

L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale

*Bilan 2002-2005
et
Plan d'action régional 2006-2009*

*Adopté par le conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
le 21 juin 2006*

Édition produite par :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Direction de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source soit mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :

Centre de documentation

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

555, boulevard Wilfrid-Hamel Est

Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : (418) 525-1500, poste 250

Courrier électronique : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss03.gouv.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN : 2-89616-015-9

Recherche et rédaction : Margot Tremblay

Conception et montage infographiques : Danielle Dupont

Impression laser : Copies de la Capitale inc.

Table des matières

	<u>Page</u>
Table des matières	i
Liste des sigles et acronymes.....	iii
Remerciements.....	vii
Bref historique et éléments de contexte	ix
Introduction.....	1
1. État de situation.....	5
1.1 Portrait de la population issue des communautés ethnoculturelles vivant dans la région de la Capitale-Nationale	5
1.2 Portrait des besoins en matière de santé et de bien-être des personnes issues des communautés ethnoculturelles	11
1.3 Portrait général des services de santé et des services sociaux offerts aux immigrants, réfugiés ou demandeurs d'asile et leur famille	14
1.3.1 Services par les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux	14
1.3.2 Services par le réseau public de santé et de services sociaux	18
2. Bilan des actions 2002-2005.....	29
2.1 Rappel des trois orientations régionales 1999-2002	29
2.2 Bilan au regard des orientations et constats dégagés par le Comité	30
3. Plan d'action régional 2006-2009.....	41
Introduction : Défis et conditions favorables à la réussite du Plan d'action régional 2006-2009	41
Premier volet : L'accessibilité	43
Deuxième volet : L'adaptation	45
Troisième volet : L'intervention	48
Quatrième volet : La sensibilisation	49
Cinquième volet : La formation.....	51
Sixième volet : L'évaluation	54
Septième volet : La recherche.....	56

	<u>Page</u>
4. Suivi du Plan d'action régional 2006-2009	61
5. Mandats et responsabilités en partage.....	63
5.1 L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (Agence) et les directions concernées	63
5.2 Les établissements	63
5.3 Les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux (CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI)	64
Conclusion	65
Lexique	69
Références bibliographiques.....	73
Annexes.....	75
Annexe 1 : Articles 2, 3, 4, 5, 6 et 349 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chap. S-4.2	77
Annexe 2 : Mandat et composition 2004-2005 et 2005-2006 du Comité consultatif sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes immigrantes, réfugiées et des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale	78
Annexe 3 : Portrait de la population immigrée, région administrative de la Capitale-Nationale, 2001.....	79
Annexe 4 : Fiches des organismes offrant des services de santé et des services sociaux et psychosociaux dans la région de la Capitale-Nationale.....	82
Annexe 5 : Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).....	88

Liste des sigles et acronymes

ADS :	Analyse différenciée selon le sexe
AEO :	Accueil, évaluation et orientation
Agence :	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
BRILC :	Banque régionale d'interprètes linguistiques et culturels
BVLV :	Basse-Ville – Limoilou – Vanier
CCASS :	Conseil canadien d'agrément des services de santé
CH :	Centre hospitalier
CHA :	Centre hospitalier <i>affilié</i> universitaire de Québec
CHUL :	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIFQ :	Centre International des Femmes, Québec
CIPIR :	Comité des intervenants et intervenantes auprès des personnes immigrantes et réfugiées
CJQ-IU :	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
CMQ :	Centre multiethnique de Québec
CQA :	Conseil québécois d'agrément
CRCDQ :	Conseil régional de concertation et de développement de la région de Québec
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DPJ :	Direction de la protection de la jeunesse
FSI-UL :	Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval
GMF :	Groupe de médecine familiale
HEJ :	Hôpital de l'Enfant-Jésus

HSFA :	Hôpital Saint-François d'Assise
HSS :	Hôpital du Saint-Sacrement
HVDR :	Haute-Ville-des-Rivières
IQDRCNEQ :	Immigration-Québec Direction régionale de la Capitale-Nationale et de l'Est-du-Québec
IRFIQ :	Institut de recherche et de formation interculturelle de Québec
ITSS :	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LPJ :	Loi sur la protection de la jeunesse
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MEI :	Mieux-Être des Immigrants
MFI :	Maison pour femmes immigrantes
MICC :	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MRCI :	Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS :	Maladie transmise sexuellement
o.c. c.e. en sss :	organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en matière de santé et de services sociaux
OLO :	Œuf, Lait, jus d'Orange
PAL :	Plan d'action local en santé publique
PFSI :	Programme fédéral de santé intérimaire
PRISM :	Partenariat pour la recherche sur l'intégration sociale et la marginalisation
QN :	Québec-Nord
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec

- RRSSS-03 : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (03)
- SAAI : Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes
- SAPSIR : Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés
- SIPPE : Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
- TB : Tuberculose
- VC : Vieille-Capitale
- VIH : Virus d'immunodéficience humaine

Remerciements

Le *Bilan 2002-2005 et Plan d'action régional 2006-2009* sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale est le résultat d'une participation assidue, au cours des années 2004-2005 et 2005-2006, des membres du Comité consultatif, et d'une large consultation, à l'hiver 2006, auprès de nombreux partenaires et collaborateurs. Ce document a été élaboré sous la coordination de Margot Tremblay, de la Direction régionale de la coordination des réseaux locaux, des secteurs social et santé mentale de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, en étroite collaboration avec le directeur, Jacques Fillion, la secrétaire rattachée au dossier, Jocelyne Plante, la technicienne en administration, Linda Lapointe, et les personnes suivantes :

Lucette Beaumont (CJQ-IU), Linda Gorman (CSSS de Québec-Nord), Nicole Lévesque-Crête (CHA), Raymonde Pépin (CSSS de la Vieille-Capitale), Carmina Perrone (IQDRCNEQ-MICC), Hortensia Siles, Isabelle Simard (CJQ-IU) et Bernice Vigneault (CHUQ), membres du Comité consultatif 2004-2005 et 2005-2006 sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale.

Claude Lévesque (CHUQ), Hugues Matte (CSSS de la Vieille-Capitale), Luc Nadeau (CHA), Marie-Reine Patry (CJQ-IU), René Rouleau (CHUQ) et Karine Verreault (CMQ), des directions des établissements et des organismes communautaires consultés.

Lynda Benhadj, Pierre Berthelot, Marie-Claire Lepage, Anne Maheu, Céline Morrow et Claude Rossi, de la Direction régionale de santé publique de l'Agence.

Isabelle Hemlin, Agence de Montréal, et John Britton, Agence de la Montérégie.

Hélène Thivierge, Secrétariat aux communautés ethnoculturelles du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nous tenons à remercier toutes ces personnes ainsi que l'ensemble des gestionnaires et intervenants des réseaux public et communautaire qui ont émis des commentaires judicieux tout au long de la démarche. Leur participation et leur contribution ont permis de bonifier grandement ce *Bilan 2002-2005 et Plan d'action régional 2006-2009* visant à améliorer l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale.

Bref historique et éléments de contexte

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), par les articles 2, 3, 4, 5 et 6, établit les grands principes légaux à respecter pour tout service offert à l'ensemble des Québécois (Annexe 1). Ces articles émettent les lignes directrices, le droit d'être informé, le droit à des services adéquats et le droit de choisir le professionnel. Ils sont parties intégrantes de la reconnaissance de l'accessibilité aux services de santé et services sociaux pour les personnes issues des communautés culturelles tout en tenant compte des ressources disponibles (LSSSS, 1991, c. 42, a. 3, .4, .5, 2002, c. 71, a. 1, a. 2, a. 3).

En vertu de l'Accord Canada-Québec relatif à l'immigration conclu en 1991, le gouvernement du Québec a acquis des compétences en matière d'accueil et d'intégration linguistique, sociale et économique des résidents permanents (cf. Lexique : Catégorie d'immigrants) s'établissant sur son territoire. Depuis qu'il a acquis ces compétences, le Québec se préoccupe de la répartition régionale des immigrants¹. Le gouvernement du Québec croit en effet que l'immigration doit contribuer au développement social, culturel et économique ainsi qu'à la vitalité démographique de l'ensemble du Québec. Au cours des dernières années, le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) et ses partenaires ont mis en œuvre divers projets visant à inciter un plus grand nombre d'immigrants à s'établir durablement en région. Ainsi, la région administrative de la Capitale-Nationale se voit attribuer le titre de deuxième pôle d'attraction des personnes immigrantes.

Dans le respect des orientations gouvernementales des années 1990 en matière d'immigration et d'intégration, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a adopté des orientations et un plan d'action en ce qui concerne l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles pour les années 1989-1991, puis un deuxième pour les années 1994-1997. Dans sa réalisation, ce dernier visait à engager les directions du Ministère, les régions régionales d'alors et les établissements, et à les rendre responsables des résultats à atteindre. À l'été 2005, le MSSS, par l'entremise du Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles, a demandé aux agences de lui transmettre un portrait du réseau de la santé reflétant la réalité d'aujourd'hui en termes d'intégration, de participation, de relations interculturelles et d'adaptation des services, et ce, en lien avec les orientations ministérielles de 1994. À partir de cette collecte de données, il est à prévoir que le MSSS élaborera des lignes directrices afin de favoriser l'amélioration de l'accessibilité² et de l'adaptation³ des services pour les personnes issues des communautés ethnoculturelles.

¹ Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes

² Le concept d'accessibilité renvoie plusieurs dimensions. Dans le présent document, il réfère à celles retenues par le MSSS dans son Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, octobre 2004 (cf. Lexique : Accessibilité)

³ Cf. Lexique : Adaptation

L'adoption, en décembre 2003, de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux marque le point de départ d'une transformation majeure dans l'organisation du réseau de services. Le but de cette loi est de rapprocher les services de la population et de faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux. La loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, chap. 32), adoptée en novembre 2005, apporte des changements dans les rôles et les fonctions des différentes instances du réseau et réaffirme la responsabilité populationnelle du centre de santé et de services sociaux (CSSS) en ce qui a trait au projet clinique. L'offre de service qui découlera de la démarche du projet clinique devra prendre en compte les particularités des diverses communautés qui composent la population, incluant les caractéristiques culturelles et linguistiques des personnes issues des communautés ethnoculturelles et de leur famille.

Introduction

Le présent document est le produit d'intenses travaux du Comité consultatif sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale (Annexe 2) [ci-après Comité] en vue de présenter à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (par la suite Agence) un Bilan 2002-2005 et de recommander un Plan d'action régional 2006-2009 au regard de l'accessibilité et l'adaptation des services aux personnes immigrantes et réfugiées et aux communautés ethnoculturelles établies dans la région de la Capitale-Nationale.

La présente proposition du Comité est faite en continuité avec les décisions antérieures de l'Agence, au regard de l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles.

- Plan d'action en matière d'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles pour les années 1994-1997.
- Rapport d'étape du plan fait en 1996.
- Élaboration d'un programme d'accès en 1997-1998.
- Bilan de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux communautés ethnoculturelles, préparé à l'automne 1998 pour le Conseil régional de concertation et développement de la région de Québec (CRCDQ) dans le cadre de l'opération de planification stratégique pour la participation des personnes issues de l'immigration au développement régional.
- Orientations du Plan de consolidation des services 1999-2002 adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux (03) (RRSSS-03), en mars 1999, au regard des services aux communautés culturelles.

Depuis sa création en 1992, le Comité remplit son mandat de veiller à l'amélioration de l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles. Pour cela, il observe l'évolution des besoins de la population immigrante et du contexte organisationnel du réseau de la santé et des services sociaux. Durant les deux dernières années, les travaux du Comité se sont intensifiés afin de dresser le présent Bilan 2002-2005 et d'élaborer un projet de plan d'action régional 2006-2009.

Une première version a été adoptée par le Comité et présentée, à l'hiver 2006, au Comité de direction de l'Agence. À la suggestion du Comité de direction de l'Agence, une consultation a été effectuée en février et mars 2006 sur le projet de Bilan et de Plan d'action auprès des organismes et des établissements suivants, ainsi qu'auprès de collègues des agences et du MSSS:

- Les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en matière de santé et de services sociaux :
 - le Centre International des Femmes, Québec (CIFQ);
 - le Centre multiethnique de Québec (CMQ);

- la Maison pour femmes immigrantes (MFI);
- le Mieux-Être des immigrants (MEI);
- le Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI).
- Les établissements :
 - les Centres de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord;
 - le Centre hospitalier universitaire de Québec;
 - le Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec, l'Hôpital Laval;
 - le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
 - le Centre Holland.
- Les collègues de la Direction régionale de santé publique de l'Agence et les collègues responsables de communautés ethnoculturelles des autres agences et du Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles au ministère de la Santé et des Services sociaux

Les commentaires et les suggestions reçus ont permis de bonifier le rapport. Ce dernier comprend un état de situation présentant :

1. un portrait de la population immigrante, réfugiée et issue des communautés ethnoculturelles vivant dans la région de la Capitale-Nationale⁴;
2. un portrait général des besoins de santé et de bien-être de la population immigrante;
3. un portrait général des services de santé et des services sociaux offerts aux personnes immigrantes et réfugiées ou aux demandeurs d'asile et leur famille.

Par la suite, un bilan des actions est présenté au regard des orientations régionales du Plan de consolidation s'adressant aux communautés ethnoculturelles.

C'est à partir de ce bilan que le Comité propose un plan d'action régional pour les années 2006 à 2009. Les objectifs sont définis selon sept volets d'amélioration. Ils sont accompagnés de moyens d'action, d'indicateurs de mesure et d'un échéancier de réalisation. Le plan identifie également le responsable pour chacune des différentes mesures ainsi que les partenaires qui y seront associés. Responsables et partenaires proviennent tant de l'Agence, des établissements que du milieu communautaire d'où un partenariat renforcé. En procédant ainsi, le Comité a voulu faciliter l'instauration d'une dynamique d'intégration pour un meilleur continuum des services offerts aux immigrants, aux réfugiés et à leur famille, et ce, tant sur le plan de leur accès que de leur adaptation aux besoins de cette clientèle.

⁴ Dans le texte, on parle de la région de la Capitale-Nationale, même si présentement, seulement les CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale desservent les personnes issues des communautés ethnoculturelles

1. État de situation

1. État de situation

1.1 Portrait de la population issue des communautés ethnoculturelles⁵ vivant dans la région de la Capitale-Nationale

Selon le recensement 2001, 18 670 immigrants, soit 3 % de la population, ont comme lieu de résidence la région de la Capitale-Nationale (Annexe 3). De plus, à ces résidents permanents s'ajoutent 2 025 personnes ayant un statut de résident non permanent, c'est-à-dire des personnes d'un autre pays qui, au moment du recensement, étaient titulaires d'un permis de travail, d'un permis de séjour pour étudiants ou d'un permis ministériel ou qui revendiquaient le statut de réfugié, ainsi que les membres de leur famille vivant avec elles (Dictionnaire du recensement de 2001, Statistique Canada). Dans le cadre de ce document, les données sur les caractéristiques ethnoculturelles et linguistiques sont présentées à partir de l'analyse différenciée selon le sexe (ADS) lorsqu'elles sont disponibles.

Pays de naissance

Pendant de nombreuses années, les nouveaux arrivants⁶ provenaient en majorité de l'Europe (Irlande, Italie, France, etc.). Au regard de la provenance, selon Statistique Canada 2001, à partir d'un regroupement des dix principaux pays de naissance (Annexe 3) :

- 32,7 % sont originaires de pays européens (France : 22,2 %, Allemagne : 4,4 %, Bosnie-Herzégovine : 3,6 %, Roumanie : 2,5 %)
- 9,4 % des Amériques (États-Unis : 6,2 %, Haïti : 3,2 %)
- 7,2 % d'Asie (Chine : 4,3 %, dans ce cas, c'est surtout en raison de l'adoption internationale) et Viêt-Nam (2,9 %).
- 5,4% d'Afrique du Nord (Algérie : 2,7 %, Maroc : 2,7 %)

⁵ Le terme « communautés ethnoculturelles » recouvre l'ancienne et la nouvelle immigration ainsi que les demandeurs d'asile

⁶ L'expression « nouveaux arrivants » inclut les immigrants, les réfugiés, les demandeurs d'asile et leur famille. Le terme sera utilisé de façon générique, les autres termes (immigrant, réfugié, demandeur d'asile) ne seront employés que lorsque ce sera absolument nécessaire

Lieu de résidence par arrondissement de la ville de Québec

Au regard du lieu de résidence des immigrants dans la ville de Québec, Statistique Canada montre qu'ils se sont installés surtout dans les arrondissements de Sainte-Foy-Sillery, La Cité et Laurentien, regroupant 63,4 % des immigrants (Tableau 1). Les femmes immigrantes représentent à peu près 50 % (voir tableau 1) de la population immigrante dans chaque arrondissement (Ville de Québec, 2004, in Benhadj, 2005). Rappelons que ces personnes issues des communautés ethnoculturelles sont desservies par les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord.

