Migration et santé :

comprendre le contexte et l'expérience de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut pour viser l'équité en santé

Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Québec

Ce document est disponible en version électronique à cette adresse Internet (section Réfugié(s) et migrant(e)s à statut précaire) :
https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sante-publique/inegalites-sociales-sante

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-97174-0 (imprimé)
ISBN : 978-2-550-97173-3 (PDF)
Cette publication a été versée dans la banque Santécom.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

Beaulieu, C. et Hyppolite, S.-R. (2025). *Migration et santé : comprendre le contexte et l'expérience de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut pour viser l'équité en santé*. Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale, avec la collaboration de Danièle Bélanger de la Chaire du Canada sur les dynamiques migratoires mondiales. Québec, 216 p.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale.

Migration et santé :

comprendre le contexte et l'expérience de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut pour viser l'équité en santé

Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Rédaction

Catherine Beaulieu, Direction de santé publique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Shelley-Rose Hyppolite, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale et Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval

Recherche

Catherine Beaulieu, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Shelley-Rose Hyppolite, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale et Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval

Entrevues et analyse

Catherine Beaulieu, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Collaboration

Danièle Bélanger, Département de géographie de la Faculté de foresterie, de géographie et de géomatique de l'Université Laval

Coordination

Élise Landry, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Sonia Dugal, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Judith Rose-Maltais, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Participation à l'élaboration du projet

Marianne Corneau, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Comité de suivi

Aïcha Mansoor, Service d'aide à l'adaptation des immigrants et des immigrantes (SAAI)

Catherine Beaulieu, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Danièle Bélanger, Département de géographie de la Faculté de foresterie, de géographie et de géomatique de l'Université Laval

Isabel Bernier, Direction générale adjointe – partenariats, services sociaux et réadaptation du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marie-Louise Thiaw, citoyenne

Marie-Sol Alegrias, citoyenne

Nataly Duque, citoyenne

Paula Torres, Centre multiethnique de Québec (CMQ)

Peter Banza, citoyen

Shelley-Rose Hyppolite, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale et Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval

Zakaria Mohamed, citoyen

Contribution à la relecture

Chloé Cébron, Médecins du Monde Canada

Lamia Belfares, Jeffery Hale – Sainte-Brigid's

Sastal Castro-Zavala, Département de psychologie et de travail social de l'Université du Québec à Rimouski

Infographie

Pro-Actif

Conception et réalisation des cartes migratoires

Département de géographie de la Faculté de foresterie, de géographie et de géomatique de l'Université Laval

Révision linguistique

Jacinthe Sirois, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Adriana Lezama-Salazar, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Nancy Boucher, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Organismes ayant participé aux groupes de discussion

Communautés religieuses

Association Chrétienne de la Bonne-Nouvelle

Paroisse Notre-Dame-de-Foy

Éducation

Centre de la petite enfance L'Essentiel

Centre de la petite enfance L'Éveil Enfantin

Centre Louis-Jolliet

École primaire des Berges

École secondaire De Rochebelle

Lis-moi tout Limoilou

Emploi

Centre R.I.R.E. 2000

Comité d'accueil aux réfugiés St-Yves

Option-travail

Service d'orientation et d'intégration des immigrants au travail

Municipal

Office municipal d'habitation de Québec (OMHQ)

Service de police de la Ville de Québec (SPVQ)

Ville de Québec

Organismes communautaires

Carrefour d'Action Interculturel

Centre des femmes de la Basse-Ville

Centre Mgr Marcoux

Centre multiethnique de Québec

Évasion Saint-Pie X

Lauberivière

Maison du Cœur

Maison Inter-Elles

Maison pour femmes immigrantes

Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes

YWCA Québec

Politique

Adjoint de circonscription, Chambre des communes du Canada

Santé et services sociaux

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

Clinique santé des réfugiés

Clinique SPOT-CCSE

Coopérative de solidarité SABSA

Autres contributions

Anne-Frédérique Gosselin, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Céline Lepage, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Gabriel Bergevin-Estable, Chambre des communes du Canada

Isabelle Mauger, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Joël Riffon, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Marianne Simard, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Moussa Diop, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Stéphan Reichhold, Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes

Sylvie Morency, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Tania Lognon, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Remerciements

En tout premier lieu, nous souhaitons remercier grandement toutes les personnes réfugiées, les personnes demandeuses d'asile et les personnes sans statut qui ont accepté de réaliser des entrevues individuelles dans le cadre de cette étude. Merci pour la confiance accordée et aussi d'avoir accepté de partager vos histoires de vie, même si pour certaines, vous ne disposiez pas de la sécurité que peut procurer un statut légal au Canada. Vos propos éclairent sur les diverses raisons et contextes de migration, et permettent de mieux comprendre les conditions d'accueil et les conditions de vie dans lesquelles vous vivez. Ils mettent parfois en lumière des expériences difficiles et des besoins non comblés. La générosité et la motivation avec lesquelles vous avez partagé vos récits témoignent de l'insuffisance des lieux vous permettant d'exprimer vos trajectoires de vie, vos expériences, vos besoins et vos attentes. En espérant que ce projet puisse rendre justice à vos expériences et contribuer à faire entendre vos voix.

Nous adressons aussi nos remerciements aux informateur(-trice)s clés ainsi qu'aux professionnel(le)s qui œuvrent auprès des personnes visées par cette étude et qui ont accepté de participer à ce projet. Votre participation aux groupes de discussion ou aux entrevues individuelles a permis de mieux comprendre les contextes de vie des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut dans la région de la Capitale-Nationale, de saisir les nombreux enjeux que vous rencontrez lors de l'intervention et d'identifier de nombreuses pistes d'action pertinentes pour la région. Sachez que vos propos ont permis de saisir les valeurs et les convictions profondes qui vous animent dans votre travail auprès de ces personnes.

Nous souhaitons également exprimer nos remerciements à tous les membres du comité de suivi, aux expert(e)s de vécu et aux professionnel(le)s qui nous ont secondés dans toutes les étapes de cette étude. Vos nombreux conseils ont permis, d'une part, de construire un projet ancré dans les préoccupations des personnes réfugiées et migrantes, mais également des organismes qui leur portent assistance. Votre appui a également permis d'entrer en contact avec des personnes réfugiées, demandeuses d'asile ou sans statut qui sont, parfois, difficiles à rejoindre.

Enfin, nous souhaitons souligner l'excellente collaboration et l'implication de la Chaire de recherche du Canada sur les dynamiques migratoires mondiales à toutes les étapes de cette étude. L'expertise de longue date de votre Chaire sur les personnes migrantes à statut précaire a été indispensable pour bonifier la qualité de ce rapport de recherche, tant au niveau de son contenu que de la conception des cinq cartes migratoires.

Pour terminer, nous souhaitons souligner que la réalisation de cette étude a été possible grâce au soutien financier de la Fondation pour les Aînés et l'Innovation Sociale (FAIS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale et de la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Mention

La production de ce rapport a débuté avant la pandémie de COVID-19. Toute la démarche a été mise en pause pendant la crise sanitaire. Le contenu de ce document rapporte donc les points de vue de personnes issues de l'immigration et d'intervenant(e)s de différents secteurs interrogé(e)s avant la pandémie de COVID-19.

Ayant retenu une démarche participative pour mener cette recherche, un comité-conseil a été mis sur pied afin de soutenir les diverses étapes. Ce comité regroupe des personnes réfugiées et migrantes ayant passé par différents statuts migratoires précaires, des intervenant(e)s d'organismes communautaires travaillant auprès de personnes migrantes, des professionnel(le)s du réseau de la santé et des services sociaux, et une professeure de l'Université Laval experte de la migration mondiale. Les membres du comité ayant été impliqués dans toutes les étapes de la recherche ont été invités à fournir des photos illustrant soit la période pré-migratoire, la période de transit ou la période d'arrivée et d'installation. Bien que parfois de qualité moindre que les photos provenant de banques d'images, les photos de l'ensemble des membres du comité-conseil ont été privilégiées étant porteuses de significations.

Mot du directeur

La Capitale-Nationale est une des régions les plus prospères au Québec. Malgré cette posture favorable, toutes et tous ne sont pas égaux face à la santé. Les écarts de santé touchent de manière disproportionnée certains groupes de citoyens plus affectés par les processus d'exclusion sociale. C'est le cas des personnes issues de l'immigration, groupe reconnu comme étant particulièrement touché par les inégalités sociales de santé. Force est de constater qu'au sein même de ce sous-groupe, les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire sont plus susceptibles de vivre des inégalités dans les conditions de vie matérielles et sociales, d'être limitées dans l'exercice de leurs droits sociaux et de rencontrer plusieurs barrières dans l'accès aux services de santé et services sociaux.

Les travaux entourant le rapport *Migration et santé : comprendre le contexte et l'expérience de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut pour viser l'équité en santé* s'inscrivent dans la lutte aux inégalités sociales de santé, grande priorité phare de notre Direction de santé publique depuis plusieurs années.

La production de ce rapport s'articule autour de trois engagements importants de notre organisation afin de viser l'équité en santé. La diffusion des connaissances produites par cette démarche nous permettra d'informer et de sensibiliser la population, le réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels sur les inégalités sociales de santé qui touchent plus particulièrement les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.

Cette démarche se veut également un levier pour influencer l'adoption de politiques publiques plus équitables pour les réfugié(e)s et les migrant(e)s à statut précaire, et ce, à différentes échelles : locale, régionale et nationale. Les données issues de cette recherche permettront notamment aux acteurs de prendre des décisions éclairées et de réviser l'organisation des services en fonction des réalités populationnelles.

L'importance accordée à la participation de groupes pouvant vivre dans l'ombre de la société à toutes les étapes de ce projet et la place centrale attribuée aux savoirs expérientiels témoignent également de notre engagement à déployer nos actions de santé publique ancrées dans des approches de participation citoyenne.

Enfin, ce rapport ainsi que les actions de diffusion des résultats et de soutien dans la compréhension des données produites s'inscrivent également en continuité avec le plan d'action « *Vers une Équité en santé* » de notre Direction de santé publique. L'*Équité en santé* est également une des priorités phares de la planification stratégique 2024-2027 du CIUSSS la Capitale-Nationale, dont la responsabilité relève de la Direction de santé publique.

En terminant, les inégalités sociales de santé sont injustes et évitables.
Elles concernent l'ensemble des acteurs de la société.
Ce rapport est un appel à l'action pour un avenir dans une société plus juste et plus équitable.

Un immense merci à celles et ceux qui ont contribué à sa réalisation.

Le directeur de santé publique de la Capitale-Nationale

André Dontigny, M.D

Liste des acronymes et sigles

ACCÉSSS	Alliances des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services sociaux
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
ASSS-CN	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
CAQ	Certificat d'acceptation du Québec
CCNDS	Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
CERDA	Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des personnes réfugiées et demandeurs d'asile
CIC	Citoyenneté et Immigration Canada
CISR	Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Centre multiethnique de Québec
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
CSI	Centre de surveillance de l'immigration
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
ÉDIQ	Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration
ESPUM	École de santé publique de l'Université de Montréal
FAIS	Fondation pour les Aînés et l'Innovation Sociale
GRC	Gendarmerie royale du Canada
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HLM	Habitation à loyer modéré
IRCC	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITS	Infections transmises sexuellement

LIPR	Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés
MdM	Médecins du Monde
MIFI	Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration
MSAM	Migrants sans assurance médicale à Montréal
MSP	Migrant à statut précaire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMHQ	Office municipal d'habitation de Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé
PL	Projet de loi
PMI	Programme de mobilité internationale
PRAIDA	Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
PTET	Programme des travailleurs étrangers temporaires
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SAAI	Service d'aide à l'adaptation des immigrants et des immigrantes
SCRS	Service canadien du renseignement de sécurité
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience acquise
SOIIT	Service d'Orientation et d'intégration des Immigrants au Travail
SPVQ	Service de police de la Ville de Québec
UCJG	Union Chrétienne de jeunes gens
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UQAR	Université du Québec à Rimouski
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
YMCA	Young Men's Christian Association

Table des matières

Remerciements 7
Mention 8
Mot du directeur 9
Liste des acronymes et sigles 10
Liste des tableaux 15
Liste des figures 16
Annexe 16
Introduction 18

Partie 1 : Une mise en contexte de la démarche et des connaissances disponibles au regard de la migration en santé publique 21

Section 1 : Le contexte, les objectifs et la démarche du rapport 22

1.1 Les objectifs du rapport 24
1.2 Une démarche participative 24
1.3 Les démarches de l'étude 25

Section 2 : Les migrations et la santé publique 28

2.1 La migration comme enjeu de santé publique 30

Section 3 : Les déterminants de la santé et la santé des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut : cadres conceptuels et recension de la littérature 32

3.1 Les déterminants de la santé, les inégalités sociales de santé et l'exclusion sociale : cadres conceptuels 34
3.2 Une recension des écrits sur les conditions de vie et la santé des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut 39

Partie 2 : Vers une meilleure compréhension du contexte d'immigration fédéral et provincial, des différents statuts, des trajectoires migratoires et de l'accès aux services publics 49

Section 4 : Le contexte d'immigration canadien et québécois et les responsabilités gouvernementales 50

4.1 Le contexte d'immigration au Canada et au Québec 52
4.2 Les responsabilités gouvernementales en matière d'immigration 52

Section 5 : Les différents statuts d'immigration et leur définition 54

5.1 Les différents statuts d'immigration au Canada 56

5.2 Quelques définitions : les personnes migrantes à statut précaire, réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut 57

Section 6 : Un portrait statistique 60

6.1 Les personnes immigrantes permanentes et temporaires au Canada et au Québec 62

6.2 Les personnes réfugiées sélectionnées à l'étranger au Canada et au Québec 63

6.3 Les personnes demandeuses d'asile au Canada et au Québec 64

6.4 Les personnes sans statut au Canada 65

6.5 Des données statistiques pour la Capitale-Nationale et la ville de Québec 65

6.6 Les données statistiques sur la santé des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire 66

Section 7 : Les trajectoires des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut 68

7.1 Les trajectoires des personnes réfugiées et demandeuses d'asile 70

7.2 Les trajectoires des personnes sans statut 74

7.3 Le statut implicite 74

Section 8 : L'accès aux services publics des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut 76

8.1 L'accès aux services de santé pour les personnes issues de l'immigration 78

8.2 L'accès aux services publics pour les personnes réfugiées 78

8.3 L'accès aux services de santé pour les personnes réfugiées 78

8.4 L'accès aux services publics pour les personnes demandeuses d'asile 82

8.5 L'accès aux services de santé pour les personnes demandeuses d'asile 84

8.6 L'accès aux services publics pour les personnes sans statut 86

8.7 L'accès aux services de santé pour les personnes sans statut 87

Partie 3 : L'expérience de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut dans la Capitale-Nationale : vers une meilleure compréhension de leurs réalités 91

Section 9 : L'expérience de personnes réfugiées dans la Capitale-Nationale 92

Trois exemples de trajectoires de personnes réfugiées 94

L'expérience de dix personnes réfugiées résidant dans la Capitale-Nationale 100

Section 10 : L'expérience de personnes demandeuses d'asile dans la Capitale-Nationale 112

Deux exemples de trajectoires de personnes demandeuses d'asile 114

L'expérience de cinq personnes demandeuses d'asile résidant dans la Capitale-Nationale 118

Section 11 : L'expérience de personnes sans statut dans la Capitale-Nationale 134

Deux exemples de trajectoires de personnes ayant été sans statut 136

L'expérience de cinq personnes sans statut résidant dans la Capitale-Nationale 141

Section 12 : Une analyse synthèse 156

Des contextes prémigratoires dans le pays d'origine marqués par des violences 158

Des parcours migratoires marqués par la peur, la précarité et l'incertitude 158

Une société d'accueil traversée par des expériences d'exclusion sociale 159

Des conditions de vie difficiles 163

Des inégalités sociales de santé 164

Un accès différencié et limité aux services de santé 167

Les stratégies mises en place 170

Partie 4 : Des actions pour agir sur les inégalités sociales de santé des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire 173

Section 13 : Des principes et des actions pour agir sur les inégalités sociales de santé des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire 174

Trois principes clés 177

Cinq orientations stratégiques pour instaurer l'équité en santé envers les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut 179

Section 14 : Les engagements de la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale 196

Conclusion 199

Références 200

Annexe I – Les recours possibles chez les personnes demandeuses d'asiles refusées 214

Liste des tableaux

Tableau 1. Quelques données socioéconomiques des personnes issues de l'immigration et la population générale de la ville de Québec 41

Tableau 2. Les responsabilités gouvernementales en matière d'immigration 53

Tableau 3. Le nombre de personnes immigrantes permanentes et temporaires au Canada et au Québec selon l'année d'admission (2015 à 2021) 62

Tableau 4. Le nombre de personnes réfugiées admises au Canada et au Québec de 2009 à 2019 63

Tableau 5. Le nombre de demandes d'asile déposées au Canada et au Québec de 2011 à 2022 64

Tableau 6. Le nombre de personnes réfugiées admises dans la Capitale-Nationale de 2009 à 2019 66

Tableau 7. L'accès aux services publics pour les personnes réfugiées prises en charge par l'État en 2025 79

Tableau 8. L'accès aux services publics pour les personnes réfugiées parrainées par le secteur privé en 2025 80

Tableau 9. L'accès aux services publics pour les personnes réfugiées reconnues sur place (au Canada) en 2025 81

Tableau 10. L'accès aux services publics pour les personnes demandeuses d'asile en 2025 82

Tableau 11. La couverture du Programme fédéral de santé intérimaire pour les personnes demandeuses d'asile en 2025 85

Tableau 12. L'accès aux services publics pour les personnes sans statut en 2025 88

Tableau 13. Le profil socioéconomique des personnes réfugiées rencontrées 100

Tableau 14. Le profil socioéconomique des personnes demandeuses d'asile rencontrées 118

Tableau 15. Le profil socioéconomique des personnes sans statut rencontrées 141

Liste des figures

Figure 1. La santé et ses déterminants tout au long de la vie 34

Figure 2. Les déterminants de la santé et les phases de migration 35

Figure 3. Les risques à la santé tout au long du parcours migratoire 36

Figure 4. Cadre conceptuel de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS 37

Figure 5. L'exclusion sociale : un modèle conceptuel 39

Figure 6. Une présentation synthèse des différents statuts d'immigration au Canada et au Québec 56

Figure 7. Les déplacements des personnes réfugiées à travers le monde 70

Figure 8. Le chemin Roxham 73

Figure 9. La trajectoire migratoire de Fatima 94

Figure 10. Des violences multiples vécues par Margarita 97

Figure 11. La trajectoire migratoire de Julio 98

Figure 12. Un parcours de statuts empreint de violences 115

Figure 13. La trajectoire migratoire de Juan José 116

Figure 14. Un parcours de statuts empreint de violences 137

Figure 15. La trajectoire migratoire d'Aminata 138

Figure 16. Un parcours de statuts complexe 140

Figure 17. Différents processus d'exclusion sociale affectant les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut 166

Figure 18. Les obstacles importants rencontrés dans le réseau de la santé et des services sociaux selon le statut migratoire 169

Figure 19. Des principes clés et des orientations incontournables pour l'action 180

Annexe

Annexe I – Les recours possibles chez les personnes demandeuses d'asiles refusées 214

Introduction

Les personnes immigrantes parmi les groupes les plus touchés par les inégalités sociales de santé

Les personnes issues de l'immigration sont importantes au sein de notre société puisqu'elles participent activement au développement économique et soutiennent les activités de secteurs essentiels tels que ceux de la santé et de l'éducation. En 2023, la croissance démographique du Québec était majoritairement attribuable à de forts gains migratoires (ISQ, 2024). Selon le recensement de 2021, la population de la province née à l'étranger[1] représentait 1,42 million de personnes (ISQ, 2023), soit environ 16 % de la population. Ces quelques chiffres témoignent du poids démographique indéniable de l'immigration au Québec. En 2021, la Capitale-Nationale comptait 50 535 personnes immigrantes, soit 6,9 % de la population (Statistique Canada, 2021). Ce pourcentage augmente d'année en année dans la région.

Alors que la majorité des personnes immigrantes jouissent pratiquement des mêmes droits que les citoyen(ne)s en tant que résidents permanents, certains groupes vivent une grande précarité.

Cette précarité est fortement liée aux différents statuts d'immigration qui accordent des droits différents. Les droits sociaux sont quasi absents pour les personnes sans statut qui vivent au Québec, une situation qui survient le plus souvent lorsqu'un visa de séjour expire ou n'est pas renouvelé.

Pour les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut, la précarité est aussi liée aux expériences antérieures difficiles vécues dans le pays d'origine et de transit, ainsi qu'au parcours migratoire. Enfin, la précarité est également liée à l'exclusion sociale dans la société d'accueil et aux conditions de vie à leur arrivée et pendant les années qui suivent.

Au Canada, il est reconnu que les personnes immigrantes figurent parmi les groupes les plus touchés par les inégalités sociales de santé. Plusieurs recherches confirment le lien entre le statut d'immigration et un moins bon état de santé physique et mentale (Viruell-Fuentes *et al.*, 2012; De Maio et Kemp, 2010; Malmusi *et al.*, 2010; Dunn et Dyck, 2000; Bolaria et Bolaria, 1994). Malgré ce constat, les connaissances sur les conditions de vie, l'état de santé et l'accès aux soins de santé et aux services sociaux des populations immigrantes dans la Capitale-Nationale demeurent limitées.

Une invitation à une meilleure compréhension des liens entre migration et santé

Ce rapport permet de mieux comprendre les raisons et les contextes migratoires de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut qui vivent dans la région de la Capitale-Nationale. Il permet de mieux saisir les conditions de vie difficiles et montre les obstacles auxquels ces groupes font face pour accéder aux services essentiels, comme ceux du réseau de la santé et des services sociaux.

Les données présentées permettent de mieux comprendre comment se construisent et se vivent les inégalités sociales de santé qui touchent particulièrement les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut de la région de la Capitale-Nationale. Il décrit les impacts des inégalités sociales et de l'exclusion sociale vécue sur leurs conditions de vie et sur leur santé.

1. Ce chiffre comprend les immigrant(e)s ayant obtenu leur résidence permanente ainsi que les résident(e)s non permanent(e)s.

Ce rapport met l'accent sur l'expérience vécue de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut qui vivent dans la région de la Capitale-Nationale en accordant une place centrale à leur parole, leurs perceptions et leurs représentations. Il permet de donner une voix à des personnes qui vivent dans la région, mais parfois en marge de la société. Il permet de mettre en lumière des personnes qui vivent parfois dans l'ombre.

