a fait beaucoup de références vers d'autres types de services [...].

La pandémie était la principale responsable de l'absence de statut, en raison de l'arrêt de certains services d'immigration et de la fermeture des frontières, ce qui les a empêché de renouveler leur statut ou de retourner au pays. De plus, ces femmes étaient parfois seules, sans leur époux, et devaient prévoir des frais d'accouchement pouvant aller jusqu'à 15 000\$, alors qu'initialement, leur statut leur permettait d'avoir accès à ces services gratuitement.

### **Besoins ponctuels de santé physique et problèmes de santé physique**

La relance téléphonique a permis de déceler des problèmes de santé physique, tant ponctuels que chroniques. Certaines personnes contactées n'avaient pas reçu de soins de santé depuis de nombreux mois, car elles se retrouvaient toujours sur la liste d'attente pour avoir accès à un médecin de famille. De nouveaux problèmes de santé ont surgi, et d'autres se sont détériorés. Cela a également été observé lors de la deuxième vague :

[...] la deuxième vague aussi, je pense qu'ils sont restés un petit peu plus à la maison, les problématiques de maladie chronique... plus de sédentarité... ils allaient faire un petit peu moins l'épicerie [...], ils avaient moins de nourriture disons saines... ça accentuait les problèmes d'hypertensions, de diabète, et autres maladies de ce type.

Dans la population à statut précaire, les interventions ont concerné surtout des problèmes de santé physique ponctuels. Néanmoins, des interventions ont été nécessaires dans les cas de problèmes chroniques de santé physique et non traitées, comme les maladies tropicales. Pour cette population, la méconnaissance de leurs droits les a empêchés de se diriger vers les services de santé.

En général, un nombre très bas de personnes a répondu avoir des symptômes émotionnels, comportementaux et physiques lors des appels, tel que présenté dans les tableaux 1, 2 et 3. Chez les personnes réfugiées, c'est une augmentation des réactions émotionnelles déjà présentes avant la pandémie qui a attiré l'attention. En effet, les données quantitatives ont indiqué que 81 personnes (30 %) ont vécu une augmentation des symptômes émotionnels (anxieux et dépressifs). Plusieurs d'entre elles ont indiqué que l'isolement et les préoccupations étaient présents, mais que le contact téléphonique les rassurait. Toutefois, les observations obtenues à l'aide des entrevues nous indiquent qu'après ce premier contact de dépistage, les personnes tendaient à reprendre contact avec la CSR afin de demander de l'aide concernant des préoccupations, des difficultés personnelles, des besoins psychosociaux ou des problèmes de santé physique.

### **Augmentation des cas de COVID-19 parmi les réfugiés**

La population de la Capitale-Nationale a été peu touchée par la première vague de la pandémie, ce qui s'est avéré semblable chez la population réfugiée de ce territoire. La seconde vague, qui a déferlé dans les écoles de la Capitale, a eu pour effet de rendre cette population également plus

vulnérable. De nombreuses familles ayant vu un de leurs enfants contaminés à l'école se sont retrouvées victimes du virus :

[...] la pandémie est venue impacter tout ce qui était rendez-vous, organisation avec les interprètes, et ce, car à tout moment on avait des familles qui étaient déclarées positives [...]. On les attendait et puis ils ne viennent plus parce qu'il y a eu un cas à l'école [...]. Tous ces gens-là ont dû être testés je ne sais pas combien de fois, parce que ce sont de grandes familles.

Outre la propagation en provenance des écoles, des personnes réfugiées ont aussi été contaminées dans leur milieu de travail, car ils travaillaient bien souvent dans des secteurs à risque (maintenance des établissements de santé, préposés aux bénéficiaires, employés de commerces considérés essentiels). Cela a eu pour effet de transmettre la maladie à d'autres membres de leur famille.

## CHAPITRE 5 : IMPACT DES INTERVENTIONS

Les interventions réalisées par la CSR pendant la première et la deuxième vague de la COVID-19 ont eu des impacts considérés positifs sur les personnes immigrantes visées par le mandat temporaire et sur les personnes réfugiées ciblées par la relance téléphonique. Les entretiens réalisés auprès des différents intervenants de la CSR permettent de mettre en évidence deux impacts importants : 1) la satisfaction des usagers réfugiés vis-à-vis des suivis reçus ; 2) la plus grande accessibilité aux soins de santé et psychosociaux des autres catégories d'immigrants.

### Impacts des interventions auprès des réfugiés

Les réactions des usagers réfugiés à l'adaptation des services offerts étaient en général très positives. Grâce aux appels téléphoniques et aux interventions à l'extérieur de la clinique (à domicile et au CMQ), la CSR a pu éviter une interruption des services, en plus d'offrir de l'information concernant la pandémie et les mesures sanitaires :

Je suis tombée sur des dames qui avaient trois enfants et qui n'étaient pas sorties de leur appartement depuis trois semaines. [...] Ça a été quand même aidant [...].

Les appels téléphoniques ont permis aux réfugiés d'avoir des précisions sur la situation sanitaire, de mieux comprendre les impacts sur leur quotidien ainsi que de normaliser les émotions vécues et les réactions des enfants face au changement de routine. Les intervenants ont été agréablement surpris par l'état de bien-être des réfugiés. Ces derniers rapportaient se sentir stressés par la situation de crise sanitaire, mais ce stress observé a semblé moins important que ce qui avait été présagé.

Les réfugiés ont affirmé se sentir rassurés par l'initiative de la CSR de les appeler et ils ont exprimé leur reconnaissance. Pour ce qui est du lien de confiance entre les usagers et les intervenants de la CSR, il est possible de constater que les appels ont contribué à sa continuité :

Ils étaient très reconnaissants [...] C'est ça qu'ils nous disaient beaucoup : « On vous remercie vraiment d'avoir pensé à nous, de prendre le temps de savoir comment va notre famille, c'est vraiment apprécié » [...] il y a des gens qui nous disait : « personne ne s'est soucié de nous autres, de comment on va là-dedans, sauf la CSR, vous nous avez appelés, ça vraiment été super rassurant pour nous de savoir que vous êtes encore là ».

Outre la reconnaissance des réfugiés et le maintien d'un lien de confiance, il est possible d'affirmer que les appels téléphoniques ont aussi eu des retombées positives de prévention. Lors de ce contact, les intervenants pouvaient mobiliser les forces et les mécanismes de protection des usagers pour qu'ils les déploient lors d'une situation déstabilisante :

La prévention, c'est important comme impact et comme bénéfice. Ils ont été rassurés, informés [...] Le fait qu'on leur ait rappelé leurs forces, en leur demandant qu'est-ce qu'ils faisaient avant, qu'est-ce qui fonctionnait ? Et ils disaient « on dirait que j'avais tout oublié ce que je faisais et juste le fait que vous m'avez fait réfléchir à ça, j'ai remis en place et ça a vraiment aidé ».

En ce sens, l'outil de dépistage a permis de faire une évaluation des symptômes émotionnels et des symptômes physiques et, s'il y avait des enjeux, d'aider les réfugiés à réactiver des mécanismes de protection. Cette manière de faire facilitait les suivis pour ainsi mieux les adapter à la clientèle réfugiée. Par le nombre peu significatif de personnes présentant des symptômes lors des appels, il est également possible d'avancer l'hypothèse que cette intervention téléphonique, surtout qu'elle a été réalisée dès les premiers jours du confinement, a eu un effet préventif.

### **Impacts des interventions dans le cadre du mandat temporaire**

Les impacts des interventions en lien avec le mandat temporaire sont considérables, et ce, surtout au niveau de l'accessibilité aux soins de santé et de services sociaux pour les personnes issues de toutes les catégories d'immigration. Selon le témoignage des intervenants, le mandat temporaire a permis de rendre accessibles des services de santé physique et de bien-être et de les offrir à toute personne immigrante. La difficulté d'accès aux services est généralement causée par leur statut d'immigration, par des barrières linguistiques et culturelles ou par la méconnaissance des droits de cette clientèle de la part de certains professionnels du réseau :

Cela a permis parfois de planifier des services d'interprétariat pour des intervenants qui n'auraient peut-être pas fait la demande [...] nous [la CSR], on est plus sensibilisé et on a organisé des services par téléphone, mais un intervenant qui est dans un autre programme, il ne prend pas le temps, il pense peut-être que ce n'est pas possible en contexte de COVID. Donc on s'est assuré d'une sécurité des services.

Les intervenants ont soulevé, qu'à certains égards, le manque d'accessibilité au système de santé et de services sociaux pour certaines catégories d'immigrants était vécu comme une forme de violence structurelle. Les personnes accueillies dans le cadre du mandat temporaire ont d'ailleurs exprimé beaucoup de reconnaissance envers la CSR pour les services reçus, et ce, tout en créant des liens de confiance fort utiles à leur intégration dans le réseau de la santé :

On a été capable de créer un lien de confiance et ils sont venus nous voir. C'est le *fun* qu'on ait pu créer cela. Mais, en même temps, pour ces gens-là, cela veut dire que c'était le seul endroit où ils ont pu venir frapper à la porte. [...] Cela démontre la non-accessibilité pour les hors mandat [...] ils ne savent pas où aller et comment avoir accès aux soins de santé.