**Tableau 1 : Lieu de résidence de la population immigrante en 2001
par arrondissement de la ville de Québec**

Arrondissements de la ville de Québec	Total	Femmes*
Haute-Saint-Charles	805	389
Beauport	1 185	573
Charlesbourg	1 510	730
Les Rivières	1 645	865
Limoilou	1 760	795
Laurentien	2 030	982
La Cité	3 310	1 599
Sainte-Foy-Sillery	4 755	2 298
Ville de Québec	17 005	8 231

* Estimation

(Source : Ville de Québec, 2004, in Benhadj, 2005)

Période d'immigration

La majorité de la population immigrée recensée dans la région de la Capitale-Nationale, en 2001, a immigré après 1981 (Recensement 2001, Statistique Canada, in Benhadj, 2005) :

- 21,5 %, entre 1981 et 1990;
- 43,9 % entre 1991 et 2001 (dont 27,6 % entre 1996 et 2001).

Tableau 2 : Période d'immigration dans la région de la Capitale-Nationale

Caractéristiques	Région de la Capitale-Nationale		
	Total	Sexe masculin	Sexe féminin
Population née à l'étranger	18 670	9 585	9 090
Ayant immigré avant 1991	10 470	5 755	4 720
Ayant immigré entre 1991 et 2001	8 200	3 830	4 370

Ainsi, la région de la Capitale-Nationale compte environ 5 500 immigrants de plus en 2001 qu'en 1991. De ce fait, la part de la population immigrée dans la population totale a augmenté, passant de 2,2 % en 1991 à 3 % en 2001.

Part des personnes immigrantes et réfugiées

Selon les statistiques officielles des admissions (MICC, 2005), de 2001 à 2004*, en moyenne, 1 700 nouveaux immigrants par année ont projeté de s'établir dans la région de la Capitale-Nationale, soit un peu moins de 7 000 personnes en quatre ans. De ce nombre de nouveaux immigrants, le nombre de réfugiés admis et qui projetaient de s'établir dans la région de la Capitale-Nationale se situe entre 301 et 673 par année au cours de la période de 2001 à 2004*. Voir le détail dans le Tableau 3 ci-après.

Tableau 3 : Nombre de nouveaux arrivants admis et projetant de s'établir dans la région de la Capitale-Nationale

Années	Réfugiés	Immigration économique	Toutes les admissions
2001	673	868	1831
2002	301	818	1361
2003	412	920	1674
2004*	470	1255	2079
2001-2004*	1856	3861	6945

* Données préliminaires (MICC, 2005)

Il est à noter que le nombre de réfugiés demeure relativement constant alors que celui des immigrants économiques augmente, tel qu'il est souhaité dans les orientations et le Plan d'action 2004-2007 du MICC.

Il est facile de constater que les vagues successives de réfugiés sont le reflet des conflits mondiaux des trente dernières années :

- dans les années 1970, les « boat people » du Sud-Est asiatique (Vietnamiens, Cambodgiens, Laotiens) et les Chiliens;
- dans les années 1980, les Salvadoriens et les Polonais;
- dans la première partie des années 1990, les ex-Yougoslaves (Bosnie-Herzégovine, Croatie, Serbie) et les Kurdes irakiens;
- depuis 1995 à nos jours, les Rwandais, les Burundais, les Congolais; les Afghans, les Kosovars et, plus récemment encore, les Colombiens.

Groupe d'âge de la population immigrée (18 670 personnes en 2001)

- Les adultes âgés entre 25 et 64 ans représentent le groupe d'âge le plus important, soit 63,3 %, suivi de celui
 - des jeunes de 0 à 14 ans, soit 13,8 %, puis celui
 - des personnes de 65 ans et plus, soit 11,8 %, et enfin, celui
 - des jeunes entre 15 et 24 ans, soit 10,9 %.
- (Recensement 2001, Statistique Canada, Annexe 3)

Plus haut niveau de scolarité atteint de la population immigrée âgée de 15 ans et plus au recensement 2001

En ce qui concerne le plus haut niveau de scolarité atteint par la population immigrée âgée de 15 ans et plus au recensement 2001,

- 21,3 % des immigrants ont effectué des études collégiales;
- 43,8 % des immigrants ont effectué des études universitaires (Benhadj, 2005).

Connaissance du français et de l'anglais

Sur le plan de la connaissance du français, la grande majorité des 18 670 immigrants (96,1 %) peut s'exprimer dans cette langue et seulement 485 personnes (2,6 %) ont dit ne connaître ni le français, ni l'anglais (Annexe 3 – Recensement 2001, Statistique Canada). Par ailleurs, même si une personne est capable de parler le français comme deuxième langue apprise, elle peut utiliser des termes ou expressions qui ont des significations différentes. Cela entraîne parfois, en contexte interculturel, des erreurs de compréhension et des malentendus dans la communication, d'où l'importance d'avoir accès à des services d'interprétariat, non seulement linguistique, mais également culturel.

Origine ethnique

D'autre part, au regard de l'accessibilité et l'adaptation des services, il y a avantage à tenir compte également de la variable *origine ethnique*. Ainsi, dans le recensement de 2001, on constate qu'en plus des origines française, irlandaise, anglaise et écossaise, qui sont les quatre origines ethniques majoritaires dans la région de la Capitale-Nationale, il y a quelques autres ethnies qui dépassent le nombre de 600 personnes chacune.

- Au premier rang se retrouve l'origine allemande (1 160 personnes), suivie de
 - l'origine chinoise (1 115), issue principalement de l'adoption internationale,
 - italienne (1 015),
 - portugaise (805),
 - vietnamienne (725), haïtienne (715) puis
 - belge et espagnole (ex æquo à 650).
- (Recensement 2001, Statistique Canada, portrait ethnoculturel du Canada, tableaux thématiques, origine ethnique, réponses uniques, pour la région de Québec)

Minorité visible⁷

Enfin, une autre manière de décrire la population immigrée dans la Capitale-Nationale est de partir de l'appartenance à une minorité visible (Tableau 4)

Tableau 4 : Appartenance à une minorité visible dans la Capitale-Nationale

Caractéristiques	Région de la Capitale-Nationale		
	Total	Sexe masculin	Sexe féminin
Appartenance à une minorité visible			
Population des minorités visibles	10 455	5 305	5 150
Chinois	1 210	400	810
Sud-Asiatique	300	130	170
Noir	3 385	1 930	1 450
Philippin	55	30	30
Latino-Américain	1 990	955	1 030
Asiatique du Sud-Est	1 465	745	715
Arabe	1 325	780	545
Asiatique occidentale	170	75	95
Coréen	150	50	100
Japonais	130	35	95
Minorités visibles, n.i.a. ⁽²⁸⁾	195	120	75
Minorités visibles multiples ⁽²⁹⁾	75	45	25

28 Comprend les répondants ayant fourni une réponse écrite classifiée comme faisant partie des minorités visibles, par exemple « Polynésien », « Guyanais », « Mauricien », etc.

29 Comprend les répondants ayant déclaré plus d'un groupe de minorités visibles en cochant au moins deux cercles, par exemple « Noir » et « Sud-Asiatique ».

(Source : Statistique Canada, in Benhadj, 2005)

En résumé, selon le recensement de 2001 de Statistique Canada, sur les 18 670 immigrants de la région de la Capitale-Nationale,

- près du tiers sont originaires de pays européens,
- près des deux tiers résident dans les arrondissements centraux,
- près de la moitié ont immigré depuis 1990,
- près des deux tiers sont des adultes âgés entre 25 et 64 ans,

⁷ Selon la Loi sur l'équité en matière d'emploi (1986), font partie des minorités visibles « les personnes autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont la peau blanche ». La population des minorités visibles comprend les groupes suivants : Chinois, Sud-Asiatique, Noir, Philippin, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Arabe, Asiatique occidentale, Coréen, Japonais et les habitants des îles du Pacifique (Guide de l'utilisateur du recensement de 2001 – Minorité visible et Groupe de population, Statistiques Canada, site Internet)

- ayant un niveau de scolarité élevé,
- capables de s'exprimer en français à 96,1 %,
- d'origines ethniques variées,
- appartenant à une minorité visible à 56 % et
- depuis 2001, 27 % des immigrants ont été admis avec un statut de réfugié.

Ainsi, le traitement des données du recensement 2001 permet d'établir un certain portrait de la population immigrée résidant dans la région de la Capitale-Nationale. Par ailleurs, le dernier recensement ne permet pas de rendre compte des migrations récentes, particulièrement de nouveaux groupes de réfugiés tels que les Afghans, les Colombiens et les Africains des Grands Lacs. Ce constat a incité l'Agence et le Comité à préconiser une approche qualitative pour aborder la problématique des besoins en matière de santé et de bien-être des populations immigrantes de la région de la Capitale-Nationale en considérant le parcours migratoire de la personne en plus de son origine ethnoculturelle.

1.2 Portrait des besoins en matière de santé et de bien-être des personnes issues des communautés ethnoculturelles

Dans la région de la Capitale-Nationale, il n'existe pas d'étude récente sur les besoins des personnes issues des communautés ethnoculturelles en matière de santé et de bien-être.

En général, selon Battaglini et coll. (2005), les intervenants en santé et services sociaux des réseaux public et communautaire considèrent que les problèmes rencontrés chez les immigrants sont similaires à ceux de la population en général, mais que la source de ces problèmes est différente et qu'il s'ensuit une approche différente. Ils considèrent que le problème le plus urgent est de nature socioéconomique, c'est-à-dire la grande pauvreté qui domine les conditions de vie des nouveaux arrivants. Dans le cas des problèmes de santé physique, on ne remarque pas de signes spécifiques aux populations immigrantes. Toutefois, au regard des troubles de santé mentale, les modes d'expression varient, ce qui peut donner lieu à des diagnostics imprécis ou erronés.

Les intervenants identifient deux clientèles comme plus vulnérables : les réfugiés en attente de statut et les femmes victimes de violence conjugale. Pour les premiers, les troubles mentaux liés aux conditions pré-migratoires ainsi qu'à leur incertitude quant à leur avenir semblent prépondérants. Pour les secondes, les conditions de l'immigration (isolement, pauvreté, désillusion) semblent favoriser l'éclosion de tels phénomènes ou du moins ne pas permettre leur résolution. Finalement, les femmes allophones sont perçues comme plus vulnérables et des ajustements organisationnels doivent être préconisés (Battaglini et coll., 2005).

Une étude de type qualitatif sur l'état de situation de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux dans la région de Québec, réalisée en 1994 (Allen et coll., 1994) montre que :

- les services de santé d'urgence et de médecine générale en cabinet privé ainsi que les services dentaires et d'optométrie sont les services de santé principalement utilisés par les immigrants, surtout les femmes et les enfants;
- l'ensemble des services sociaux est peu utilisé en raison du manque d'information sur l'existence de ces services et en raison de barrières linguistiques et culturelles.

Concernant plus particulièrement les réfugiés et leur famille, leur état de santé physique et mentale et leur bien-être peuvent être influencés de façon importante par leur trajectoire migratoire. De plus, leur appartenance culturelle diverse peut accentuer les défis d'adaptation à leur arrivée dans la société québécoise, par de multiples conceptions de la santé et de la maladie, des besoins et des attentes de santé spécifiques et des connaissances variables du réseau de la santé (Benhadj, 2005).

Besoins spécifiques des femmes réfugiées

Tel qu'il a été susmentionné, selon les différentes recherches effectuées au Québec, les femmes réfugiées représentent une population à haut risque. Elles ont des besoins spécifiques en raison :

- de leur plus grand isolement;
- d'une moins bonne connaissance de la langue du pays d'accueil;
- parfois d'une sous-scolarisation;
- de nombreux enfants à charge;
- d'une plus grande dépendance vis-à-vis leur conjoint;
- de nombreuses responsabilités familiales qui leur incombent.

De plus, elles peuvent avoir vécu de la persécution basée sur le genre (blessures physiques, excision, viol, grossesse non désirée, avortement forcé et non sécuritaire, etc.) et parfois se retrouvent à revivre de la violence conjugale après leur arrivée au pays d'accueil. Plusieurs vivent une perte d'estime de soi, d'autres sont atteintes du VIH ou de MTS (Benhadj, 2005).

Besoins des hommes immigrants et réfugiés

Du côté des hommes immigrants et réfugiés, les études montrent qu'une partie d'entre eux peut vivre des problèmes d'adaptation liés :

- aux pertes subies en période pré-migratoire;
- aux changements de rôles attendus des hommes dans la société d'accueil;
- à la discrimination vécue principalement dans la recherche d'emploi, l'utilisation des services publics ou dans le milieu scolaire.

Ceci peut entraîner une perte d'estime de soi et des comportements mésadaptés envers eux-mêmes ou leur famille. Par ailleurs, comme dans la plupart des sociétés, la recherche d'aide des hommes est différente de celle des femmes. Ils viennent frapper à la porte du système de santé surtout en période de détresse ou par l'entremise de leur environnement (Benhadj, 2005).

Raisons de consultation

Au regard de la pratique médicale récente, il ressort que la population immigrante est généralement en bonne santé (>90 %) et semble peu atteinte de maladies tropicales. La plupart est originaire de milieux où elle avait accès à de bons soins de santé, sauf pour les personnes qui proviennent des camps de réfugiés. Par ailleurs, même si les nouveaux arrivants sont ouverts aux méthodes de diagnostic et de traitement, ils consultent souvent à la dernière minute par peur de déranger ou par manque de connaissance des ressources offertes et vont souvent passer par des plaintes somatiques (CLSC Côte-des-Neiges, 2003, in Benhadj, 2005). Ils consultent pour :

- des problèmes courants de santé (gastro-entérite, cystite, diabète, hypertension, etc.);
- un suivi de grossesse (carences nutritionnelles par manque de ressources financières ou à la suite des conditions pré-migratoires);
- la contraception (différences culturelles, croyances);
- les enfants en bas âge (immunisation);
- des maladies infectieuses (courantes ici ou celles de leur pays d'origine : TB, VIH, hépatites B, C, syphilis, gonorrhée, chlamydia, parasitoses, etc.);
- des problèmes de santé mentale (56 %) reliés aux difficultés migratoires, d'adaptation ou de violence organisée (de 20 à 30 %).

Barrières à l'utilisation des services

Les études montrent également une sous-utilisation des services de santé et de services sociaux par les personnes immigrantes. Des barrières à l'utilisation des services ont été identifiées :

- 1) Méconnaissance des ressources et des services disponibles.
- 2) Difficultés économiques, géographiques, linguistiques et administratives.
- 3) Méconnaissance de la langue française et problèmes de communication :
 - verbale et non verbale;
 - formelle et informelle;
 - orientation dans le temps et dans l'espace, etc.
- 4) Problèmes liés aux différences de perception et de culture face :
 - à la douleur;
 - à l'autorité, à la différence d'âge, aux rôles familiaux, aux professions et à l'école;
 - aux rôles des hommes et des femmes;
 - à la religion, aux conflits de valeurs, aux préjugés, aux stéréotypes, à la discrimination et au racisme (Rousseau et coll., 2003, et Benhadj, 2005).