Cette étude se place en continuité avec la démarche du *Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé de 2012* et s'inscrit dans la priorité sur les inégalités sociales de santé de la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale qui recommande de documenter les inégalités sociales de santé chez les groupes particulièrement touchés comme les personnes migrantes et de mener des recherches axées sur une approche participative. Enfin, ce rapport s'aligne à la priorité sur les inégalités sociales de santé renouvelée de la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale et celle issue de la planification stratégique 2024-2027 du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

La structure du rapport

Ce rapport comprend quatre parties. La première présente une mise en contexte de la démarche et des connaissances disponibles au regard de la migration en santé publique. On y retrouve les enjeux spécifiques de la migration en santé publique à différents niveaux, les cadres conceptuels sur lesquels repose ce rapport et un résumé de la littérature scientifique et grise au regard de l'exclusion sociale vécue, des conditions de vie et de l'état de santé des personnes réfugiées et migrantes.

La deuxième partie présente le contexte politique lié à l'immigration, les différentes catégories administratives, les définitions des groupes retenus pour l'étude, ainsi qu'un portrait statistique. Cette partie comprend également des exemples de trajectoires migratoires des groupes visés par ce projet et précise l'accessibilité aux services publics pour les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut.

La troisième partie du document se consacre aux personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut qui vivent dans la région de la Capitale-Nationale. Cette partie met l'accent sur l'expérience vécue de ces groupes, en accordant une place centrale à leur parole, leurs perceptions et leurs représentations. On y retrouve également des propos soulevés par les informateur(-trice)s clés rencontré(e)s. Cette troisième partie présente une analyse synthèse des entretiens qui permet de mieux comprendre les inégalités sociales vécues, les impacts sur les conditions de vie et les problèmes d'accès aux services essentiels. Aussi, cette partie permet de mieux saisir les effets de l'exclusion sociale sur les conditions de vie et la santé des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut et elle permet également de mieux comprendre comment se construisent et se vivent les inégalités sociales de santé pour ces personnes.

Finalement, la dernière partie de ce rapport propose différentes recommandations qui visent à réduire les inégalités sociales de santé chez les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut. Les recommandations formulées par les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut rencontrées ainsi que des informateur(-trice)s clés rejoint(e)s sont présentées. Enfin, le rapport se termine avec les engagements du directeur de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Partie 1

Une mise en contexte de la démarche et des connaissances disponibles au regard de la migration en santé publique

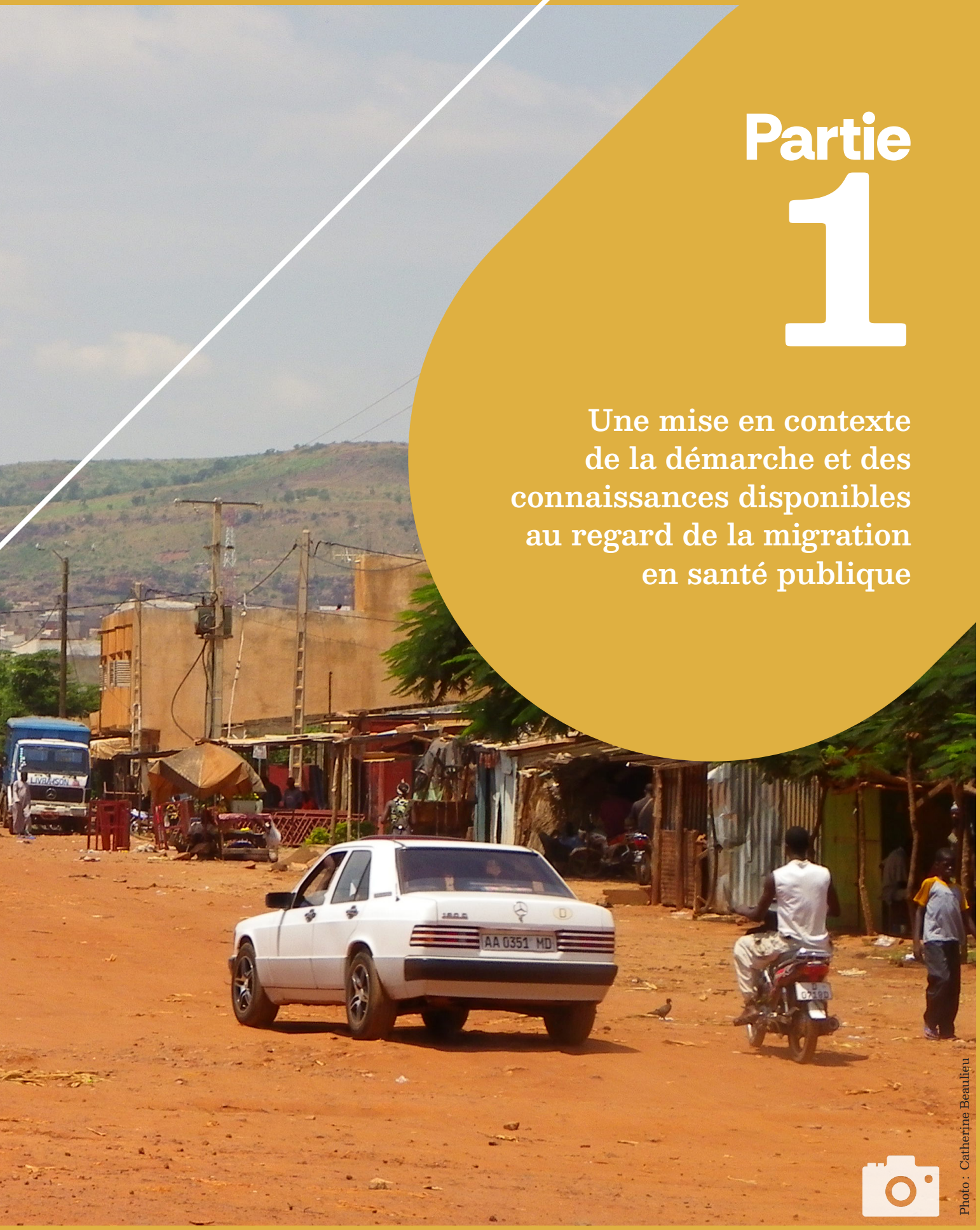


Photo : Catherine Beaulieu

Section 1

Le contexte,
les objectifs et la
démarche du rapport

Photo : Pierre Emmanuel Gauthier

1.1 Les objectifs du rapport

La réduction des inégalités sociales de santé est une priorité au sein de la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale depuis plusieurs années. En effet, en plus des quatre axes proposés par le *Programme national de santé publique 2016-2025*, le *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020* (reconduit jusqu'en 2025) du CIUSSS de la Capitale-Nationale comprend un cinquième axe spécifique à l'équité en santé ainsi qu'un axe transversal sur les inégalités sociales de santé qui interpellent toutes les activités de santé publique.

Ce rapport s'inscrit ainsi dans le cinquième axe du *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020* du CIUSSS de la Capitale-Nationale portant sur l'équité en santé qui recommande de documenter les inégalités sociales de santé chez les groupes particulièrement touchés et de mener des recherches axées sur une approche participative.

Globalement, les objectifs de ce rapport visent à :

1. Résumer le contexte fédéral et provincial d'immigration, les responsabilités des différents paliers gouvernementaux, les différents statuts d'immigration ainsi que l'accès aux services publics selon certains statuts migratoires.
2. Contribuer à une meilleure compréhension des contextes prémigratoires, des trajectoires migratoires et des conditions de vie de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut vivant dans la Capitale-Nationale.
3. Identifier les problèmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut vivant dans la Capitale-Nationale.
4. Proposer des pistes d'action qui visent à réduire les inégalités sociales de santé pour les personnes réfugiées et les personnes migrantes à statut précaire de la Capitale-Nationale.

1.2 Une démarche participative

S'appuyant sur des approches reconnues et prônées pour réduire les inégalités sociales de santé, la production de ce rapport a privilégié une approche axée sur :

- La collaboration et la participation des acteurs concernés, notamment celles de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut vivant dans la Capitale-Nationale.
- Les expériences, le vécu et les représentations de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut en complémentarité des données statistiques, épidémiologiques et du point de vue des experts. Cette approche visait notamment à comprendre comment se construisent les inégalités sociales de santé auprès de ces trois groupes dans la Capitale-Nationale.

Ce rapport permet de mieux connaitre les trajectoires de certains groupes issus de l'immigration et de donner une voix à des personnes de la société qui demeurent pour plusieurs trop souvent invisibles et qui ont peu ou pas de place dans l'espace public pour se faire entendre et se faire reconnaitre.

1.3 Les démarches de l'étude

1.3.1 Les groupes retenus pour cette étude

La priorisation des groupes retenus pour cette étude a été faite par le comité-conseil de la recherche. Bien que les personnes réfugiées ne soient pas des personnes à statut précaire, le comité a décidé de les inclure dans ce projet, car elles sont reconnues comme un groupe particulièrement affecté par divers problèmes de santé et que la ville de Québec figure parmi les quatorze villes de la province à accueillir des personnes réfugiées prises en charge par l'État.

Des personnes œuvrant dans le milieu communautaire ont également témoigné d'une augmentation importante de personnes demandeuses d'asile et de la pression exercée sur leurs organisations dans un contexte où l'offre de services était extrêmement limitée, voire inexistante dans la région pour les personnes demandeuses d'asile, et ce, jusqu'en 2023. Ce groupe a ainsi été ciblé pour cette étude.

Quant aux personnes sans statut, à notre connaissance, au moment de la priorisation, aucune recherche dans le domaine de la santé ne s'était intéressée à elles dans la région. Ces personnes sont susceptibles de cumuler de nombreux facteurs de vulnérabilité qui affectent leurs conditions de vie et leur santé. Ce groupe a été inclus dans l'étude.

D'autres groupes de personnes migrantes à statut précaire auraient mérité d'être considérés, mais pour des raisons de capacité, trois groupes jugés prioritaires par le comité-conseil (personnes réfugiées, personnes demandeuses d'asile et personnes sans statut) ont été retenus.

1.3.2 La revue de littérature

Dans un premier temps, une revue des écrits scientifiques et de textes provenant de la littérature grise à l'international et au Canada a permis de dresser le portrait des connaissances disponibles sur les trois groupes retenus dans notre étude.

Les thèmes abordés dans la revue de littérature concernent les questions de recherche, notamment la migration et la santé publique, l'exclusion sociale, les conditions de vie, l'état de santé et l'accès aux services de santé et aux services sociaux des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et migrantes sans statut qui vivent au Canada et au Québec et plus largement dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

1.3.3 La formation d'un comité-conseil

Un comité-conseil a été mis sur pied afin de soutenir les diverses étapes de la démarche de recherche. Ce comité regroupait des personnes réfugiées et migrantes ayant passé par différents statuts migratoires précaires, des intervenant(e)s d'organismes communautaires travaillant auprès de personnes migrantes, des professionnel(le)s du réseau de la santé et des services sociaux, et une professeure de l'Université Laval experte de la migration mondiale.

Les membres du comité ont été impliqués dans toutes les étapes de la recherche, soit la validation des objectifs, l'élaboration de la méthodologie, le recrutement des participant(e)s et des informateur(-trice)s clés et l'analyse des résultats. La parité des expert(e)s de vécu et des professionnel(le)s au sein du groupe a permis de construire un projet axé sur les besoins des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut visées par cette étude.

Le comité-conseil s'est réuni douze fois entre avril 2018 et mars 2024 au Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes (SAAI) et au Centre multiethnique de Québec (CMQ). Les réunions ont été suspendues pendant toute la durée de la pandémie de COVID-19 et reprises progressivement de mars 2022 à mars 2024.

1.3.4 Les entrevues auprès de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut

Entre juillet 2018 et septembre 2019, vingt entrevues individuelles ont été réalisées. Parmi les personnes rencontrées, il y avait deux personnes réfugiées reconnues sur place, une personne réfugiée parrainée, sept personnes réfugiées prises en charge par le gouvernement, cinq personnes demandeuses d'asile, dont deux qui étaient déboutées, et cinq personnes migrantes qui avaient été ou étaient sans statut. Ces personnes avaient des caractéristiques diversifiées au regard du pays de provenance, de l'âge, du sexe, du statut matrimonial, de la langue maternelle, de la maitrise du français et du niveau de scolarisation atteint. Tous et toutes résidaient dans la ville de Québec. Il n'a pas été possible de capter les expériences de personnes habitant sur le territoire de Portneuf et de Charlevoix.

Le recrutement des participant(e)s s'est fait avec l'aide de personnes expertes de vécu du comité-conseil (4 personnes recrutées), d'organismes communautaires du territoire (10 personnes recrutées) et d'informateur(-trice)s clés ayant participé aux groupes de discussion (2 personnes recrutées). Les personnes sans statut ont été plus difficilement joignables et il a fallu diversifier davantage les stratégies de recrutement en sollicitant d'autres organisations communautaires (2 personnes recrutées) et même les personnes ayant participé aux entretiens individuels selon la technique boule de neige (2 personnes recrutées).

Les entretiens individuels ont eu lieu au domicile des personnes participantes (16) ou dans des organismes communautaires (4), selon le souhait des personnes. Un repas et une compensation financière leur ont été offerts.

Près de la moitié des entrevues se sont tenues en présence d'interprètes officiels. Trois entrevues se sont déroulées avec des interprètes non officiels : ami(e)s et intervenant(e)s communautaires. Plusieurs de ces entretiens se sont déroulés en espagnol, un en arabe et deux en népalais. Lors des entrevues, les personnes réfugiées et migrantes ont discuté de leurs expériences d'exclusion sociale, de leurs conditions de vie et des problèmes d'accès aux services de santé et sociaux rencontrés. Les entrevues ont duré entre 90 et 120 minutes.

1.3.5 Les groupes de discussion et les entretiens individuels auprès des informatrices et informateurs clés

Au printemps et à l'été 2019, des informateur(-trice)s clés œuvrant dans divers services et initiatives destinés aux personnes réfugiées ou migrantes à statut précaire ont aussi été rencontrés lors de groupes de discussion et d'entretiens individuels. Leurs témoignages ont permis de compléter les informations sur les expériences d'exclusion, les conditions de vie, et aussi, identifier des stratégies d'intervention prometteuses susceptibles de réduire les inégalités sociales de santé touchant les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.

Au total, six groupes de discussion et six entretiens individuels auprès de personnes œuvrant au sein du secteur municipal, politique, communautaire, de la santé, de l'éducation, de l'emploi et au sein de communautés religieuses ont été réalisés. Les groupes de discussion ont mobilisé chacun entre quatre à huit personnes pour un total de 36 personnes rencontrées. Les entretiens de groupe ont duré en moyenne deux heures. Les entretiens individuels ont duré en moyenne 60 minutes.

1.3.6 La démarche d'analyse des données

Toutes les entrevues réalisées dans le cadre de la recherche ont été enregistrées et retranscrites sous forme de verbatim.

Les données recueillies à la suite des entrevues individuelles et des groupes de discussion ont fait l'objet d'une analyse de contenu avec le logiciel NVivo.

Un retour a également été fait auprès du comité de suivi afin de présenter l'analyse des données recueillies dans le but de discuter des informations ressorties de l'analyse, de discuter de la forme que prendrait la présentation des résultats dans le rapport de recherche, et de s'assurer qu'aucun préjudice ne serait porté aux personnes ayant participé.

1.3.7 Des enjeux éthiques particuliers

Ainsi, en plus des enjeux éthiques conventionnels, une réflexion importante a été menée avec le comité de suivi, le comité d'éthique en santé des populations de première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale ainsi que la Commission d'accès à l'information du Québec afin de diminuer au maximum les préjudices qui auraient pu être vécus par les personnes participantes.

Quel que soit le statut au Québec, certaines personnes participantes visées par l'étude pouvaient avoir vécu différentes situations d'abus, de violence et d'exploitation pendant leur exil, leur migration, ou encore, dans la société d'accueil. Ainsi, puisque les entrevues auraient pu réactiver certains traumatismes ou activer certaines émotions désagréables, une entente avec l'équipe interculturelle du CIUSSS de la Capitale-Nationale a été développée afin d'accompagner les personnes qui auraient eu besoin d'un suivi psychologique à la suite des entrevues. En outre, en raison d'une moins bonne maitrise du français pour certain(e)s et des enjeux reliés à la déportation pour les personnes sans statut, le consentement a été donné verbalement pour la majorité des participant(e)s. Les consentements verbaux ont ensuite été consignés par écrit par la professionnelle qui menait les entrevues.

En raison de la crainte de dévoiler l'absence de statut juridique et des enjeux reliés à une éventuelle déportation, il a été essentiel de mettre en place des mesures supplémentaires pour protéger la confidentialité et la sécurité des personnes sans statut. Les personnes sans statut n'ont pas été tenues de fournir leur nom, leur numéro de téléphone ou leur adresse. Elles ont été informées qu'aucune organisation et qu'aucune personne ne pourrait obtenir de l'information sur leur statut irrégulier et que la participation à cette étude ne nuirait en aucun cas à la régularisation de leur statut migratoire.

Malgré toutes les mesures mises en place pour protéger la confidentialité des personnes sans statut, plusieurs personnes approchées n'ont pas accepté de nous rencontrer. Au final, seules des femmes qui prévoyaient ou qui étaient en démarche de régularisation de leur statut ont accepté de réaliser une entrevue.

Enfin, cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche sectorielle en santé des populations et première ligne du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

1.3.8 Des travaux en pause pendant la pandémie de COVID-19

La pandémie de la COVID-19 a amené la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale à mobiliser de nombreux efforts en matière de ressources humaines. Plusieurs dossiers de santé publique ont été mis en pause pendant la crise sanitaire. Ainsi, les phases d'analyse et de rédaction de ce rapport ont été largement suspendues entre avril 2020 et septembre 2022; avec une reprise progressive des travaux par la suite. Cette pause a nécessité de nombreuses mises à jour sur les contenus déjà élaborés avant la pandémie.

Section 2

Les migrations et la santé publique

2.1 La migration comme enjeu de santé publique

Aux niveaux international et national, la migration représente un enjeu de santé publique important de même qu'elle est également considérée dans différentes priorités au Québec.

2.1.1 Au niveau mondial

Au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnait que la migration est un déterminant important de la santé (OMS, 2022). L'OMS œuvre sur la santé des personnes migrantes pour :

- promouvoir le droit à la santé des personnes réfugiées ou migrantes;
- coordonner des politiques en matière de santé et de migration;
- fixer des normes et des critères pour soutenir les prises de décision;
- renforcer les systèmes d'information sanitaire;
- élaborer des outils et des stratégies;
- offrir un appui d'assistance technique, d'intervention et de renforcement des capacités pour résoudre les problèmes de santé;
- favoriser les actions multilatérales et la collaboration internationale (OMS, 2023).

Force est de constater que les personnes réfugiées ou migrantes figurent parmi les groupes les plus touchés par des problèmes de santé en raison de la discrimination, de mauvaises conditions de vie et d'un accès inadéquat aux services de santé (OMSb, 2022).

La pandémie de COVID-19 a également exacerbé les inégalités préexistantes entre ces groupes et la population générale et a mis en lumière les conséquences en termes de risque accru d'infection et de mortalité plus élevée chez ces populations (OMS, 2022).

En 2019, l'OMS a élaboré un plan d'action mondial sur la promotion et la santé des personnes réfugiées et migrantes qui s'articule autour de six priorités :

- Promouvoir la santé des personnes réfugiées et migrantes par des interventions de santé publique à court et à long terme.
- Promouvoir la continuité et la qualité des soins essentiels, tout en mettant au point, en renforçant et en appliquant des mesures pour la santé et la sécurité au travail.
- Défendre la prise en compte de la santé des personnes réfugiées et migrantes dans l'action multiniveau et par la collaboration intersectorielle, notamment par la promotion des droits et de politiques sur le plan de la santé, de la protection sociale et juridique.
- Renforcer les capacités d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et progresser plus vite vers la réalisation des objectifs de développement durable, y compris vers l'instauration d'une couverture sanitaire universelle.
- Renforcer les systèmes de suivi et d'information sanitaire.
- Soutenir des mesures tendant à améliorer la communication à base factuelle en matière de santé et à combattre les idées fausses concernant la santé des personnes réfugiées et migrantes.

Dans la continuité de ce plan d'action mondial, l'OMS a mis sur pied le Programme santé et migrations afin d'assurer un leadership mondial sur les questions de santé auprès de ces populations (OMS, 2022).

2.1.2 Au Canada

Au Canada, l'Agence de la santé publique du Canada mène différentes actions au regard de la santé des populations immigrantes en :

- participant à la production de données probantes sur les populations immigrantes (notamment en couplant les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes à la Base de données longitudinales sur l'immigration);
- partageant les connaissances produites afin d'orienter les processus décisionnels;
- investissant pour aider les collectivités à réduire les inégalités sociales de santé, notamment par des programmes ciblant les personnes immigrantes;
- établissant différents partenariats intersectoriels afin d'améliorer la santé des personnes immigrantes (ASPC, 2019).

2.1.3 Au Québec

Au niveau provincial, par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le réseau de la santé et des services sociaux vise à :

- agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion;
- atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

Par ailleurs, l'organisation des ressources humaines, matérielles et financières du réseau de la santé et des services sociaux doit :

- tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions;
- favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec (Publications Québec, 1991).