En conclusion, la mise en place du mandat temporaire a généré plusieurs impacts positifs pour les usagers, pour le réseau et pour les intervenants. En ce qui concerne les usagers, le mandat temporaire a permis de se rappeler la situation fragile de la population immigrante, celle-ci se retrouvant fréquemment dans un vide de services, et de mettre en évidence leur grande vulnérabilité. Ce mandat a également conduit à la mise en place d'un important travail de prévention de l'aggravation de situations médicales, ce qui a été fort bénéfique pour eux. La CSR s'est finalement fait reconnaître par le réseau comme une référence en approche interculturelle, celle-ci basée sur une expertise développée depuis sa création. À ces impacts s'ajoute la satisfaction personnelle et professionnelle des intervenants d'avoir pu contribuer au rayonnement de la CSR et d'avoir offert des services basés sur une plus grande régularité et sur une continuité de ceux offerts dans le mandat régulier de la clinique.

## CHAPITRE 6 : LES EXPERIENCES DES INTERVENANTS

Avec l'arrivée de la COVID-19, le quotidien de tous les intervenants de la santé et des services sociaux a été troublé par les mesures sanitaires. Cette section a pour objectif de mettre en lumière l'expérience vécue par les intervenants de la CSR tout au long des deux premières vagues de la pandémie. Seront ainsi abordés les difficultés vécues, les éléments facilitateurs, le développement de leur compétence interculturelle et les types d'interventions mises de l'avant dans cette période particulière.

### Difficultés vécues

Les transformations occasionnées par les mesures sanitaires dès l'arrivée de la première vague, auxquelles s'est ajoutée la mise en place du mandat temporaire de la clinique, ont complexifié le travail des intervenants. De nombreuses difficultés ont été soulevées tout au long des entretiens : le télétravail en pandémie, l'intervention à distance, les mesures sanitaires, la non-informatisation des dossiers, la complexité des interventions auprès de la clientèle hors mandat, la complexité des références dans le réseau ainsi que la fatigue associée à la pandémie.

### Télétravail en pandémie

La pandémie a complètement transformé les milieux de travail ainsi que les manières de travailler. Les intervenants de la CSR n'y font pas exception. Certains se sont retrouvés en télétravail à la maison, d'autres l'ont fait depuis la clinique en demeurant isolés dans leur bureau. Cette transformation n'a pas été des plus agréables, apportant une certaine solitude et un manque de motivation chez les intervenants :

Au niveau des tâches, à la longue là, c'était un peu moins motivant comme travail, car on avait l'impression d'être des adjoints administratifs. Tu sais, on n'est pas habitués d'être au téléphone toute la journée, de remplir des formulaires, tu sais, c'était un peu moins dynamique...

Le télétravail chez les partenaires a également représenté un défi de taille pour les intervenants de la CSR qui peinaient à joindre certains partenaires afin de transmettre de l'information sur un dossier, à procéder à une référence personnalisée ou, dans certains cas, à accompagner les usagers dans leurs démarches auprès d'organismes gouvernementaux :

Il y a une autre affaire qui m'a beaucoup confronté durant la pandémie [...] en lien avec l'accès à différents services gouvernementaux, et des fois dans le communautaire. [...] J'ai eu une intervention [...], j'étais avec une famille [origine], avec mon interprète [langue]. La famille voulait comprendre une lettre qu'ils ont reçue [...]. On appelle à [organisme], ils ont refusé d'authentifier mon client parce qu'il ne parlait pas ni français ni anglais, malgré que j'avais l'interprète qui pouvait faire la traduction. Ils m'ont dit « la personne doit se présenter dans notre centre de services » qui est fermé.

La fermeture des milieux et la mise en place du télétravail complexifiaient l'accès des personnes à leurs intervenants :

Si on pense aux organismes communautaires qui leur viennent en aide pour la réinstallation, installation, et même intégration parfois, la plupart font du télétravail... Déjà quand tu dis ça à un réfugié, ça part mal... Parce que, il faut que tu appelles, il faut que tu laisses un message, il faut que tu le laisses à la bonne place, pis il faut qu'il retourne ton appel dans ta langue, donc des raisons pourquoi, au final il n'y a pas le service...

Le télétravail a également représenté un défi quand les intervenants se retrouvaient en isolement préventif et qu'ils devaient poursuivre leurs interventions téléphoniques. Le manque de ressource matérielle et la non-informatisation des dossiers ont rendu la tâche plus difficile :

À la clinique, c'est dossier papier encore ! Si ça peut faire un poids pour que ça soit virtuel, parce que là, il fallait faire du télétravail [...] mes enfants quand ils faisaient de la fièvre, il fallait que je sois en télétravail, j'appelais quand même mes patients, mais je n'avais pas de dossier... ça, c'était difficile.

### **Interventions à distance**

Les intervenants de la CSR se sont soudainement retrouvés, en mars 2020, à procéder à des interventions à distance. L'intervention interculturelle exige une grande capacité d'adaptation de la part des intervenants qui la pratiquent. Mise dans un contexte pandémique, soit en grande partie réalisée à distance, l'intervention interculturelle devient un enjeu de taille, tant pour l'intervenant que pour la personne aidée.

Chaque intervention interculturelle exige une planification méticuleuse. Souvent en présence d'interprètes, l'intervenant doit s'adapter au rythme des échanges et être attentif au langage non verbal, aux non-dits. Il doit montrer une ouverture à l'autre, prendre conscience de ses propres éléments culturels afin de mieux comprendre ceux des personnes auprès de qui il intervient. L'intervention téléphonique complique la médiation culturelle puisqu'elle ne permet pas à l'intervenant d'observer le non verbal et les non-dits qui lui offrent normalement une meilleure compréhension de la situation. Tout au long de l'appel, l'absence du non verbal ne permet à aucun des acteurs impliqués, soit l'intervenant, la personne aidée et l'interprète, d'assurer des tours de parole fluides, ce qui occasionne, la plupart du temps, une certaine cacophonie. S'y ajoutent bien souvent les bruits ambiants autour de la personne aidée qui se trouve parfois dans l'autobus, parfois dans la même pièce que ses enfants. La confidentialité devient ainsi un enjeu crucial durant les interventions à distance. Cet enjeu est d'ailleurs soulevé par plusieurs intervenants de la CSR. Ils mentionnent également l'importance que portent certaines sociétés traditionnelles au contact humain. Cet aspect devient un enjeu majeur lorsqu'il est question d'intervention à distance :

La clientèle immigrante [...] est une clientèle de proximité. C'est une clientèle qui se rend sur place, qui va voir les gens, qui va associer un endroit avec une offre de services ou avec de l'aide reçue.

Il devient donc difficile de développer une alliance thérapeutique, d'autant plus que certaines des personnes contactées n'avaient encore jamais rencontré les intervenants de la CSR. Dans un contexte téléphonique, il peut s'avérer difficile de raconter des expériences personnelles à une

personne inconnue. Cette difficulté peut être amplifiée par la barrière linguistique et l'utilisation d'un interprète pour communiquer.

Outre les éléments associés à l'intervention interculturelle, des intervenants de la CSR ont mentionné la complexité de procéder à une évaluation physique lors des rencontres téléphoniques, les obligeant la plupart du temps à demander aux personnes de se déplacer à la CSR, doublant ainsi l'intervention. Certains intervenants se questionnent quant à l'idée de refuser les services en présentiel à une clientèle aussi vulnérable et dont l'intervention se voit d'autant plus complexifiée en raison des barrières linguistiques et culturelles.

Les heures passées à faire des appels avec les interprètes représentent également une difficulté rencontrée avec l'intervention à distance. Ce type d'intervention exige des démarches supplémentaires pour l'intervenant, en plus d'augmenter le temps consacré à l'intervention et de compliquer la relation d'aide. La complexité de l'intervention avec interprète s'en voit donc augmentée lorsqu'elle se réalise à distance :

La grosse difficulté qu'on a eue c'est que c'était tout par téléphone [...] deux trois heures d'appel avec interprète [...] les gens sont à la maison, il y a du bruit, des fois ils sont dans leur voiture... Des fois c'était surtout de donner des numéros de téléphone [...] comme dix minutes au téléphone à essayer de donner le numéro. Alors qu'en personne je leur aurais juste écrit.

Lors de la seconde vague, les intervenants ont accueilli la plupart des personnes à la clinique, bien qu'il leur ait été fortement recommandé de poursuivre les interventions à distance.