1.3 Portrait général des services de santé et des services sociaux offerts aux immigrants, réfugiés ou demandeurs d'asile et leur famille

Un portrait général des services de santé et de services sociaux et psychosociaux est présenté en débutant par les services communautaires en santé et services sociaux et psychosociaux par les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux (o.c. c.e. en sss), suivi des services du réseau public de santé et de services sociaux.

1.3.1 Services par les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux (o.c. c.e. en sss)

Cinq organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en matière de santé et de services sociaux (o.c. c.e. en sss) se consacrent uniquement à la population immigrante et réfugiée. Ce sont :

- le Centre International des Femmes, Québec (CIFQ);
- le Centre multiethnique de Québec (CMQ);
- la Maison pour femmes immigrantes (MFI);
- le Mieux-Être des Immigrants (MEI);
- le Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI).

Ces organismes ont acquis, depuis plusieurs années, une connaissance des besoins de la population immigrante, particulièrement des personnes réfugiées et ont développé une grande expertise dans la prestation de services adaptés spécifiquement à cette population.

Voici une brève présentation de ces organismes et de leur offre de service.

Le Centre International des Femmes, Québec (CIFQ)

Le Centre International des Femmes, Québec (CIFQ) œuvre auprès de la population immigrante depuis 1981 sans distinction quant à l'orientation sexuelle, aux croyances, etc. Sa mission est de favoriser l'intégration des femmes immigrantes et de leur famille, de leur faciliter l'accès à divers services et de briser leur isolement. Pour ce faire, cet organisme offre :

- des services d'interprétariat linguistique et culturel dans le réseau de la santé et des services sociaux (BRILC⁸);
- des rencontres de sensibilisation sur des sujets aussi divers que ceux de la santé et des services sociaux, du bien-être, du féminisme, de la vie démocratique, etc.;
- des ateliers de couture servant de lieux d'échange et de discussion sur divers aspects des conditions de vie des femmes, notamment la violence conjugale et familiale;
- des cours de français;

⁸ Banque régionale d'interprètes linguistiques et culturels

- des activités de rapprochement interculturel.

Les intervenantes et les membres du CIFQ veillent à sensibiliser la population et divers partenaires et collaborateurs aux réalités vécues par les communautés ethnoculturelles et au processus migratoire à travers plusieurs démarches : comités, formation, recherche-action, mass médias, avis et mémoires, consultation, kiosques d'information.

Le CIFQ prodigue annuellement des services à environ 2 300 personnes (Rapport d'activité du CIFQ, 2004-2005). Sa clientèle est majoritairement composée de réfugiés et de femmes parrainées par leur famille (80 %); elle est aussi constituée d'indépendants, demandeurs d'asile, étudiants, accompagnateurs, visiteurs et travailleurs. On fait appel surtout au CIFQ pour les services suivants : interprétariat et accompagnement, suivi, écoute et support, aide technique, renseignement et référence.

Dans un souci d'améliorer les connaissances relatives aux besoins de sa clientèle, le CIFQ vient de réaliser une étude intitulée *Perceptions de la violence familiale dans des milieux ethnoculturels de Québec*. En partenariat avec l'Agence, de nouvelles activités et de nouveaux projets sont également envisagés, pour 2005-2008, dans le cadre du plan d'action sur la santé des femmes (ex. : mise à jour d'un bottin de ressources et séances d'information et d'échange auprès du personnel du réseau de la santé et des services sociaux afin de les familiariser au travail avec un interprète).

Le Centre multiethnique de Québec (CMQ)

Le Centre multiethnique de Québec (CMQ), organisme communautaire œuvrant depuis 45 ans auprès des réfugiés, immigrants et demandeurs d'asile, a pour mission :

- d'accueillir les nouveaux arrivants;
- de les soutenir dans leur adaptation et leur intégration à la société québécoise;
- de favoriser leur accès à de meilleures conditions socioéconomiques;
- d'organiser des activités socioculturelles à leur intention.

Cette mission s'accomplit par le biais d'interventions individuelles et de groupe et par la participation active à différents comités. Pour le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), le CMQ a le mandat exclusif de l'accueil et de l'installation des réfugiés établis à Québec. En 2004-2005, le CMQ a accueilli 913 personnes dont 411 réfugiés, 467 immigrants économiques et 35 personnes d'autres catégories (Rapport annuel 2004-2005, CMQ).

Le dynamisme du CMQ se reflète par les nombreux projets qui voient le jour chaque année, comme les groupes de soutien en prévention de la violence conjugale et familiale s'adressant aux femmes réfugiées et immigrantes allophones et francophones, les conférences thématiques, les cafés de bienvenue, les rencontres d'information, les rencontres de groupe s'adressant aux femmes immigrantes visant à les informer sur les ressources en santé et services sociaux, évaluer leurs besoins, effectuer des références

personnalisées et mettre en place des activités de promotion et de prévention de groupe en lien avec les besoins exprimés.

La Maison pour femmes immigrantes (MFI)

La Maison pour femmes immigrantes (MFI) existe depuis 1986 afin de lutter contre la violence faite aux femmes et pour offrir un milieu sécurisant aux immigrantes et aux Québécoises victimes de violence conjugale et à leurs enfants. Les objectifs principaux de l'organisme sont d'aider les femmes à surmonter leurs difficultés, les supporter dans leurs décisions et les amener à développer leur autonomie, tout en respectant leurs valeurs culturelles.

La MFI offre des services :

- d'hébergement;
- d'intervention individuelle et de groupe (dans un contexte interculturel);
- d'accompagnement;
- d'écoute;
- d'interprétariat;
- d'information;
- de référence.

En moyenne, par année, la MFI offre des services à environ 130 immigrantes ainsi qu'à leurs enfants. Par son programme de prévention, de sensibilisation et de dépistage de la violence conjugale auprès des immigrantes, la MFI sensibilise les intervenants des milieux de la santé et des services sociaux, de la justice, etc. aux difficultés auxquelles les immigrantes victimes de violence conjugale et leurs enfants sont confrontés.

Le Mieux-Être des Immigrants (MEI)

Le Mieux-Être des immigrants (MEI), incorporé en 1998, s'est donné pour mission de soutenir les immigrants afin d'améliorer leurs conditions de vie quotidienne et de faciliter leur intégration dans leur nouveau milieu de vie. Pour réaliser ce mandat, le MEI offre :

- des services sociaux et psychosociaux reliés à l'adaptation, d'ordre individuel et familial;
- des cours de francisation;
- des services pour les adolescents et leurs parents (relation d'aide, rencontres d'information, activités de groupe, milieu de vie);
- des services pour les personnes de 50 ans et plus (rencontres hebdomadaires, sorties ponctuelles, séances d'information sur les ressources existantes, contacts avec la société québécoise);
- diverses activités socioculturelles (cafés rencontres, soupers communautaires);
- des services d'accueil et de milieu de vie (lieu de rencontre et d'échange entre immigrants et Québécois);

- un service de dépannage alimentaire.

Le MEI dessert annuellement environ 350 adultes immigrants, plus de 100 adolescents immigrants et québécois ainsi qu'une quarantaine de personnes immigrantes et québécoises âgées de 50 ans et plus.

Le Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI)

Le Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI) a commencé ses activités à la fin de 1988. Il soutient les immigrants de tous types (réfugiés, indépendants, étudiants, demandeurs d'asile) dans leur nouvelle situation de vie, de façon personnalisée et sans distinction de statut, d'origine, de langue ou de religion. Cet organisme soutient aussi la création de réseaux sociaux et sensibilise les Québécois à la réalité multiculturelle de notre société. Les services offerts sont :

- les visites à domicile;
- l'accompagnement dans les établissements de santé;
- les sessions prénatales et postnatales;
- le suivi à domicile;
- le jumelage interculturel;
- les groupes d'achat;
- les cuisines collectives;
- les ateliers de nutrition, incluant l'apprentissage de la gestion de budget alimentaire et l'acquisition de saines habitudes de vie dans le respect de la diversité culturelle;
- les cafés rencontres;
- le dépannage en apprentissage du français;
- les renseignements et références de tous ordres dont les personnes ont besoin pour évoluer dans la société québécoise.

Le SAAI dessert, en moyenne par année, entre 500 et 800 immigrants et réfugiés et leur famille.

À ces cinq organismes s'ajoute une entité d'intervention psychologique et de recherche universitaire, le Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR).

Le Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR)

Le Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR) regroupe des psychologues spécialisés en ethnopsychiatrie. Ouvert officiellement au cours de l'année 2000, il fait partie de l'unité d'ethnopsychiatrie et de stress post-traumatique de l'École de psychologie de l'Université Laval (UESPT). Il s'adresse aux réfugiés et aux immigrants qui, à la suite d'une exposition à des conditions extrêmes, sont en situation de détresse psychologique et portent en eux des traumatismes profonds aggravés par le stress de la migration et de l'adaptation.

À Québec, 20 à 25 % des réfugiés sont susceptibles de vivre de la détresse psychologique à la suite de traumatismes vécus (Ville de Québec, 2000). Le SAPSIR offre ses services spécialisés à plus de 40 réfugiés et leur famille en moyenne par année, représentant plus d'une dizaine d'ethnies différentes. De plus, il offre annuellement un service de consultation à près de 60 intervenants provenant de 20 organismes et établissements différents.

1.3.2 Services par le réseau public de santé et de services sociaux

De même que la population en général, la population immigrante a accès à l'ensemble des services du réseau public de santé et de services sociaux.

Ainsi, les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres hospitaliers (CH) et le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) sont des entités qui peuvent répondre aux besoins des immigrants. Les immigrants fréquenteront les services offerts à toute la population :

- services généraux et spécifiques, programme famille-enfance-jeunesse, santé mentale, etc., offerts dans les CSSS;
- services d'urgence, de cliniques externes, d'obstétrique et d'hospitalisation offerts dans les hôpitaux;
- aide psychosociale au CJQ-IU.

Bien que les immigrants fréquentent le réseau public de notre système de services de santé et de services sociaux, les données sur les services utilisés par les communautés ethnoculturelles dans les hôpitaux et dans les CSSS ne sont pas toujours compilées pour différentes raisons. En effet, on ne peut obliger un immigrant à s'identifier comme tel à chaque consultation, ce qu'il ne souhaite pas nécessairement non plus, et les intervenants de la santé et des services sociaux ne spécifient pas à chaque fois s'ils sont intervenus auprès d'une personne issue des communautés ethnoculturelles dans le dossier de la personne.

Par ailleurs, les deux organismes d'agrément des établissements, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) et le Conseil québécois d'agrément (CQA) identifient des normes et des critères de mesure ou des indicateurs au regard des minorités ethniques et linguistiques. Ces derniers peuvent servir de clés pour développer les outils appropriés pour mesurer le degré d'accessibilité et d'adaptation des services aux immigrants et réfugiés.

Voici un exemple de critères utilisés par le CCASS, mentionné aux membres du Comité par la représentante du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) :

Critère de la norme 9 :

Les membres qualifiés de l'équipe fournissent l'enseignement aux clients et aux familles grâce à un processus qui tient compte de leurs croyances, de leurs valeurs, de leurs niveaux d'alphabétisation, de leurs langues et de leurs capacités fonctionnelles.

Critère de la norme 10 :

L'équipe applique les lois et les règlements en vigueur qui portent sur la prise de décision et le consentement du client. Quand la capacité du client à choisir est limitée par des exigences légales, l'équipe explique les raisons qui le limitent dans ses choix et l'encourage à prendre des décisions éclairées lorsque cela est possible.

Conseils : L'équipe utilise un éventail de moyens et d'outils pour aider les clients qui ont des besoins diversifiés à exercer leur liberté et à prendre des décisions éclairées. Par moyens et outils, on entend, entre autres, les interprètes (Conseil canadien d'agrément des services de santé 2006 – 6^e édition).

Un point fort, formulé lors de l'auto-évaluation des équipes en vue de la visite CCASS en 2004, a été la disponibilité d'une banque d'interprètes et le choix culturel toujours respecté dans le milieu (CHUQ, 2004).

Rappelons à cet effet que c'est à la suite des orientations au regard de l'immigration, tout d'abord ministérielles en 1989, puis gouvernementales en 1994, que des services d'interprétariat linguistique et culturel en santé et services sociaux ont vu le jour dans quatre régions du Québec, dont celle de la Capitale-Nationale.

Ainsi, en 1994, l'Agence a confié au Centre International des Femmes, Québec (CIFQ) la gestion de la Banque régionale d'interprètes linguistiques et culturels (BRILC). La BRILC vise à assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux aux personnes des communautés ethnoculturelles qui ne maîtrisent pas suffisamment la langue française et à faciliter la communication verbale et non verbale entre les clients allophones, les intervenants et les professionnels.

En 2005, la BRILC compte au moins une quarantaine d'interprètes et offre des services dans plus de 30 langues. Des ententes sont conclues avec les principaux utilisateurs de la Banque (CSSS, CH, CJ, cabinets privés, cliniques médicales et organismes publics et communautaires). Elle dessert près de 2 000 personnes annuellement (CIFQ, 2005).

Parmi l'ensemble des établissements du réseau de la santé de la région, certains d'entre eux montrent leur capacité à prendre en compte les caractéristiques ethniques de leur clientèle. À titre d'exemple, nous citerons le CJQ-IU et les deux CSSS desservant la région de la Capitale-Nationale ainsi que les apports du Centre Holland et de l'Agence. La section se termine par un rappel de l'existence de deux services garantissant l'accès aux services, soit le Régime d'assurance maladie du Québec et le Programme fédéral des santé intérimaire (PFSI) de Santé Canada.

Le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU)

Dans le cadre de sa mission, le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) dispense des services psychosociaux, des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale aux jeunes, ainsi qu'à leur famille, et aux mères en difficulté de la région de Québec. Ces services visent essentiellement à les aider à se reprendre en main sur les plans personnel, familial et social. Il offre également des services en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques. Les services du CJQ-IU sont dispensés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, de la Loi sur la protection de la jeunesse, de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents et des dispositions législatives en matière d'adoption et de médiation familiale.

En moyenne, par année, une centaine de jeunes de familles issues des communautés ethnoculturelles (60 % de garçons et 40 % de filles) sont accueillis et reçoivent des services du CJQ-IU, ce qui représente 1,5 % de la clientèle, sur un total de 6 369 jeunes qui ont reçu des services en protection de la jeunesse en 2004-2005 (données tirées du Bilan annuel 2004-2005 du CJQ-IU).

Enfin, le Centre jeunesse de Québec, grâce à son statut d'institut universitaire, a comme mission de contribuer à la formation de professionnels, de susciter et de soutenir la réalisation de recherche sociale, de procéder à l'évaluation des technologies et des modes d'intervention auprès des jeunes en difficulté et de leur famille.

Le CJQ-IU, en collaboration avec son équipe scientifique, a actuellement deux projets de recherche en cours reliés à la population immigrante :

Le premier projet, entrepris par Karine Morissette, étudiante au doctorat dans le programme d'ethnologie des francophones en Amérique du Nord, sous la supervision de Lucille Guilbert, Département d'histoire de l'Université Laval, intitulé *Les interprètes plus que des traducteurs, des médiateurs interculturels* et porte sur la trajectoire migratoire des interprètes qui évoluent à Québec afin de cerner leurs rôles, d'étudier la dynamique des relations établies entre l'interprète, l'intervenant et l'immigrant allophone. Ce projet est fait en collaboration avec le CIFQ, le MICC, le CMQ et le CSSS de la Vieille-Capitale.

Le deuxième par Ana Ghergel, Ph.D. sociologue, stagiaire postdoctorale, CJQ-IU et Centre de recherche JEFAR, Université Laval, sous la supervision de Marie-Christine St-Jacques intitulé *Monoparentalité et réseaux de soutien. Le cas des femmes immigrées à Québec*. Ce projet postdoctoral propose une étude exploratoire visant à identifier les facteurs de risque et les besoins en intervention des familles vivant plusieurs transitions en même temps. Les deux transitions choisies pour l'analyse sont la séparation conjugale et l'immigration. La séquence à l'étude comprend l'épisode monoparental qui survient à

la suite d'une séparation conjugale et, éventuellement, la recomposition familiale dans un contexte d'immigration (à Québec).