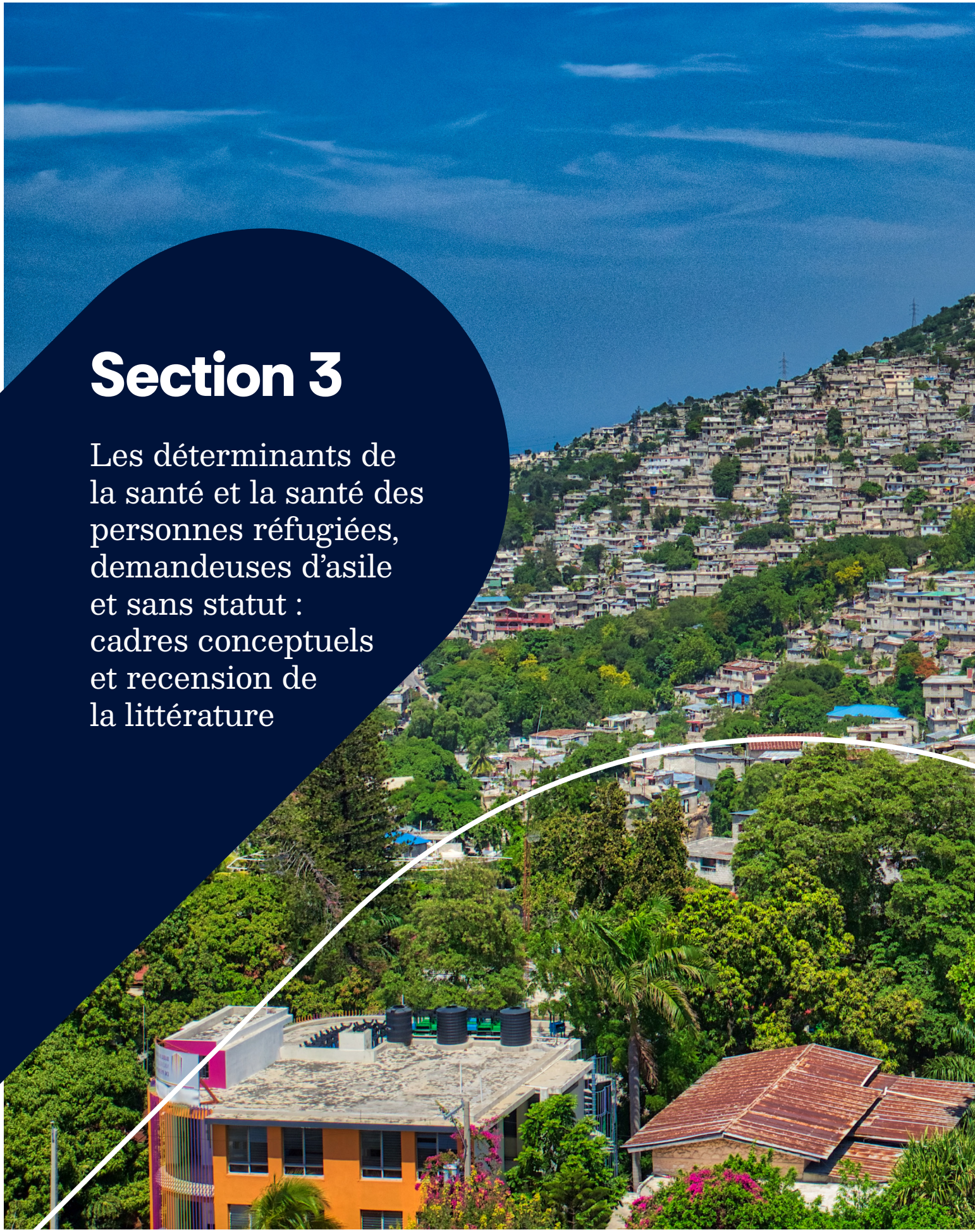
Ces différentes dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux viennent ainsi reconnaitre la pertinence du mandat du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux pour les personnes issues des communautés ethnoculturelles. Le mandat de ce comité est de fournir des avis au (à la) ministre de la Santé et des Services sociaux sur la prestation de services destinés aux communautés culturelles dans le système de santé.

Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux a également mandaté le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des personnes réfugiées et demandeuses d'asile (CERDA) afin de le soutenir pour élaborer des recommandations basées sur des connaissances scientifiques et l'aiguiller quant aux meilleures pratiques. Le CERDA exerce également un rôle d'expert-conseil auprès des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) dans l'organisation clinique des services d'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugié(e)s.

D'autres dispositions politiques permettent d'agir sur l'exclusion sociale des personnes migrantes à statut précaire. Notons :

- La loi 83 adoptée en 2021 qui offre un meilleur accès à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) aux enfants dont les parents ont un statut d'immigration précaire.
- Les orientations ministérielles concernant les services de santé et services sociaux offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec inscrites dans le document *Une passerelle vers un avenir en santé*.
- Les orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans le réseau de la santé et des services sociaux permettant d'assurer des services sécuritaires et de qualité aux personnes ne maitrisant pas le français.

Enfin, le rapport *Le racisme au Québec : tolérance zéro* qui a mené à la mise sur pied du groupe d'action gouvernementale contre le racisme, le 15 juin 2020, est aussi un pas de plus pour agir sur la discrimination des minorités visibles.



Section 3

Les déterminants de la santé et la santé des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut : cadres conceptuels et recension de la littérature

3.1 Les déterminants de la santé, les inégalités sociales de santé et l'exclusion sociale : cadres conceptuels

3.1.1 Les déterminants de la santé

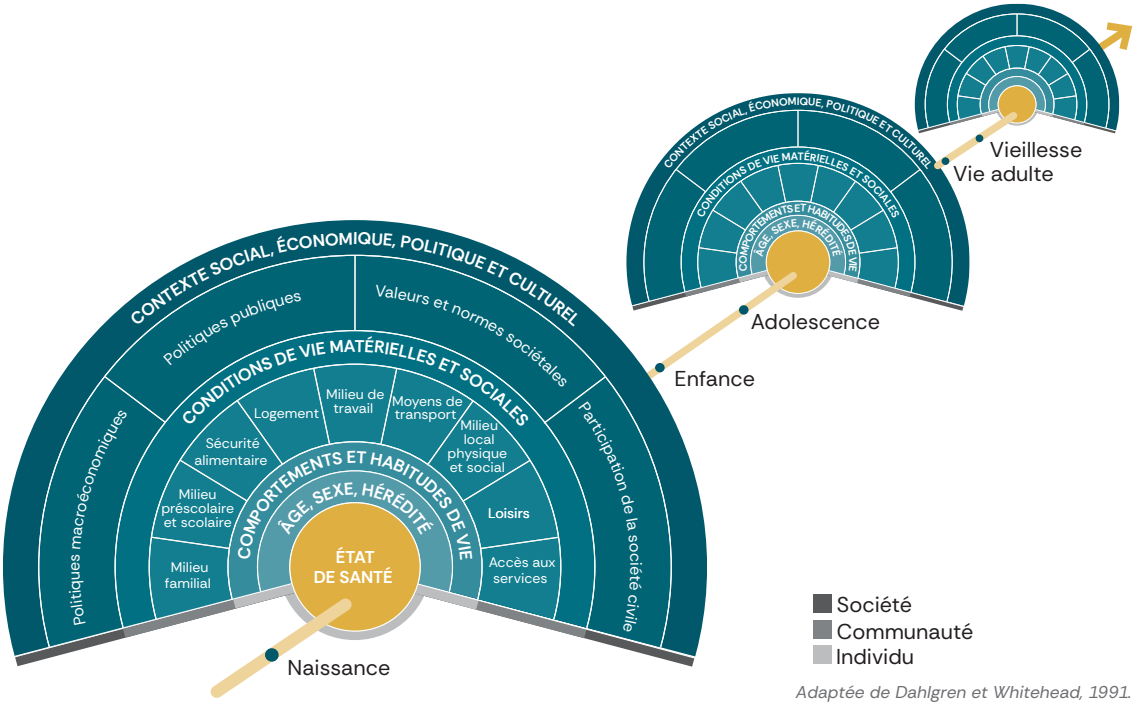
De nombreux déterminants de la santé influencent l'état de santé des personnes :

- Le contexte social, économique, politique et culturel.
- Les conditions de vie matérielles et sociales.
- Les comportements et les habitudes de vie.
- L'âge, le sexe et l'hérédité.

La figure 1 montre que les différentes catégories de déterminants superposés exercent une influence sur les autres. Les comportements et les habitudes de vie des personnes sont influencés par les conditions de vie matérielles et sociales dans lesquelles elles vivent, elles-mêmes influencées par le contexte global. Cette figure montre que la santé est le résultat des influences multiples des différents déterminants dès le plus jeune âge et tout au long de la vie.

Les déterminants de la santé sont les mêmes pour les réfugié(e)s et les personnes migrantes, toutefois leur statut migratoire combiné aux autres déterminants peut complexifier leur contexte de vie, les rendre davantage vulnérables et entrainer des conséquences sur leur santé (figure 2) (OMS, 2022).

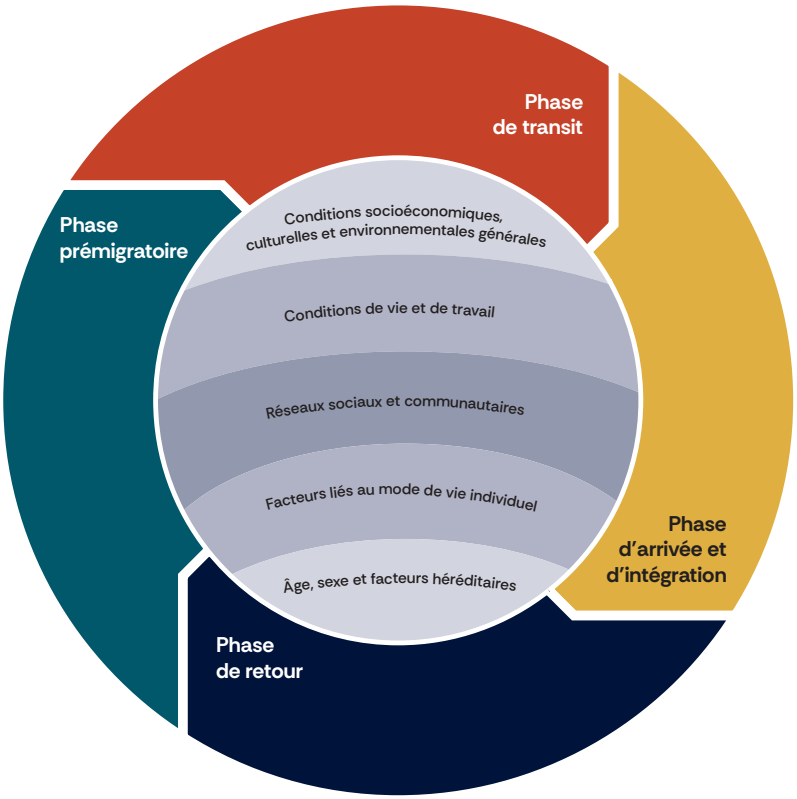
Figure 1. La santé et ses déterminants tout au long de la vie



Adaptée de Dahlgren et Whitehead, 1991.

Source : Adaptée de Dahlgren et Whitehead, 1991 et tirée de Hyppolite SR, 2012

Figure 2. Les déterminants de la santé et les phases de migration



Source : OMS, 2022

3.1.2 Les risques à la santé liés au parcours migratoire

À chaque étape du parcours migratoire, les personnes migrantes peuvent être confrontées à différents facteurs et circonstances qui auront des effets néfastes sur les déterminants de la santé mentionnés ci-dessus.

Il est reconnu que plusieurs facteurs liés à la migration exercent des influences spécifiques et délétères sur l'état de santé (Gushulak, 2010). En effet, les personnes migrantes sont susceptibles de faire face à plusieurs risques pour leur santé dans leur pays d'origine, pendant la migration et dans la société d'accueil (figure 3).

Dans le pays d'origine, un faible statut socio-économique, l'instabilité politique, l'expérience de la guerre et de violences, le fait d'avoir vécu des catastrophes naturelles, le profil épidémiologique des maladies, un système de santé peu efficace sur le plan préventif et curatif représentent, sans être exhaustifs, des facteurs importants qui agissent sur la santé des personnes (Matlin *et al.*, 2018; Wickramage *et al.*, 2018).

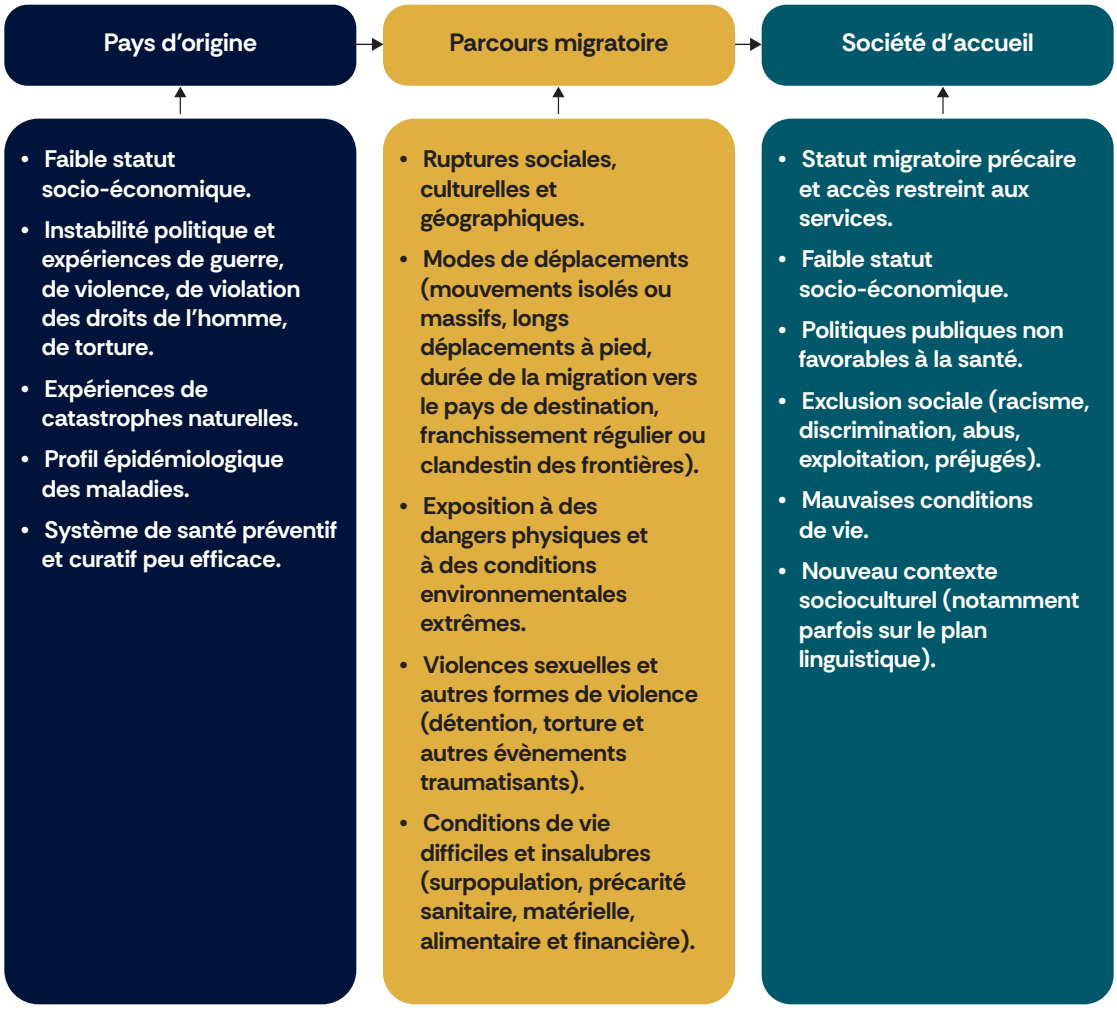
Quant à l'expérience de la migration, elle représente une série d'évènements particulièrement marquants pour ces personnes. Elle implique notamment de quitter sa famille, ses ami(e)s, ses repères sociaux, culturels et géographiques (Gravel et Battaglini, 2000).

Le caractère volontaire ou forcé de la migration entrainera également des conséquences sur la santé des individus (OIM, 2013; Gravel et Battaglini, 2000). Les personnes migrantes qui quittent leur pays dans un contexte d'exil peuvent passer des mois, voire des années, dans des pays de transit ou des camps formels ou informels de personnes réfugiées.

Un parcours migratoire caractérisé par des conditions de déplacement dangereuses, une exposition à différentes formes de violence et des conditions de vie difficiles présentent de grands risques pour la santé (Matlin *et al.*, 2018; Wickramage *et al.*, 2018; Santé Canada, 2010).

Au sein de la société d'accueil, il est reconnu qu'un statut d'immigration précaire, des droits sociaux limités, un faible statut socio-économique, des politiques publiques non favorables à la santé, l'exclusion sociale, de mauvaises conditions de vie, un contexte socioculturel nouveau, l'exposition à de nouvelles maladies auront pour effet d'augmenter les inégalités sociales de santé qui affectent les personnes migrantes (Matlin *et al.*, 2018; Wickramage *et al.*, 2018; Gushulak, 2010; Simich et Jackson, 2010).

Figure 3. Les risques à la santé tout au long du parcours migratoire



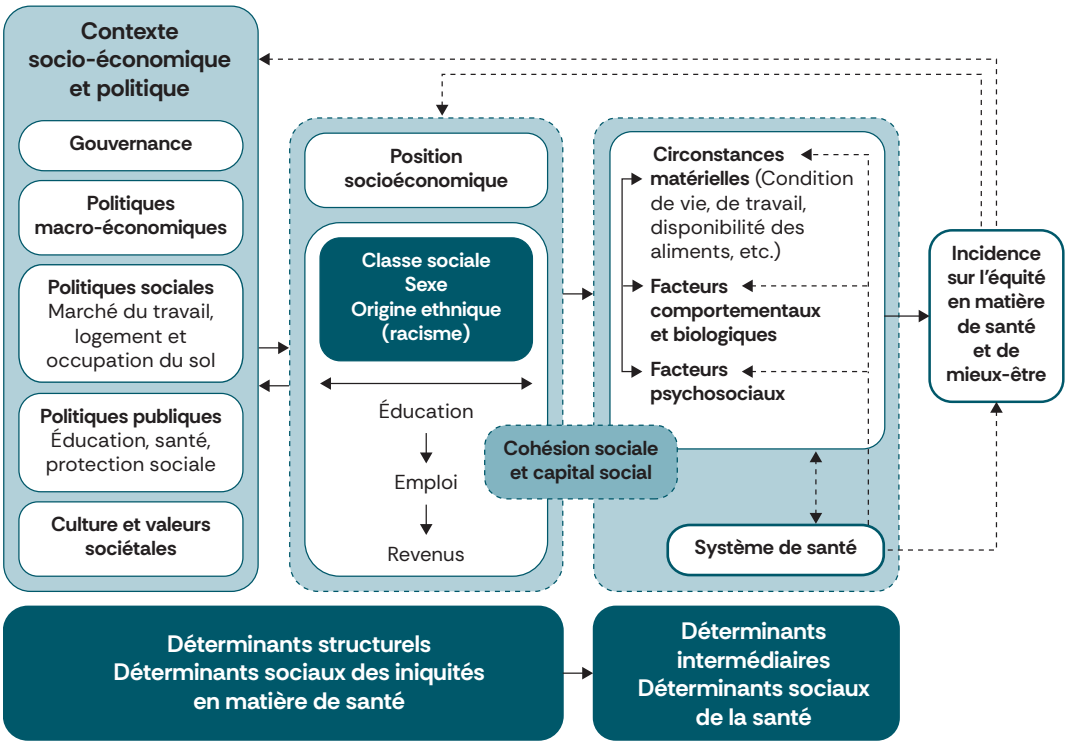
Adaptée de : Maltin, S. A. et al. *(2018); Wickramage, K.* et al. *(2018)*

3.1.3 Les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé sont des écarts systématiques d'état de santé jugés injustes et évitables qui sont observés entre des groupes sociaux selon leur position sociale (CSDH, 2008; Kawachi *et al.*, 2002). Les inégalités sociales de santé suivent un gradient social et sont présentes à travers l'ensemble de la société (Marmot et Wilkinson, 2006; Marmot, 2005; Kawachi *et al.*, 2002; Marmot et Wilkinson, 1999). Les inégalités sociales de santé sont enracinées dans les conditions sociales, économiques et environnementales et dans les déséquilibres des pouvoirs (CCNDS, 2022). Cela expose les groupes de la population déjà en situation de défavorisation à un risque accru de connaitre de moins bons résultats de santé (CCNDS, 2022; Braveman et Gruskin 2003). En somme, les inégalités sociales de santé sont le reflet des inégalités sociales et des inégalités qui en découlent dans les conditions de vie des personnes.

Le cadre conceptuel proposé par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS (2010) montre comment les déterminants structurels et intermédiaires influencent les inégalités sociales de santé (figure 4). Les déterminants structurels englobent le contexte social, économique et politique qui influence la position socioéconomique des groupes et des individus dans la société en fonction de différentes caractéristiques (comme l'origine ethnique, le sexe, l'emploi et le revenu, etc.). Les déterminants structurels vont façonner les conditions de vie des personnes, leurs comportements et différents aspects psychosociaux (par exemple le sentiment d'infériorité, la peur de la déportation) qui forment les déterminants intermédiaires. Les facteurs structurels et intermédiaires entrainent des inégalités sociales de santé (Popay *et al.*, 2010).

Figure 4. Cadre conceptuel de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS



Source : OMS, 2010

3.1.4 L'exclusion sociale

Selon *le Social Exclusion Knowledge Network* dans son rapport final pour la Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS (Popay *et al.*, 2010), l'exclusion sociale est au cœur de la construction des inégalités sociales de santé. Selon leur statut socioéconomique, les différents groupes sociaux n'ont pas la même capacité d'accéder au pouvoir et aux ressources. Différents processus d'exclusion sont à l'œuvre dans les sociétés et s'exercent principalement sur les groupes moins privilégiés dont le statut socioéconomique est inférieur (Popay *et al.*, 2010).

L'exclusion sociale est un processus produit par des relations de pouvoir inégales exercées par des groupes privilégiés à l'endroit d'autres membres de la société (Pelchat et Clément, 2009). Elle réduit la capacité des individus à participer pleinement à la société et à avoir accès à de bonnes conditions de vie afin de maintenir un bon état de santé.

Selon le modèle conceptuel de Popay *et al.* (2010) (figure 5), les processus d'exclusion se situent au niveau des rapports entre les individus et au niveau des structures politiques, économiques, culturelles et sociales.

L'exclusion sociale se vit à différents niveaux (interpersonnel, local, régional, national, mondial) et dans différents milieux comme dans la famille, les immeubles locatifs, les logements sociaux, les services de garde, les milieux d'éducation, les transports en commun, les quartiers, les lieux publics, les milieux de travail, les services publics comme les services de santé et le système judiciaire (Popay *et al.*, 2010). L'exclusion peut prendre la forme d'attitudes sociales dominantes, de discrimination, de violence physique et verbale, de dénigrement, d'étiquetage et de la perte du statut social.