### **Non-informatisation des dossiers**

Au sein du CIUSSSCN, l'informatisation des dossiers n'est pas uniformisée. Elle dépend des anciens territoires (Québec-Nord, Vieille-Capitale, Portneuf et Charlevoix). Il est donc difficile pour un intervenant d'un secteur d'obtenir l'information provenant d'un autre secteur, et ce, bien que tous relèvent maintenant de la même structure. La clinique fait partie des secteurs qui ne se sont pas encore à jour avec le numérique. Bien que la pandémie ait eu pour effet de rappeler l'importance de l'informatisation des dossiers, les discussions sur son importance avaient débuté bien avant l'arrivée de la COVID-19. Dans le passé, la plupart des intervenants de la clinique ont travaillé dans des secteurs où les dossiers étaient informatisés. Certains partagent les effets négatifs qu'ils ont observés avec l'utilisation des dossiers papier. Ces effets négatifs se sont exacerbés durant la pandémie, surtout lorsqu'il était question de télétravail :

Un dossier médical électronique, vraiment. [...] Parce que pour toutes les fois que je fais des appels, j'aurai pu le faire en télétravail, parce qu'au début c'était de faire le plus de télétravail possible, mais comme nous on a des dossiers médicaux, on ne peut pas les sortir des archives, donc ça a été limitant.

Lors de la seconde vague, alors que les écoles étaient ouvertes, il y avait un isolement préventif dès l'apparition d'un cas ou de symptômes dans une classe. Les intervenants parents devaient alors faire du télétravail, mais le télétravail se complexifiait en raison de l'inaccessibilité aux dossiers. La non-informatisation des dossiers combinée à la complexité de la bureaucratie relative

aux secteurs rend fort difficile la tâche des intervenants lorsqu'ils souhaitent obtenir des informations sur la personne aidée.

### **Mesures sanitaires**

La première vague de la pandémie a été une période de grande adaptation pour les intervenants qui se retrouvaient confrontés aux changements rapides des mesures sanitaires :

Je me souviens une fois que je suis arrivé ici [...], je pense que j'avais pris deux jours de congé, collés à ma fin de semaine, pis quand je suis revenu, il y avait un agent de sécurité à la porte, il nous posait des questions, il nous faisait laver les mains, il nous faisait mettre un masque, j'étais comme « oui, mais toi, tu es qui ? Tu n'étais pas là l'autre jour, puis je travaille ici ».

Chaque nouvelle consigne arrivait au compte-goutte, entraînant des questionnements continus sur ce qu'ils pouvaient ou ne pouvaient pas faire ainsi que sur ce qu'ils devaient porter selon le type d'intervention.

Si les interventions à distance ont posé plusieurs défis aux intervenants, les interventions réalisées en présentiel, surtout pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19, n'ont pas fait exception. Dans ce contexte, les intervenants devaient composer avec un protocole qui prévoyait différentes mesures sanitaires à mettre en place avant, pendant et après chaque intervention :

Il fallait toujours nettoyer, désinfecter les chaises, la table d'examen, le bureau, etc., lors de chaque rencontre. C'était quand même... ça demandait beaucoup d'énergie à la fin d'une journée.

Pendant l'intervention, le port du masque, de la visière, de lunettes et même, dans certains cas, d'un uniforme était demandé afin d'assurer la protection physique des individus. Cette barrière faisait en sorte d'intensifier les autres barrières déjà présentes en contexte d'intervention interculturelle :

Le fait de porter un masque, ça enlève tellement l'expression faciale, le non verbal est tellement important. [...] Ça enlève vraiment beaucoup, je trouve, aux rencontres puis au lien de confiance [...] On ne voit pas la bienveillance, c'est difficile de faire dégager tout ça juste par les yeux.

De plus, les intervenants ont témoigné de la difficulté à devoir être attentifs aux aspects infectieux tout en demeurant concentrés sur leur intervention. Outre les mesures de désinfection auxquelles étaient contraints les intervenants, les mesures mises en place par le CIUSSSCN pour accéder aux services complexifiaient la venue des personnes réfugiées et celles à statut précaire dans les locaux de la CSR.

Les mesures sanitaires ont ajouté une difficulté supplémentaire au contexte de travail et d'intervention. Même si la CSR a été considérée comme une zone froide et que de nombreux efforts aient été déployés afin de la maintenir éloignée des risques d'éclosion, le Jeffery Hale demeure un établissement comportant plusieurs services, dont un CHSLD où il y a eu des éclosions ainsi qu'un centre de dépistage de la COVID-19. Ce contexte spécifique, additionné au fait que certaines périodes de la pandémie aient été marquées par de nombreux cas dans la ville de

Québec, a entraîné des inquiétudes chez les intervenants qui réalisaient leurs interventions en présentiel.

### **Complexité des interventions auprès de la clientèle du mandat temporaire**

Comme mentionné dans la présentation du mandat temporaire, la clientèle visée par ce mandat est souvent confrontée à de nombreux obstacles d'accès aux soins de santé et de services sociaux en raison de leur statut ou des barrières linguistiques et culturelles. Les intervenants ont souligné la complexité des interventions auprès de cette clientèle en fonction des obstacles d'accès aux services. N'étant pas habitués à intervenir auprès d'autres catégories d'immigrants que les réfugiés, les intervenants de la CSR se sont beaucoup renseignés afin de comprendre les services auxquels chaque type de statut migratoire a droit ainsi que les services auxquels ils peuvent avoir accès dans le contexte de la pandémie :

[...] toutes les recherches que j'ai faites par rapport à ce qui est gratuit, ce qui ne l'est pas, ce qui est moins coûteux, c'est sûr que les recherches que j'ai faites vont m'avoir aidé, puis les contacts que j'ai pris avec différentes personnes dans le réseau aussi vont m'aider pour la suite, mais cela reste quand même quelque chose qui est relativement difficile ; je pense que peu importe ce que l'on va faire, ça va rester difficile, à moins qu'ils aient une carte de la RAMQ.

Les intervenants ont nommé la complexité et la nécessité de réaliser des recherches afin d'obtenir des réponses à leurs questions et d'offrir, ainsi, un meilleur service aux immigrants du mandat temporaire. Ces recherches ont permis aux intervenants de la clinique d'acquérir une certaine expertise quant aux droits des personnes selon leur statut, mais aussi de constater des fragilités concernant l'accès aux services : les difficultés associées au manque de connaissance du PFSI, les complications pour obtenir de la médication pour une clientèle sans assurance et la longueur des démarches. Même si cette expertise peut perdurer, le contexte demeure très fragile et les difficultés d'accès se poursuivront, et ce, tant que cette clientèle n'aura pas un accès au réseau comme les autres membres de la société.

### **Complexité des références dans le réseau**

Si avant la pandémie les intervenants étaient confrontés à plusieurs défis liés aux références, le contexte de crise sanitaire a complexifié encore plus les références dans le réseau. Selon les expériences des intervenants de la CSR, les délais des examens ainsi que ceux pour l'obtention de rendez-vous avec un spécialiste ont triplé, ce qui a créé de sérieux problèmes de prise en charge :

Si moi, je pense que quelqu'un a peut-être un cancer et que je n'arrive pas à le faire voir par le spécialiste afin d'authentifier si oui ou non, on va se ramasser avec de sérieux problèmes. Si elle a un cancer, on va se ramasser avec les conséquences d'un cancer non traité.

En ce sens, pour chaque usager qui avait une problématique associée à un diagnostic demandant une référence dans le réseau, les intervenants omnipraticiens devaient mettre les bouchées doubles afin de pallier la situation. Ils devaient, entre autres, faire des évaluations plus poussées, faire de nombreux appels et convaincre les spécialistes de rencontrer leurs patients.

Par ailleurs, pour avoir droit à certains services offerts par le réseau, il est parfois nécessaire de recevoir d'abord un diagnostic. Cette exigence est devenue encore plus problématique dans le contexte de la pandémie, puisque les usagers n'avaient pas accès à un spécialiste qui pouvait les évaluer et établir un premier diagnostic. En plus de ces défis, il y a le fait que les usagers de la CSR ont déjà, à la base, des conditions de santé physique et psychologique plus fragiles dues à leur vécu migratoire. En effet, comme documenté par la littérature scientifique (Pinzón-Espinoza et coll., 2021; Tsamakis et coll., 2021), la population réfugiée présente un nombre plus élevé de problèmes de santé en lien avec des conditions préexistantes non traitées ainsi qu'avec leurs vécus potentiellement traumatiques de leur parcours migratoire :

J'ai des patients qui ont des douleurs chroniques épouvantables, avec des affaires épouvantables exigeant qu'ils soient vus rapidement, puis les délais en principe seraient de trois mois, mais après un an ils ne sont pas encore vus [...] ça a un impact sur les réfugiés, toutes leurs problématiques de santé [...] ça s'éternise et se complexifie à cause du délai de prise en charge en spécialité.

Le contexte de la pandémie de COVID-19 touche alors plus gravement la population réfugiée en raison de la complexité des références dans le réseau, les mettant dans un état de vulnérabilité encore plus grande. Ce genre de situation a eu des impacts importants pour les intervenants de la santé qui se sont très souvent sentis impuissants face aux délais interminables.