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS)

Les programmes et les services offerts en CSSS à l'ensemble de la population sont de plus en plus connus et utilisés par la clientèle immigrante. Nous notons un achalandage, spécialement en ce qui concerne les services d'accueil, d'évaluation et d'orientation (AEO) du programme *Services courants*, particulièrement pour les volets social, soins infirmiers et soins médicaux. De plus, les immigrants sont souvent référés par le *Service d'accueil* des CSSS, par les organismes communautaires et par les centres hospitaliers aux *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)* à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité des CSSS, dont fait partie le programme OLO (Œuf, Lait, jus d'Orange). Ce programme prend en compte, dans son cadre de référence, les caractéristiques des familles immigrantes récemment arrivées au Québec, notamment leur parcours migratoire et leur statut, tout en exigeant le respect des deux critères d'admissibilité, soit le faible revenu et la sous-scolarisation.

Par ailleurs, les familles immigrantes qui ne correspondent pas aux critères d'admissibilité et qui nécessitent, sur la base du jugement clinique du même type de service, peuvent y avoir accès dans la mesure où les clientèles initialement visées ont pu être rejointes selon l'intensité et la durée établies dans les *SIPPE*.

Au regard des femmes immigrantes et des réfugiées, on constate une augmentation constante du recours au programme OLO au cours des quatre dernières années. Ce programme vise les femmes enceintes à faible revenu et leur permet d'obtenir un supplément alimentaire, en plus d'obtenir un supplément en vitamines et minéraux dans le contexte d'un suivi nutritionnel et de santé, ainsi qu'un suivi psychosocial. S'il y a lieu, et selon les besoins, d'autres suivis ou ressources peuvent être offerts. Ainsi, en 2003, pour les différents points de service des CSSS de la région de la Capitale-Nationale, 84 femmes immigrantes ont participé au programme OLO, 99, en 2004, et 133, en 2005, pour un total de 416 sur 4 016 femmes rejointes dans toute la région, ce qui représente 10,4 % en moyenne (Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, données OLO 2001-2002 à 2004-2005). Le Tableau 5 permet de voir le nombre de femmes immigrées ou réfugiées inscrites au programme OLO par rapport au nombre d'inscription par territoire de CSSS pour les années 2001-2002 à 2004-2005.

Tableau 5

**Nombre de femmes immigrées et réfugiées inscrites au Programme OLO
Années 2001-2002 à 2004-2005**

<u>Année</u>	<u>N^{bre} de femmes immigrantes</u>					<u>N^{bre} d'inscriptions au programme OLO</u>					<u>%</u>		
	<u>CSSS</u>	<u>CLSC</u>	<u>2001-02</u>	<u>2002-03</u>	<u>2003-04</u>	<u>2004-05</u>	<u>Total</u>	<u>2001-02</u>	<u>2002-03</u>	<u>2003-04</u>		<u>2004-05</u>	<u>Total</u>
					<u>2001-02 à 2004-05</u>						<u>à 2004-05</u>		
Portneuf			0	0	0	0	52	45	62	69	228	0,0	
Québec-Sud													
Ste-Foy – Sillery – Laurentien			0	15	29	42	86	101	85	81	98	365	23,6
Haute-Ville-des-Rivières			22	3	4	1	30	125	104	79	74	382	7,9
Basse-Ville – Limoilou – Vanier			49	37	53	51	190	325	327	317	308	1277	14,9
Total			71	55	86	94	306	551	516	477	480	2024	15,1
Québec-Nord													
Haute-Saint-Charles			0	1	1	3	5	102	97	104	100	403	1,2
Orléans			0	10	0	12	22	157	151	120	127	555	4,0
La Source			25	18	12	24	79	159	172	106	160	597	13,2
Total			25	29	13	39	106	418	420	330	387	1555	
Charlevoix			4	0	0	0	4	61	44	38	66	209	1,9
Région			100	84	99	133	416	1082	1025	907	1002	4016	10,4

Source: Manon Côté, DRSP/ASSS de la Capitale-Nationale, données OLO 2001-2002 à 2004-2005, mai 2006

Projet *Suivi de santé des réfugiés* (CSSS-VC, point de service HVDR)

Lors de l'arrivée d'un nombre imposant de réfugiés du Kosovo en 1999, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (RRSSS-03) avait demandé au CLSC BVLV de coordonner l'accueil santé avec le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI) et les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux, particulièrement le CIFQ/BRILC, le CMQ et le SAAI. De cette expérience réussie de partenariat, est né le projet pilote de *Suivi de santé des réfugiés*, projet ayant trois volets :

- santé (consultation médicale sans rendez-vous et avec rendez-vous, ligne téléphonique Info-Santé, infirmière de liaison);
- social ponctuel;
- accompagnement communautaire dans le réseau.

Ce projet était coordonné par le CSSS-VC, point de service HVDR. L'évaluation du projet pilote a mené à certains ajustements sans toutefois réussir à créer un programme de suivi préventif adapté aux besoins des réfugiés et à la pratique médicale en CSSS. Il est prévu dans le présent plan d'action de revoir le projet à la lumière du nouveau contexte de pratique médicale en GMF, des projets cliniques coordonnés par les CSSS et des plans d'action locaux (PAL) en santé publique.

Le Centre Holland

Dans la région de la Capitale-Nationale, le programme d'accès aux services de santé et services sociaux aux personnes d'expression anglaise est coordonné par le Centre Holland. Parfois, il arrive que le Centre Holland reçoive des demandes de services, en urgence ou en périnatalité, de personnes ne parlant pas le français ou sachant un peu l'anglais. Les intervenants accueillent la demande, font une première évaluation et orientent vers les services appropriés ou collaborent à la dispensation des services, au besoin, en attendant la prise en charge par l'organisation responsable.

Agence – Direction régionale de santé publique

Plusieurs équipes de la Direction régionale de santé publique de l'Agence soutiennent des programmes s'adressant à des populations ou à des communautés. Un de ces programmes a déjà été mentionné, celui des *SIPPE* en CSSS, volet *Soutien aux jeunes parents* et volet *Soutien aux familles en extrême pauvreté*. Certaines interventions de type communautaire ciblent particulièrement les femmes immigrantes : prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), en partenariat avec l'organisme Centre femmes aux 3 A de Québec inc., prévention du cancer du sein, en partenariat avec le CIFQ et le SAAI, ou la mobilisation de certaines communautés, par exemple la communauté musulmane (projet POEMM ou Un Pont entre le milieu et les musulmans dans le quartier Saint-Thomas d'Aquin) ou la communauté africaine (projet REGARDS dans Duberger-Les Saules).

Agence – Direction régionale de la coordination des réseaux locaux, des secteurs social et santé mentale

Enfin, l'Agence, dans le cadre des responsabilités dévolues par la LSSSS, doit, en concertation avec les organismes communautaires représentatifs des communautés ethnoculturelles et les établissements de sa région, favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui soit respectueuse des caractéristiques de ces communautés (LSSSS, 1991, c. 42; a. 349; 2005, c. 32, a. 227).

Pour terminer cette section, mentionnons deux types de services qui permettent l'accès aux services de santé pour les nouveaux arrivants, soit le Régime d'assurance maladie du Québec et le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).

Le Régime d'assurance maladie du Québec

L'accessibilité à l'assurance maladie du Québec est déterminée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), selon le statut des personnes qui résident de façon permanente ou qui séjournent temporairement au Québec⁹. Les renseignements requis pour l'inscription d'une personne au régime sont principalement ceux relatifs à son identité, son adresse, sa date d'arrivée au Québec et son dernier pays de résidence.

Pour s'inscrire au régime, la personne doit communiquer avec la Régie par téléphone ou se présenter au bureau de la Régie à Québec ou à Montréal.

La RAMQ a produit une brochure décrivant les modifications au règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la RAMQ, en vigueur depuis le 31 mai 2001. On y retrouve des informations relativement aux personnes soumises ou non au délai de carence, c'est-à-dire à une période de non-couverture et aux dispositions selon le statut de résidence ou de séjour temporaire de la personne au Québec.

Le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)

D'autre part, il est important de mentionner le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) qui est presque exclusivement accessible aux demandeurs d'asile et aux réfugiés au sens de la convention. Dans le cas des réfugiés, le programme n'assume que des soins non couverts par l'assurance santé provinciale (par exemple : transport en ambulance, appareil auditif, etc. Fait à noter, le PFSI couvre exceptionnellement les frais encourus par les immigrants démunis durant le délai de carence. Ce délai de 90 jours précède l'admissibilité au régime d'assurance maladie du Québec.

⁹ Pour plus d'information, on peut consulter les adresses Internet suivantes sur l'admissibilité et la non-admissibilité à la RAMQ :

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemaladie/index.shtml> et
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemaladie/nonadmissibilite.shtml>

En théorie, la couverture PFSI permet à tous les demandeurs du statut de réfugié, qui n'ont pas de ressources financières, d'avoir accès aux soins de santé d'urgence et essentiels. En pratique, l'accès à ce programme est réduit compte tenu du peu de connaissance que les médecins et autre personnel sociosanitaire ont de son existence. Un résumé des soins couverts par le PFSI se retrouve en Annexe 5.

2. Bilan des actions 2002-2005

2. Bilan des actions 2002-2005

2.1 Rappel des trois orientations régionales 1999-2002

L'élaboration, par le Comité, du Plan d'action régional 2006-2009 a débuté en faisant le Bilan des actions 2002-2005 de l'Agence et des partenaires locaux et régionaux des réseaux public et communautaire, au regard des orientations élaborées dans le Plan de consolidation des services 1999-2002. Adoptées par le conseil d'administration de la RRSSS-03 en mars 1999, ces orientations visent à consolider l'accès aux services de santé et aux services sociaux sur une base locale et régionale pour, entre autres, les communautés ethnoculturelles.

Dans ce plan de consolidation, trois orientations ont été retenues au regard des services aux communautés ethnoculturelles :

1. Établir le portrait de la demande et de l'offre des services aux personnes et aux familles des communautés ethnoculturelles par l'élaboration d'un mécanisme de collecte de données dans les établissements du réseau.
2. Intégrer les besoins et les attentes des communautés ethnoculturelles lors de la définition ou la révision des moyens et des stratégies pour consolider les services des différents programmes tels que famille-enfance-jeunesse, santé mentale, toxicomanie, déficience physique, etc.
3. Réduire les barrières et les limites [à l'utilisation] et à l'accessibilité des services en soutenant les activités :
 - de sensibilisation des intervenants;
 - de formation interculturelle;
 - d'information et de communication auprès des personnes et leur famille, des établissements et des organismes des communautés ethnoculturelles concernant les services de santé et les services sociaux disponibles;
 - d'interprétation à l'aide de la Banque régionale d'interprètes linguistiques et culturels (BRILC) gérée par le Centre International des Femmes, Québec, (CIFQ);
 - d'aide à la traduction de documents pour la clientèle ethnoculturelle en milieu sociosanitaire.

Les actions de l'Agence, et surtout celles des partenaires locaux et régionaux, en vue d'actualiser les orientations susmentionnées, sont présentées, agrémentées des constats dégagés par le Comité au regard des impacts de ces actions sur les orientations préconisées de 1999 à 2002.

2.2 Bilan au regard des orientations 1999-2002 et constats dégagés par le Comité

Orientation 1 : Établir le portrait de la demande et de l'offre de service aux personnes et aux familles des communautés ethnoculturelles par l'élaboration d'un mécanisme de collecte de données dans les établissements du réseau.

Bilan des actions mises en place

- Mise en place par l'Agence d'un groupe de travail composé d'archivistes médicaux de chaque type d'établissements de santé et de services sociaux (CSSS, CH, CJK-IU), de personnes ressources en système d'information et d'une représentante de la BRILC afin d'élaborer un mécanisme de collecte de données dans les établissements du réseau.
- Identification des besoins prioritaires des communautés ethnoculturelles par les membres du Comité.
- Participation du SAAI et de l'Agence au projet de recherche *L'autre chez soi. Lien social et significations des pratiques d'intervention visant l'intégration des réfugiés nouvellement arrivés dans les diverses régions du Québec*, réalisé sous la direction de Mme Francine Saillant, du Département d'anthropologie de l'Université Laval (Saillant et coll., 2001-2005).
- Mise sur pied d'un sous-comité du Comité afin
 - d'étudier l'accès aux services sociaux et psychosociaux en vue de dresser un portrait de l'utilisation actuelle par les personnes issues des communautés ethnoculturelles;
 - d'identifier des moyens pour réduire l'écart entre les services offerts et utilisés et ceux souhaités;
 - de formuler des recommandations pour une meilleure adaptation des services.
- Soutien financier de l'Agence et du MSSS pour effectuer une étude sur le parcours des familles immigrantes dans la région de Québec (Lazure et Benazera, à paraître hiver 2006).

Les résultats devraient permettre de dresser un portrait récent des familles immigrantes dans la région, de mieux comprendre ce qui oriente les trajectoires empruntées par les familles dans leur recours aux services de santé et aux services sociaux, et à ceux offerts dans la communauté d'accueil.

- Échange entre le Comité et des personnes-ressources de la RAMQ afin de leur faire part de la problématique des personnes vivant des difficultés d'accès à la RAMQ,

échange basé sur des situations relatives surtout par les intervenants des organismes communautaires.

Constats du Comité au regard de ces actions

- Après un an et demi de travaux du groupe de travail sur les bases de données en établissements, il a été conclu qu'il existe peu de possibilités de la part des systèmes d'information actuels, incluant celui de la RAMQ, de fournir des données fiables afin d'obtenir un portrait de la demande et de l'offre de service aux personnes issues des communautés ethnoculturelles et leur famille.
- À la suite de l'identification des besoins prioritaires, le Comité a dégagé des propositions d'objectifs s'adressant aux nouveaux arrivants eux-mêmes telles que :
 - briser l'isolement et la solitude;
 - développer la confiance envers les institutions communautaires et publiques;
 - s'ajuster aux différents changements qu'engendre le processus d'intégration;
 - soulager la charge familiale (permettre un répit aux membres de la famille);
 - apprendre de nouvelles façons de tenir les rôles des différents membres de la famille (père, mère, enfants, adolescents, etc.);
 - accompagner les personnes dans leur nouveau projet de vie.
- De plus, le Comité a fait des propositions d'objectifs aux intervenants telles que :
 - prendre en compte les différences ethnoculturelles dans les interventions;
 - favoriser la continuité des services;
 - favoriser la reprise de l'autonomie des nouveaux arrivants;
 - savoir reconnaître les besoins d'aide à partir des situations vécues dès les premiers jours d'accueil et du passé connu de la famille;
 - adapter les services (RRSSS-03, 2002).
- Au regard de la problématique d'accès aux services sociaux et psychosociaux, il se dégage trois constats :
 1. Ressources humaines limitées dans les o.c. c.e. en sss pour :
 - assurer des services d'accompagnement sur une plus grande période;
 - fournir des informations de façon continue sur les services disponibles dans les réseaux public et communautaire;
 - assurer un minimum de services davantage adaptés aux réalités humaines qu'au statut d'immigration des personnes en besoin.
 2. Formation insuffisante à l'approche interculturelle tant chez les nouveaux intervenants que chez les interprètes et les bénévoles :

- nécessité d'acquérir des compétences solides pour une prestation de services adaptés aux caractéristiques migratoires et ethnoculturelles de la population immigrante.
- 3. Reconnaissance et valorisation de l'expertise des organismes communautaires à diffuser et à améliorer.
- Par ailleurs, les travaux du sous-comité sur la problématique sociale et psychosociale ont permis de :
 - Formuler des recommandations pour améliorer le partage d'information, la communication et la collaboration, dans le respect des missions de chaque organisme et des expertises développées au fil des années en matière d'accompagnement de la population immigrante dans son processus d'adaptation et d'intégration à la société d'accueil.
 - Proposer trois objectifs réalisables à l'intérieur des liens de confiance minima existant au sein même des organisations (intracommunautaire) ou en travaillant avec une autre organisation communautaire (intercommunautaire) ou publique (intercommunautaire-publique). Ces objectifs sont de :
 - reconnaître l'expertise du communautaire entre eux et avec le réseau public;
 - créer des liens informels par des activités où les organisations se présentent et font connaître leur spécificité;
 - créer des tables de concertation clinique de mise en commun des savoir-faire pour résoudre des situations rapportées par l'un ou l'autre membre de ces tables.
- Enfin, les échanges avec les personnes-ressources de la RAMQ ont permis :
 - la collecte de l'information écrite sur les règlements sur l'admissibilité et l'inscription des nouveaux arrivants auprès de la RAMQ;
 - la mise en place d'un mécanisme de liaison entre les personnes-ressources de la RAMQ et l'Agence afin de coordonner la transmission de l'information et de prévenir les situations problématiques.