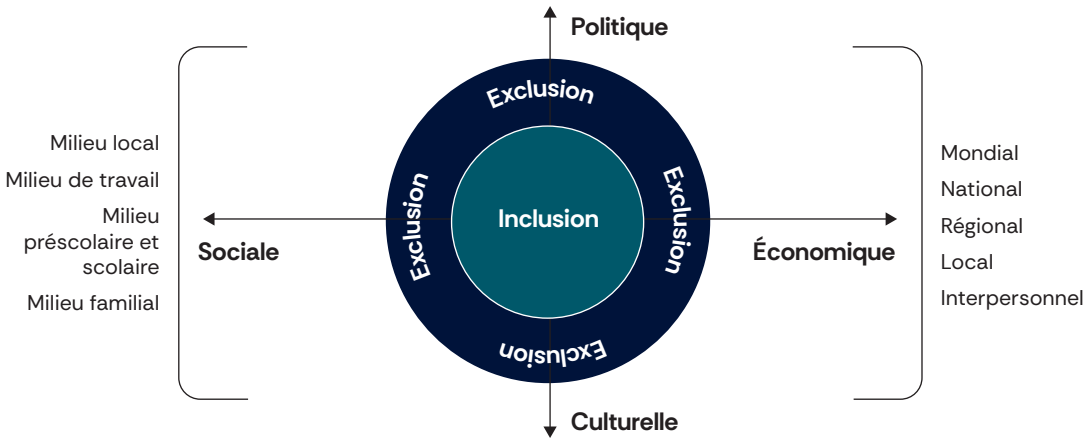
Les processus d'exclusion sociale peuvent être en lien avec le revenu, l'emploi, la scolarité, le sexe, l'origine ethnique, le statut migratoire, les limitations fonctionnelles, l'orientation sexuelle, etc.

Les rapports inégalitaires opèrent dans une ou plusieurs dimensions suivantes :

- La dimension politique de l'exclusion permet d'analyser si les individus ou les groupes sont limités dans l'exercice de leurs droits reconnus dans les lois, les constitutions, les politiques et les programmes (Popay *et al.*, 2010). L'exclusion sociale se manifeste aussi par l'impossibilité d'exprimer ses désirs et intérêts dans l'espace public ou encore par des inégalités dans l'accès à différents services tels que l'éducation, les services de santé et les programmes d'aide sociale (Popay *et al.*, 2010).
- La dimension économique de l'exclusion sociale permet d'analyser les rapports de pouvoir inégalitaires dans les activités liées au marché de l'emploi et le pouvoir qu'ont les personnes à se procurer les ressources nécessaires pour vivre (Popay *et al.*, 2010).
- La dimension sociale de l'exclusion permet d'analyser la qualité des relations de soutien avec les amis, la famille, le voisinage, la population hôte, ainsi que l'absence de liens avec les autres membres de la société (Popay *et al.*, 2010).
- La dimension culturelle de l'exclusion sociale permet de mettre en évidence les rapports de pouvoir inégalitaires quant à l'acceptation des valeurs, des symboles, des normes, des traditions et des modes de vie différents des individus dans la société (Popay *et al.*, 2010).

Fraser (1998) apporte des idées complémentaires sur les injustices « symboliques ». Celles-ci prennent la forme de traitements inégalitaires liés à la non-reconnaissance des identités distinctes du groupe majoritaire. L'exclusion se vit entre autres sous forme de mépris, de déconsidération, de pratiques d'oppression et de standards culturels considérés comme normaux qui dénigrent et déclassent les standards des groupes minoritaires. En ce sens, tous les individus ne sont pas traités avec le même respect et ne sont pas considérés de la même façon.

Figure 5. L'exclusion sociale : un modèle conceptuel



Tirée de Hyppolite (2012) et adaptée du Social Exclusion Knowledge Network, 2008

3.2 Une recension des écrits sur les conditions de vie et la santé des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut

La prochaine section se concentre sur les groupes de notre étude soit : les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et migrantes sans statut. Des écrits tirés de la littérature internationale et canadienne ont permis de soulever de nombreuses difficultés rencontrées par ces groupes (Correa-Velez *et al.*,2015).

3.2.1 La dimension sociale

Les personnes réfugiées et demandeuses d'asile quittent leur pays d'origine dans un contexte rempli de contraintes. Au moment de la migration, elles expérimentent de nombreuses ruptures dans leur réseau social causées par les processus d'exclusion sociale qui les ont menées à l'exil.

Après la réinstallation, les nouveaux repères sociaux de la société d'accueil leur sont souvent inconnus (Lacroix, 2004), ce qui limite les possibilités de se reconstruire un réseau de soutien. L'absence de support social peut diminuer leur pleine participation à la société et leur fait vivre des sentiments d'isolement social (Simich et Jackson, 2010). Quelques études indiquent que les personnes réfugiées réinstallées, les personnes demandeuses d'asile et les personnes sans statut vivent des difficultés pour créer et entretenir des liens sociaux (Faria et Kyle, 2015; Magalhaes *et al.*, 2010).

Par ailleurs, les femmes vivent davantage d'isolement social que les hommes en raison de l'exercice de leurs rôles traditionnels, de la présence de nombreux enfants à charge et de plus grandes situations de dépendance vis-à-vis de leur conjoint (ASSSCN, 2006).

En ce qui concerne les personnes sans statut, Magalhaes et ses collègues (2010) indiquent que dans toutes les études canadiennes qu'ils ont recensées, « les migrantes et migrants sans papiers rapportent un sentiment d'exclusion sociale très fort et vivent de grands sentiments d'invisibilité et de non-existence sociale par rapport au reste de la population et au regard des institutions, en raison de leur absence de statut ». La difficulté de créer des liens sociaux est même présente au sein de leur communauté ethnique puisqu'ils y seraient malvenus en raison de leur absence de statut (Magalhaes *et al.*, 2010).

Par ailleurs, plusieurs personnes migrantes se coupent volontairement d'occasions de sociabilité afin que leur absence de statut ne soit pas découverte (Faria et Kyle, 2015). En ce qui concerne les personnes réfugiées, quelques auteur(-trice)s canadien(ne)s soulèvent qu'elles prennent rarement la parole et qu'elles sont plus susceptibles d'être exclues des débats qui les concernent (Mitchell *et al.*, 2002). En effet, elles ne sont pas toujours consultées sur le plan politique et elles méconnaissent les procédures pour faire valoir leurs droits (Mitchell *et al.*, 2002).

3.2.2 La dimension culturelle

Les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut sont susceptibles de rencontrer plusieurs nouveaux repères culturels dans leur société d'accueil et des possibilités limitées de vivre selon leurs valeurs, leurs normes et leurs croyances (Myhrvold et Smastuen, 2019).

Dans leur société d'accueil, les personnes réfugiées et demandeuses d'asile peuvent expérimenter des difficultés d'adaptation liées à leurs nouveaux milieux de vie, à de nouvelles habitudes de vie (ex. : transport, alimentation), aux changements de leurs rôles professionnels et sociaux ainsi qu'aux difficultés linguistiques (Myhrvold et Smastuen, 2019; Trosseille *et al.,* 2019; Khanlou, 2010). Par exemple, au Québec, on estimait que 81,5 % des personnes réfugiées sont allophones à leur arrivée (Grisales *et al.*, 2016). En effet, les personnes réfugiées font partie des groupes issus de l'immigration qui détiennent les plus faibles compétences en littératie (ISQ, 2015). Un faible niveau de littératie peut diminuer l'accès aux ressources essentielles comme la santé, l'éducation, l'emploi et le soutien social.

3.2.3 Les conditions de vie

Les connaissances sur les conditions de vie des groupes visés par notre étude sont limitées dans la Capitale-Nationale. Quelques données socioéconomiques dans la ville de Québec sur les personnes immigrantes en général permettent de faire quelques constats (tableau 1).

Dans la ville de Québec, les personnes immigrantes permanentes et non permanentes sont plus scolarisées que le reste de la population. Toutefois, si les taux d'emploi sont plus élevés pour ces personnes comparativement au reste de la population, le revenu médian pour les immigrants temporaires est beaucoup plus faible que pour les immigrants permanents et la population générale.

De nombreuses études ont révélé que les personnes réfugiées expérimentent des niveaux plus hauts de désavantages et d'inégalités que d'autres groupes au regard de l'emploi (Chicha *et al.,* 2022; Khanlou, 2010; Murdie, 2010; Phillimore et Goodson, 2006). Phillimore et Goodson (2006) rapportent que les personnes réfugiées rencontrent plusieurs difficultés pour accéder au marché du travail et seraient souvent confrontées à se contenter d'emplois mal rémunérés.

L'obligation de trouver rapidement une source de revenus peut mener à une dégradation des conditions de travail par rapport à celles qui prévalaient au pays d'origine. Par exemple, des femmes qui détenaient des emplois de médecin, d'infirmière, d'entrepreneure, de professeure ou de vendeuse avant leur migration exercent des emplois en usine ou en manufacture au Québec (Arsenault, 2003). De nombreuses études canadiennes et internationales rapportent que les personnes réfugiées se retrouvent dans des situations de pauvreté dans leur société d'accueil (El-Bialy et Mulay, 2015; Papadopoulos *et al.*, 2003).

Tableau 1. Quelques données socioéconomiques des personnes issues de l'immigration et la population générale de la ville de Québec

	Immigration permanente	Immigration temporaire	Population générale
Sans diplôme[2]	13 %	6 %	13 %
Avec diplôme universitaire[2]	44 %	71 %	29 %
Taux d'emploi	69,7 %	73,5 %	60,2 %
Taux de chômage	7,9 %	8,1 %	7,1 %
Revenu médian après impôt des particuliers	38 800	28 800	38 800

Sources : Statistique Canada 2023a; Statistique Canada 2023c.

Concernant le taux d'emploi chez les personnes demandeuses d'asile, très peu de publications existent. Au Canada, ces personnes peuvent obtenir un numéro d'assurance sociale temporaire et un permis de travail. Toutefois, certain(e)s employeur(-euse)s refuseraient d'engager des personnes qui n'ont pas de statut permanent (Goldring *et al.*, 2009).

En ce qui concerne les personnes migrantes sans statut, elles n'ont pas d'autorisation de travail et sont reléguées au secteur de l'économie informelle. L'absence de statut les place dans des situations très favorables à l'exploitation (Faria et Kyle, 2015). Les emplois qu'elles occupent demeurent particulièrement précaires puisqu'ils sont non déclarés. (Jackson *et al.*, 2019; Myhrvold et Smastuen, 2019; Faria et Kyle, 2015; Magalhaes *et al.*, 2010). Au Québec, le travail clandestin peut engendrer diverses situations (Gagnon, 2017; Bourbeau, 2001), à savoir :

- du travail non rémunéré;
- des conditions de travail dangereuses;
- de la surveillance indue;
- des refus de l'employeur(-euse) de donner accès aux soins de santé;
- de l'isolement;
- de la confiscation des documents d'identité;
- de l'enfermement;
- de la limitation de la liberté de mouvement ou de la capacité à communiquer;
- des menaces de déportation;
- de la violence physique;
- d'être forcé de commettre des actes criminels.

Au Canada, certains secteurs comme la construction, l'agriculture, l'hôtellerie, les services d'entretien ménager, les industries manufacturières ou encore des individus ou des groupes qui ont besoin de services domestiques sont plus susceptibles d'embaucher des personnes sans statut (Faria et Kyle, 2015; Magalhaes *et al.*, 2010).

Pour les personnes réfugiées réinstallées, plusieurs publications mettent en lumière qu'elles sont susceptibles de vivre des conditions de vie difficiles dans la société d'accueil (Salti et Ghattas, 2016; Correa-Velez *et al.*, 2013; Francis, 2010; Murdie, 2010; Teixeira et Halliday, 2010; Wayland, 2010).

2. Les données sur la scolarité concernent la population âgée de 15 ans et plus.

En ce qui a trait au logement, les personnes réfugiées réinstallées rencontreraient plusieurs problèmes d'accès à un logement de qualité. Une combinaison de facteurs complexes rend difficile leur accessibilité au logement : un faible revenu, les prix élevés des loyers, le manque de réseaux sociaux, la petite taille des logements, le manque de connaissances sur le parc locatif, les difficultés linguistiques ainsi que le racisme et la discrimination des propriétaires (Correa-Velez *et al.*, 2013; Francis, 2010; Murdie, 2010; Teixeira et Halliday, 2010; Wayland, 2010). De plus, comparativement aux autres personnes immigrantes et au reste de la population canadienne, les personnes réfugiées dépensent une proportion plus importante de leur revenu dans le logement et habiteraient davantage dans des habitations surpeuplées (Correa-Velez *et al.*, 2015; Francis, 2010; Teixeira et Halliday, 2010).

Sur le plan de l'insécurité alimentaire, certaines personnes avant d'être réinstallées ont souvent connu des épisodes de malnutrition (Lindert *et al.*, 2016) et des recherches aux États-Unis soulèvent que même après leur réinstallation, ils rencontrent des difficultés à se procurer de la nourriture de bonne qualité et en quantité suffisante (Salti et Ghattas, 2016).

Au Canada, les conditions de vie des personnes sans statut et demandeuses d'asile demeurent peu étudiées (Magalhaes *et al.*, 2010). Les conditions de vie des personnes demandeuses d'asile ont fait l'objet de différentes publications sur le plan international, mais qui s'appliquent différemment au contexte canadien puisqu'elles sont dans des conditions juridiques différentes. Toutefois, une étude montréalaise multiméthode, dont l'administration d'un questionnaire à 324 personnes demandeuses d'asile, indique que celles-ci vivent des conditions de vie difficiles marquées par la pauvreté (Cleveland *et al.*, 2021). En effet :

- 61 % rapportaient avoir manqué d'argent pour combler leurs besoins essentiels (nourriture, logement, vêtement, transport), et ce, particulièrement la première année;
- 41,4 % indiquaient avoir vécu de l'insécurité alimentaire;
- 56 % mentionnaient avoir recours à des services d'aide alimentaire au moins une fois par mois;
- 57,7 % vivaient dans un logement ayant des problèmes d'insalubrité;
- 54,6 % avaient subi un refus de location;
- 41,4 % estimaient que la méconnaissance du français a des impacts sur leur accès aux services publics;
- 44,3 % des familles ayant des enfants en âge d'aller à la garderie n'y envoyaient pas leurs enfants, le plus souvent en raison des coûts trop élevés (Cleveland *et al.*, 2021).

Cette étude indique également des taux de scolarité élevés chez les participant(e)s; 55,8 % détenaient un diplôme universitaire et 72,8 % un diplôme d'études postsecondaires (Cleveland *et al.*, 2021).

En ce qui concerne les personnes sans statut, elles vivraient dans des conditions de vie très délétères à leur santé (Myhrvold et Smastuen, 2019). Une étude réalisée au Canada auprès de 47 personnes indiquait que la totalité des personnes participantes rapportait être en situation de pauvreté (Faria et Kyle, 2015). De plus, certaines publications mettent en évidence les conditions d'emploi dangereuses, les très faibles salaires et le travail parfois non rémunéré des personnes sans statut (Gagnon, 2017; Bourbeau, 2001). Enfin, les femmes migrantes sans papiers seraient susceptibles de vivre de nombreux processus d'exclusion basés sur le genre. Elles seraient plus à risque que les hommes de subir de la violence domestique, d'être contrôlées par leur partenaire, d'être victimes de la traite et d'exploitation sexuelle (Myhrvold et Smastuen, 2019; Magalhaes *et al.*, 2010).

Enfin, concernant l'accès aux services publics, les personnes migrantes sans statut et demandeuses d'asile ainsi que leurs enfants ont un accès très restreint, voire inexistant, aux programmes publics liés à l'emploi, à l'éducation, aux programmes sociaux, aux services publics de santé et aux différentes protections sociales. L'absence de statut ou le statut précaire limitent leurs possibilités de dénoncer les injustices vécues et de faire valoir leurs droits (Magalhaes *et al.*, 2010).

3.2.4 L'état de santé physique et mentale

Plusieurs recherches confirment le lien entre le statut d'immigrant et un moins bon état de santé physique et mentale (Viruell-Fuentes *et al.*, 2012; De Maio et Kemp, 2010; Malmusi *et al.*, 2010; Dunn et Dyck, 2000; Bolaria et Bolaria, 1994).

Les personnes immigrantes économiques arrivent généralement avec un meilleur état de santé que le reste de la population canadienne, mais dix ans après leur réinstallation, celui-ci se détériore plus rapidement (De Maio et Kemp, 2010). Quant aux personnes réfugiées, elles sont particulièrement à risque d'être en mauvaise santé, et ce, dès leur arrivée dans la société d'accueil.

En ce qui concerne les personnes migrantes à statut précaire, notamment les personnes demandeuses d'asile et migrantes sans statut, elles constituent des sous-groupes très hétérogènes et peu étudiés au Canada, mais reconnus comme étant particulièrement à risque d'être en mauvaise santé (Brabant et Raynault, 2012).

Plusieurs résultats issus d'articles scientifiques canadiens et internationaux soulèvent la fragilité de la santé des personnes réfugiées réinstallées et demandeuses d'asile. Les problèmes de santé de ces deux groupes s'expliquent notamment par les violences vécues dans le pays d'origine, les trajectoires migratoires dangereuses, les conditions de vie difficiles dans les camps de réfugié(e)s, les défis d'adaptation dans la nouvelle société ainsi que l'exclusion sociale vécue.

Diverses publications au Canada et à travers le monde exposent les problèmes de santé auxquels font face de manière disproportionnée ces personnes en raison des violences prémigratoires, de la perte brutale de leurs liens sociaux, des mauvaises conditions de vie pendant les trajectoires de voyages et dans les camps de réfugié(e)s. Ces problèmes concernent entre autres : les états de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, le diabète, l'hypertension, les carences alimentaires, les problèmes musculosquelettiques, les maladies bucco-dentaires, les problèmes de santé maternelle (Trosseille *et al.*, 2019; Hunter, 2016; Kupferschmidt, 2016; Langlois, Haines *et al.*, 2016; Monpierre *et al.*, 2016; Sastre et Haldeman, 2015; Costa, 2007; Dhooper et Tran, 1998). Par ailleurs, d'autres études canadiennes et à l'international montrent que les personnes réfugiées et demandeuses d'asile présentent un risque accru de développer des maladies infectieuses comparativement aux autres groupes de personnes immigrantes et au reste de la population canadienne en raison de l'incidence parfois élevée de ces maladies dans le pays d'origine et dans les pays de transit (Gushulak *et al.*, 2010; Hyman et Jackson, 2010). Les maladies infectieuses qui les touchent davantage sont notamment les hépatites, la malaria, la tuberculose, la rubéole et le VIH (Trosseille *et al.,* 2019).

Pour la région de la Capitale-Nationale, un rapport indique que les femmes réfugiées sont plus susceptibles d'avoir vécu de la persécution basée sur le genre qui se présente par des blessures physiques liées à l'excision, des viols, des grossesses non désirées et des avortements forcés et non sécuritaires (Benhadj, 2005).

Par ailleurs, les défis d'adaptation dans la nouvelle société sont susceptibles d'avoir de nombreux effets sur la santé de ces groupes et peuvent engendrer du stress, de l'anxiété, de la dépression, un sentiment de perte de connexion avec la culture du pays d'origine, une perte d'estime de soi, de l'isolement, un sentiment de colère et des tensions intrafamiliales (Trosseille *et al.,* 2019).

L'exclusion sociale vécue par les réfugié(e)s réinstallé(e)s leur fait vivre des expériences négatives de réinstallation (ex. : discrimination, faible accès à l'emploi, pauvreté, insécurité alimentaire, mauvaises conditions de logement) qui ont un impact sur leur santé mentale et leur bien-être global (Correa-Velez *et al.*, 2013; Davidson et Carr, 2010; Newbold, 2010; Davys et Tickle, 2008; Reidpath *et al.*, 2005). À cet effet, la discrimination dans la société d'accueil aurait plus d'impact sur la santé mentale des personnes réfugiées que le trauma prémigratoire (Beiser et Hou, 2016). Une méta-analyse combinant les résultats de 333 articles, majoritairement américains, sur la relation entre le racisme et les impacts sur la santé mentale et physique montre que le racisme peut entrainer diverses conséquences telles que :

- la réduction de l'accès à l'emploi, à l'éducation et au logement;
- l'augmentation de certains facteurs de risque (exemple : éviter les contacts avec la police dans des contextes d'abus ou de violence);
- l'adhésion à des comportements défavorables à la santé (consommation d'alcool, manque de sommeil, etc.);
- des effets multiples sur la santé mentale;
- des blessures physiques causées par diverses formes de violence (Paradies *et al.,* 2015).

Dans la région de la Capitale-Nationale, on rapporte que les personnes réfugiées vivent de l'exclusion dans différents milieux et à différents degrés en raison de leur origine ethnique. L'exclusion prend la forme de moqueries, de sarcasmes, d'intimidation, de rejet et de violence. Les personnes réfugiées peuvent également se sentir dévisagées et malvenues dans différents lieux (Hyppolite, 2012).

En ce qui concerne plus particulièrement les personnes demandeuses d'asile, la période de traitement de leur dossier est caractérisée par des procédures complexes et plusieurs incompréhensions du système juridique amènent beaucoup de stress et d'anxiété (Trosseille *et al.*, 2019; Oxman-Martinez *et al.*, 2007; Lacroix, 2004). Le sentiment d'instabilité généré par le processus entourant la demande d'asile serait d'ailleurs le plus important facteur de stress pour ce groupe (Trosseille *et al.,* 2019). Depuis l'arrivée importante de personnes demandeuses d'asile en 2017 au Canada, le temps de traitement des dossiers est passé de deux mois à environ deux ans (Trosseille *et al.,* 2019), ce qui augmente la durée de cette période d'instabilité.

Au Canada, les réalités des personnes sans statut demeurent sous-étudiées et particulièrement sur le plan de la santé (Magalhaes *et al.*, 2010). Toutefois, quelques études mettent en évidence que le statut juridique précaire de ces personnes apparait comme un déterminant majeur de leur mauvais état de santé (Myhrvold et Smastuen, 2019; Faria et Kyle, 2015; Magalhaes *et al.*, 2010).

Une revue de littérature sur les personnes migrantes sans statut de différents pays mettait en évidence que l'exclusion sociale, le sentiment d'invisibilité et de non-existence sociale affectent leur bien-être psychologique (Magalhaes *et al.*, 2010). D'autres facteurs importants nuisent à la santé mentale des personnes sans statut comme l'angoisse par rapport à la déportation, l'impuissance ainsi que le désespoir lié à l'absence de statut juridique (Faria et Kyle, 2015; Brabant et Raynault, 2012; Magalhaes *et al.*, 2010).

D'ailleurs, une étude canadienne et une recherche qualitative et quantitative menées en Norvège indiquaient que la majorité des personnes sans papiers rencontrées souffraient de détresse psychologique très élevée (Myhrvold et Smastuen, 2019; Faria et Kyle, 2015).