### **Fatigue de la pandémie**

Après plusieurs mois en situation de crise sanitaire, la fatigue de la pandémie a également été un élément difficile qui a été souligné par plusieurs intervenants. Ils ont mentionné la lourdeur d'être submergés par le contexte de la pandémie, en particulier dans la première vague. Des efforts supplémentaires étaient nécessaires aux adaptations dans le contexte de travail en plus de celles dans leur vie personnelle. Les intervenants ont affirmé que les messages d'encouragement et de reconnaissance de la part de la société envers leur travail ont été importants pendant la première vague. Avec l'arrivée de la deuxième vague, les mesures sont devenues une réalité, le réseau était « fatigué » et les fréquents changements des règles ont constitué un irritant. Les intervenants ont souligné être fatigués et épuisés psychologiquement :

J'étais plus en contact avec la fatigue du réseau [...] les gens étaient plus fragiles, moi aussi j'étais plus fragile et plus fatigué... donc ça demandait un effort supplémentaire [...] Je pense que la première vague, il y avait l'espoir et la deuxième vague c'était un peu un constat de « bof on n'en est pas encore sortie ».

En décembre 2020, avec l'annonce des premiers vaccins pour la COVID-19, un certain espoir s'est fait sentir chez les intervenants. Cependant, sachant que le processus de vaccination allait durer des mois, des efforts étaient encore nécessaires pour faire face à la situation.

## **Éléments facilitateurs**

Malgré les difficultés auxquelles les intervenants ont été confrontés pendant la première et la deuxième vague de la COVID-19, plusieurs éléments ont été mentionnés comme étant des conditions favorables aux interventions : le non-délestage des activités de la CSR, l'équipe de travail, l'accès aux ressources informatiques, la facilité de rejoindre la clientèle par téléphone, la souplesse d'adaptation aux besoins de chaque usager, la durée plus longue des interventions, le soutien des gestionnaires et le travail de collaboration avec les partenaires.

### **Maintien des activités de la CSR**

Tout d'abord, le non-délestage des activités de la CSR a été fondamental pour l'adaptation des services déjà offerts et une condition essentielle à la mise en place du mandat temporaire. Le non-délestage a permis à la CSR de rester ouverte et de répondre aux besoins de sa clientèle dans le contexte particulier de la crise sanitaire. De plus, la CSR est devenue une référence à l'échelle provinciale, puisque c'était la seule CSR du Québec à avoir pris l'orientation du non-délestage.

### **Équipe de travail**

Pour les intervenants, le fait d'avoir pu rester à leur poste régulier grâce au non-délestage leur a permis de maintenir leurs tâches habituelles, d'assurer la continuité et la qualité du travail et de compter sur le soutien apporté par l'ensemble de l'équipe. Le travail, la collaboration et la disponibilité de l'équipe sont des points marquants mentionnés par la majorité des participants :

L'équipe et la qualité de cette équipe, la qualité d'être [...] Ça méritait un trophée. La qualité de la communication, la qualité de la collaboration, d'accepter le mandat, d'ouvrir plus large, d'accepter aussi de ne pas être délestés [...] En fait, je trouve qu'on a coconstruit, on a été en synergie.

### **Accessibilité aux ressources et aux usagers**

Un autre facilitateur abordé par les participants a été l'accès aux ressources informatiques. En effet, devant faire des interventions téléphoniques ou des téléconsultations, les intervenants ont eu accès à des écrans, à des caméras, à des casques d'écoute et à la plateforme TEAMS ; cela était impossible avant la pandémie. Cette plateforme leur a enfin permis d'entrer facilement en contact avec d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. La possibilité de maintenant accéder à cette plateforme ainsi qu'aux équipements électroniques a été très bien reçue par les intervenants :

Ça a été une année où on a eu des avancées en informatique, en télétravail, en technologie de l'information dans nos milieux de travail [...] Ils nous ont donné tous les équipements. Maintenant on est branché sur toutes les plateformes qu'on n'avait pas auparavant.

Puisque le Québec a été mis en confinement dès le début de la première vague, les personnes réfugiées, normalement en francisation pendant leur première et deuxième année au Québec, ont vu les cours de francisation s'arrêter ; ces personnes se sont également retrouvées à la maison. Ainsi, l'accessibilité aux usagers par téléphone est considérée comme un autre facilitateur

selon les intervenants. En raison du confinement, il était plus facile de les rejoindre par téléphone, notamment pour la relance téléphonique visant toutes les personnes réfugiées arrivées depuis 2018 :

Rejoindre quelqu'un par téléphone, c'est beaucoup plus rapide que réussir à voir quelqu'un en présentiel. On perd beaucoup moins de temps. [...] Les gens étaient confinés à la maison, donc on les rejoignait facilement aussi lorsqu'on avait des interventions à faire. Donc il y a quand même certains avantages en ce sens-là.

### **Adaptation des interventions**

Un autre facilitateur souligné par les intervenants est la souplesse d'adaptation aux besoins de chaque usager. Les intervenants soulèvent que les procédures de la CSR n'ont jamais été très rigides comparativement à d'autres milieux. Cela s'explique par certaines caractéristiques de l'équipe, comme la petite taille de l'équipe, la bonne cohésion entre ses membres, la diversité de la clientèle et les adaptations nécessaires pour leur venir en aide. Alors, en contexte de crise sanitaire, avec l'adaptation des services et l'adoption du mandat temporaire, cette capacité à s'adapter à chaque situation a été encore plus utile, ce qui a été très apprécié par les intervenants.

Par la suite, la durée des interventions a également été considérée par les intervenants comme un élément facilitateur. Les interventions demandaient plus de temps qu'à l'habitude et l'adaptation de la durée des interventions a été autorisée par la gestion. Cette mesure a donné aux intervenants un sentiment de soulagement pour mieux s'adapter à ce nouveau contexte d'intervention. Les plages horaires ont également été espacées afin d'accorder plus de temps pour la désinfection lors des rendez-vous en présentiel. Le temps alloué pour une rencontre a également été augmenté, ce qui a permis de bien prendre le temps d'écouter les besoins et les problématiques de santé globale des usagers :

[...] le respect du rythme va tenir compte de la langue, va tenir compte de l'aspect interculturel, des besoins de la personne, des difficultés [...]. On est tous très conscients que ça va diminuer le nombre de visites, le nombre d'interventions. Diminuer la détresse de l'usager... C'est juste payant pour tous.

Ce rythme de travail a également permis aux intervenants de revoir leur façon de faire et d'innover.

### **Soutien des gestionnaires et des partenaires**

Le soutien des gestionnaires a été un autre facilitateur nommé par les intervenants. Plusieurs actions ont été mises en place par les gestionnaires afin de surmonter certains obstacles. À titre d'exemple, les intervenants ont mentionné les moyens financiers, les trajectoires facilitées, la souplesse dans la réception et la redirection des demandes, l'acceptabilité des changements liés à la pratique ainsi que la confiance accordée aux intervenants et à leur jugement clinique. Ainsi, il a été rassurant de constater que les gestionnaires avaient une bonne connaissance des enjeux liés à la pandémie, de les voir proches des intervenants et de noter que le point de vue de ces derniers était considéré lors des décisions de gestion.

Enfin, le travail avec les partenaires a été un facilitateur pour l'adaptation des services et l'adoption du mandat temporaire. Effectivement, en étant dans un contexte particulier de crise sanitaire où les changements étaient constants, le fait de collaborer avec les partenaires a permis de comprendre les enjeux plus rapidement, d'améliorer le partage d'informations et d'offrir de meilleurs services aux usagers. De plus, comme la CSR n'était pas habituée à accueillir la clientèle immigrante visée par le mandat temporaire, le renforcement et l'importance accordés aux bonnes relations avec les partenaires étaient d'autant plus essentiels. Parmi ces partenaires, il y a eu les organismes communautaires comme le CMQ et le SAAI, connus comme étant des partenaires de longue date de la CSR, mais aussi d'autres directions de programmes du CIUSSS et partenaires intersectoriels du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau territorial de services et ses réseaux locaux de services.

Après tout, même si ces facilitateurs sont associés au contexte de pandémie de COVID-19, ils laissent des marques importantes sur l'expérience des intervenants et sur leur développement professionnel. Ces facilitateurs représentent également des exemples d'innovation et du savoir-faire de la CSR. Certains des expertises acquises en contexte de cette pandémie pourraient assurément être maintenues et intégrées en post-pandémie, en période de rétablissement et, par la suite, de façon permanente.

### **Développement de compétences interculturelles**

Relativement au développement des compétences interculturelles durant la première et la deuxième vague de la COVID-19, les intervenants ont indiqué des outils et des ressources sur lesquels ils ont pu compter pour se préparer à la dimension interculturelle. Parmi les outils et les ressources mentionnés, ils ont soulevé le rôle de soutien du Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR), les informations reçues concernant les usagers du mandat temporaire et la collaboration établie avec les interprètes.