Orientation 2 : Intégrer les besoins et les attentes des communautés ethnoculturelles lors de la définition ou de la révision des moyens et des stratégies pour consolider les services des différents programmes tels que famille-enfance-jeunesse, santé mentale, toxicomanie, déficience physique, etc.

Bilan des mesures mises en place

- Coordination interprogrammes (santé mentale, jeunesse, personnes âgées, santé des femmes, pauvreté, etc.), à l'Agence, des actions au regard de l'organisation des services de santé et de services sociaux auprès des personnes issues des communautés ethnoculturelles.
- Appropriation, par les membres du Comité, du Plan d'action 2004-2007 du MICC afin de faire le lien avec les plans d'action issus du domaine sociosanitaire tels que celui en santé publique, en santé des femmes, etc.
- Exploration par le Comité de la problématique d'accès des différentes catégories de nouveaux arrivants autres que celle des réfugiés (demandeurs d'asile, indépendants, etc.).
- Création au CJQ-IU d'un groupe de soutien à l'intervention, formé d'intervenants du CJQ-IU œuvrant sous la LPJ et d'organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux (CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI).
- Mise sur pied par le CSSS-VC, point de service Basse-Ville – Limoilou – Vanier (BVLV), d'une table de concertation multisectorielle afin de trouver des solutions aux problèmes de comportement présents dans un ensemble d'habitations à loyer modique (HLM) où résident plusieurs familles de Québécois et d'immigrants démunies économiquement et socialement (problèmes de dépendances multiples : drogue, alcool, jeu). Cette table est assistée d'une équipe de recherche du CSSS-VC (PRISM).
- Consultation régionale auprès des CSSS et du SAAI sur un projet de guide d'intervention dans les *SIPPE* intitulé *Naître ici et venir d'ailleurs – Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente*. Une validation du contenu est coordonnée au niveau provincial par les répondantes des *SIPPE* au MSSS.

Constats du Comité au regard de ces mesures

- Réalisation d'activités de coordination auprès des responsables des différents programmes à l'Agence afin qu'ils prennent en compte, dans leur planification respective, les caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population.
- Implantation de mécanismes de liaison formel et informel avec les organismes et les établissements du territoire.
- Soutien par différentes directions de l'Agence de projets visant le renforcement du potentiel des immigrants et le soutien des groupes vulnérables.
- Recommandations du sous-comité d'étude du Plan d'action 2004-2007 du MICC :

- Au Comité :
 - dresser un diagnostic régional plus précis des besoins des communautés ethnoculturelles de la région et, par la suite, fixer ses priorités d'action;
 - formuler des recommandations aux instances et établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la région.

- À Immigration-Québec Direction régionale de la Capitale-Nationale et de l'Est-du-Québec (IQDRCNEQ) du MICC :
 - assurer une représentation continue au Comité (par une même personne);
 - présenter sommairement sa planification régionale au Comité et préciser ses attentes de collaboration de la part des établissements socio-sanitaires de la région;
 - fournir au Comité un organigramme de son organisation afin que l'on situe mieux les rôles et les responsabilités des répondants régionaux;
 - présenter, au Comité, ses nouveaux services d'accompagnement (offerts par son équipe régionale d'accompagnateurs) et ses projets régionaux en matière d'intégration sociale;
 - fournir des données statistiques récentes provenant de leur nouvelle source de données (en lien avec la carte de résident permanent).

- Information des soignants et accompagnement des demandeurs d'asile et de réfugiés par plusieurs organismes communautaires afin que ces derniers bénéficient du Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).

- Formulation d'objectifs tels que :
 - favoriser le développement de services adaptés aux caractéristiques ethnoculturelles et migratoires des populations nouvellement installées à Québec;
 - intégrer les solutions proposées par le Comité dans les démarches en cours de transformation des pratiques.

- Rencontres du personnel dans les établissements avec les organismes communautaires sur les missions respectives et les mandats de chacun.

- Mise sur pied par le CJQ-IU d'un groupe de soutien pour les intervenants du CJQ-IU et ceux des o.c. c.e. en sss.

- Objectif de prise en compte des caractéristiques des familles immigrantes d'arrivée récente dans les *SIPPE* en CSSS.

Orientation 3 : Réduire les barrières liées aux besoins d'information et de formation à l'approche et à la communication en contexte interculturel

Plusieurs activités de sensibilisation des intervenants des établissements et des o.c.c.e. en sss, d'information et de communication auprès des nouveaux arrivants et de leur famille ont été rendues disponibles au fil des ans, tant par IQDRCNEQ du MICC que par les o.c.c.e. en sss, les établissements du réseau public et l'Agence. Voici quelques exemples :

Bilan des activités mises en place

Sensibilisation et information

- Sensibilisation du Comité régional de développement des ressources humaines de l'Agence afin que le personnel des établissements puisse être informé par différents moyens des services de la BRILC.
- Diffusion des coordonnées de la BRILC sur toutes les unités de soins et services des urgences et des cliniques externes et autres services ambulatoires du CHA et du CHUQ.
- Promotion annuelle des services de la BRILC dans le réseau (dépliants, cartes d'affaires, publicité dans les journaux locaux, kiosques d'information, colloques et forum, midis causeries, conférences, émissions radiophoniques, site Internet, etc.).
- Invitation aux professionnels de la santé et des services sociaux à participer à la formation offerte annuellement aux interprètes afin de se familiariser sur la façon de travailler avec des interprètes.
- Tenue d'une activité d'information par le CMQ et Immigration Canada auprès du personnel médical du CHA sur le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).
- Tenue au CHUQ d'un kiosque d'information, durant une des semaines du Mois sur la qualité, sur les services communautaires offerts aux nouveaux arrivants, particulièrement les services à l'accueil et à l'installation du CMQ et les services d'interprétariat de la BRILC/CIFQ.
- Participation d'une représentante d'o.c.c.e. en sss (BRILC/CIFQ) aux réunions d'une équipe d'amélioration continue de la qualité de l'établissement Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHA.
- Participation des o.c.c.e. en sss (CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI) à la démarche d'agrément 2005-2006 du CJQ-IU.
- Tenue de midis conférences en établissement, ou de demi-journées de rencontre pour présenter les o.c.c.e. en sss (CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI), avec leur mission complémentaire, les services offerts, le personnel et la clientèle rejointe, les services de la BRILC et son fonctionnement, ceux du SAPSIR, etc.

- Mise à jour des renseignements concernant la RAMQ, le PFSI et le MICC.
- Production d'une pochette d'information sur les communautés ethnoculturelles résidant à Québec, remise aux étudiants de cinquième année en médecine (externat) qui effectuent un stage en santé communautaire.
- Stages d'étudiants de diverses disciplines à l'université ou au cégep dans les o.c. c.e. en sss (CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI).

Formation

Depuis plusieurs années, des activités de formation à une intervention en contexte interculturel ont été offertes en considérant trois types de besoin :

- la formation de base aux personnes qui sont peu ou pas directement en contact avec la population immigrante, sinon, de manière ponctuelle;
- la formation continue pour les personnes qui interviennent régulièrement avec la population immigrante et qui veulent améliorer leurs compétences en approche interculturelle;
- le perfectionnement pour les personnes qui interviennent seulement avec la population immigrante et réfugiée et qui souhaitent être soutenues dans leur approche.

C'est en 1997 que le MSSS offre aux régions une formation de formateurs à l'approche en contexte interculturel. Ainsi, trois professionnels de la santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale acquièrent cette formation et mettent sur pied des sessions de formation de base s'adressant au personnel du réseau sociosanitaire qu'ils dispensent sous la coordination de l'Agence.

Par la suite, au rythme d'environ deux à trois activités par année (sessions de deux à trois jours, colloques, séminaires, etc.), chaque type d'activité rejoint entre 25 et 100 personnes. Elles sont organisées par :

- les o.c. c.e. en sss eux-mêmes, particulièrement le CMQ, le SAAI et le CIFQ, avec des personnes-ressources de calibre national et international;
- l'Agence, avec des partenaires tels que l'Université Laval (enseignants et chercheurs et leurs étudiants de quelques facultés en santé et en sciences sociales), le MICC, l'IRFIQ, des personnes-ressources immigrantes et réfugiées, des interprètes, etc.;
- d'autres organismes reconnus en enseignement.

De plus, des actions ont été mises en place par des membres du Comité telles que la :

- Création d'un comité permanent chargé de recueillir les besoins en formation et de suggérer les activités à planifier annuellement. Ce comité, formé en 2004, relève du Comité.

- Mise sur pied du Comité des intervenants et intervenantes auprès des personnes immigrantes et réfugiées (CIPIR), provenant de différents secteurs reliés aux conditions de vie quotidienne des nouveaux arrivants : santé, social, éducation, travail, loisirs, etc., et ayant pour mandat d'être un lieu :
 - d'échange pour les intervenants qui travaillent directement auprès des personnes immigrantes et réfugiées;
 - d'information, d'entraide, de recherche de solutions pratiques et concrètes à toutes sortes de besoins découlant de situations quotidiennes tout en étant reliés à l'intervention;
 - d'identification de besoin de formation en vue d'améliorer l'efficacité de l'intervention, la pratique de l'approche réseau et de favoriser les ajustements dans les services institutionnels.
- Enfin, il y a lieu de rappeler ici la mise sur pied par le CJQ-IU du Groupe de soutien aux intervenants en partenariat avec les o.c. c.e. en sss.

Constats du Comité au regard de ces activités

Au regard des actions concernant la sensibilisation, l'information et la formation du personnel sociosanitaire des établissements, le Comité constate :

- une augmentation des activités d'information offertes par les organismes communautaires, les établissements et l'Agence;
- une amélioration de la sensibilisation des intervenants du réseau public aux conditions de vie des nouveaux arrivants de la région;
- une satisfaction élevée des participants aux activités de formation offertes par les organismes communautaires ou par l'Agence, en collaboration avec ses partenaires;
- la mise sur pied d'un réseau régional de personnes-ressources (CIPIR, Groupe de soutien CJQ-IU et o.c. c.e. en sss).

Constats globaux

En résumé, le Comité constate, à la lecture du Bilan des actions 2002-2005, que les efforts des différents partenaires locaux et régionaux des réseaux public et communautaire ont porté certains fruits. Les gains sont observables, non seulement parmi les membres du comité, mais aussi dans les diverses instances qui ont bénéficié des actions réalisées sur le terrain.

Par ailleurs, des besoins demeurent et des études démontrent que l'accès aux services à la population immigrante et réfugiée risque d'être limité par des facteurs culturels et linguistiques, et que l'adaptation des services occasionne :

- des coûts;
- des ajustements organisationnels afin d'assurer la flexibilité des horaires, des contenus, etc.;
- des besoins particuliers de ressources, par exemple l'embauche de personnel de différentes origines ethniques qui parlent plusieurs langues ou de personnes ayant une expérience en milieu pluriethnique ou une formation en interculturel;
- des services d'interprètes;
- de la formation, et ce,
- en fonction de l'équité dans l'offre de service à l'ensemble des citoyens.

Enfin, on constate que les conséquences de l'adaptation des services ne sont pas ou peu prises en compte lors de l'attribution des budgets tels que l'allongement de la durée des interventions, le coût de formation en intervention en milieu pluriethnique et le coût des services d'interprétariat.

C'est pourquoi le Comité propose, dans la prochaine partie, des cibles d'amélioration à l'aide d'un Plan d'action régional 2006-2009.

3. *Plan d'action régional 2006-2009*

Plan d'action régional 2006-2009

Introduction : Défis et conditions favorables à la réussite du Plan d'action régional 2006-2009

Pour réaliser les objectifs du Plan d'action régional 2006-2009, des défis d'ordre financier, administratif et organisationnel se pointent pour l'Agence et les établissements, tout en considérant la présence de conditions favorables à la réussite du Plan d'action régional :

Défis financiers :

- Ajustement du financement des ressources déjà en place compte tenu des caractéristiques ethnoculturelles et linguistiques à prendre en considération dans la démarche de projets cliniques en cours et des ententes de services à venir pour compléter l'organisation de services adaptés aux communautés ethnoculturelles.
- Provision de ressources financières pour permettre le développement de projets novateurs dans les différents milieux engagés dans la prestation des services aux nouveaux arrivants.

Défis administratifs :

- Priorisation par les directions de développement des ressources humaines des établissements d'activités de formation à l'approche en contexte interculturel et, par conséquent, en faciliter l'accès, par tous les moyens possibles, aux intervenants, en fonction du roulement continu de personnel des établissements et des différents mouvements des populations immigrantes dans la région.
- Priorisation par l'Agence et par les établissements de la sensibilisation des administrateurs et des gestionnaires de programmes et services des établissements à la problématique de l'accès et l'adaptation des services aux nouveaux arrivants et au développement d'un réseau régional de personnes-ressources des réseaux public et communautaire formées à l'approche en contexte interculturel pour résoudre des situations plus complexes ou pour faciliter le développement d'interventions plus adaptées aux besoins spécifiques des nouveaux arrivants.

Défis organisationnels :

- Prise en compte par les établissements des exigences spécifiques de l'organisation et de la prestation des services auprès des communautés ethnoculturelles résidant dans la région de la Capitale-Nationale, même si le volume est petit comparativement à la région de Montréal.
- Prise en compte des enjeux intersectoriels (immigration, éducation, emploi, habitation, sécurité du revenu, municipalité, etc.).
- Prise en compte des trajectoires d'utilisation des services par les nouveaux arrivants.

Conditions favorables à la réussite du plan d'action :

Par ailleurs, des conditions favorables à la réussite du plan d'action sont actuellement présentes :

- présence d'organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux bien implantés et offrant une gamme de services communautaires en santé et en bien-être de grande qualité et complémentaires au réseau public;
- inclusion des mesures dans la démarche de projet clinique des CSSS et dans celle de l'implantation des plans d'action locaux en santé publique;
- existence d'un mécanisme de concertation et de coordination par le Comité permettant le soutien au partenariat entre les réseaux public, communautaire et multisectoriel.

Plan d'action régional 2006-2009

À partir des actions déjà en place et des constats du Comité, les membres du Comité ont identifié des écarts à combler. Ils sont formulés sous forme d'objectifs selon sept volets d'amélioration : l'accessibilité, l'adaptation, l'intervention, la sensibilisation, la formation, l'évaluation et la recherche.

Premier volet L'accessibilité

Les principaux besoins retenus, à l'égard de l'amélioration de l'accessibilité, sont liés à :

- la mise en place d'un mécanisme d'accès formel en CSSS, mise en lien avec la démarche de projet clinique et l'implantation de réseaux locaux de services;
- la transmission de l'information sur l'organisation des services et les ressources disponible;
- la mise en place d'un mécanisme de liaison avec la RAMQ quant aux règles d'admissibilité et d'inscription des personnes immigrantes.