De plus, les conditions dangereuses de travail et d'exploitation des personnes sans statut compromettent leur santé physique et mentale (Faria et Kyle, 2015). Les femmes migrantes victimes de la traite pour exploitation sexuelle courent aussi un grand risque de contracter des infections transmises sexuellement (ITS) comme le VIH et le SIDA (Magalhaes *et al.*, 2010).

Les barrières d'accès aux services de santé pour les personnes sans statut retardent également les diagnostics, accentuent la gravité des maladies et, dans certains cas, la résistance virale (Magalhaes *et al.*, 2010).

Ensuite, des auteurs canadiens mentionnent que les personnes sans statut ont des taux d'hospitalisation plus élevés que le reste de la population immigrante en raison de leur accès limité aux services de santé (Faria *et al.*, 2015). De plus, les causes d'hospitalisation sont généralement plus graves que celles des personnes immigrantes qui ont un statut légal (Faria et Kyle, 2015).

Par ailleurs, les enfants qui ne peuvent recevoir des soins de santé ou dont la mère migrante n'a pas obtenu de suivis prénataux sont aussi à risque de vivre différents problèmes de santé et de développement susceptibles d'entrainer des répercussions tout au cours de leur vie (Observatoire des tout-petits, 2019). Dans un rapport sur l'accès aux soins de santé des enfants issus de familles migrantes et des femmes enceintes, l'Observatoire des tout-petits indique que « l'absence de soins de santé préventifs engendre davantage de complications médicales qui sont ensuite plus complexes à traiter et plus coûteuses pour le système, et donc pour la société » (Observatoire des tout-petits, 2019).

3.2.5 La COVID-19 et les inégalités sociales de santé affectant les personnes migrantes

De nombreuses publications ont mis en lumière l'exacerbation des inégalités structurelles et sociales vécues par les personnes immigrantes pendant la pandémie de COVID-19 ainsi que leur accès limité aux services (ASPQ, 2022; Borges *et al.*, 2022; Cleveland *et al.*, 2020). La majorité des publications cible généralement les communautés culturelles, les personnes racisées et immigrantes. Quelques précisions sont parfois apportées sur les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.

Une étude montréalaise réalisée auprès d'informateur(-trice)s clés par le biais d'entretiens semi-dirigés sur les impacts de la crise de la COVID-19 sur les communautés culturelles concluait que « certains groupes au sein des communautés culturelles sont vulnérabilisés en raison de l'intersection de multiples facteurs économiques et sociaux, notamment :

- vivre dans une précarité financière;
- occuper un emploi dans un secteur à haut risque d'exposition à la COVID;
- avoir un statut migratoire précaire ou sans statut;
- n'avoir aucune assurance médicale;
- être allophone;
- avoir un faible niveau de littératie;
- être l'objet de racisme » (Cleveland *et al.*, p.4, 2020).

Pendant la pandémie, l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) en collaboration avec différents organismes a effectué un sondage Web rejoignant 700 personnes issues de l'immigration ainsi qu'un sondage en ligne auquel 14 organismes québécois ont participé. Cette collecte de données, combinée à une recension des écrits incluant des données de Statistique Canada a permis de dresser de nombreux constats en lien avec la santé et la qualité de vie des personnes racisées et immigrantes dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Parmi les résultats, notons qu'au Canada le taux de mortalité de COVID-19 était deux fois plus élevé dans les secteurs où plus de 25 % de minorités visibles résident (ASPQ, 2022). Au Québec, en 2020, on observait un taux de mortalité de 123 pour 100 000 habitants et habitantes dans les quartiers à forte proportion de minorités visibles comparativement à 35 pour 100 000 habitant(e)s dans les quartiers à faible proportion de minorités visibles (ASPQ, 2022).

Les résultats indiquent que les écarts de santé rencontrés par les communautés culturelles en temps de pandémie sont liés à un cumul de précarités qui sont souvent interreliées les unes aux autres (ASPQ, 2022) :

- Des types d'emplois et des conditions de travail à risque; les personnes immigrantes sont surreprésentées dans les postes dits « essentiels » où il y a un haut risque d'exposition au virus.
- Une dégradation de la situation professionnelle et financière; les personnes racisées et immigrantes ont été davantage touchées par les fermetures d'entreprises. En effet, 36 % des personnes qui ont répondu au sondage de l'ASPQ ont connu une baisse de revenu pendant la pandémie.

- Vivre dans des conditions de vie défavorables, notamment dans des logements exigus et populeux. Une personne sur cinq du sondage considérait son logement comme trop petit.
- Des obstacles linguistiques; l'ASPQ rapporte que selon l'Office québécois de la langue française, 68 % des immigrant(e)s ont une langue maternelle autre que le français ou l'anglais nécessitant des défis supplémentaires pour accéder à l'information sur la COVID-19 ou encore à différents services puisque les personnes ne pouvaient pas être accompagnées. De plus, l'accès à la francisation a été réduit dû aux cours donnés à distance et de l'insuffisance de matériel informatique, de connexion Internet ou d'habiletés techniques des personnes immigrantes et particulièrement pour les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.
- Un accès faible aux technologies ainsi qu'un faible niveau de littératie numérique, et ce, particulièrement pour les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire. Cela soulevait notamment des enjeux importants dans l'accompagnement des enfants en télé-école.
- La violence conjugale; comparativement à ce qui est observé dans le reste de la population, les organismes qui ont répondu au sondage de l'ASPQ ont noté une hausse de la violence conjugale vécue par des personnes issues de l'immigration, hausse préoccupante puisque les vulnérabilités sont augmentées en raison du manque de connaissance sur les ressources existantes et des réseaux sociaux limités.
- Être confrontés à de longs délais administratifs et à des politiques restrictives; les délais de traitement des dossiers d'immigration ont été augmentés pendant la pandémie et les programmes de régularisation de statut mis sur pied étaient très restrictifs.
- Vivre de la discrimination; une minorité de personnes a rapporté avoir vécu de la discrimination en période pandémique. Au moins 31 % des répondants et répondantes du sondage ayant affirmé avoir vécu de la discrimination pendant la pandémie ont indiqué que celle-ci avait augmenté alors que 47 % des répondant(e)s affirmaient que les actes discriminatoires sont demeurés stables.
- Un accès restreint aux services de santé; malgré la trajectoire de dépistage, d'accès aux soins et de vaccination pour la COVID-19 mise en place pendant la pandémie; 27 % des personnes ayant répondu au sondage se sont empêchées de consulter les services de santé en présence de symptômes, faute d'assurance maladie. Par ailleurs, 27 % des personnes ayant un statut précaire étaient vaccinées comparativement à 39 % d'immigrant(e)s ayant une résidence permanente.
- Isolement; les personnes immigrantes nouvellement arrivées ayant un réseau social restreint ont vu limiter leur capacité à entretenir des liens sociaux et à se réseauter pendant la crise sanitaire. De plus, environ huit personnes immigrantes sur dix ont rapporté être plus inquiètes pour leurs proches vivant à l'étranger pendant la crise sanitaire (ASPQ, 2022).
- Habitudes de vie; les tendances au niveau de la dégradation des bonnes habitudes de vie sont plus marquées chez les personnes immigrantes nouvellement arrivées que dans le reste de la population.
- Effets disproportionnés sur la santé mentale; tous les facteurs de risque mentionnés ci-dessus jouent un rôle important sur la santé mentale et le cumul de ceux-ci pointe vers des inégalités sociostructurelles en matière de santé mentale pour les personnes issues de l'immigration. En effet, 31 % des personnes qui ont répondu au sondage se sont senties « déprimées, désespérées, agitées, comme si tout était un effort, anxieuses et bonnes à rien », la plupart du temps (22 %) ou tout le temps (9 %) depuis le début de la pandémie. À noter que ces personnes ont rapporté vivre davantage de difficultés financières et de discrimination.

Enfin, dans la Capitale-Nationale, l'Équipe de recherche en partenariat sur la diversité culturelle et l'immigration dans la région de Québec (ÉDIQ) a réalisé une étude qualitative et quantitative sur la santé mentale des personnes réfugiées pendant la crise sanitaire de COVID-19 et les modalités d'interventions. Pendant cette période, la Clinique de santé des réfugiés a élargi son mandat auprès d'autres profils d'immigrants. Les 15 entretiens auprès d'intervenant(e)s de la Clinique santé des réfugiés font ressortir différents faits saillants intéressants autour de l'offre de services en santé sur le territoire de la Capitale-Nationale :

- L'insuffisance de services offerts aux usager(-ère)s ayant un statut d'immigration précaire ou encore le manque d'adaptation des services existants par rapport aux spécificités de ces groupes et des personnes immigrantes.
- Les difficultés de certaines populations immigrantes à accéder à des soins de santé en raison de refus répétitifs au regard de certains services.
- Le caractère complexe des interventions auprès des migrant(e)s à statut précaire qui nécessitent plusieurs recherches constantes pour les intervenant(e)s afin de connaitre les particularités de ces groupes (Borges *et al.*, 2020).

D'autres constats de cette étude pointent sur les situations ayant généré de l'anxiété, des symptômes dépressifs ou encore des situations liées aux traumatismes antérieurs pendant la crise sanitaire.

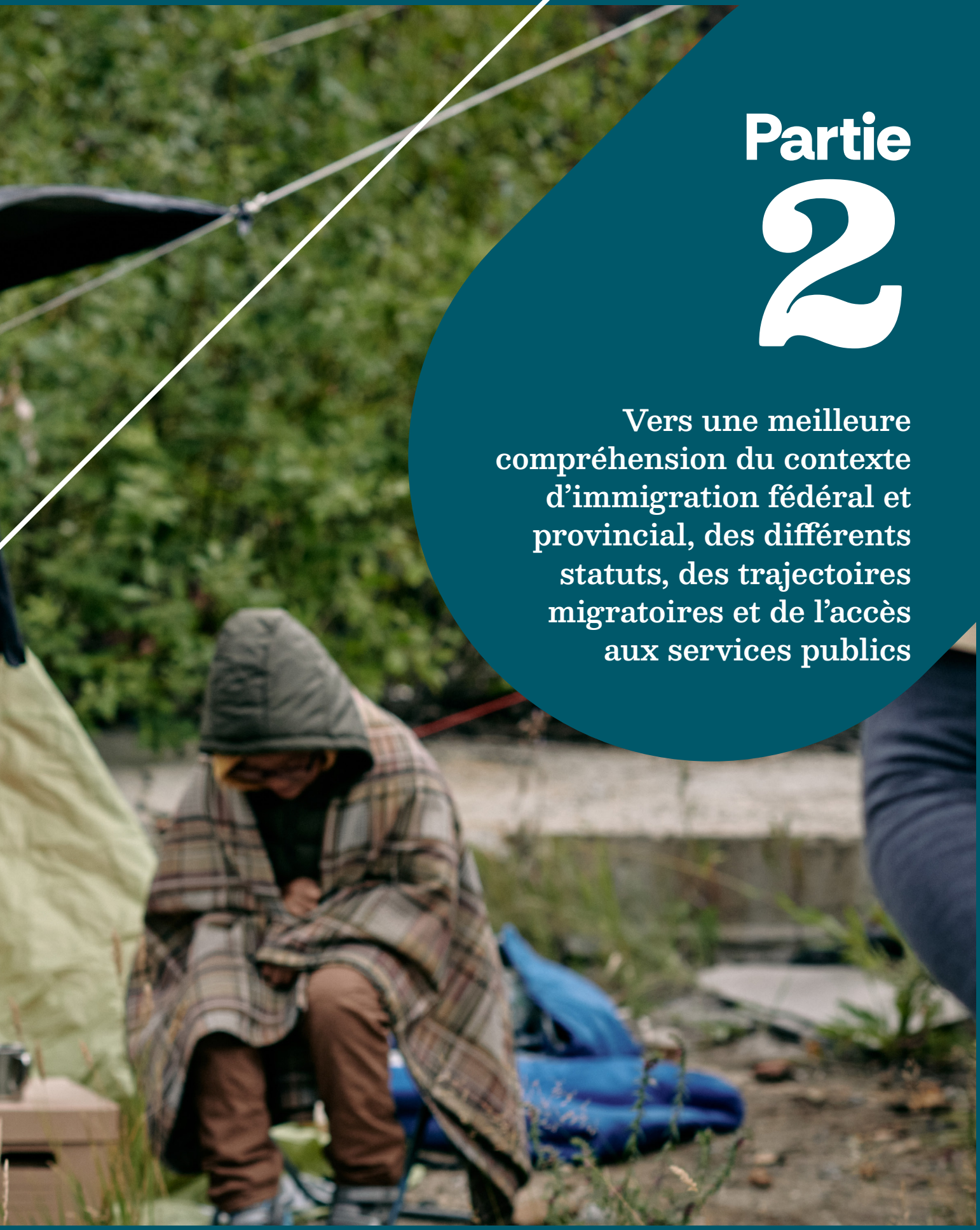
Les résultats indiquent que les symptômes anxieux chez les personnes à statut précaire étaient liés majoritairement aux délais de traitement des demandes d'asile, au statut migratoire échu ainsi qu'à la perte de l'assurance maladie. Alors que chez les réfugiés, l'anxiété était liée aux troubles du sommeil, aux souvenirs traumatiques, aux difficultés financières et à l'isolement.

Pour les personnes immigrantes, les symptômes dépressifs ont été reliés aux difficultés financières ainsi qu'au confinement. Les personnes à statut précaire auraient manifesté, en plus grand nombre, des idées et des comportements suicidaires.

Enfin, la réactivation de traumatismes antérieurs fut notable et aurait causé des difficultés alimentaires, de sommeil et de l'isolement. Les personnes réfugiées déjà familières avec les contextes pandémiques auraient trouvé que « les mesures sanitaires mises en place pouvaient s'avérer moins anxiogènes et déstabilisantes pour elles » que pour d'autres groupes d'usager(-ère)s (Borges *et al.,* 2022, p. 60).

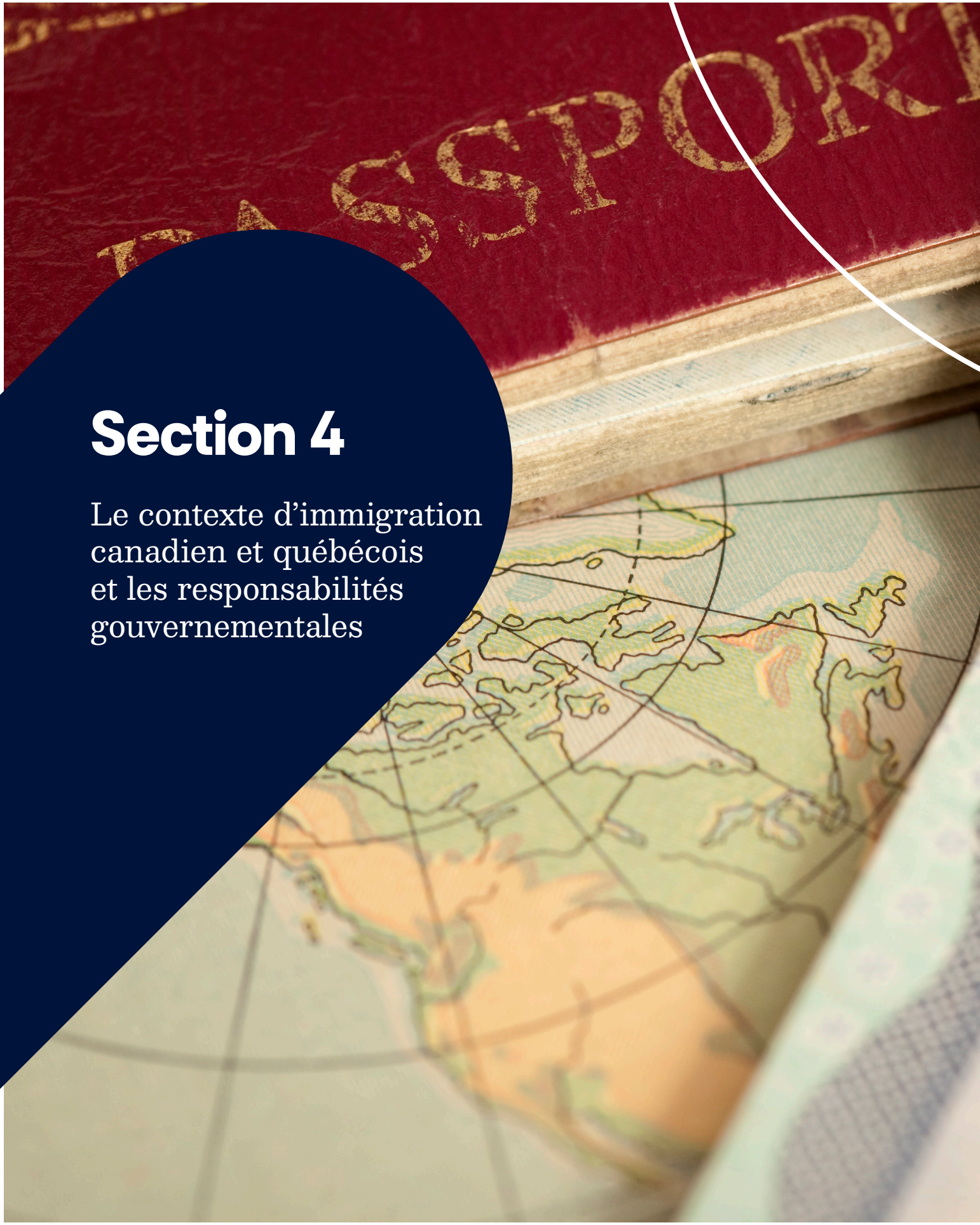
3.2.6 Des facteurs favorables à la santé

Finalement, quelques facteurs favorables à un bon état de santé chez les personnes issues de l'immigration concernent un sentiment fort d'appartenance à la communauté d'accueil, un bon réseau de soutien social, une bonne maitrise de la langue, un bon niveau de littératie en santé, l'accès à des services dans la communauté d'accueil et l'accès au marché du travail (Simich et Jackson, 2010; Zhao et Xue, 2010).



Partie 2

Vers une meilleure compréhension du contexte d'immigration fédéral et provincial, des différents statuts, des trajectoires migratoires et de l'accès aux services publics



Section 4

Le contexte d'immigration canadien et québécois et les responsabilités gouvernementales

VISA

4.1 Le contexte d'immigration au Canada et au Québec

Actuellement, le contexte découlant de la globalisation des marchés encourage le travail temporaire, ce qui a une incidence sur les dynamiques migratoires. De plus, la complexification des politiques d'immigration diversifie également les types de migration, en plus de favoriser la précarisation des statuts migratoires au détriment des droits fondamentaux de la personne (Withol de Wenden, 2018).

4.2 Les responsabilités gouvernementales en matière d'immigration

Entre le Canada et le Québec, l'*Accord Canada-Québec relatif à l'immigration et à l'admission temporaire des aubins* de 1991 octroie des responsabilités exclusives au gouvernement fédéral en matière d'immigration humanitaire et économique, ainsi que des responsabilités partagées avec le gouvernement de la province de Québec.

En ce qui concerne la ville de Québec, une convention d'aide financière avec le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration du Québec (MIFI) octroie du financement à la Ville pour l'appuyer dans ses efforts visant l'accueil et l'établissement durable des personnes immigrantes, pour soutenir les concertations ainsi que la mobilisation des milieux et pour améliorer les services aux entreprises. Par ailleurs, il est prévu que la Ville de Québec adopte une vision sur l'immigration en 2024.

Tableau 2. Les responsabilités gouvernementales en matière d'immigration

Compétence	Responsabilités
Fédérale	Définition des catégories juridiques d'immigration pour l'ensemble du Canada et des normes générales de traitement des dossiers.
	Détermination des volumes d'immigrant(e)s pour le Canada en tenant compte de la planification québécoise.
	Sélection des réfugié(e)s à l'étranger et des personnes parrainées par les familles.
	Traitement des dossiers des demandeur(-euse)s d'asile déposés au Canada.
	Renvoi des personnes dont la présence sur le territoire n'est pas permise.
	Octroi d'une subvention au gouvernement provincial du Québec pour les programmes d'intégration offerts aux immigrant(e)s.
Provinciale	Détermination de ses intentions d'accueil pour les volumes d'immigrant(e)s à destination de la province.
	Sélection des immigrant(e)s permanent(e)s et temporaires à destination de son territoire, à l'exception des réfugié(e)s, des candidat(e)s du regroupement familial et des personnes choisies dans le cadre d'un programme du gouvernement canadien.
	Gestion de ses engagements de parrainage.
	Responsable des programmes d'intégration des immigrant(e)s dans la province.