### **Soutien du SAPSIR**

Le SAPSIR est un service spécialisé en intervention psychologique en contexte interculturel. Ce service est un partenaire indépendant du CIUSSSCN et ses activités ont lieu dans les locaux de la CSR. Son mandat permet aux intervenants de la CSR d'être fréquemment en collaboration avec le SAPSIR dans le cadre d'interventions interprofessionnelles. Cette proximité permet également à l'équipe de la CSR de bénéficier du service de *coaching* interculturel offert par le SAPSIR. De cette manière, dans le contexte des deux vagues de la COVID-19, les intervenants du SAPSIR ont poursuivi leur travail de *coaching* clinique auprès de l'équipe de la CSR, ce qui a eu un impact positif sur les intervenants. Le SAPSIR a été impliqué dès le début de l'adaptation des services réguliers et de l'adoption du mandat temporaire. Cette implication se traduisait par sa participation aux réunions d'équipe et de gestion afin de soutenir et d'outiller l'équipe sur les différentes manières d'intervenir en contexte de crise sanitaire auprès de la clientèle immigrante :

Je pense que cette année c'est particulier, parce que notre équipe on se parle davantage [...] on a les rencontres avec le SAPSIR pour décanter. C'était déjà là l'année passée, mais

c'est quand même récent, puis maintenant on parle plus des problématiques par rapport à la pandémie, mais aussi on a mis en place une discussion de cas clinique, on a de la formation [...].

Le partenariat avec le SAPSIR a permis aux intervenants d'obtenir un soutien clinique, d'avoir un espace d'échange, de planifier les interventions et de discuter de cas complexes. Les intervenants ont aussi pris conscience de leurs propres compréhensions et réactions face à la situation sanitaire et ont pu développer davantage leurs compétences interculturelles en étant toujours attentifs à l'importance des filtres culturels dans la représentation et l'interprétation des événements.

### **Informations reçues concernant les usagers du mandat temporaire**

L'accès aux informations pertinentes concernant les usagers du mandat temporaire a contribué au développement de compétences interculturelles des intervenants. Étant habitués à travailler avec les personnes réfugiées prises en charge par l'État ou parrainées par le secteur privé, plusieurs intervenants ont témoigné de leur méconnaissance des réalités des demandeurs d'asile, des personnes sans statut, des étudiants internationaux, des travailleurs temporaires et même des immigrants économiques demeurant dans la région. En plus de cette méconnaissance, ils ignoraient les impacts que pouvait avoir la crise sanitaire de la COVID-19 sur leur vie et connaissaient peu les ressources d'aide et de soutien accessibles à ces populations :

On connaît les réfugiés, mais tout ce qui était demandeurs d'asile, hors-statut, immigrants économiques, étudiants [...] C'est très difficile d'avoir accès à des ressources qui donnent l'heure juste.

Afin de bien répondre à ce manque de connaissances, les intervenants ont eu accès à des formations en ligne offertes par le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA), centre situé à Montréal.

En plus de la création d'un réseau d'intervenants autour de la clientèle ciblée par le mandat temporaire, les intervenants de la CSR ont commencé à documenter les demandes et les références afin de répertorier les services et les ressources disponibles dans la région de Québec.

### **Collaboration avec les interprètes**

Un autre élément ayant contribué au développement des compétences interculturelles des intervenants de la CSR a été la collaboration avec les interprètes. Malgré les défis engendrés par la mauvaise qualité sonore lors des interventions à distance, certains intervenants ont soulevé la bonne collaboration avec les interprètes :

Les interprètes de la CSR, ceux avec qui j'ai travaillé, pour la majorité, ce sont vraiment des gens qui possèdent deux qualités essentielles, c'est-à-dire qu'ils maîtrisent bien la langue, qu'ils ont une facilité à pouvoir traduire, mais ils ont aussi une très grande qualité qui est d'être capable de traduire la culture, les non-dits, et c'est vraiment très facilitant.

Les interprètes jouent un rôle crucial dans le bon déroulement des interventions interculturelles. Ils ne traduisent pas seulement les mots, mais aussi les informations implicites découlant de la culture afin de faciliter la compréhension mutuelle de l'intervenant et l'utilisateur. Pour ce qui est du contexte pandémique, les intervenants ont beaucoup apprécié la disponibilité des interprètes et

leur capacité d'adaptation aux nouvelles règles sanitaires et au travail à distance. Ainsi, comme mentionné dans le chapitre du mandat temporaire, ils ont exercé un rôle important dans la diffusion du mandat temporaire de la CSR auprès de la population immigrante dans la région de Québec.

En conclusion, cette section avait pour objectif de mettre en évidence les expériences vécues par les intervenants de la CSR tout au long des deux premières vagues de la pandémie de COVID-19. Étant touchés par le contexte pandémique et par les mesures sanitaires en place, ils ont vu leur quotidien professionnel et personnel être bouleversé à maintes reprises. Ils ont néanmoins réussi à se maintenir en poste afin d'intervenir auprès de leur clientèle réfugiée régulière et d'élargir leur intervention à l'inconnu en raison des situations très complexes de la clientèle ciblée par le mandat temporaire. Malgré toutes les difficultés auxquelles ils ont dû faire face, plusieurs éléments facilitateurs ont été soulignés, ce qui a certainement contribué à leur développement professionnel. Ainsi, le développement de compétences interculturelles a été soulevé comme étant un élément positif de leur travail. Enfin, les types d'intervention discutés lors des entrevues n'ont pas fait l'objet de grands changements, mais sont demeurés en cohérence avec l'expérience de services de la Clinique santé des réfugiés.

## CONCLUSION

La réalisation de cette recherche a permis d'avoir accès à un nombre important de données concernant l'adaptation des services offerts par la CSR lors des deux premières vagues de la pandémie de COVID-19. Afin de systématiser les nombreuses observations et de rendre ces dernières plus accessibles, les conclusions sont présentées sous la forme de faits saillants. Par la suite, des recommandations sont formulées dans l'objectif de contribuer, avec le CIUSSSCN et son équipe de la CSR, à la mise en place et à la continuité des services offerts aux populations immigrantes pour la crise encore actuelle ou pour de futures crises de même nature. Les enseignements tirés de cette démarche contribuent, indépendamment de la crise sanitaire actuelle, à améliorer l'accès et la qualité des services offerts aux personnes et familles immigrantes demeurant sur le territoire de la Capitale-Nationale.

### Faits saillants

#### Forces observées dans le cadre de l'adaptation des services réguliers et de l'adoption du mandat temporaire

- La **reconnaissance**, de la part du réseau de services, de la population immigrante (toutes catégories) comme étant une population particulièrement vulnérable dans le contexte de la COVID-19;
- Le **non-délestage** des activités et la **non-fermeture** de la CSR;
- **L'équipe** : collaboration, cohésion et disponibilité;
- **L'accès aux ressources informatiques** : écrans, caméras, casques d'écoute et plateforme TEAMS;
- **L'accessibilité aux usagers par téléphone**;
- **La souplesse de s'adapter aux besoins de chaque usager**;
- **La durée des interventions adaptées aux besoins (plus longues)**;
- **Le soutien des gestionnaires** : soutien financier, trajectoires facilitées, souplesse dans la capacité de référencement et de réception des demandes, acceptabilité des changements liés à la pratique et confiance accordée aux intervenants et à leur jugement clinique;
- **La bonne collaboration avec les partenaires**;
- **Le soutien du SAPSIR** : soutien clinique, espace d'échanges, planification des interventions, discussion des cas plus complexes, développement des compétences interculturelles;
- **La collaboration avec les interprètes** : disponibilité des interprètes, leur capacité d'adaptation aux nouvelles règles sanitaires et au travail à distance, leur rôle facilitateur dans la diffusion du mandat temporaire.

### Forces spécifiques à l'adaptation des services

- **L'utilisation de l'outil de dépistage** pendant les appels téléphoniques a permis **l'évaluation globale de l'état de santé et de bien-être** des usagers et la **transmission de l'information concernant la pandémie et les mesures sanitaires**;
- **La non-fermeture de la CSR** a évité une rupture de l'offre des services aux personnes réfugiées;
- La création d'une **ligne téléphonique spécifique** pour la CSR;
- Les appels téléphoniques ont eu un **rôle de prévention** et ont permis aux réfugiés de :
  - Avoir des précisions sur la situation sanitaire,
  - Mieux comprendre les impacts de la pandémie sur leur quotidien,
  - Se sentir rassurés,
  - Normaliser les émotions vécues et les réactions des enfants,
  - Mobiliser et réactiver leurs forces et mécanismes de protection,
  - Assurer la continuité du lien de confiance entre les usagers et la CSR.