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Assurer un accès aux services axé sur les besoins généraux et spécifiques des communautés ethnoculturelles	Établir la trajectoire de services Formaliser par des ententes les mécanismes d'accès aux services généraux et spécifiques	N ^{bre} et nature des mécanismes de référence mis en place entre CSSS et organismes communautaires	CSSS-VC et CSSS-QN ® CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI (P)	1
S'assurer que la trajectoire de services facilite une continuité de services	Révision régulière du continuum de services aux communautés ethnoculturelles	Continuum révisé annuellement Liste de diffusion du continuum	Agence ® Établissements (P) o.c. c.e. en sss (P)	Continu

*L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux
aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale*

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Offrir aux nouveaux arrivants un accès facile à l'information sur les services de santé et les services sociaux	Mise en place de stratégies adaptées pour informer les nouveaux arrivants sur l'organisation des services et les ressources disponibles	N ^{bre} de stratégies d'information mises en place	CSSS-VC et CSSS-QN ® CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI (P) IQDRCNEQ/MICC(P)	1
Offrir au personnel un accès facile à l'information sur les services et les ressources disponibles en milieu communautaire	Mise en place de stratégies adaptées pour informer le personnel sur les ressources communautaires disponibles	N ^{bre} de stratégies d'information mises en place	CSSS-VC et CSSS-QN ® CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI (P) IQDRCNEQ/MICC(P)	1
S'assurer de l'accès à l'information reliée aux règles d'admissibilité et d'inscription à la RAMQ	Désignation de personnes liaison avec établissements et organismes communautaires c.c. c.e. en sss (CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI)	Personnes liaison désignées	Agence - RAMQ (personnes liaison) ® CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI (P) IQDRCNEQ/MICC(P)	Continu
	Production d'un état de situation des demandes d'information reliées aux règles d'admissibilité et d'inscription à la RAMQ	Rapport remis au Comité de suivi	Agence - RAMQ (personnes liaison) ® Comité de suivi (P)	Continu

**Deuxième volet :
L'adaptation**

Les principaux besoins retenus, à l'égard de l'adaptation des services, sont liés à :

- la prise en compte par les dispensateurs de services de santé et de services sociaux des caractéristiques ethnoculturelles et linguistiques et de la trajectoire migratoire des nouveaux arrivants;
- la compréhension du fonctionnement de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) dans l'application de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) par les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux, et par les jeunes immigrants et leur famille;
- l'accompagnement des nouveaux arrivants dans les différentes composantes du réseau sociosanitaire;
- la poursuite de la concertation entre les partenaires de l'offre de service (réseau communautaire, scolaire, municipal, immigration, habitation, emploi, sécurité du revenu, etc.) afin que les personnes et leur famille continuent de bénéficier d'une approche adaptée à leur situation particulière pour faire face aux difficultés économique, géographique, linguistique et administrative;
- la reconnaissance et la valorisation des compétences et de l'expertise des organismes communautaires des communautés ethnoculturelles en santé et en services sociaux.

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Favoriser la mise en place de services adaptés aux caractéristiques ethnoculturelles, linguistiques et migratoires des populations nouvellement installées à Québec	Diffuser auprès des dispensateurs de service un ensemble de connaissances sur les caractéristiques ethnoculturelles, linguistiques et migratoires des nouveaux arrivants	Moyens utilisés pour faire la sensibilisation	Agence ®	1
		N ^{bre} de dispensateurs sensibilisés	Établissements et o.c. c.e. en sss (P)	2
		Appropriation par les dispensateurs de service		

*L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux
aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale*

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Favoriser la mise en place de services adaptés aux caractéristiques ethnoculturelles, linguistiques et migratoires des populations nouvellement installées à Québec (suite)	Formalisation des responsabilités des dispensateurs de services de santé et de services sociaux pour assurer l'adaptation linguistique et culturelle des services aux personnes immigrantes et réfugiées	Liste des dispensateurs responsables de l'adaptation linguistique et culturelle des services à la suite de la démarche des projets cliniques	CSSS-VC et CSSS-QN ® BRILC/CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI (P)	3
Favoriser la compréhension des mandats et des responsabilités du CJQ-IU et de la DPJ au regard de l'offre de service aux jeunes issus des communautés ethnoculturelles et leur famille	Offrir des séances d'information ou de formation Maintien du groupe d'échange : intervenants du CJQ-IU œuvrant sous la LPJ et d'o.c. c.e. en sss	N ^{bre} de séances N ^{bre} de formation N ^{bre} de participants au groupe d'échange et d'activités de soutien	CJQ-IU ® CJQ-IU ® CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI (P)	Continu
S'assurer de la complémentarité des interventions et des services offerts par les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels	Participation des organismes communautaires dans la démarche des projets cliniques, particulièrement : services généraux, jeunes en difficulté et santé mentale : 1. mise en place d'un réseau de personnes-ressources en approche interculturelle 2. participation aux équipes multidisciplinaires et intersectorielles	N ^{bre} de participants communautaires c.e. en sss par projet clinique et par CSSS Liste des personnes-ressources intégrées dans des équipes intersectorielles Liste des porteurs de dossiers intersectoriels	CSSSQ-QN et CSSS-VC ® o.c. c.e. en sss : CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI (P) Comité de suivi ® Tables de concertation intersectorielles animées par les CSSS-QN et CSSS-VC (P)	1 2

*L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux
aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale*

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Identifier les besoins des communautés ethnoculturelles dans le Plan d'action régional (PAR) et les plans d'action locaux (PAL) de santé publique	Prise en compte des besoins des communautés ethnoculturelles dans l'élaboration de stratégies régionales et locales de santé publique	Existence d'une préoccupation explicite dans le prochain Plan d'action régional (PAR) et dans les prochains plans locaux (PAL) de santé publique Présence de moyens adaptés	Agence/Direction régionale de santé publique ® CSSS-QN et VC (P)	2
	Mise en application des stratégies régionales et locales de santé publique aux communautés ethnoculturelles	Utilisation de moyens adaptés	Agence/Direction régionale de santé publique ® CSSS-VC ® CSSS-QN ®	3

**Troisième volet :
L'intervention**

Le principal besoin retenu à l'égard de l'intervention est lié à la :

- mise en place d'une intervention médicale adaptée aux nouveaux arrivants pouvant vivre une situation de vulnérabilité, particulièrement les réfugiés et leur famille

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Favoriser la mise en place d'une intervention médicale adaptée aux nouveaux arrivants pouvant vivre une situation de vulnérabilité, particulièrement les réfugiés et leur famille	Suite du projet <i>Suivi santé des personnes immigrantes</i> , dans le cadre de la transformation de la pratique médicale à Québec (création des Groupes de médecins de famille, ententes avec les CSSS, etc.)	Liste des recommandations au Comité de suivi	CSSS-VC ® Agence (P) CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI (P)	1
	Mise en place d'une offre de service en santé-accueil adaptée pour les réfugiés, prioritairement les familles, et ceux ayant des problèmes spécifiques	Entente convenue entre le CSSS-VC et le CMQ	CSSS-VC/Programme Santé des voyageurs ® CMQ ® Agence (P)	1

**Quatrième volet :
La sensibilisation**

Les principaux besoins retenus à l'égard de la sensibilisation du personnel sociosanitaire du réseau public et des partenaires des autres secteurs de la vie quotidienne des nouveaux arrivants sont liés à :

- l'accès des intervenants à l'information sur les services disponibles pour les nouveaux arrivants et sur leurs modalités d'accès;
- la diffusion des activités de sensibilisation et d'information dans le réseau ainsi qu'auprès des partenaires.

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Informer et sensibiliser le personnel sociosanitaire du réseau public et le personnel des autres réseaux publics sur les services offerts dans le secteur de la santé et des services sociaux par le réseau communautaire et autres instances dédiées aux communautés ethnoculturelles	Inventaire des ressources existantes qui présentent les services offerts par les réseaux communautaire et public	Liste des ressources qui présentent les services offerts Liste de diffusion Mise à jour annuelle	Agence ® IQDRCNEQ/MICC ® Établissements (P) o.c. c.e. en sss (P)	1 Décembre de chaque année
	Diffusion des activités de sensibilisation offertes <ul style="list-style-type: none"> • par les o.c. c.e. en sss • par le personnel de gestion et clinique des établissements 	Liste des activités de sensibilisation offertes N ^{bre} de participants	Agence ® o.c. c.e. en sss (P) Établissements (P)	Continu

*L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux
aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale*

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Informer et sensibiliser le personnel sociosanitaire du réseau public et le personnel des autres réseaux publics sur les services offerts dans le secteur de la santé et des services sociaux par le réseau communautaire et autres instances dédiées aux communautés ethnoculturelles (suite)	Poursuite des activités d'information auprès du personnel des établissements sur le fonctionnement de la BRILC/CIFQ	N ^{bre} de rencontres réalisées annuellement N ^{bre} de participants	BRILC/CIFQ ® Comité régional de développement des ressources humaines de l'Agence (P) Établissements (P)	Continu
	Effectuer le bilan du fonctionnement et des ententes entre la BRILC/CIFQ et les établissements utilisateurs	Rencontre bilan de la BRILC/CIFQ avec les gestionnaires utilisateurs de la banque	BRILC/CIFQ ® Établissements (P)	Juin de chaque année

**Cinquième volet :
La formation**

Les principaux besoins retenus à l'égard de la formation à l'approche interculturelle des intervenants des réseaux public et communautaire sont liés à :

- l'adaptation des pratiques au contexte interculturel;
- la formation continue des intervenants sur les modèles et les outils susceptibles de les aider dans leur pratique auprès des communautés ethnoculturelles;
- l'amélioration de la connaissance par les médecins et le personnel sociosanitaire des obstacles à la communication et des difficultés propres aux interventions en contexte interculturel rattachées à la langue, la religion, le recours à la médecine traditionnelle, la conceptualisation des plaintes et de la maladie, l'attitude de la personne à l'égard de l'assistance;
- la formation continue des interprètes dans le domaine de la santé et des services sociaux;
- la sensibilisation des médecins et du personnel sociosanitaire au travail en partenariat avec les interprètes.
- la formation de formateurs régionaux.

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Appuyer les intervenants dans leur pratique auprès des communautés ethnoculturelles	Programme d'activités de formation à une intervention en contexte interculturel en considérant les trois types de besoins : formation de base, continue et perfectionnement	Liste des activités de formation Liste de diffusion	Comité de formation rattaché au Comité ® Agence ® o.c. c.e. en sss (P) Établissements (P)	Continu

*L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux
aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale*

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Appuyer les intervenants dans leur pratique auprès des communautés ethnoculturelles (suite)	Discussion multidisciplinaire autour de situations rapportées par les membres du CIPIR et recherche de solutions au problème discuté Exercices à l'aide d'étude de cas	N ^{bre} de réunions Développement d'un sentiment de compétence Appropriation de la démarche	Membres du CIPIR ®	Continu
Offrir la formation sur l'approche clientèle en contexte interculturel au personnel socio-sanitaire et aux médecins omnipraticiens	Tenue de formation sur l'approche clientèle en contexte interculturel	N ^{bre} de participants	Agence ® o.c. c.e. en sss (P) Établissements (P)	1
Maintenir et améliorer la qualité de la formation des interprètes de la BRILC/CIFQ	Tenue de sessions de formation continue des interprètes de la BRILC/CIFQ	N ^{bre} d'interprètes ayant participé aux sessions de formation	BRILC/CIFQ ® Agence (P)	Continu
Sensibiliser le personnel socio-sanitaire et les médecins au travail en partenariat avec les interprètes	Développement d'outils de soutien à la pratique au travail avec des interprètes	N ^{bre} de participants issus des établissements et des cliniques médicales	BRILC/CIFQ ® Agence (P) Établissements (P)	2
Inciter et appuyer la formation de formateurs régionaux à l'approche en contexte interculturel	Tenue de sessions de formation de formateurs à l'approche en contexte interculturel	N ^{bre} de personnes formées N ^{bre} de sessions de formation de formateurs dispensés	Agence ® Établissements (P) o.c. c.e. en sss (P)	3

*L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux
aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale*

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Sensibiliser le personnel socio-sanitaire et les médecins au travail en partenariat avec les interprètes	Développement d'outils de soutien à la pratique au travail avec des interprètes	N ^{bre} de participants issus des établissements et des cliniques médicales	BRILC/CIFQ ® Agence (P) Établissements (P)	2

**Sixième volet :
L'évaluation**

Les principaux besoins retenus à l'égard de l'évaluation de la qualité des services offerts aux communautés ethnoculturelles sont liés à :

- l'harmonisation de la compréhension de la qualité des services offerts aux communautés ethnoculturelles par les dispensateurs de services des réseaux public et communautaire;
- le développement d'outils adaptés d'évaluation de la qualité des services offerts aux communautés ethnoculturelles.

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Acquérir une compréhension commune de la qualité des services offerts aux communautés ethnoculturelles	Inclusion d'un représentant des o.c. c.e. en sss dans les équipes d'amélioration continue de la qualité des établissements, à partir des besoins mutuels	Nb de représentants d'o.c. c.e. en sss proposés par le Comité sur au moins une équipe par établissement N ^{bre} de participants aux réunions Sujets traités	Responsable de la qualité dans les établissements (CSSS-QN et VC, CH, CJQ-IU) ® Sous-comité des o.c. pour préparer liste de noms potentiels : CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI (P)	1
Développer des outils adaptés d'évaluation de la qualité des services offerts aux communautés ethnoculturelles	Rendre compte des normes et critères sur les minorités ethniques et linguistiques dans le système de mesure de l'évaluation de la qualité des services	Présence de données spécifiques aux communautés ethnoculturelles dans l'évaluation de la qualité des services	Établissements (CSSS-QN et VC, CH, CJQ-IU) ® Agence (P)	2

*L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux
aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale*

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Développer des outils adaptés d'évaluation de la qualité des services offerts aux communautés ethnoculturelles (suite)	Introduction d'une mesure du degré de satisfaction des communautés ethnoculturelles dans le processus d'amélioration continue de la qualité, à partir des critères développés par les instances d'agrément des établissements	Mesure du degré de satisfaction des communautés ethnoculturelles	Commissaire à la qualité des établissements (CSSS-QN et VC, CH, CJQ-IU) ®	3

**Septième volet :
La recherche**

Les principaux besoins retenus à l'égard de la recherche sont liés à

- l'amélioration des connaissances sur les communautés ethnoculturelles résidant dans la région de la Capitale-Nationale en intégrant l'analyse différenciée selon les sexes (ADS);
- l'approfondissement des connaissances sur les situations vécues par les nouveaux arrivants, particulièrement les réfugiés, leurs besoins et leurs attentes au regard de la société d'accueil;
- l'adaptation des pratiques en contexte interculturel;
- la création d'un espace de dialogue et de rencontre entre les chercheurs et les intervenants dans l'objectif de bonifier l'intervention sur le plan de la santé physique, mentale et sociale en contexte interculturel.

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES ® PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Améliorer les connaissances sur l'état de santé et de bien-être des communautés ethnoculturelles	Recensement des études portant sur les besoins de santé et bien-être des communautés ethnoculturelles résidant dans la région	Liste des études recensées Banque de données recensées	Agence/Direction régionale de la santé publique ®	3
Intégrer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans l'analyse des données socio-économiques et démographiques des communautés ethnoculturelles	Traitement qualitatif des données socioéconomiques et démographiques des communautés ethnoculturelles	Données permettant de faire un bilan de santé en lien avec l'accessibilité aux services selon l'ADS	Agence/Direction régionale de santé publique ®	3

L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale

OBJECTIFS	MESURES	INDICATEURS	RESPONSABLES @ PARTENAIRES (P)	ANNÉE
Approfondir les connaissances sur les situations de vie des réfugiés et leur famille depuis leur arrivée dans la région	Développement de projets particuliers d'étude sur les situations de vie des réfugiés et leur famille depuis leur arrivée dans la région	N ^{bre} d'études réalisées	Agence @ Établissements ayant un statut universitaire (P) Milieux de la recherche (P)	3
Identifier et diffuser les approches cliniques fructueuses développées auprès des communautés ethnoculturelles	Inventaire des approches cliniques validées avec des données probantes Diffusion de l'information aux établissements et aux organismes	N ^{bre} d'approches répertoriées Liste des activités de diffusion	Agence @ Établissements ayant un statut universitaire (P) Milieux de la recherche (P)	3
Soutenir la mise en place de forum entre les chercheurs et les intervenants dans l'objectif de bonifier les pratiques socio-sanitaires auprès des communautés ethnoculturelles	Collaboration à des projets de forum en partenariat avec les instances de recherche de la région	N ^{bre} de projets réalisés	Instances de recherche @ Agence (P) Établissements (P) Organismes communautaires (P)	3

4. Suivi du Plan d'action régional 2006-2009

4. Suivi du Plan d'action régional 2006-2009

Sans un engagement ferme des organismes et des établissements concernés, le Plan d'action régional 2006-2009 sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale ne saurait avoir un impact réel sur leur état de santé et de bien-être.