Source : Becklumb, P. (2008)

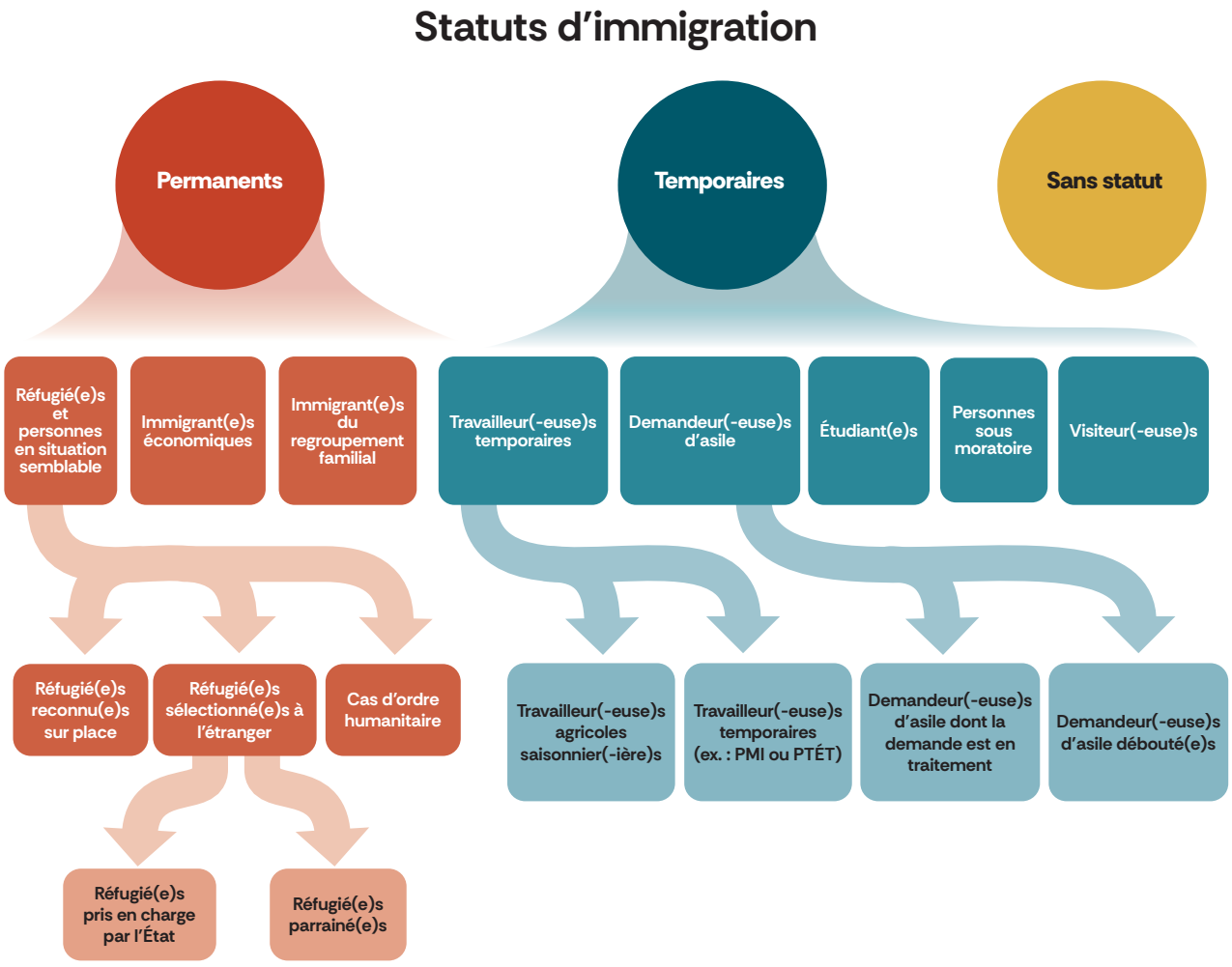
Section 5

Les différents statuts d'immigration et leur définition

5.1 Les différents statuts d'immigration au Canada

Au Canada, la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés de 2001 définit les trois grandes catégories d'immigration permanente : « **Immigration économique** », « **Regroupement familial** » et « **Réfugié(e)s ou de personnes en situation semblable** ». Les politiques d'immigration canadiennes fournissent aussi le droit de rester au pays de façon temporaire à certains groupes comme les visiteur(-euse)s les demandeur(-euse)s d'asile, les étudiant(e)s étranger(-ère)s, les travailleur(-euse)s étranger(-ère)s temporaires, et les conjoint(e)s de certaines catégories de travailleur(-euse)s temporaires (Gouvernement du Canada, 2020).

Figure 6. Une présentation synthèse des différents statuts d'immigration au Canada et au Québec



5.2 Quelques définitions : les personnes migrantes à statut précaire, réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut

5.2.1 Les personnes migrantes à statut précaire

Dans ce rapport, la signification du terme *personnes migrantes à statut précaire* fait référence à la définition élaborée par Brabant et Raynault (2012), qui stipule qu'**une personne migrante à statut précaire est « une personne née dans un autre pays qui, pour diverses raisons, ne possède pas de statut légal ou détient un statut migratoire précaire, car il n'est ni permanent ni garanti »**. Cette définition inclut notamment : tous les migrant(e)s sans statut, sous moratoire, les demandeur(-euse)s d'asile, les travailleur(-euse)s étranger(-ère)s temporaires ou agricoles saisonnier(-ère)s, les étudiant(e)s étranger(-ère)s, et les visiteur(-euse)s.

5.2.2 Les personnes réfugiées

Selon la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés et le protocole relatif au statut des réfugiés de 1967 **:**

Un réfugié est un individu qui s'est fait accorder l'asile alors qu'il se trouvait à l'extérieur de son pays en raison d'une crainte justifiée de persécution du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques.

Au Québec, la catégorie des personnes réfugiées est subdivisée en trois sous-groupes : les personnes réfugiées prises en charge par l'État, celles parrainées par le secteur privé et celles reconnues sur place.

Les personnes réfugiées prises en charge par l'État sont sélectionnées à l'étranger par le gouvernement canadien et arrivent au Québec avec la résidence permanente.

Les personnes réfugiées parrainées par le secteur privé sont sélectionnées à l'étranger dans le cadre du programme « Parrainage collectif d'une personne réfugiée à l'étranger ». Ce programme permet à des organismes à but non lucratif ou des groupes de résident(e)s de parrainer des personnes réfugiées. Elles arrivent au Québec avec la résidence permanente.

Les personnes réfugiées reconnues sur place sont des personnes à qui l'asile est accordé et qui obtiendront leur résidence permanente en réponse à une demande effectuée en sol canadien.

5.2.3 Les personnes demandeuses d'asile

Avant d'être reconnues comme réfugiées, toutes les personnes demandeuses d'asile doivent passer par un processus de demande d'asile.

Une demandeuse ou un demandeur d'asile est une personne qui sollicite une protection internationale hors des frontières de son pays, mais qui n'a pas été encore reconnue comme une personne réfugiée (Amnistie internationale, sans date).

Au Québec, une personne demandeuse d'asile est une personne qui, à son entrée sur le territoire ou au cours d'un séjour temporaire, demande la protection du Canada. Le gouvernement canadien accorde l'asile à certaines personnes se trouvant sur son territoire qui craignent la persécution ou qui seraient en danger si elles devaient retourner dans leur pays d'origine. La demande d'asile est envoyée à la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR).

Si une personne demandeuse d'asile obtient une décision défavorable, elle pourrait utiliser un ou plusieurs recours présentés à l'annexe 1.

Les personnes demandeuses d'asile sont dites déboutées lorsque leur demande d'asile est rejetée par la CISR et qu'elles ont épuisé leur droit d'appel.

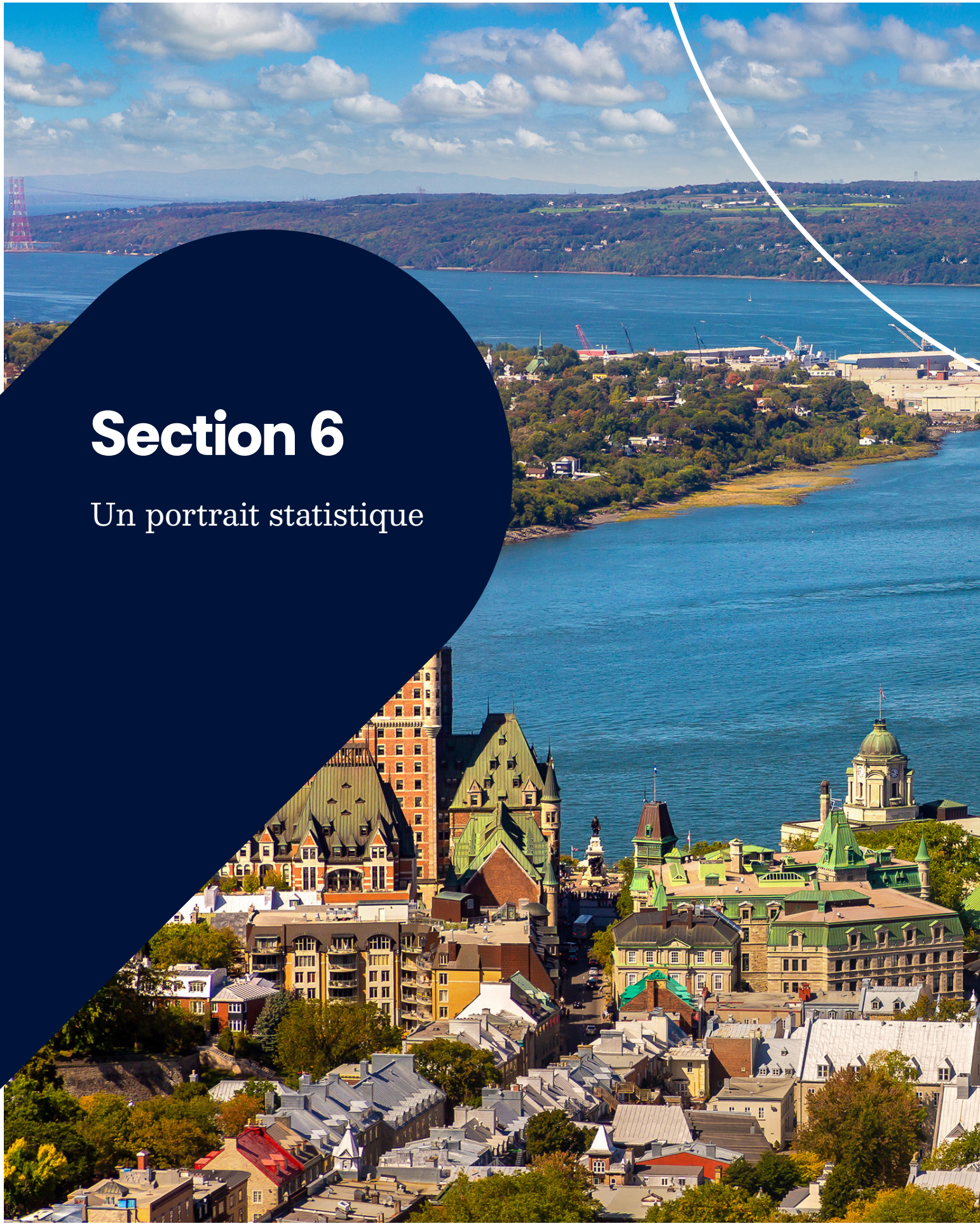
Lorsque les recours possibles ont été épuisés, la mesure de renvoi conditionnelle entre en vigueur et peut permettre le renvoi de la personne dans son pays (Gouvernement du Canada, 2021).

Il est possible que la personne demandeuse d'asile provienne d'un pays pour lequel il y a un sursis au renvoi, et donc, qu'il y ait une suspension indéfinie de son renvoi. Cette personne est sous moratoire (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2022).

5.2.4 Les personnes migrantes sans statut

Une personne migrante sans statut est une personne qui n'a aucun statut légal au Canada, mais qui est tout de même présente sur le territoire (Conseil d'immigration canadien, 2014).

Plusieurs motifs peuvent mener à l'absence ou la perte de statut migratoire. Une personne peut devenir sans statut, si elle entre de manière régulière au Canada avec un permis de séjour valide, mais qu'elle demeure sur le territoire canadien après l'expiration de son titre de séjour ou encore si elle ne se présente pas à une mesure de renvoi. De plus, une personne qui entre de manière irrégulière au pays par voie terrestre, maritime ou aérienne avec de faux documents ou encore, sans titre de séjour est considérée comme une personne sans statut migratoire (Conseil d'immigration canadien, 2014).



Section 6

Un portrait statistique

6.1 Les personnes immigrantes permanentes et temporaires au Canada et au Québec

En 2022, près de 437 595 personnes immigrantes permanentes ont été accueillies au Canada, dont 68 720 au Québec (IRCC, 2023). Pour la même année, il y avait 607 782 personnes résidentes non permanentes présentes au Canada, dont 86 700 au Québec (ISQ 2023; Statistique Canada, 2023b).

Dans la dernière décennie, le nombre de titulaires de permis temporaire a surpassé de manière importante le nombre d'immigrant(e)s permanent(e)s admis au Canada et au Québec (tableau 3).

Tableau 3. Le nombre de personnes immigrantes permanentes et temporaires au Canada et au Québec selon l'année d'admission (2015 à 2021)

Année d'admission	Nombre de personnes immigrantes permanentes admises au Canada	Nombre de titulaires de permis temporaire (PMI et PTÉT) au Canada	Nombre de personnes immigrantes permanentes admises au Québec	Nombre de titulaires de permis temporaire (PMI et PTÉT) au Québec
2021	267 385	343 860	34 170	60 770
2020	184 585	325 655	25 225	53 950
2019	341 180	403 545	40 565	67 255
2018	321 055	337 385	51 125	55 130
2017	286 510	301 190	52 405	47 405
2016	296 370	286 015	53 240	42 150
2015	271 840	249 245	48 975	40 850

(Source : IRCC, 2023)

6.2 Les personnes réfugiées sélectionnées à l'étranger au Canada et au Québec

Juste avant l'arrivée de la pandémie en 2019, le Canada accueillait 48 530 personnes réfugiées, dont 7 248 au Québec (tableau 4) (IRCC, 2021; MIFI 2021).

À la fin de l'année 2022, le nombre de personnes réfugiées a atteint une ampleur sans précédent dans le monde et touchait 108,4 millions de personnes (HCR, 2022).

Tableau 4. Le nombre de personnes réfugiées admises au Canada et au Québec de 2009 à 2019

Année	Nombre de personnes réfugiées admises au Canada	Nombre de personnes réfugiées admises au Québec
2019	48 530	7 248
2018	45 493	8 834
2017	41 477	9 154
2016	58 914	9 433
2015	32 114	7 605
2014	24 070	4 861
2013	24 139	4 204
2012	23 095	4 609
2011	27 876	5 020
2010	24 699	4 711
2009	22 851	4 057

(Source : MIFI, 2021; IRCC, 2023)

6.3 Les personnes demandeuses d'asile au Canada et au Québec

Les dernières années témoignent d'une hausse importante du nombre de demandes d'asile déposées au Canada (tableau 5). En 2011, le Canada accueillait 25 315 personnes demandeuses d'asile et le Québec 4 645 (IRCC, 2021). Si le nombre de demandes a baissé pendant la pandémie de COVID-19, de 2020 à 2021, les données pour l'année 2022 indiquent des nombres record de demandes d'asile déposées au Canada et dans la province de Québec. En effet, en 2022, près de 92 105 personnes demandeuses d'asile ont déposé une demande au Canada, dont 58 995 en sol québécois (MIFI, 2023). Les données pour la Capitale-Nationale ne sont pas disponibles.

En 2022, au Québec, les principaux pays d'origine en ordre d'importance des personnes demandeuses d'asile étaient :

- Mexique;
- Haïti;
- Turquie;
- Colombie;
- Inde;
- Venezuela;
- Chili;
- Pakistan;
- Brésil;
- République démocratique du Congo (MIFI, 2023).

En 2022, au Québec, environ 60,5 % des personnes demandeuses d'asile étaient des hommes et 39,5 %, des femmes. Quant à l'âge, 21,1 % étaient âgées entre 0 à 14 ans, 31,7 % entre 15 à 29 ans, 36,5 % entre 30 à 44 ans et 10,7 % avaient 45 ans et plus (MIFI, 2023).

Tableau 5. Le nombre de demandes d'asile déposées au Canada et au Québec de 2011 à 2022

Année	Canada	Québec
2022	92 105	58 995
2021	24 920	10 085
2020	23 700	9 790
2019	64 030	31 260
2018	55 040	29 145
2017	50 375	25 510
2016	23 860	5 530
2015	16 055	3 055
2014	13 445	2 725
2013	10 365	2 470
2012	20 475	4 820
2011	25 315	4 645

(Source : MIFI, 2023)

6.4 Les personnes sans statut au Canada

Il n'existe pas de mécanismes pour documenter le nombre de personnes sans statut au Canada (Goldring *et al.*, 2009). En effet, puisque les personnes sans statut fréquentent peu les services gouvernementaux, il n'existe pas de données administratives les concernant, de même qu'aucune étude populationnelle n'a été réalisée à leur sujet. Il est donc difficile de savoir combien de personnes sont concernées par cette situation.

Certaines estimations de chercheur(-euse)s et de diverses organisations indiquent que le nombre de personnes sans statut migratoire au Canada se situeraient entre 200 000 et 500 000 (Samson, 2016; Goldring *et al.,* 2009; Robertson, 2005; Vickery, 2004; Jimenez, 2003).

6.5 Des données statistiques pour la Capitale-Nationale et la ville de Québec

De manière générale, la population immigrante est en constante augmentation dans la région de la Capitale-Nationale. Les impératifs économiques, les besoins importants en main-d'œuvre, notamment dans le secteur de la santé, ainsi que les enjeux démographiques laissent présager une hausse importante des personnes issues de l'immigration pour les prochaines décennies.

En 2021, la Capitale-Nationale comptait plus de 50 535 personnes immigrées[3], soit 6,9 % de la population de la région et ce pourcentage s'accroit d'année en année (Statistique Canada, 2023b). Pour la ville de Québec, les personnes issues de l'immigration représentaient 8,5 % de la population totale en 2021 comparativement à 4,6 % en 2006 (Statistique Canada 2023b; Ville de Québec, 2018; Statistique Canada 2006). Pour le territoire de Portneuf, on comptait environ 875 personnes immigrées en 2021, soit 1,6 % de la population de ce secteur (Statistique Canada, 2023b). Pour Charlevoix, le nombre s'élevait à 400 personnes immigrées en 2021, soit 1,4 % de la population (Statistique Canada, 2023b).

L'immigration temporaire occupe aussi une place importante dans la Capitale-Nationale. En 2021, on comptait 5 380 détentrices et détenteurs de permis de travail temporaire (PMI et PTET), 2 165 travailleur(-euse)s agricoles saisonnier(-ère)s et 6 895 détenteur(-trice)s et détenteurs de permis d'études (Belfares, 2023).

En 2019, les principaux pays de provenance par ordre d'importance des personnes réfugiées qui ont été accueillies dans la Capitale-Nationale étaient :

- République démocratique du Congo;
- Mali;
- Afghanistan;
- Syrie;
- République centrafricaine (Belfares, 2023).

En plus des pays ci-dessus, les rapports d'activités du Centre multiethnique de Québec de 2011 à 2017 témoignent également d'un accueil important de personnes réfugiées prises en charge par l'État en provenance de la Colombie, du Bhoutan, de la Côte d'Ivoire, du Népal et du Cameroun. Quant aux années 2021 et 2022, elles ont été marquées par l'arrivée de ressortissants ukrainiens détenant des autorisations de voyage d'urgence Canada-Ukraine.

3. Selon Statistique Canada, les personnes immigrantes sont des personnes qui résident au Canada et qui sont nées hors du pays, à l'exclusion des travailleur(-euse)s étranger(-ère)s temporaires, des citoyen(ne)s canadien(ne)s né(e)s à l'étranger, et détenteur(-trice)s d'un visa étudiant ou de travail.

Tableau 6. Le nombre de personnes réfugiées admises dans la Capitale-Nationale de 2009 à 2019

Année	Nombre de réfugié(e)s dans la Capitale-Nationale
2019	342
2018	573
2017	583
2016	646
2015	482
2014	398
2013	298
2012	411
2011	478
2010	492
2009	459

(Source : MIFI, 2021)

En 2019, 342 réfugié(e)s pris(es) en charge par l'État étaient accueillis à Québec (tableau 6). Il est important de mentionner que la pandémie de la COVID-19 a mis en pause la réinstallation des personnes réfugiées dans la Capitale-Nationale pour presque toute l'année 2020. La reprise de l'accueil de ce groupe a repris graduellement en 2021 (Belfares, 2023).

Pour les personnes demandeuses d'asile, peu de données sont disponibles pour la Capitale-Nationale, mais pour l'année 2022, 391 personnes ayant ce statut avaient été soutenues par le CMQ (Torres Caceres, 2023). Les principaux pays de provenance de ces personnes en ordre d'importance étaient :

- Mexique;
- Colombie;
- Venezuela;
- Congo;
- République démocratique du Congo;
- Haïti.

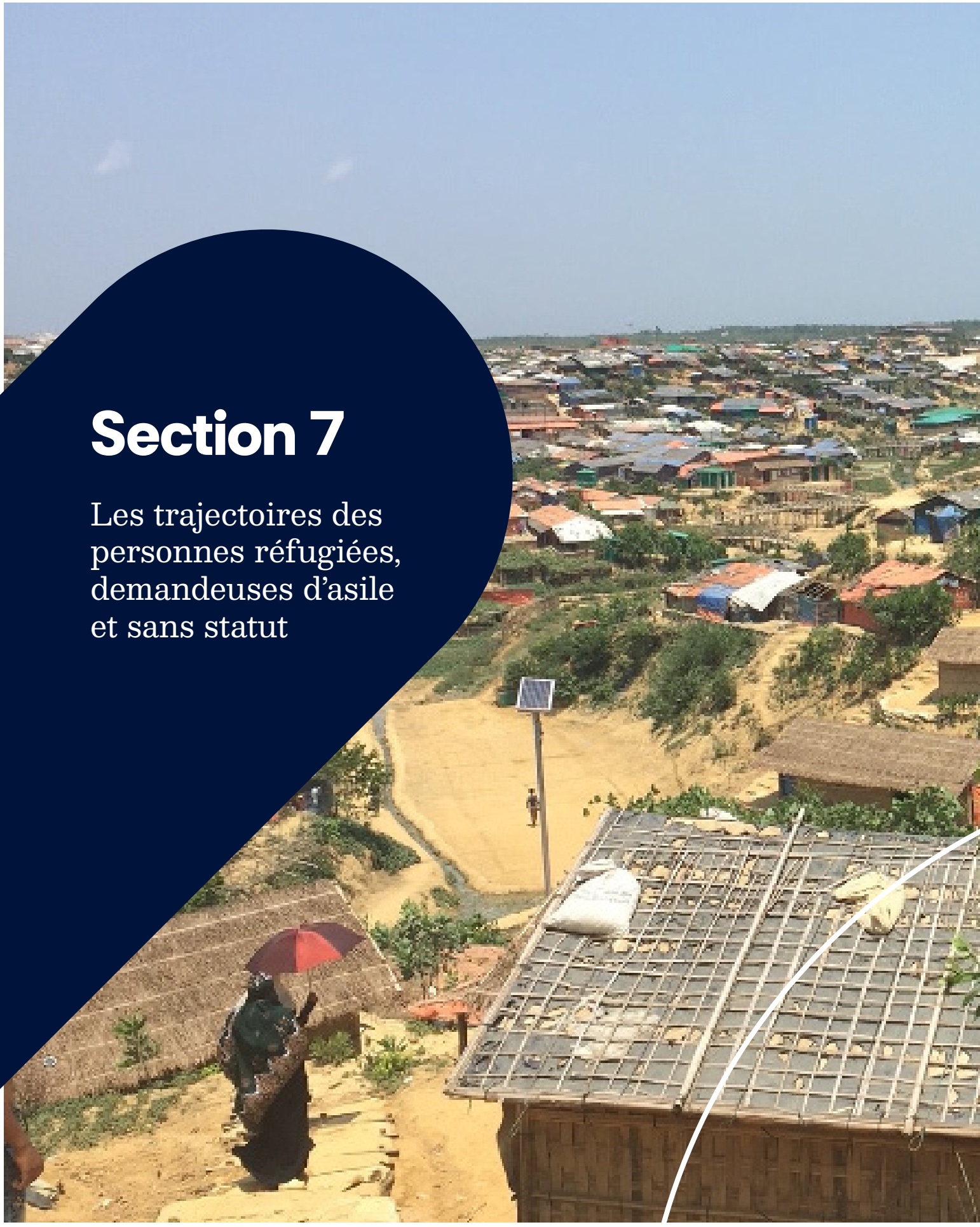
Les principaux arrondissements de résidence des personnes demandeuses d'asile soutenues par le CMQ en ordre d'importance étaient : Sainte-Foy—Sillery—Cap-Rouge, La Cité-Limoilou et Charlesbourg (Tores Caceres, 2023).