### Forces spécifiques au mandat temporaire

- La CSR est progressivement devenue un **lieu de référence pour l'ensemble de la clientèle immigrante** dans le réseau de la santé et des services sociaux ;
- La prise de conscience sur le **vide de services** dans lequel se trouvaient les personnes immigrantes concernées par le mandat temporaire;
- Le mandat temporaire a permis aux usagers d'avoir **accès à un service** (sans frais ou à moindres frais);
- Le mandat temporaire a permis au CIUSSSCN de **surmonter certaines barrières linguistiques et culturelles** dans l'adaptation des services;
- La CSR est **devenue une référence au niveau provincial par son innovation** en offrant des services, traditionnellement concentrés dans la région de Montréal, aux demandeurs d'asile de la région de Québec;
- Le mandat temporaire a permis à la **CSR de démontrer et de réaffirmer son expertise interculturelle** auprès de la clientèle immigrante et en contexte de crise ;
- L'important travail de **prévention de l'aggravation de situations médicales** s'est mis en place à travers le mandat temporaire;
- Les intervenants ont témoigné d'une **satisfaction personnelle et professionnelle** d'avoir contribué au rayonnement de la CSR et d'avoir pu maintenir le lien avec les réfugiés à travers l'adaptation des services réguliers;

- **L'accès à des informations pertinentes concernant les usagers du mandat temporaire :** accès à des formations offertes par un centre d'expertise de Montréal sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA);
- La mise en place d'un **registre des demandes** afin de répertorier les besoins des usagers du mandat temporaire ;
- **La mise en place d'un annuaire des services** et des ressources disponibles dans la région de Québec aux usagers du mandat temporaire ;

Défis observés dans le cadre de l'adaptation des services réguliers et de l'adoption du mandat temporaire

**Difficultés spécifiques au mandat temporaire :**

- L'évidence du manque **de services ou de l'adaptation des services** pour la clientèle immigrante, notamment celle ayant un statut précaire;
- **Le refus répétitif par différents services du réseau** quant à l'offre des services à certaines populations immigrantes;
- Le fait que la **CSR était, pour plusieurs, l'unique possibilité** d'avoir des soins de santé et de services sociaux.

**Défis rencontrés par les intervenants :**

- **Le télétravail en pandémie :** lourdeur associée aux tâches administratives et la fermeture des services pour la clientèle immigrante;
- **L'intervention à distance :** absence du non verbal, respect de la confidentialité et difficulté à établir un lien de confiance avec les usagers;
- **Les mesures sanitaires :** barrière physique, désinfection, changements constants des mesures et inquiétudes d'être infecté;
- **La non-informatisation des dossiers :** nonaccès au dossier des patients lors du télétravail et lors des situations d'isolement préventif de l'intervenant;
- **La complexité des interventions auprès de la clientèle hors mandat :** méconnaissance des particularités de cette clientèle, besoin constant de faire de recherches et de mettre à jour les informations;
- **La complexité des références dans le réseau :** augmentation des délais d'attente pour les médecins spécialistes entraînant ainsi une détérioration de certaines situations;
- **La fatigue associée à la pandémie :** la fatigue des intervenants et du réseau.

### Réactions émotionnelles : réfugiés et hors mandat

#### **Situations en lien avec les symptômes anxieux**

Les symptômes observés chez les personnes **hors mandat** étaient surtout liés aux délais de traitement des demandes d'asile, au statut migratoire échu et à la perte de l'assurance maladie. Chez les **réfugiés**, les symptômes étaient plutôt associés aux troubles du sommeil, aux souvenirs traumatiques, aux difficultés financières et à l'isolement.

#### **Situations en lien avec les symptômes dépressifs**

En général, les **personnes immigrantes** ont vécu une détresse psychologique liée au confinement et aux difficultés financières. Les personnes **hors mandat**, quant à elles, ont en plus grand nombre exprimé des idéations et manifesté des comportements suicidaires

#### **Situations en lien avec les traumatismes antérieurs**

La réactivation des traumatismes a causé, pour plusieurs, des difficultés alimentaires, de l'isolement et des difficultés de sommeil. Une différence est notée pour les **personnes réfugiées** ayant déjà vécu dans un contexte de pandémie. Étant familières avec ce contexte de crise, les mesures sanitaires mises en place pouvaient s'avérer moins anxiogènes et déstabilisantes pour elles que pour les autres usagers.

### Besoin de santé physique: réfugiés et hors mandat

- **Suivi de grossesse** : Perte de l'assurance maladie à la suite d'un statut échu, méconnaissance des intervenants des droits des demandeurs d'asile et du PFSI ;
- **Besoins ponctuels de santé physique** : Absence de prise en charge par le système de santé, nonaccès à un médecin de famille et, par conséquent, détérioration des problèmes de santé récents et chroniques ;
- **Augmentation des cas COVID-19** chez les réfugiés.

## **Recommandations**

#### **Concernant l'organisation générale des services :**

- Informatiser tous les dossiers de la CSR ;
- Assurer la continuité du mandat temporaire afin d'éviter un vide de services ;
- Maintenir en place le système de registre des demandes et des références concernant les usagers du mandat temporaire ;
- Assurer la continuité des services auprès de la clientèle réfugiée dans de futures situations de crise éventuelles ;
- Assurer le registre et le transfert des informations concernant les usagers ;

- Assurer la non-fermeture de la CSR et le non-délestage des activités dans d'autres situations de crise éventuelles ;
- Être un lieu de stage pour les professions qui composent l'équipe de la CSR ;
- Avoir une équipe stable d'interprètes ;
- Améliorer les délais auprès d'autres programmes, notamment du guichet d'accès aux médecins de famille et aux médecins spécialistes.
- Transformer l'offre de service aux personnes à statut précaire en un service permanent.

**Concernant les intervenants :**

- Améliorer les conditions de travail des intervenants, notamment en : disponibilité des locaux plus grands et d'une équipe stable, en nombre suffisant et permanente ;
- Maintenir la souplesse d'adaptation aux besoins de chaque usager ;
- Permettre aux intervenants de réaliser des interventions plus longues ;
- Assurer la continuité du soutien clinique interculturel offerts aux intervenants.

**Concernant les réfugiés :**

- Assurer l'accès continu à l'ensemble des ressources du réseau territorial de services lors des situations de crise;
- Assurer le suivi concernant les besoins non répondus lors du transfert du dossier vers les autres programmes ;
- Assurer que les informations soient transmises aux usagers dans leur langue maternelle.

**Concernant les immigrants (toutes catégories) visés par le mandat temporaire :**

- Assurer la continuité des services de soins de santé et de services sociaux offerts à la clientèle du mandat temporaire ;
- Offrir des services sans frais à certaines populations ;
- Prévenir l'aggravation de situations médicales.

**Constats généraux concernant la démarche de recherche**

Il est certain que des limites ont été observées tout au long de cette recherche. Tout d'abord, le peu d'informations quantitatives obtenues à l'aide de l'outil de dépistage et l'absence d'informations dans certaines fiches (données manquantes) ont eu un impact limitatif sur le volet quantitatif de la recherche. Il est à noter qu'un ajustement a été fait dans la procédure d'utilisation de l'outil et dans la systématisation des informations après la réalisation de la présente recherche, ce qui contribuera de façon plus efficace à de futures recherches.

Le projet de recherche a d'abord été prévu pour investiguer l'expérience des intervenants lors de la première vague de la pandémie. Toutefois, les premières entrevues ont été réalisées lorsque le

Québec se trouvait déjà dans la deuxième vague. Les préoccupations de cette deuxième vague se faisaient alors également sentir lors des entrevues. Ainsi, nous avons décidé d'élargir notre projet – avec l'approbation du comité d'éthique et du partenaire – afin d'investiguer également sur l'expérience des intervenants lors de la deuxième vague. Ainsi, à la suite d'un ajustement du protocole de recherche, les entrevues ont dû être réalisées en deux temps. Cela a demandé plus de temps de la part des participants, mais aussi plus de temps pour la réalisation de l'ensemble des étapes de la recherche, incluant l'analyse de données.

Pendant l'analyse des données et la rédaction de ce rapport, les nouvelles vagues de la pandémie sont survenues. Il serait intéressant et pertinent d'évaluer les retombées de cette recherche sur l'équipe et sur le mandat de la CSR, ainsi que sur les personnes accueillies par la CSR.