À ce jour, ce sont principalement les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux (CIFQ, CMQ, MEI, MFIQ, SAAI) qui ont porté le flambeau et favorisé l'accessibilité et l'adaptation des services à cette partie de la population, en dépit de leurs maigres moyens.

D'autre part, grâce à l'initiative et à la volonté de professionnels et de gestionnaires d'établissements, des projets ont émergé et un travail de concertation s'est amorcé au cours des dernières années. Ces actions ont facilité l'amorce d'une prise de conscience des responsabilités du réseau public au regard de la clientèle issue des communautés ethnoculturelles et une reconnaissance de l'expertise développée par le réseau communautaire, surtout par la mise en place d'un partenariat dynamique et constructif.

Considérant que des efforts importants devront être consentis pour assurer un suivi à l'implantation du *Plan d'action régional*, le Comité propose à l'Agence, en partenariat avec Immigration-Québec Direction régionale de la Capitale-Nationale et de l'Est-du-Québec (IQDRCNEQ) du MICC, de se doter d'un comité de suivi. Ce comité sera composé de représentants des établissements (CSSS, CH, CJQ-IU) et du milieu communautaire dédié aux communautés ethnoculturelles.

Considérant que ce comité de suivi aura un rôle stratégique dans la logique de la gestion de projet, de par ses représentants nommés par les établissements et les organismes concernés, il sera à même de se donner des leviers pour adresser des attentes aux différents dispensateurs de services pour rencontrer les objectifs adoptés de façon consensuelle lors de l'élaboration du plan d'action. La durée du mandat sera de trois ans, en lien avec l'échéancier défini dans le plan d'action. Le comité se réunira au moins deux fois par année. Il aura le mandat de :

- s'assurer du respect des orientations du Plan d'action régional;
- veiller au respect des engagements de chacun des dispensateurs de services au regard des objectifs et des mesures prévus au Plan d'action régional;
- établir un bilan annuel de l'atteinte des objectifs;
- proposer, au besoin, certaines modifications aux orientations régionales en fonction de l'évolution du contexte de l'organisation ou de l'offre de service, et en fonction des orientations nationales.

5. Mandats et responsabilités en partage

5. Mandats et responsabilités en partage

Afin que le plan d'action et les mesures choisies pour le réaliser mobilisent les acteurs des réseaux public et communautaire, il importe de rappeler, dans le respect des missions dévolues par la LSSSS (2005, chap. 32), les mandats et les responsabilités des différents partenaires déjà impliqués, particulièrement au regard des communautés ethnoculturelles, ou ceux qui le seront davantage au fur et à mesure de la mise en place des mesures suggérées dans ce plan d'action.

5.1 L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (Agence) et les directions concernées

- Cumuler des renseignements et des données au regard des communautés ethnoculturelles et de leurs besoins en matière d'accessibilité aux services de santé et de services sociaux et psychosociaux et les rendre accessibles aux organismes et aux établissements.
- Effectuer un suivi régulier de l'implantation des mesures prévues au plan d'action régional.
- Effectuer un bilan annuel de la mise en œuvre du plan d'action.
- S'assurer de la participation des établissements dans la réalisation des objectifs du plan d'action.
- Soutenir les organismes et les établissements dans l'actualisation des mesures à mettre en place.
- Assurer le suivi des coûts des services.
- Participer à la diffusion de l'information aux nouveaux arrivants sur les services offerts, leurs modalités d'accès et sur les établissements et les organismes dispensateurs de services de santé et de services sociaux.
- Participer à l'évaluation de la qualité des services offerts.
- Faciliter la réalisation d'études reliées à l'état de santé et de bien-être des communautés ethnoculturelles et à leur accessibilité aux services requis par leur état.

5.2 Les établissements

- Définir les modalités à mettre en place pour rendre accessibles les services aux personnes issues des communautés ethnoculturelles, incluant les mécanismes de référence et les contributions attendues des différents partenaires des réseaux local et régional.

- S'acquitter des responsabilités sur le plan local et régional au regard des communautés ethnoculturelles.
- Solliciter la collaboration des organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux (CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI) dans l'exercice de leurs mandats et de leurs responsabilités proposés dans le Plan d'action régional 2006-2009.
- S'assurer que leurs ressources sont mobilisées à la réalisation des mesures.
- Assurer le suivi et la reddition de comptes en ce qui a trait aux mesures établies dans le plan d'action.

5.3 Les organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux (CIFQ, CMQ, MEI, MFI, SAAI)

- Contribuer à faire connaître les besoins des nouveaux arrivants en matière de santé et de bien-être.
- Développer un partenariat avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS) dans l'implantation des réseaux locaux de services s'adressant à la population de leur territoire, incluant la population issue des communautés ethnoculturelles des territoires.
- Consolider le partenariat avec le CJQ-IU en matière d'adaptation de l'offre de service aux jeunes issus des communautés ethnoculturelles et leur famille.
- Préciser leur offre de service auprès des établissements locaux (CSSS) et régionaux (CH, CJQ-IU, CR).
- Contribuer, par leur offre de service sur le plan local, à l'actualisation des projets cliniques au regard de la population issue des communautés ethnoculturelles.
- Actualiser les mesures confiées dans le plan d'action.
- Assurer le suivi de l'atteinte des objectifs du plan d'action.
- Participer au bilan de la mise en œuvre des mesures prévues au plan d'action.

Conclusion

Le Comité consultatif sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale est fier de proposer ce Plan d'action régional 2006-2009 et souhaite qu'il permettra de faire un pas significatif vers la mise en place d'un continuum de services qui répondra davantage aux besoins des personnes des communautés ethnoculturelles de la région de Québec, parce qu'il tiendra mieux compte de leurs réalités et de leurs caractéristiques culturelles, linguistiques et de leurs milieux de vie.

LEXIQUE

LEXIQUE

Accessibilité :

Le concept d'accessibilité renvoie à plusieurs dimensions. Dans le présent document, il réfère à celles retenues par le MSSS, dans son Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux d'octobre 2004, soit l'accessibilité géographique et la proximité, la disponibilité de la gamme de services, l'accessibilité temporelle, la porte d'entrée dans le système, avec une attention particulière aux deux dimensions suivantes : *la réduction des inégalités et la capacité d'adaptation des services aux clientèles particulières et l'acceptabilité des communautés culturelles et linguistiques.*

Adaptation :

Ici, l'adaptation des services se pense en fonction de certaines caractéristiques comme la durée de séjour au pays (les nouveaux arrivants par exemple), ou encore la réalité des réfugiés ou des personnes qui ont vécu des traumatismes pré-migratoires. Cela signifie cerner des difficultés précises en fonction de diverses expériences migratoires et ajuster les services en fonction des besoins spécifiques qui en découlent.

Catégorie d'immigrants en bref¹⁰ (IQDRCNEQ, mise à jour 2006-04-20) :

Les immigrants ayant droit aux services du MICC sont principalement les résidents permanents. Ceux-ci sont issus de trois catégories principales :

- IMMIGRATION ÉCONOMIQUE

Comprend les travailleurs qualifiés (les indépendants) et les gens d'affaires (les entrepreneurs, les investisseurs et les travailleurs autonomes). Ils ont demandé à immigrer au Québec ou au Canada. S'ils ont fait une demande pour le Québec, c'est le Québec qui les sélectionne au moyen d'un questionnaire et de points attribués. La sélection leur procure un Certificat de sélection du Québec (CSQ). Ils doivent ensuite obtenir le visa de résidence permanente canadien qui leur est délivré après un examen médical et une enquête de sécurité faite par les autorités canadiennes. Un délai de carence de trois mois, à compter de la date d'inscription, est imposé avant d'être couvert par l'assurance maladie, à moins qu'il y ait une entente avec le pays d'origine.

¹⁰ Pour plus d'information, on peut consulter l'adresse Internet sur le partage des responsabilités entre le fédéral et le provincial, les différents statuts et les différentes catégories d'immigrants : http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/francais/publications/pdf/Immigration_quebec.pdf

- **REGROUPEMENT FAMILIAL**

Comprend les épouses et les époux de Québécois et Québécoises. Les résidents permanents peuvent parrainer leur conjoint, conjoint de fait (depuis au moins un an) ou leur partenaire conjugal (depuis au moins un an), leur père, leur mère, leurs fils, leurs filles, leur grand-père, leur grand-mère et pour ces autres liens de parenté suivants, si orphelin de père et de mère et âgé de moins de 18 ans et célibataire: leurs frères-sœurs, neveux-nièces et petits-fils-petite-filles. L'adoption internationale fait aussi partie de cette catégorie

Ces personnes sont sous la responsabilité financière de leur(s) parrain(s) pour une durée de dix ans ou jusqu'à la majorité dans le cas d'un enfant. Dans le cas d'un parrainage d'un époux, d'un conjoint de fait ou d'un partenaire conjugal, la durée est de trois ans.

- **RÉFUGIÉS publics et les personnes en situation semblable ou RÉFUGIÉS parrainés, sélectionnés à l'étranger**

Le gouvernement les prend sous sa responsabilité. Ils sont immédiatement inscrits au Programme d'assistance emploi et à la Régie de l'assurance maladie du Québec. De plus, on les installe dans un logement et on leur fournit des meubles pour les chambres à coucher et la cuisine, une cuisinière et un réfrigérateur, de la literie et des accessoires de cuisine ainsi que produits d'hygiène.

Dans le cas des réfugiés parrainés par un organisme, ce dernier est responsable de ses réfugiés pendant un an et doit voir à les installer. Ces réfugiés sont admissibles à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

- **DEMANDEURS D'ASILE**

Ces personnes sont en attente de statut. Ils ont demandé à être reconnus comme réfugiés et attendent la décision. Pendant cette attente ils ont droit de travailler, ont droit à l'assistance emploi et sont couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI). Ils ont aussi droit à l'aide de recherche de logement. S'ils sont acceptés comme réfugiés, ils seront en attente de résidence permanente, ils auront droit aux services du MICC accueil et francisation si nécessaire. S'ils sont refusés, ils doivent retourner dans leur pays d'origine.

VISITEUR (MRCI, 1999)

Personne qui, à titre temporaire, se trouve légalement au Canada ou cherche à y entrer. On regroupe sous cette désignation : le touriste, le travailleur temporaire et l'étudiant étranger. Un visiteur peut avoir accès aux services de santé dans le respect des règles d'admissibilité auprès de la RAMQ et celles de la Loi sur l'assurance-hospitalisation.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

Allen, M.-F et G. Gagnon, 1994, *État de situation de l'accessibilité des services de santé et des services sociaux pour les personnes issues des communautés culturelles de Québec*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (03).

Battaglini, A., Alvaro, E., Poirier, L.-R. et Malijaï Caulet, 2005, *Les services de santé de première ligne et les populations immigrantes. Projet pilote : synthèse*.

Benhadj, L., 2005, *Portrait des femmes immigrantes fréquentant certains organismes publics et communautaires de services de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale*

Centre hospitalier universitaire de Québec, 2004, *Rapport d'auto-évaluation des équipes en vue de la visite CCASS, CHUQ*.

Centre Jeunesse de Québec – Institut universitaire, 2005, *Bilan annuel 2004-2005*.

Centre International des Femmes, Québec, 2005, *Rapport d'activités 2004-2005*.

CLSC Côte-des-Neiges, octobre 2004, *Formation de la Clinique Santé-Accueil 20 ans de formation auprès des réfugiés : 1984-2004*.

Centre multiethnique de Québec, 2005, *Rapport annuel 2004-2005*.

Côté, M., 2006, *Données OLO 2001-2002 à 2004-2005*, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale.

Dictionnaire du recensement de 2001, Statistique Canada.

Direction régionale de la Capitale-Nationale et de l'Est-du-Québec, 2006, *Catégories d'immigrants en bref*, ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles.

Guide de l'utilisateur du recensement de 2001 – *Minorité visible et Groupe de population*, Statistique Canada, site Internet.

Hemlin, I. (2006) document de consultation, version 2006-02-14, sur le Bilan 2002-2005 et Plan d'action régional 2006-2009 sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes immigrantes, réfugiées et des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale – *Commentaires et suggestions*, 16 mars.

Kirmayer, L.J., Rousseau, C., Rosenberg, E., Jimenez, V. et Heather Clarke, 2001, *Développement et évaluation d'un service de consultation culturelle en santé mentale*,

Unité de recherche sur la culture et la santé mentale, Institute of Community and Family Psychiatry, Sir Mortimer B Davis Jewish General Hospital, Montréal.

Lazure, G. et C. Benazera, 2005, *Devenir parent au Québec : Le parcours des familles immigrantes dans la région de Québec* (rapport à paraître).

Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1991, c. 42, a. 3,4,5, 2002, c. 71, a. 2, a. 3.

Recensement 2001, Statistique Canada.

Recensement 2001, Statistique Canada, *Portrait ethnoculturel du Canada, tableaux thématiques, origine ethnique, réponses uniques, pour la région de Québec*.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1999, *Plan de consolidation des services 1999-2002 : consolider l'accès aux services sur une base locale et régionale*.

Saillant, F. et M. Cognet, (2001-2005), *L'autre chez soi. Lien social et significations des pratiques d'intervention visant l'intégration des réfugiés nouvellement arrivés dans les diverses régions du Québec*, projet de recherche Fonds québécois de recherche société-culture.

Thivierge, H. (2006) document de consultation, version 2006-02-14, sur le Bilan 2002-2005 et Plan d'action régional 2006-2009 sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes immigrantes, réfugiées et des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale – *Commentaires et suggestions*, 21 mars.

Ville de Québec, 2000, *Portrait de la population immigrante de la Ville de Québec*.

Ville de Québec, 2003, *Programme d'immigration 2003 de la Ville de Québec*.

Ville de Québec, juin 2004, *Portrait de la population immigrante de la Ville de Québec*.

Sur Internet :

Site Internet sur le partage des responsabilités entre le fédéral et le provincial, les différents statuts et les différentes catégories d'immigrants : http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/francais/publications/pdf/Immigration_quebec.pdf

Site Internet sur l'admissibilité et la non admissibilité à la RAMQ :
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemaladie/index.shtml> et
<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurancemaladie/nonadmissibilite.shtml>

Annexes

Annexe 1 : Articles 2, 3, 4, 5, 6 et 349 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chap. S-4.2

Article 2 : 5° tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles et socio-économiques des régions;

7° favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec. (1991, c. 42, a. 2; 2002, c. 71, a. 1)

Article 3 : Pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux.

1° la raison d'être des services est la personne qui les requiert;

2° le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3° l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie et de ses besoins;

4° l'utilisateur doit, autant que possible, participer aux soins et aux services le concernant;

5° l'utilisateur doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse.
(1991, c. 42, a. 3)

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

Article 5 : Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.
(1991, c. 42, a. 5)

Article 6 : Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.

Rien dans la présente loi ne limite la liberté qu'a un professionnel d'accepter ou non de traiter une personne.
(1991, c. 42, a. 6)

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

Annexe 2

Mandat et composition 2004-2005 et 2005-2006 du Comité consultatif sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes immigrantes, réfugiées et des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale

Ce comité fut créé au printemps 1992, conjointement par le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (devenu en 2005 le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles) et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (devenue en 2005 l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale). Le but du comité était de faciliter une amélioration de l'accessibilité des services de santé et de services sociaux à la population immigrante de la région de Québec.

Ce comité consultatif regroupe des représentants d'organismes communautaires dédiés aux communautés ethnoculturelles en santé et services sociaux et d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux ayant comme préoccupation commune une organisation et une dispensation accessibles et adaptées des services de santé et de services sociaux aux personnes immigrantes et réfugiées.