Aucune statistique n'est disponible sur la présence des personnes migrantes sans statut dans la Capitale-Nationale dû à l'invisibilité de cette population.

6.6 Les données statistiques sur la santé des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire

Pour en connaitre davantage sur la santé de la population immigrante, certaines sources de données telles que les fichiers clinico-administratifs et les enquêtes sociosanitaires québécoises permettent de croiser des indicateurs de santé, notamment avec le lieu de naissance et la durée de résidence.

L'information à l'égard de la catégorie d'admission de la population immigrante est peu accessible. Les données de surveillance dont nous disposons actuellement dans la Capitale-Nationale ne permettent pas de dresser un portrait de l'état de santé des personnes réfugiées, demandeuses d'asile ou sans statut ou de mettre en évidence des écarts de santé entre ces groupes et la population générale.



Section 7

Les trajectoires des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut

Photo : Zakaria Mohamed

7.1 Les trajectoires des personnes réfugiées et demandeuses d'asile

7.1.1 L'exil

Les personnes réfugiées et demandeuses d'asile fuient des situations dangereuses dans leur pays d'origine. L'exil répond à un besoin de sécurité et de survie.

L'exil implique parfois de se déplacer dans des conditions périlleuses, de traverser les frontières d'un ou de plusieurs pays, et ce, avec des conditions de vie parfois très précaires (pauvreté, insalubrité et malnutrition par exemple) (Trosseille *et al.*, 2019). Plusieurs personnes seront aussi contraintes d'habiter pendant de très longues périodes dans des camps de réfugié(e)s ou des pays de transition.

La migration forcée est un déplacement marqué par la violence, les deuils, les souffrances et la rupture des liens territoriaux, matériels, familiaux et sociaux (Lindert *et al.*, 2016; Joshi *et al.*, 2013; Paquet, 2011; Guilbert, 2003; Dhooper et Tran, 1998). Les personnes en fuite ont parfois vécu ou ont été témoins de conflits armés, de violences sexuelles, d'émeutes, de massacres, d'emprisonnements arbitraires, de morts, de disparitions, d'assassinats, de viols, de torture et de climats de terreur (Gagnon et Pontbriand, 2019; Trosseille *et al.*, 2019; Lindert *et al.*, 2016; Dhooper et Jimenez, 2009; Tran, 1998).

Figure 7. Les déplacements des personnes réfugiées à travers le monde

Le Canada ne fait pas face à une crise de réfugié(e)s	
84 % des personnes déplacées à travers le monde se trouvent dans des pays en développement.	Les véritables crises de réfugiés ont lieu dans les pays qui reçoivent des millions de réfugié(e)s chaque année tels que : la Turquie, le Pakistan, l'Ouganda, le Soudan, l'Iran, le Liban, le Bangladesh et l'Éthiopie qui ont souvent des ressources limitées pour combler les besoins de base des réfugié(e)s et des communautés locales qui les accueillent. **Seul un petit nombre de réfugiés vont dans les pays les plus riches (dont le Canada), qui reçoivent moins de 0,3 % des réfugiés à travers le monde.**

Copiée de UNHCR, 2019.

7.1.2 Les personnes réfugiées sélectionnées à l'étranger

7.1.2.1 La reconnaissance du statut de réfugié par le Haut-Commissariat des Nations Unies aux personnes réfugiées

À l'international, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) a pour mandat d'attribuer le statut de réfugié aux personnes qui demandent l'asile (UNHCR, 2014). Le processus d'attribution du statut de réfugié s'appuie sur la *Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés* dont le Canada est signataire. La reconnaissance du statut de réfugié passe par plusieurs étapes. Lors de ce processus, les personnes ont à remplir des formulaires administratifs et à passer des entrevues avec les employés(e)s du HCR. Les personnes en exil sont tenues de fournir une série d'informations personnelles et de détailler les raisons pour lesquelles elles craignent pour leur vie.

Ce n'est qu'un faible pourcentage de personnes demandeuses d'asile qui se fera attribuer le statut de réfugié par le personnel du HCR. Après avoir été reconnues par le HCR, les personnes réfugiées vont suivre un des trois parcours suivants :

1. Le rapatriement librement consenti dans le pays d'origine.
2. L'intégration dans le pays de transit.
3. La réinstallation dans un autre pays (UNHCRb, 2023).

La réinstallation dans un autre pays est possible pour moins de 1 % des personnes ayant obtenu le statut de réfugié. De plus, le HCR retient en priorité, mais pas seulement, les candidat(e)s les plus « vulnérables » comme les enfants non accompagnés, les mères monoparentales et les membres des minorités religieuses ou sexuelles (UNHCR, 2013).

7.1.2.2 L'entretien avec l'agent(e) d'Immigration Canada

Une fois que leur dossier est recommandé par le HCR et que la réinstallation au Canada est la solution envisagée, différentes étapes font partie intégrante du processus. D'abord, dans le pays de transition, les personnes réfugiées sont interrogées par un(e) agent(e) d'Immigration Canada (CIC, 2014). Lors de cet entretien, elles doivent confirmer les informations préalablement transmises au personnel du HCR. Dans certains cas, une deuxième entrevue peut être nécessaire.

Une fois la cohérence de leur discours établie, la Gendarmerie royale du Canada (GRC), le Service canadien du renseignement de sécurité (SCRS) et l'Agence des services frontaliers du Canada consultent leurs bases de données et celles des pays alliés pour effectuer des vérifications de sécurité. Ces instances examinent la demande de la personne requérante afin de déterminer si elle a commis des crimes graves par le passé et s'assurent que la personne réfugiée ne présente pas de risque pour la sécurité du Canada (CIC, 2014).

7.1.2.3 L'examen médical

Par la suite, avant l'arrivée, un examen médical permet de s'assurer que la candidate ou le candidat réfugié ne représente pas une menace à la santé publique. Les spécialistes de la santé surveillent les maladies contagieuses comme la tuberculose et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). La santé mentale est également évaluée de manière à prévenir les comportements violents. Dans le cas où les critères de santé ne sont pas satisfaisants, les personnes reçoivent les soins nécessaires avant leur réinstallation (Gouvernement du Canada, 2017).

La Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR) stipule que certaines personnes peuvent être déclarées interdites de territoire si elles représentent un risque pour la santé publique ou un fardeau excessif pour le système de santé. Cette exigence exempte deux catégories de personnes immigrantes : les personnes réfugiées ou en situation semblable ainsi que les personnes de la catégorie du regroupement familial (Statistique Canada, 2019).

7.1.2.4 La réinstallation

Afin d'assurer la réinstallation des personnes réfugiées, l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) s'occupe généralement de la logistique concernant les réservations aériennes et offre un encadrement jusqu'au départ vers la terre d'accueil (CIC, 2014). Pour la plupart des personnes réfugiées prises en charge par l'État, les coûts de déplacements ainsi que ceux reliés à l'examen médical sont couverts par un prêt qui devra être remboursé par les personnes au gouvernement du Canada (Gouvernement du Canada, 2023).

Au Québec, les personnes réfugiées prises en charge par l'État sont accueillies par des intervenant(e)s mandaté(e)s à travailler auprès des personnes nouvellement arrivées par le MIFI. Les organismes accompagnent les personnes réfugiées en comblant d'abord leurs besoins essentiels (logement, nourriture, vêtement). Les premières semaines sont aussi consacrées aux procédures administratives.

Pour les personnes réfugiées sélectionnées à l'étranger par le parrainage privé, le groupe qui parraine assure le soutien financier et l'aide à la réinstallation.

7.1.3 Le processus de demande d'asile au Canada

Sur le territoire canadien, il existe deux possibilités pour le dépôt d'une demande d'asile :

1. Les personnes peuvent présenter leur demande directement à un poste frontalier, dans un aéroport, à un port maritime ou à un poste terrestre à leur arrivée.
2. Les personnes se trouvant déjà en sol canadien peuvent présenter une demande à un bureau intérieur de l'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) (Trosseille *et al.*, 2019).

Les trois étapes de la demande d'asile sont les suivantes :

1. La recevabilité de la demande, une fois la personne sur le territoire canadien.
2. Le dépôt du formulaire de la demande d'asile et la collecte des preuves.
3. L'audience et la décision.

Pour les personnes demandeuses d'asile sur le territoire canadien, c'est l'IRCC qui est responsable d'octroyer le statut de réfugié. La personne migrante ne doit pas :

- avoir déjà présenté une demande pour obtenir le statut de réfugié;
- avoir reçu la protection du statut de réfugié dans un autre pays où elle pourrait retourner;
- avoir été déclarée interdite de territoire, commis de violations des droits humains, de crimes sérieux ou avoir été impliquée dans des organisations criminelles;
- être venue par la voie d'un tiers pays sûr.

Depuis le 24 mars 2023, l'entente sur les tiers pays sûrs entre le Canada et les États-Unis stipule que les personnes demandeuses d'asile doivent déposer leur demande dans le premier pays sûr où elles arrivent (Canada ou États-Unis) à moins d'être visées par une des quatre exceptions suivantes concernant :

- **les membres de la famille;**
- **les mineurs non accompagnés;**
- **les titulaires de documents;**
- **l'intérêt public (Gouvernement du Canada, 2023).**

Si la demande d'asile est acceptée, la personne recevra le statut de réfugié reconnu sur place. Entre 2016 et 2021, le taux d'acceptation des demandes d'asile au Canada se situe en moyenne à 58 % (Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada, 2022).

Dans le cas où la demande d'asile serait refusée, la personne peut employer les recours présentés à l'annexe 1. Si au terme de ces démarches la demande d'asile est rejetée, la personne sera considérée comme demandeur(-euse) d'asile débouté(e) et fera l'objet d'une mesure de renvoi.

Figure 8. Le chemin Roxham

Réalisation : Département de géographie, Université Laval, 2024

Le chemin Roxham

Le chemin Roxham relie la ville de Champlain dans l'État de New York aux États-Unis et la municipalité de Saint-Bernard-de-Lacolle en Montérégie, ville située à plus d'une cinquantaine de kilomètres au sud de Montréal. Jusqu'en mars 2023, c'était un passage irrégulier ayant permis à des milliers de personnes demandeuses d'asile qui ont fui la guerre, la persécution ou qui craignaient des dangers pour leur vie, de traverser la frontière canado-américaine de manière facile et sécuritaire. L'Agence des services frontaliers du Canada se trouve à quelques minutes de ce point d'entrée. Des agent(e)s de la Gendarmerie royale du Canada attendaient les personnes afin qu'elles soient prises en charge par les autorités des services frontaliers. À titre d'exemple, en 2022 au Québec, ce sont 38 811 demandes d'asile qui ont été déposées suite à une entrée « irrégulière » comparativement à 20 916 demandes pour des entrées dites « régulières » (MIFI, 2023). La popularité de ce chemin est due notamment à l'Entente sur les pays sûrs entre le Canada et les États-Unis qui stipulait que les personnes migrantes doivent déposer leur demande d'asile dans le premier pays où ils vont. Une demande déposée à un point officiel était donc automatiquement rejetée.

Le 24 mars 2023, le Canada et les États-Unis annonçaient que l'Entente sur les tiers pays sûrs s'appliquerait dorénavant à toute la frontière terrestre. Toute personne qui traverse la frontière canadienne et qui n'est pas visée par les exceptions de l'entente est maintenant retournée aux États-Unis (Gouvernement du Canada, 2023).

7.2 Les trajectoires des personnes sans statut

7.2.1 Des trajectoires diversifiées

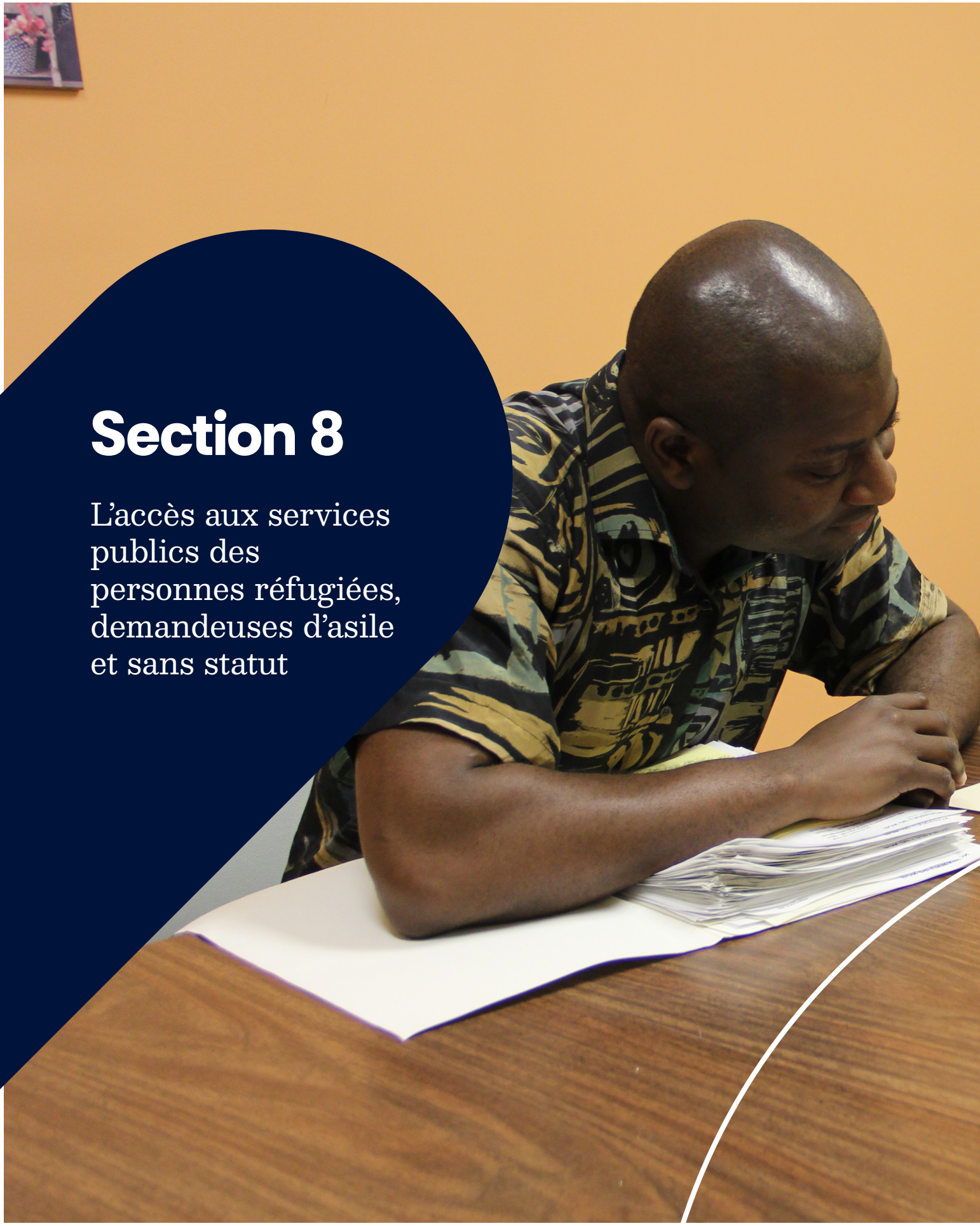
Au Canada, la majorité des personnes sans statut arriverait de manière régulière au pays, autrement dit avec des autorisations de séjours valides reliées à une demande d'asile, à une demande de regroupement familial, à un visa de visiteur, à un permis d'études ou de travail (Faria et Kyle, 2015; Brabant et Raynault, 2012; Magalhaes *et al.*, 2010). En effet, en raison de la situation géographique du Canada, peu de personnes migrantes y entrent clandestinement.

Les situations d'irrégularités dans lesquelles les personnes migrantes se retrouvent sont diversifiées et complexes. Même si une personne entre de manière régulière au Canada, plusieurs processus et situations peuvent entrainer la perte d'un titre de séjour (Magalhaes *et al.*, 2010; Goldring *et al.*, 2009). En effet, la possession d'un titre de séjour temporaire qui expire et qui n'est pas renouvelé, les processus d'exclusion sociale basés sur le genre ou l'ethnie et la complexité des démarches administratives d'immigration en sont quelques exemples (Magalhaes *et al.*, 2010; Goldring *et al.*, 2009). Les résultats de travaux menés à Montréal indiquent que les périodes sans statut sont de plus en plus longues en raison de la complexification des politiques migratoires et de l'augmentation de la durée des traitements des dossiers (Brabant et Raynault, 2012).

Les personnes sans statut peuvent effectuer certaines démarches afin de régulariser leur situation, par exemple, faire une demande de résidence pour motifs humanitaires, se faire parrainer par un(e) conjoint(e) qui a le statut de citoyen(ne) ou la résidence permanente, ou encore, faire une demande de permis de séjour pour violence familiale.

7.3 Le statut implicite

Les personnes ayant la résidence temporaire (touristes, étudiant(e)s, travailleur(-euse)s) qui demandent une prolongation de leur titre de séjour avant l'expiration de leur visa, mais qui n'ont pas obtenu de réponse du gouvernement à l'expiration de leur permis deviennent en statut implicite. Le statut implicite permet de rester légalement au Canada en attendant une réponse du gouvernement. Les personnes qui ont demandé une prolongation de permis peuvent continuer de travailler ou d'étudier en respectant les conditions du permis original. Si un permis différent est demandé, la personne doit arrêter de travailler ou d'étudier en attendant la réponse du gouvernement.



Section 8

L’accès aux services publics des personnes réfugiées, demandeuses d’asile et sans statut

Photo : SAAI

Le statut d'immigration joue un rôle important puisqu'il encadre les droits et les services auxquels les personnes issues de l'immigration ont accès (Goldring *et al.*, 2009).

8.1 L'accès aux services de santé pour les personnes issues de l'immigration

Sur le plan de la santé, l'OMS stipule que « l'accès à la santé et aux soins de santé des individus, indépendamment de leur statut et de leur pays d'origine, est un droit fondamental » (Cité dans Observatoire des tout-petits, 2019).

Toutefois, plusieurs recherches canadiennes indiquent que différents groupes issus de l'immigration rencontrent davantage de barrières dans l'accès aux services de santé que les personnes non immigrantes. (Le Gall *et al.,* 2022; ESPUM et ACCÉSSS, 2021; Thompson *et al.*, 2015; Ruiz-Casares *et al.,* 2013; Simich et Jackson, 2010; Amar *et al.,* 2009; ASSSCN, 2006).

Les barrières sont multiples et peuvent être de diverses natures : légale (liées au statut migratoire), économique, administrative et organisationnelle (incluant les aspects linguistiques), culturelle, relationnelle, géographique.

8.2 L'accès aux services publics pour les personnes réfugiées

À leur arrivée au Canada, les personnes réfugiées prises en charge par l'État obtiendront leur carte de résidence permanente qui leur confère les mêmes droits que les autres Canadiens et Canadiennes, et donc, le même accès aux services publics à l'exception du droit de vote, d'être élues, de posséder un passeport canadien et d'occuper certaines fonctions réservées aux citoyen(ne)s (tableau 7) (CIC, 2014).

Les personnes réfugiées reconnues sur place et parrainées par la collectivité auront aussi accès à la résidence permanente. Toutefois, certaines nuances existent dans l'accès aux programmes communautaires, publics et sociaux en fonction de la catégorie de réfugié(e) (tableaux 7, 8 et 9). Par exemple, les personnes réfugiées parrainées par la collectivité n'ont pas accès à l'aide sociale la première année de leur réinstallation.

8.3 L'accès aux services de santé pour les personnes réfugiées

De nombreuses recherches canadiennes et internationales ont documenté les barrières énumérées précédemment auxquelles faisaient face les personnes réfugiées réinstallées, quant à l'accessibilité aux systèmes de santé (Shishehgar *et al.,* 2016; Sastre et Haldema, 2015; Davidson et Carr, 2010; Phillimore et Goodson, 2006).

Ces obstacles sont exacerbés par le manque de services, faute d'avoir suffisamment d'interprètes (Correa-Velez *et al.*, 2013), la stigmatisation, les attitudes négatives du personnel médical, le manque de transport, les longs délais d'attente, les expériences négatives avec le système de santé, le manque de services interculturels et l'insuffisance d'information sur les services de santé (Grisales *et al.*, 2016; Sastre et Haldeman, 2015; Robert et Gilkinson, 2012; Newbold, 2010; Mckenzie *et al.*, 2009; Spicer, 2008; Phillimore et Goodson, 2006; Dhooper et Tran, 1998).

De plus, les réfugié(e)s ont parfois des perceptions de la santé et de la maladie qui sont différentes de celles qui prévalent au Québec (Grisales *et al.,* 2016). Les manifestations et la façon dont les gens décrivent et interprètent les symptômes peuvent varier selon l'ethnicité et la culture ce qui peut conduire à des diagnostics inexacts (Robert et Gilkinson, 2012).

Tableau 7. L'accès aux services publics pour les personnes réfugiées prises en charge par l'État en 2025

Organismes d'accueil	› Référé dès son arrivée à un organisme d'accueil spécifique qui aura la charge de son accompagnement et de l'installation pendant un an.
Santé	› Couvert par le Programme fédéral de santé intérimaire du Canada pour certains types de soins à l'arrivée et inscription à la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec) dès la réinstallation au Québec.
Éducation	› Accès aux études, aux prêts et bourses. › Droit de faire une demande d'équivalence des diplômes.
Garderie	› Accès aux garderies privées et subventionnées.
Francisation	› Accès aux cours gratuits du MIFI (ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration) à temps partiel ou temps complet de même qu'aux cours offerts par le ministère de l'Éducation avec certaines allocations pour les étudiant(e)s à temps complet.
Aide sociale et allocations gouvernementales	› Aide sociale ou aide gouvernementale dès l'arrivée. › Allocation à l'installation. › Accès aux allocations familiales et au crédit d'impôt fédéral. › Accès au crédit d'impôt pour solidarité après la déclaration d'impôt. › Doit rembourser au gouvernement ses frais de voyage et ceux liés aux examens médicaux, sauf pour certaines exceptions (avec entente de paiement).
Logement	› Organisme d'accueil effectue la recherche de logement. › Droit de s'inscrire sur les listes d'attente pour les logements sociaux et HLM (habitation à loyer modéré) un an suivant l'arrivée.
Recherche d'emploi et accès	› Accès aux ressources d'aide à l'emploi et à un numéro d'assurance sociale.
Aide juridique	› Accès à l'aide juridique selon le revenu.