## RÉFÉRENCES

- Arsenault, S. (2020). *Mieux comprendre l'accueil des réfugiés pris en charge par l'État dans les régions du Québec à travers le regard des intervenants qui les accompagnent*, (14). [https://www.ediq.ulaval.ca/sites/ediq.ulaval.ca/files/uploads/EDIQSCOPE\\_No14%20\(VF\).pdf](https://www.ediq.ulaval.ca/sites/ediq.ulaval.ca/files/uploads/EDIQSCOPE_No14%20(VF).pdf)
- Bérubé, M.-P., Vézina, J.-P. et Domingue, M. (2018). *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* (publication n° 978-2-550-82108-3-PDF). Ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-616-01W.pdf>
- Best, L. A., Law, M. A., Roach, S. et Wilbiks, J. M. P. (2020). The psychological impact of COVID-19 in Canada: Effects of social isolation during the initial response. *Canadian Psychology*, 62(1), 143-154. <https://doi.org/10.1037/cap0000254>
- Boeira-Lodetti, M. et Prévost, C. (2020). *En dialogue avec l'ÉDIQ* [PDF]. [https://www.ediq.ulaval.ca/sites/ediq.ulaval.ca/files/uploads/En%20dialogue%20avec%20l%27ÉDIQ/En%20dialogue%20avec%20l%27ÉDIQ\\_decembre\\_2020.pdf](https://www.ediq.ulaval.ca/sites/ediq.ulaval.ca/files/uploads/En%20dialogue%20avec%20l%27ÉDIQ/En%20dialogue%20avec%20l%27ÉDIQ_decembre_2020.pdf)
- Boeira-Lodetti, M. (animatrice). (mai 2021). La mise en place d'une équipe d'intervention en interculturelle au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale (épisode 15). Dans *L'ÉDIQ en balado*. Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec - ÉDIQ. <https://anchor.fm/lediqenbalado/episodes/La-mise-en-place-dune-quipe-dintervention-en-interculturelle-au-sein-du-CIUSSS-de-la-Capitale-Nationale-e11b5h3>
- Brooks, S.K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. et Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale [CIUSSSCN]. (2017). Continuum de formations en intervention interculturelle.
- Chen, J. A., Zhang, E. et Liu, C. H. (2020). Potential impact of COVID-19-related racial discrimination on the health of Asian Americans. *American Journal of Public Health*, 110(11), 1624-1627. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305858>
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. (2020). *Rapport d'activités et de gestion 2019/20* (publication n°978-2-550-87150-7-PDF). [https://www.cdpdj.qc.ca/storage/app/media/publications/RA\\_2019\\_2020.pdf](https://www.cdpdj.qc.ca/storage/app/media/publications/RA_2019_2020.pdf)
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications.

- Cross, F.L. et Gonzalez Benson, O. (2020). The Coronavirus Pandemic and Immigrant Communities: A Crisis That Demands More of the Social Work Profession. *Journal of Women and Social Work*, 36(1), 113-119. <https://doi.org/10.1177/0886109920960832>
- Debelder, J. et Manco, A. (2020). *Pandémie : mobilisations citoyennes et modes de gestion locale de la question migratoire*. Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrants [IRFAM]. <https://www.irfam.org/wp-content/uploads/etudes/analyses2020/Analyses%202020-IRFAM-Mobilisations%20cito%20yennes%20et%20gestion%20de%20la%20diversité-1-.pdf>
- Devakumar, D., Shannon, G., Bhopal, S. S. et Abubakar, I. (2020). Racism and discrimination in COVID-19 responses. *The Lancet*, 395(10231), 1194. [https://psycnet-apa-org.acces.bibl.ulaval.ca/doi/10.1016/S0140-6736\(20\)30792-3](https://psycnet-apa-org.acces.bibl.ulaval.ca/doi/10.1016/S0140-6736(20)30792-3)
- Dhanani, L. et Franz, B. (2020). Unexpected public health consequences of the COVID-19 pandemic: a national survey examining anti-Asian attitudes in the USA. *International Journal of Public Health*, 65(6), 747-754. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01440-0>
- Dienner, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. et Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Donà, G. (2021). Race, immigration and health: the Hostile Environment and public health responses to Covid-19. *Ethnic and Racial Studies*, 44(5), 906-918. <http://doi.org/10.1080/01419870.2021.1881578>
- Doyle, S. (2020). Migrant workers falling through cracks in health care coverage. *Canadian Medical Association Journal*, 192(28), E819-E820. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1095882>
- Gosselin, A., Melchior, M., Carillon, S., Gubert, F., Ridde, V., Kohou, V., Zoumenou, I., Senne, J.-N. et Desgrées du Loû, A. (2021). Deterioration of mental health and insufficient Covid-19 information among disadvantaged immigrants in the greater Paris area. *Journal of Psychosomatic Research*, 146, 110504. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110504>
- Gouvernement du Canada. (2022). *Maladie à coronavirus (COVID-19) : Prévention et risques*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/prevention-risques.html#pers>
- Gouvernement du Canada (2021). *Programme fédéral de santé intérimaire : couverture offerte*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-partir-canada/soins-sante/programme-federal-sante-interimaire/resume-couverture-offerte.html>
- Guttman, A., Gandhi, S., Wanigaratne, S., Lu, H., Ferreira-Legere, L. E., Paul, J., Gozdyra, P., Campbell, T., Chung, H., Fung, K., Chen, B., Kwong, J. C., Rosella, L., Shah, B. R., Saunders, N., Paterson, J. M., Bronskill, S. E., Azimae, M., Vermeulen, M. J. et Schull, M. J. (2020). *COVID-19 in Immigrants, Refugees and Other Newcomers in Ontario: Characteristics of Those Tested and Those Confirmed Positive, as of June 13, 2020*. ICES.

<https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2020/COVID-19-in-Immigrants-Refugees-and-Other-Newcomers-in-Ontario>

Hlady Rispal, M. (2002). *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*. De Boeck.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (mars 2020). *COVID-19 et les effets du contexte de la pandémie sur la santé mentale et mesures à mettre en place pour contrer ces effets* (publication n° 978-2-550-86408-0-PDF).

[https://www.inesss.gc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19\\_Sante\\_mentale-population.pdf](https://www.inesss.gc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Sante_mentale-population.pdf)

Johns Hopkins Center for Health Security. (2020). *Blame and Discrimination Attached to Covid-19 – An FAQ for US Elected Leaders and Health Officials*.

<https://www.centerforhealthsecurity.org/resources/COVID-19/COVID-19-fact-sheets/200205-nCoV-leadersAgainstStigma.pdf>

Júnior, J. G., de Sales, J. P., Moreira, M. M., Pinheiro, W. R., Lima, C. K. T. et Neto, M. L. R. (2020). A crisis within the crisis: The mental health situation of refugees in the world during the 2019 coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Psychiatry Research*, 288, 113000.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113000>

Lee, S. et Waters, S. F. (2021). Asians and Asian American's Experiences of racial discrimination during the COVID-19 pandemic: Impacts on health outcomes and the buffering role of social support. *Stigma and Health*, 6(1), 70-78. <http://dx.doi.org/10.1037/sah0000275>

Lei, M.-K. et Klopach, E. T. (2020). Social and psychological consequences of the COVID-19 outbreak: The experiences of Taiwan and Hong Kong. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S35–S37. <https://doi.org/10.1037/tra0000633>

Litam, S.D.A. et Oh, S. (2020). Ethnic identity and coping strategies as moderators of COVID-19 racial discrimination experiences among Chinese americans. *Counseling outcome Research and Evaluation*, 1-5. <https://doi.org/10.1080/21501378.2020.1814138>

Mangrio, E., Paul-Satyaseela, M. et Strange, M. (2020). Refugees in Sweden During the Covid-19 Pandemic – The Need for a New Perspective on Health and Integration. *Frontiers in Public Health*, 8, 574334. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574334>

Mares, S., Jenkins, K., Lutton, S. et Newman Am, L. (2021). Impact of Covid-19 on the mental health needs of asylum seekers in Australia. *Australasian Psychiatry*, 29(4), 417-419. <https://doi.org/10.1177/10398562211005445>

Misra, S., Le, P. D., Goldmann, E. et Yang, L. H. (2020). Psychological impact of anti-Asian stigma due to the COVID-19 pandemic: A call for research, practice, and policy responses. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 461–464.

<https://doi.org/10.1037/tra0000821>

- Moreira, D. N. et Pinto da Costa, M. (2020). The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *International Journal of Law & Psychiatry*, 71. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101606>
- Pinzón- Espinosa, J., Jose Valdes-Florido, M., Riboldi, I., Baysak, E. et Vieta, E. (2021). The COVID-19 Pandemic and Mental Health of Refugees, Asylum Seekers, and Migrants. *Journal of Affective Disorders*, 280, 407-408. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.029>
- Raifman, M. A. et Raifman, J. R. (2020). Disparities in the population at risk of severe illness from COVID-19 by race/ethnicity and income. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(1), 137–139. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.04.003>
- Rousseau, C., Jaimes, A. et El-Majzoub, S. (2020). Pandémie et communautés minoritaires marginalisées : Vers une approche inclusive en santé publique? *Canadian Journal of Public Health*, 111(6), 963-966. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00422-2>
- Schullman, S. L. et Evans, A. C. Jr. (2020). *Overview of APA's actions around Covid-19*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/members/content/covid-19-actions>
- Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J. et Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health*, 8(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-347>
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. <https://doi.org/10.1177%2F1098214005283748>
- Tsamakis, K., Tsiptsios, D., Ouranidis, A., Mueller, C., Schizas, D., Terniotis, C., Nikolakakis, N., Tyros, G., Kypourouopoulos, S., Lazaris, A., Spandidos, D. A., Smyrnis, N. et Rizos, E. (2021). COVID-19 and its consequences on mental health (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 21(3), 244. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9675>
- Valeriani, G., Sarajlic Vukovic, I., Lindegaard, T., Felizia, R., Mollica, R. et Andersson, G. (2020). Addressing Healthcare Gaps in Sweden during the COVID-19 Outbreak: On Community Outreach and Empowering Ethnic Minority Groups in a Digitalized Context. *Healthcare*, 8(4). <https://doi.org/10.3390/healthcare8040445>
- Wang, D., Gee, G. C., Bahiru, E., Yang, E. H. et Hsu, J. J. (2020). Asian-americans and pacific islanders in COVID-19: emerging disparities amid discrimination. *Journal of General Internal Medicine*, 35(12), 3685–3688. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06264-5>
- Watson, M. F., Bacigalupe, G., Daneshpour, M., Han, W.-J. et Parra-Cardona, R. (2020). Covid-19 interconnectedness: health inequity, the climate crisis and collective trauma. *Family Process*, 59(3), 832-846. <http://doi.org/10.1111/famp.12572>
- Zalsman, G., Stanley, B., Szanto, K., Clarke, D.E., Carli, V. et Mehlum, L. (2020). Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations. *Archives of Suicide Research*, 24(4), 477-482, <http://doi.org/10.1080/13811118.2020.1830242>