Dès sa création, le comité consultatif s'est fixé comme objectifs :

- d'assurer le suivi de l'évolution des besoins des personnes immigrantes et réfugiées, et ceux des communautés ethnoculturelles établies dans la région de la Capitale-Nationale;
- de faciliter les échanges sur les pratiques et les problématiques;
- de voir à l'adaptation et à la complémentarité des services en matière de santé et de bien-être.

Les membres du Comité consultatif sur l'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes immigrantes, réfugiées et des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale qui ont participé à l'élaboration du plan d'action au cours des années 2004-2005 et 2005-2006, sont :

M^{me} Lucette Beaumont, CJQ-IU M^{me} Christine Berryman, Centre Holland
M^{me} Nahid Ghafoor, MFI M^{me} Linda Gorman, CSSS de Québec-Nord
M^{me} Bouchra Kaache, CIFQ M^{me} Jelena Krstic, SAAI
M^{me} Dominique Lachance, CMQ M^{me} Ginette Lazure, FSI/Université Laval
M^{me} Marie-Josée Levasseur, CSSS de Québec-Nord M^{me} Nicole Lévesque-Crête, CHA
M^{me} Gloria Lizama, MEI
M^{me} Anne Maheu, Direction régionale de santé publique, ASSS de la Capitale-Nationale
M^{me} Lucie Méthot, CJQ-IU M^{me} Raymonde Pépin, CSSS de la Vieille-Capitale
M. Claude Rossi, Direction régionale de santé publique, ASSS de la Capitale-Nationale
M^{me} Hortensia Siles, t.s. à la retraite, formatrice en approche interculturelle
M^{me} Zainab Sourour, CIFQ/BRILC M^{me} Anne-Marie Vaillancourt, MEI
M^{me} Bernise Vigneault, CHUQ

Ont assisté le comité :

M^{me} Nicole Béliveau, IQDRCNEQ/MICC M^{me} Lynda Benhadj, ASSS de la Capitale-Nationale
M. Daniel Huot, IQDRCNEQ / MICC M^{me} Carmina Perrone, IQDRCNEQ/MICC
M^{me} Margot Tremblay, ASSS de la Capitale-Nationale, animatrice et secrétaire du Comité

Annexe 3 : Portrait de la population immigrée, région administrative de la Capitale-Nationale, 2001

PORTRAIT DE LA POPULATION IMMIGRÉE ¹¹			
Région de la Capitale-Nationale 2001			
Caractéristiques	Femmes	Hommes	Total
Population totale	324 715	303 795	625 510
Population immigrée	9 090	9 580	18 670
Part de la population immigrée	2,8 %	3,2 %	3,0 %
Résidents non permanents	955	1 065	2 025

Population immigrée totale						
<i>Dix principaux pays de naissance</i>	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
1. France	1 895	20,8	2 250	23,5	4 145	22,2
2. États-Unis	650	7,2	505	5,3	1 155	6,2
3. Allemagne	395	4,3	430	4,5	825	4,4
4. Chine	610	6,7	200	2,1	805	4,3
5. Bosnie-Herzégovine	340	3,7	330	3,4	665	3,6
6. Haïti	280	3,1	305	3,2	590	3,2
7. Viêt-Nam	240	2,6	320	3,3	550	2,9
8. Algérie	210	2,3	295	3,1	500	2,7
9. Maroc	195	2,1	300	3,1	495	2,7
10. Roumanie	230	2,5	235	2,5	470	2,5
Total, dix principaux pays	5 045	55,5	5 170	54,0	10 200	54,6
Autres pays	4 045	44,5	4 410	46,0	8 470	45,4
Total	9 090	100,0	9 580	100,0	18 670	100,0
<i>Groupe d'âge</i>	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	N ^{bre}

¹¹ Source : Population immigrée recensée au Québec et dans les régions en 2001; caractéristiques générales – Recensement 2001 données ethnoculturelles, MICC, mars 2004

*L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux
aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale*

PORTRAIT DE LA POPULATION IMMIGRÉE ¹¹						
Région de la Capitale-Nationale 2001						
0 - 14 ans	1 470	16,2	1 110	11,6	2 580	13,8
15 - 24 ans	1080	11,9	955	10,0	2 035	10,9
25 - 34 ans	1 600	17,6	1 680	17,5	3 275	17,5
35 - 44 ans	1 620	17,8	1 840	19,2	3 465	18,5
45 - 64 ans	2 250	24,8	2 855	29,8	5 105	27,3
65 ans et plus	1070	11,8	1 140	11,9	2 210	11,8
Total	9 090	100,0	9 580	100,0	18 670	100,0
<i>Période d'immigration</i>	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	N ^{bre}
Avant 1976	2 145	23,6	2 855	29,8	5 005	26,8
1976-1980	650	7,2	800	8,4	1 445	7,7
1981-1985	755	8,3	685	7,2	1 445	7,7
1986-1990	1 170	12,9	1 410	14,7	2 580	13,8
1991-1995	1 695	18,6	1 350	14,1	3 045	16,3
1996-2001	2 675	29,4	2 480	25,9	5 150	27,6
Total	9 090	100,0	9 580	100,0	18 670	100,0
<i>Connaissance du français et de l'anglais</i>	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%	N ^{bre}	N ^{bre}
Français seulement	4 655	51,2	4 230	44,2	8 890	47,5
Français et anglais	4 035	44,4	5 025	52,5	9 060	48,5
<i>Connaissant le français</i>	8 690	95,6	9 255	96,6	17 950	96,1
Anglais seulement	115	1,3	125	1,3	240	1,3
Ni français ni l'anglais	290	3,2	205	2,1	490	2,6
Total	9 090	100,0	9 580	100,0	18 670	100,0

Définitions¹² :

Population immigrée : personne ayant le statut d'immigrant reçu au Canada ou l'ayant déjà eu. Un immigrant reçu est une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence.

Catégories d'immigration permanente : catégorie du regroupement familial, catégorie de l'immigration économique, catégorie des réfugiés ou des personnes en situation semblable.

Les statuts des personnes se trouvant au Québec, le droit fédéral sur l'immigration distingue différents statuts : citoyen canadien, résident permanent, résident temporaire, personne à qui l'asile est conféré (réfugié), personne sans statut (anciennement appelé revendicateur de statut).¹³

Résidents non permanents : personnes d'un autre pays qui, au moment du recensement, étaient titulaires d'un permis de travail, d'un permis de séjour pour étudiants ou d'un permis ministériel, ou qui revendiquaient le statut de réfugiés, ainsi que les membres de leur famille vivant avec elles.

Période d'immigration : tranches d'années établies d'après les réponses à la question sur l'année d'immigration. Par année d'immigration, on entend l'année au cours de laquelle la personne a obtenu le statut d'immigrant reçu pour la première fois.

Connaissance du français et de l'anglais : indique si le recensé peut soutenir une conversation en français seulement, en anglais seulement, en français et en anglais ou dans aucune de ces deux langues.

¹² Source : Dictionnaire du recensement de 2001, Statistique Canada

¹³ Source : L'immigration au Québec, février 2004, brochure sur le site Internet www.immigration-quebec.qc.ca

Annexe 4

Fiches des organismes offrant des services de santé et des services sociaux et psychosociaux dans la région de la Capitale-Nationale

CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES, QUÉBEC

915, boulevard René-Lévesque Ouest, bureau 110

Québec (Québec) G1S 1T8

Tél. : (418) 688-5530 Fax : (418) 688-1967

Courriel : cifq@bellnet.ca

Site web : www.cifqfemmes.qc.ca

Accessibilité : 7 jours sur 7
24 heures sur 24

Mission :

- Aider les femmes immigrantes et leur famille à s'intégrer dans la société d'accueil.
- Faciliter l'accessibilité aux services de santé et services sociaux.
- Organiser des activités afin de briser l'isolement des femmes immigrantes, les sensibiliser à diverses problématiques et contribuer au rapprochement interculturel entre tous les Québécois.

Clientèle :

- Personnes immigrantes, femmes, enfants et hommes, quel que soit le statut (réfugié, revendicateur de statut, indépendant, etc.)

Services :

- Interprétation (BRILC)
- Cours de français
- Information
- Référence
- Ateliers de couture et décoration
- Activités de rapprochement interculturel
- Orientation
- Activités sociales
- Rencontres de sensibilisation (santé, services sociaux, féminisme, culture québécoise, etc.)
- Sorties et café thématiques
- (Halte-garderie offerte lors des activités)

Référence à

l'organisme : La personne peut se présenter d'elle-même à l'organisme, toutefois, il est souhaitable que la personne appelle pour prendre un rendez-vous.

SERVICE D'AIDE À L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES

318, rue Saint-Vallier Ouest

Québec (Québec) G1K 1K6

Tél. : (418) 523-2058 Fax : (418) 523-4710

Courriel : saai@biz.videotron.ca

Accessibilité : 7 jours sur 7
 24 heures sur 24

Mission :

- Soutenir les immigrants dans leur adaptation et leur intégration sociale dans leur nouveau milieu de vie.
- Sensibiliser les Québécois à la réalité pluriethnique de Québec.

Clientèle :

- Immigrants toutes catégories confondues.
- Québécois à faible revenu.

Services :

• Accueil santé des réfugiés	• Cuisine collective
• Sessions prénatales	• Ateliers de nutrition
• Accompagnement auprès des institutions du réseau de la santé et des services sociaux	• Sessions de formation – information pour ceux nouvellement arrivés
• Sessions postnatales et suivi à domicile	• Dépannage en apprentissage du français
• Jumelage interculturel	• Groupes d'achat
	• Renseignements, références

Référence à l'organisme : La personne elle-même ou référée par un intervenant.

LE MIEUX-ÊTRE DES IMMIGRANTS

2120, rue Boivin, bureau 204

Sainte-Foy (Québec) G1V 1N7

Tél. : (418) 527-0177 Fax : (418) 527-9961

Courriel : m.e.i@bellnet.ca

Accessibilité : Du lundi au vendredi
De 9 h à 17 h

Mission :

- Soutenir les immigrants pour améliorer leurs conditions de vie quotidienne et faciliter leur intégration dans leur nouveau milieu de vie.

Clientèle :

- La clientèle immigrante nouvellement arrivée ou déjà installée.

Services :

- Services psychosociaux reliés à l'adaptation
- Francisation : cours de français à temps partiel – aide individuelle
- Service de placement « bénévolat des étudiants »
 - Accueil
 - Milieu de vie
 - Activités socioculturelles : café rencontre – soupers communautaires
 - Services pour les jeunes et leurs parents : relation d'aide, rencontres d'information, activités de groupe, ateliers d'aide aux devoirs et aux leçons
 - Groupe 50 ans et plus : rencontres hebdomadaires, sorties ponctuelles, séances d'information sur les ressources existantes
- Contacts avec la société québécoise

**Référence à
l'organisme :** La personne elle-même

MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES

Case postale 9846

Sainte-Foy (Québec) G1V 4C3

Tél. : (418) 652-9761 Fax : (418) 652-8257

Courriel : mhfiq@bellnet.ca

Accessibilité : 7 jours sur 7
24 heures sur 24

Mission :

- Offrir un lieu d'hébergement sécuritaire et confidentiel aux femmes immigrantes et québécoises victimes de violence conjugale.
- Lutter contre la violence faite aux femmes et travailler pour un changement social, faire avancer la cause des femmes victimes de violence conjugale et cela en faisant la promotion des valeurs et des principes d'égalité entre les hommes et les femmes.

Clientèle :

- Femmes immigrantes et québécoises victimes de violence conjugale et leurs enfants.

Services :

- Accueil et hébergement (7 jours par semaine, 24 heures par jour)
- Accompagnement dans leurs démarches : à la cour, chez l'avocat, à l'aide sociale, de recherche de logement, etc.
- Service d'interprète dans leur langue maternelle
- Écoute et soutien
- Intervention individuelle et de groupe
- Service d'information sur leurs droits
- Référence
- Écoute téléphonique et consultation (pour les femmes qui ne sont pas hébergées)
- Activités de suivi après hébergement

**Référence à
l'organisme :**

Les services médicaux, sociaux, juridiques, les organismes communautaires, les organismes qui offrent des services aux immigrants, la personne elle-même, les membres de sa famille et ses amis.

LE CENTRE MULTIETHNIQUE DE QUÉBEC

369, rue de la Couronne, 3^e étage

Québec (Québec) G1K 6E9

Tél. : (418) 687-9771 Fax : (418) 687-9063

Courriel : cmq@webnet.qc.ca

Accessibilité : Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30
Pour les réfugiés : en tout temps

Mission :

- Accueil des nouveaux arrivants de toutes catégories dans la région de Québec et soutien dans l'adaptation et l'intégration
- Mandat exclusif de l'accueil des réfugiés publics

Clientèle :

- Immigrants de toutes catégories (réfugiés, travailleurs qualifiés, demandeurs d'asile, parrainés, etc.)

Services :

- Information, accompagnement, référence
- Suivi, support social, activités
- Interventions individuelles et collectives

Référence à l'organisme :

- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
- Citoyenneté et Immigration Canada
- Réseau public et communautaire
- Bouche à oreille

SERVICE D'AIDE PSYCHOLOGIQUE SPÉCIALISÉE AUX IMMIGRANTS ET RÉFUGIÉS (SAPSIR)

Services de consultation de l'École de psychologie
Pavillon Félix-Antoine Savard, 14^e étage
Université Laval
Sainte-Foy (Québec) G1K 7P4
Tél. : (418) 656-5490
Courriel : sapsir@psy.ulaval.ca

Accessibilité : Sur rendez-vous

Mission :

- Service d'ethnopsychiatrie qui s'adresse aux réfugiés et aux immigrants en situation de détresse psychologique. Les personnes réfugiées ayant, pour la plupart, été exposées à des situations extrêmes portent en elles des traumatismes profonds aggravés par le stress de la migration et de l'adaptation.

Clientèle : Pour être admissible au SAPSIR, cette population doit répondre à un des critères suivants :

- avoir été exposée à des situations extrêmes : guerre, génocide, torture, etc.;
- présenter des symptômes sévères de détresse psychologique ou d'état de stress post-traumatique;
- exprimer cette détresse par des symptômes ayant un fort codage culturel (symptômes propres à une culture donnée);
- être d'origine étrangère, mais présentant des problèmes de santé allant au-delà des troubles liés à l'acculturation ou à l'adaptation.

Services : Les interventions du SAPSIR s'adressent également aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (sous forme de counseling) qui désirent avoir un avis, une orientation à leurs interventions et aussi développer une collaboration.

Les activités cliniques (évaluation et psychothérapie) sont conduites par des psychologues spécialisés en ethnopsychiatrie et par des étudiants gradués en psychologie.

Ce projet est subventionné depuis plusieurs années par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Annexe 5

Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)

Les soins couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) pour les demandeurs d'asile sont les suivants :

- soins de santé urgents et essentiels pour le traitement et la prévention de maladies ou de problèmes dentaires graves (y compris les vaccins et autres soins médicaux essentiels de nature préventive);
- vaccination et soins des enfants;
- médicaments sur ordonnance essentiels (liste du PFSI);
- soins dentaires urgents;
- consultations auprès des spécialistes si demandées par un omnipraticien;
- soins pré et périnataux ainsi qu'interruption volontaire de grossesse et contraception;
- de façon exceptionnelle, services psychologiques.

De plus, d'autres soins sont admissibles avec une approbation préalable par le directeur médical du PFSI (demandée par la poste ou par photocopieur (coordonnées en Annexe 4) :

- ambulance/déplacements (sauf pour des soins d'urgence);
- médicaments chers (ex. l'Imitrex, l'Accutane, l'Interféron et le Lamisil);
- psychothérapie;
- physiothérapie;
- prothèses ou aides mécaniques y compris appareils auditifs et yeux artificiels, lunettes et verres correcteurs (l'acuité visuelle doit être fournie).

Les services non admissibles sont :

- les médicaments en vente libre, même avec ordonnance;
- les examens oculaires de routine;
- les médicaments pour l'infertilité.

Coordonnées pour approbation et pour facturation par télécopieur : 1-800-362-7456