Zhang, Y. et Ma, Z.F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among residents in Liaoning province, China: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2381.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>

Zimmerman, E. B., Woolf, S. H., Blackbrun, S. M., Kimmel, A. D., Barnes, A. J. et Bono, R. S. (2018). The case for considering education and health. *Urban Education*, 53, 744-773.  
<http://dx.doi.org/10.1177/0042085916682572>

# ANNEXE A : OUTIL DE DÉPISTAGE

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale  
**Québec**



**\*\*MESURES SPÉCIALES\*\***

**COVID-19**

Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_

Cette case doit contenir : N° dossier, nom et prénom  
n° RAMQ.

## Symptômes reliés à la crise du COVID-19

### Symptômes émotionnels:

Inquiétudes et insécurité en lien avec le virus  Réactivation de souvenirs dérangeants   
Sentiment d'être dépassé par les événements, impuissance   
Sentiments de découragement  tristesse  colère  **Aucun**

Augmentation des symptômes depuis la crise : un peu  beaucoup

Fréquence : \_\_\_\_\_ Précisions : \_\_\_\_\_

### Symptômes comportementaux :

Difficultés de concentration  Irritabilité  agressivité  Pleurs  Isolement, repli sur soi   
Difficulté à prendre des décisions  Augmentation de la consommation d'alcool, de drogues et de médicaments   
**Aucun**

Augmentation des symptômes depuis la crise : un peu  beaucoup

Fréquence : \_\_\_\_\_ Précisions : \_\_\_\_\_

### Symptômes physiques :

Apparition ou augmentation de douleurs psychosomatiques   
Tête  Dos  Ventre   
Perturbations du sommeil  Perturbations de l'appétit  Diminution de l'énergie, sensation de fatigue   
Autres : \_\_\_\_\_ **Aucun**

Augmentation des symptômes depuis la crise : un peu  beaucoup

Fréquence : \_\_\_\_\_ Précisions : \_\_\_\_\_

### Symptômes associé au COVID-19 :

Fièvre  \*utilisation thermomètre pour vérifier  Toux   
Difficultés respiratoires/ essoufflement   
Autres : \_\_\_\_\_ **Aucun**

Intensité : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

Précisions : \_\_\_\_\_

Retour de voyage Oui  Non  Contact avec une personne ayant récemment voyagé Oui  Non

### Mesures d'hygiène de base recommandées pour tous

- Lavez-vous les mains souvent à l'eau tiède courante et au savon pendant au moins 20 secondes.
- Utilisez un désinfectant à base d'alcool si vous n'avez pas accès à de l'eau et à du savon.
- Observez les règles d'hygiène lorsque vous toussiez ou éternuez (dans le coude).
- Éviter de mettre vos mains au visage.
- Si vous utilisez un mouchoir de papier, jetez-le dès que possible et lavez-vous les mains par la suite.

### Interventions réalisées

- Analyse-évaluation de l'état de santé et de bien-être de la personne en lien avec le COVI-19 (symptômes)
- Informations données sur le COVID-19, les mesures d'hygiène, la fermeture des école/garderies, sur les stratégies à privilégier avec les enfants
- Rassuranc, normalisation des sentiments vécus
- Cordonnées remises de la CSR, Info-Social (8-1-1) et Info-COVID-19 (1-877-644-4545)
- Cas discuté à l'infirmière, IPS, médecin, psychologue, etc.
- Référence vers un professionnel ou vers un service : \_\_\_\_\_

### Opinion professionnelle et recommandations

---

---

---

---

Date : \_\_\_\_\_

Signature de travailleur social : \_\_\_\_\_

### Suivis

---

---

---

---

Date : \_\_\_\_\_

Signature de travailleur social : \_\_\_\_\_

# ANNEXE B : COMMUNIQUÉ OFFICIEL



## Communiqué aux partenaires

Pour affichage le 19-03-2020

Aux intervenants et aux gestionnaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale, du CHU et de l'IUCPQ  
Aux intervenants et gestionnaires des organismes communautaires du réseau territorial de services

### COVID-19

#### Soutien psychosocial pour les personnes immigrantes Soutien clinique aux intervenants et gestionnaires

Dans le contexte actuel, marqué par la crise sanitaire de la COVID-19, les manifestations d'anxiété risquent d'être plus fréquentes, voire plus intenses, dans la population, notamment chez les plus vulnérables. Les personnes immigrantes, plus particulièrement les réfugiées et les demandeurs d'asile, dont le sentiment de sécurité est plus facilement menacé, nécessitent une attention spéciale. Ils peuvent revivre les mêmes sentiments que lors des climats de guerre et de grande incertitude ou encore ceux accompagnant les épidémies dans leur pays d'origine.

Dès maintenant, un soutien leur sera offert pour s'assurer :

- De leur communiquer les bonnes informations sur les moyens de bien se protéger du Coronavirus. Nous tenons à s'assurer que la barrière de la langue ne soit pas un obstacle à leur compréhension des moyens à prendre pour se protéger individuellement et en famille;
- De les soutenir, de les rassurer et de prévenir la détresse engendrée par l'anxiété et la réactivation d'expériences traumatiques du passé.

Quelques signes observables à dépister :

- Malaise exprimé verbalement face à la situation actuelle, ici ou ailleurs dans le monde;
- Craintes irraisonnées concernant leur santé, celle du conjoint(e) et celle des enfants;
- Plaintes et préoccupations somatiques plus intenses et plus fréquentes;
- Difficultés liées au sommeil, à l'alimentation;
- Réactions inhabituelles chez leurs enfants;
- Incompréhension et mauvaise interprétation des consignes sanitaires susceptibles d'alimenter l'anxiété.

Tout comme le font les intervenants de la Clinique santé des réfugiés et du Centre multiethnique de Québec actuellement, vous pouvez porter une attention particulière à ce groupe de la population et leur offrir un soutien adapté, par téléphone et lors de vos rendez-vous, en utilisant les services d'interprétariat.

Le soutien clinique offert aux intervenants et aux gestionnaires est aussi rehaussé à l'intérieur du CIUSSS, au CHU, et à l'IUCPQ ainsi qu'auprès de tous les organismes communautaires et établissements œuvrant auprès des personnes et des familles immigrantes sur le territoire de la Capitale-Nationale.

Pour bénéficier de ce soutien clinique, vous pouvez communiquer avec :

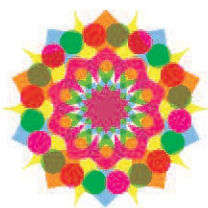
Mme Beatriz Dias Miranda, coordonnatrice professionnelle en interculturel  
[beatriz.diasmiranda.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:beatriz.diasmiranda.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca) / Cellulaire : (581) 989-3084

Les intervenants pivots interculturels du CIUSSS de la Capitale-Nationale seront mis à contribution en collaboration avec la coordonnatrice professionnelle en interculturel.

Nous vous remercions de votre précieuse contribution!

Lucille Langlois  
Chef de service intérimaire Clinique santé des réfugiés,  
Direction des services multidisciplinaires

1250, chemin Sainte-Foy  
Québec (Québec) G1S 2M6  
Téléphone : 418 254-5662



**ÉDIQ**

**Équipe de recherche en partenariat  
sur la diversité culturelle et l'immigration  
dans la région de Québec**

École de travail social et de criminologie  
Faculté des sciences sociales  
Local 2269, Pavillon Charles-De Koninck  
1030 Avenue des Sciences humaines  
Université Laval

[ediq@ulaval.ca](mailto:ediq@ulaval.ca)  
418-656-2131, poste 412993  
[ediq.ulaval.ca](http://ediq.ulaval.ca)