Tableau 8. L'accès aux services publics pour les personnes réfugiées parrainées par le secteur privé en 2025

Organismes d'accueil	› N'est pas référé(e) directement à un organisme en particulier, mais a accès aux organismes communautaires en accueil et installation/intégration pour les personnes immigrantes selon les besoins.
Santé	› Accès à la carte RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec) sans délai de carence et également au Programme fédéral de santé intérimaire du Canada pour certains types de soins.
Éducation	› Accès aux études, aux prêts et bourses et peut faire une demande d'équivalence des diplômes.
Garderie	› Accès aux garderies privées et subventionnées.
Francisation	› Accès aux cours gratuits du MIFI (ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration) à temps partiel ou à temps complet avec allocations, de même qu'aux cours offerts par le ministère de l'Éducation.
Aide sociale et allocations gouvernementales	› Pas accès à l'aide sociale la première année suivant l'arrivée, car à la charge du parrain ou de la marraine. › Accès aux allocations familiales et aux crédits d'impôt fédéral. › Accès au crédit d'impôt pour solidarité après la déclaration d'impôt.
Logement	› Accès aux organismes d'aide à la recherche de logement pour de l'information générale. › Droit de s'inscrire sur les listes d'attente pour les logements sociaux et HLM (habitation à loyer modéré) seulement un an suivant l'arrivée.
Recherche d'emploi et accès	› Accès aux ressources d'aide à l'emploi et à un numéro d'assurance sociale.
Aide juridique	› Accès à l'aide juridique selon le revenu.

Tableau 9. L'accès aux services publics pour les personnes réfugiées reconnues sur place (au Canada) en 2025

Organismes d'accueil	> N'est pas référé(e) directement à un organisme en particulier, mais a accès aux organismes communautaires en accueil, installation et intégration pour les personnes immigrantes selon les besoins.
Santé	> Le Programme fédéral de santé intérimaire du Canada permet l'accès aux soins de santé de base et d'urgence. Le PFSI couvre les soins de santé à partir du moment où la personne fait une demande d'asile. Cette couverture s'étend jusqu'à 90 jours après que la demande d'asile a été acceptée. Après ces 90 jours, si la personne a reçu le Certificat de sélection du Québec (CSQ), elle a le droit de s'inscrire à la RAMQ. Mais si après ces 90 jours, la personne n'a pas reçu le CSQ, elle ne bénéficie d'aucune couverture santé jusqu'à l'obtention du CSQ.
Éducation	> Accès aux études, aux prêts et bourses lorsque la personne a reçu la résidence permanente, sinon elle doit demander un permis d'études. Peut faire une demande d'équivalence des diplômes.
Garderie	> Accès aux garderies privées et subventionnées.
Francisation	> Accès aux cours gratuits du MIFI (ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration) à temps partiel ou à temps complet, de même qu'aux cours offerts par le ministère de l'Éducation avec allocations pour les étudiant(e)s à temps complet, avec le CSQ et le NAS (numéro d'assurance sociale) temporaire.
Aide sociale et allocations gouvernementales	> Accès à l'aide sociale. > Accès aux allocations familiales et au crédit d'impôt fédéral. > Accès au crédit d'impôt pour solidarité après la déclaration d'impôt.
Logement	> Accès aux organismes d'aide à la recherche de logement pour des informations générales. > Droit de s'inscrire aux listes d'attente des HLM (habitation à loyer modéré) à partir du moment où la personne obtient la résidence permanente.
Recherche d'emploi et accès	> Accès aux ressources d'aide à l'emploi et à un numéro d'assurance sociale.
Aide juridique	> Accès à l'aide juridique selon le revenu.

8.4 L'accès aux services publics pour les personnes demandeuses d'asile

Au Québec, les personnes demandeuses d'asile ont un accès limité à l'éducation, aux services sociaux et communautaires, aux aides financières et aux programmes de protection à l'emploi.

Le Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) basé au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, accueille les personnes demandeuses d'asile et offre un accompagnement à différents niveaux :

- obtention d'informations sur les démarches d'immigration;
- accompagnement dans les demandes d'aide sociale;
- aide à l'obtention d'un permis de travail;
- soutien pour l'inscription scolaire des enfants;
- liaison vers des avocats et des organismes d'aide à la recherche de logements.

Au moment d'écrire ce rapport, un projet pilote de régionalisation de l'accueil des personnes demandeuses d'asile était déployé dans la Capitale-Nationale.

Les personnes demandeuses d'asile ont également un accès limité à la francisation, à l'éducation aux adultes ainsi qu'aux études supérieures. Les jeunes familles n'ont pas accès aux services de garde subventionnés et aux allocations familiales. En ce qui concerne l'accès à des services juridiques pour ces personnes, il varie en fonction du revenu.

Tableau 10. L'accès aux services publics pour les personnes demandeuses d'asile en 2025

Organismes d'accueil	› Accès au Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA) basé au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Le PRAIDA permet de recevoir des informations sur les démarches d'immigration, la demande d'aide sociale, l'obtention du permis de travail, l'inscription scolaire des enfants, le contact avec des avocat(e)s et les organismes d'aide à la recherche de logements à Montréal. Il est aussi possible de rencontrer un(e) travailleur(-euse) social(e) ou un(e) infirmier(-ière). › Accès limité aux organismes en accueil et installation/intégration, car peu de services sont financés pour desservir les personnes demandeuses d'asile. Toutefois, certains organismes vont au-delà de leur mandat pour soutenir les besoins de ces personnes. › Depuis novembre 2023, projet pilote de régionalisation de l'accueil des personnes demandeuses d'asile pour la Capitale-Nationale.
Santé	› Le Programme fédéral de santé intérimaire du Canada permet l'accès aux soins de santé de base et d'urgence. Le PFSI couvre les soins de santé à partir du moment où la personne fait une demande d'asile. Cette couverture s'étend jusqu'à 90 jours après que la demande d'asile ait été acceptée. Dans une situation de refus, la personne est couverte par le PFSI jusqu'à la date où l'ordonnance de renvoi devient exécutoire. Si la personne provient d'un pays pour lequel il y a un sursis au renvoi, elle conserve sa couverture de santé.

Éducation	› Accès pour les moins de 18 ans seulement. Les personnes majeures peuvent étudier au postsecondaire au tarif des étudiant(e)s étranger(-ère)s et avec un permis d'études. Certaines personnes demandeuses d'asile ayant réalisé un parcours secondaire au Québec ont accès depuis 2023 aux formations dans un cégep, mais selon des critères spécifiques.
Garderie	› Accès aux services de garde privés sans possibilité de recevoir le remboursement anticipé des frais de garde. En 2024, la Cour d'appel du Québec conclut que les demandeur(-euse)s d'asile auront accès aux garderies subventionnées. Toutefois, le gouvernement demande un sursis d'exécution du jugement et conteste la décision en Cour suprême. En attendant la réponse du sursis d'exécution, les personnes demandeuses d'asile pourront déposer une demande pour accéder aux garderies subventionnées. Toutefois, si les personnes obtiennent une place, elles devront fournir une copie de leur permis de travail délivré conformément à la loi sur l'immigration et la protection des réfugiés.
Francisation	› Accès aux cours gratuits du MIFI (ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration) à temps partiel et à temps plein. Aide financière pour les personnes demandeuses d'asile inscrites à temps plein à condition qu'elles et leur conjoint(e) ne bénéficient pas d'aide sociale. › Accès aux cours à temps partiel et à temps complet dans les centres d'éducation des adultes.
Aide sociale et allocations gouvernementales	› Accès à l'aide sociale. › Pas d'accès aux allocations familiales et au crédit d'impôt pour solidarité. › Aide financière spéciale du PRAIDA pour les familles de trois enfants et plus ou pour les ménages vivant avec un enfant ayant un handicap. › Accès aux crédits suivant une déclaration d'impôts.
Logement	› Accès à certains organismes (nombre restreint) pour une aide à la recherche de logements. › Selon certains critères, accès au programme Allocation-logement qui est sans égard au statut migratoire. › Pas droit de s'inscrire sur les listes d'attente pour les logements sociaux HLM (habitation à loyer modéré).
Recherche d'emploi et accès	› Doit demander un numéro d'assurance sociale temporaire et ensuite un permis de travail (gratuit). › Pas d'accès aux ressources en emploi, sauf initiatives spéciales. Pas accès aux mesures d'Emploi-Québec (ex. : subventions salariales).
Aide juridique	› Accès à l'aide juridique pour le processus de demande d'asile selon le revenu.

8.5 L'accès aux services de santé pour les personnes demandeuses d'asile

Sur le plan de la santé, les personnes demandeuses d'asile rencontrent les mêmes barrières d'accès aux services de santé que les autres groupes issus de l'immigration énumérés dans les dernières pages.

De plus, elles n'ont pas accès au régime d'assurance maladie du Québec de la RAMQ. C'est le Programme fédéral de santé intérimaire du Canada qui couvre leurs soins de santé « urgents et essentiels ». Cette couverture de santé est « équivalente » à celle de la RAMQ (Trosseille *et al.*, 2019).

Toutefois, dans la province et dans la ville de Québec, les personnes rencontrent plusieurs obstacles lorsqu'elles souhaitent bénéficier de ce programme puisque les médecins et d'autres spécialistes de la santé disposent de très peu de connaissance sur le PFSI (Trosseille *et al.*, 2019; ASSSCN, 2006). De plus, les médecins et les spécialistes de la santé doivent s'inscrire au programme afin d'être remboursés. Le manque de connaissance des services de santé auxquels les personnes demandeuses d'asile ont droit, les barrières linguistiques, l'absence de services d'interprétariat dans les cliniques privées, les documents de santé non traduits et l'accès limité à la médecine familiale sont d'autres obstacles à l'accès aux services de santé (Abalovi, 2021).

Une étude réalisée auprès de 324 personnes demandeuses d'asile à Montréal indique que 8 % des personnes se sont fait refuser des soins dans un hôpital et 18 % en clinique privée. De plus, 11 % se sont fait demander de l'argent afin d'être vues en consultation et 7 % pour passer des tests diagnostiques alors qu'elles avaient droit gratuitement à ces soins (Cleveland, *et al.*, 2021).

Tableau 11. La couverture du Programme fédéral de santé intérimaire pour les personnes demandeuses d'asile en 2025

Soins médicaux	Santé mentale	Soins dentaires	Médicaments et services supplémentaires
› Identiques à la couverture RAMQ (sauf très rares exceptions, par exemple traitements de fertilité). › Sage-femme : maximum 3 042 $. › Ambulance : maximum 350 $; › Examen médical de l'immigration (EMI) : le premier est gratuit.	› Psychothérapie : – maximum de 20 séances, – membre de l'Ordre des psychologues, – sur ordonnance d'un(e) médecin, – évaluation de 2 heures, – demande de préautorisation pour thérapie. › Psychiatre : – sur présentation du PFSI. › Interprète : – non couvert par le PFSI, – exception pour les soins psychiatriques et la psychothérapie.	› Sans préautorisation : – examens, radiographies, – extractions simples, – regarnissage et réparation de prothèses, – traumatismes et contrôle de la douleur, – médicaments d'urgence. › Avec préautorisation : – extractions complexes, – restaurations (dents gravement atteintes seulement), – anesthésie générale, – prothèses partielles et complètes.	› Médicaments : – Liste du régime d'assurance médicaments, comme l'aide sociale. › Autres sans préautorisation : – examen de la vue, – examen de l'audition. › Autres avec préautorisation : – physiothérapie, – ergothérapie, – soins à domicile, – soins de longue durée, – prothèses, – orthèses, – aides à la mobilité, – fournitures pour diabétiques, – aides respiratoires, – etc.
INTERPRÈTE Le PFSI rembourse un certain montant par heure pour les services d'interprétariat lorsque ceux-ci sont requis.			

Copié de : Trosseille *et al. (2019). Intervenir auprès de demandeurs d'asile. Guide à l'intention des intervenants. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Montréal. p.66.*

8.6 L'accès aux services publics pour les personnes sans statut

La plupart des personnes migrantes sans statut contribuent au développement de la société canadienne et à la croissance de l'économie. Toutefois, sur le plan légal, elles et leurs enfants ont un accès limité, voire inexistant, aux protections liées à l'emploi, à l'éducation, aux programmes sociaux et aux services publics de santé (Magalhaes *et al.*, 2010). Les services auxquels elles ont droit se résument ainsi :

- Accès aux services de santé pour les enfants domiciliés au Québec depuis plus de 6 mois.
- Éducation primaire et secondaire pour les enfants des personnes migrantes sans statut.
- Accès aux garderies privées qui nécessitent de supporter les coûts.
- Recours à certains organismes d'accueil et organismes communautaires sans but lucratif susceptibles de leur fournir certains services, notamment des services de santé.

Le fait de devoir montrer des pièces d'identité est un facteur en soi qui réduit l'accès aux services des personnes sans statut puisque la peur d'être dénoncées limite la fréquentation des structures officielles et des services de santé (Ruiz-Casares *et al.*, 2013; Goldring *et al.*, 2009).

8.7 L'accès aux services de santé pour les personnes sans statut

Sur le plan de la santé, les personnes migrantes sans statut n'ont pas accès au régime d'assurance maladie de la RAMQ. Depuis la loi 83 adoptée en 2021, tous les enfants de moins de 18 ans domiciliés au Québec depuis plus de 6 mois sont couverts par la RAMQ indépendamment du statut de leurs parents, sans délai de carence, sauf les enfants demandeurs d'asile couverts par le PFSI.

Très peu de données existent au Québec sur l'accès aux soins des personnes sans statut. Une enquête réalisée à Montréal auprès de 806 personnes sans couverture de santé indique qu'environ 69 % de ces personnes ont des besoins de santé non comblés comparativement à 26 % pour les immigrants(e)s récent(e)s et environ 16 % pour le reste de la population (Ridde *et al.,* 2020).

Dans un rapport sur l'accessibilité aux soins des personnes migrantes sans assurance maladie et de leurs enfants, l'Observatoire des tout-petits rapportait quelques données tirées d'études montréalaises sur l'accès au système de santé de ces familles, dont certaines seraient susceptibles d'être sans statut (Observatoire des tout-petits, 2019). Une enquête réalisée à Montréal entre 2014 et 2017 auprès de 72 femmes sans assurance maladie portant sur les soins prénataux, postnataux et ceux liés à l'accouchement indiquait que 75 % d'entre elles ont dû se priver de recevoir des soins dont elles auraient eu besoin et que 24 % n'ont pas eu de suivi médical après leur accouchement (Observatoire des tout-petits, 2019). Une autre enquête réalisée auprès de 871 personnes migrantes sans assurance médicale dans la région de Montréal en 2016-2017 relevait que 87 % des femmes ont dû se priver de soins de santé en raison de difficultés financières et que 35 % des femmes rencontrées ayant eu des enfants n'avaient pas eu de suivi de grossesse (Observatoire des tout-petits, 2019).

Au Québec, l'annexe 1 de la circulaire 2018-2021 du ministère de la Santé et des Services sociaux demande aux établissements de santé de majorer les tarifs de 200 % aux non-Canadiens ou Canadiens non-résidents du Québec[4] (Observatoire des tout-petits, 2019).

Ainsi, les organismes locaux à but non lucratif jouent un rôle essentiel dans la prestation de soins pour les personnes migrantes sans statut, bien que les services soient souvent limités et ne couvrent qu'une faible partie des besoins de santé de cette population (Jackson *et al.*, 2019).

Certaines tentent d'obtenir des conseils de santé et des médicaments de professionnel(le)s de leurs pays d'origine.

En somme, les personnes sans statut font face à de nombreux obstacles pour avoir accès à des services de santé tels que :

- La peur d'être dénoncées aux autorités d'immigration ou d'être déportées (Jackson *et al.*, 2019; Magalhaes *et al.*, 2010).
- Le refus de plusieurs établissements ou de professionnel(le)s de soigner des individus sans couverture de santé.
- Les coûts majorés à 200 % dans les établissements publics du réseau de la santé.
- Le manque de ressources financières des personnes migrantes pour assumer le coût des soins.
- Le manque de capacités des organismes communautaires qui desservent les personnes migrantes sans statut.

4. Cette consigne s'applique aux institutions de santé publique. Les médecins et les établissements privés peuvent choisir de suivre ou non cette instruction.

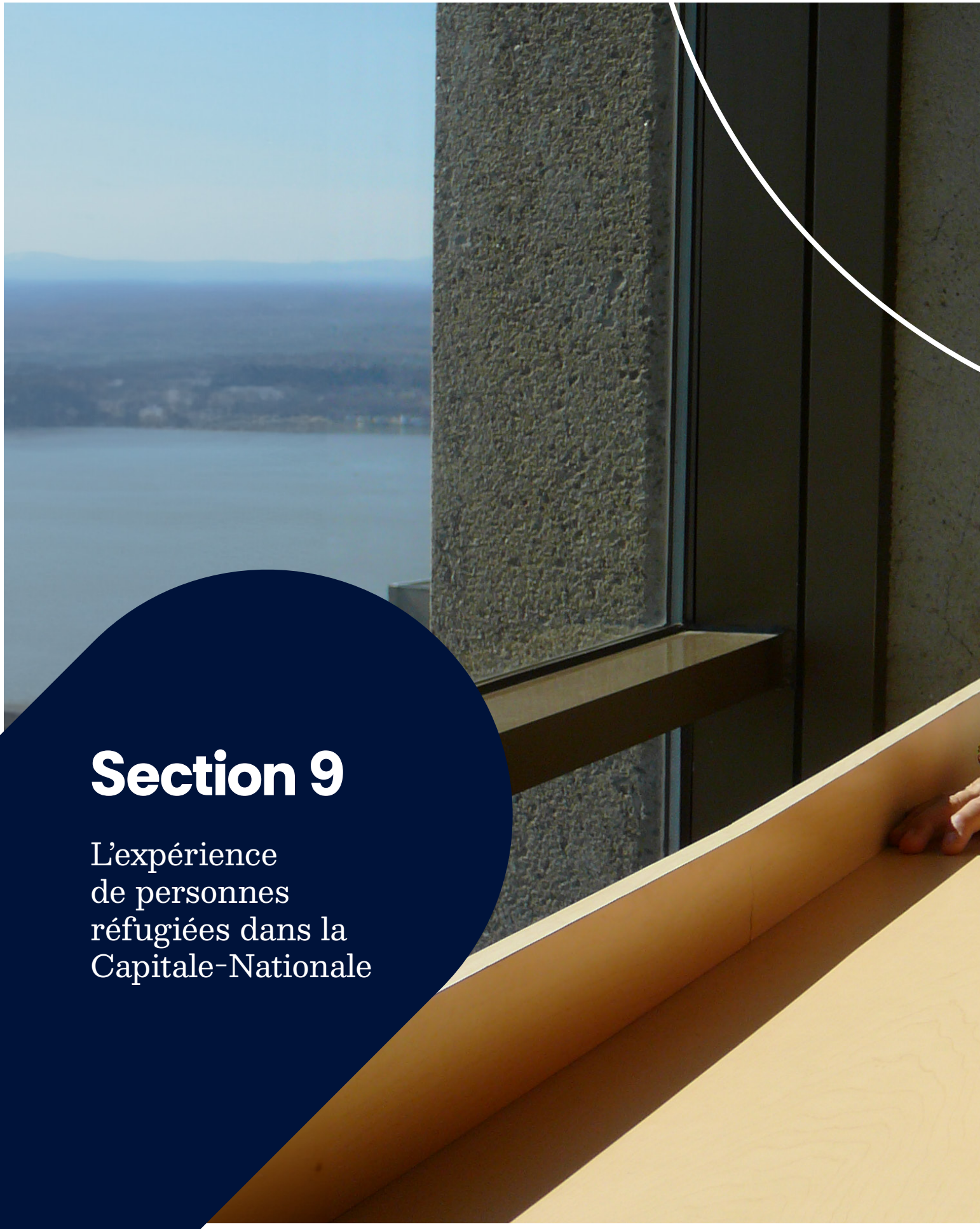
Tableau 12. L'accès aux services publics pour les personnes sans statut en 2023[5]

Organismes d'accueil	› Accès limité au bon vouloir des organismes en accueil et installation/intégration, car ils ne sont pas financés pour desservir les personnes sans statut.
Santé	› Organismes locaux à but non lucratif. › Depuis la loi 83 adoptée en 2021, tous les enfants de moins de 18 ans domiciliés au Québec depuis plus de 6 mois sont couverts par la RAMQ indépendamment du statut de leurs parents, sans délai de carence, sauf les enfants demandeurs d'asile (couverts par le PFSI). › Les personnes sans statut victimes de violences conjugales peuvent être couvertes par le Programme fédéral de santé intérimaire du Canada si elles répondent à certains critères précis. › Toute personne victime d'une infraction criminelle (ainsi que leurs proches) a le droit de faire une demande d'indemnité afin de recevoir l'aide financière pour de la réhabilitation psychothérapeutique ou psychosociale, de la réadaptation physique et de la réinsertion sociale. La Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels s'applique sans égard au statut migratoire.
Éducation	› Seulement les enfants de migrant(e)s sans statut qui ont moins de 18 ans ont accès à l'éducation primaire et secondaire.
Garderie	› Accès aux garderies privées seulement, sans possibilité de recevoir des crédits d'impôt.
Francisation	› Non.
Aide sociale et allocations gouvernementales	› Non.
Logement subventionné	› Non pour la quasi-totalité des mesures existantes. › Selon certains critères, accès seulement au programme Allocation-logement qui est sans égard au statut migratoire.
Recherche d'emploi et accès	› Non.
Aide juridique	› Accès pour certaines procédures seulement : certaines démarches d'immigration et démarches de séparation, de divorce et de garde des enfants. Toutefois, peu d'avocats acceptent de prendre ce type de dossier.
Permis de séjour	› Depuis le 26 juillet 2019, les femmes victimes de violence conjugale peuvent faire une demande de Permis de séjour temporaire en violence familiale (PST). Si la demande est acceptée, la femme sera admissible au PFSI et elle pourra faire une demande de permis de travail.

5. Dans des circonstances exceptionnelles, les personnes sans statut peuvent utiliser certaines voies d'exception afin d'accéder à certaines mesures permettant d'améliorer leurs conditions de vie ou leur accès aux services publics.

Partie 3

L'expérience de personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut dans la Capitale-Nationale : vers une meilleure compréhension de leurs réalités



Section 9

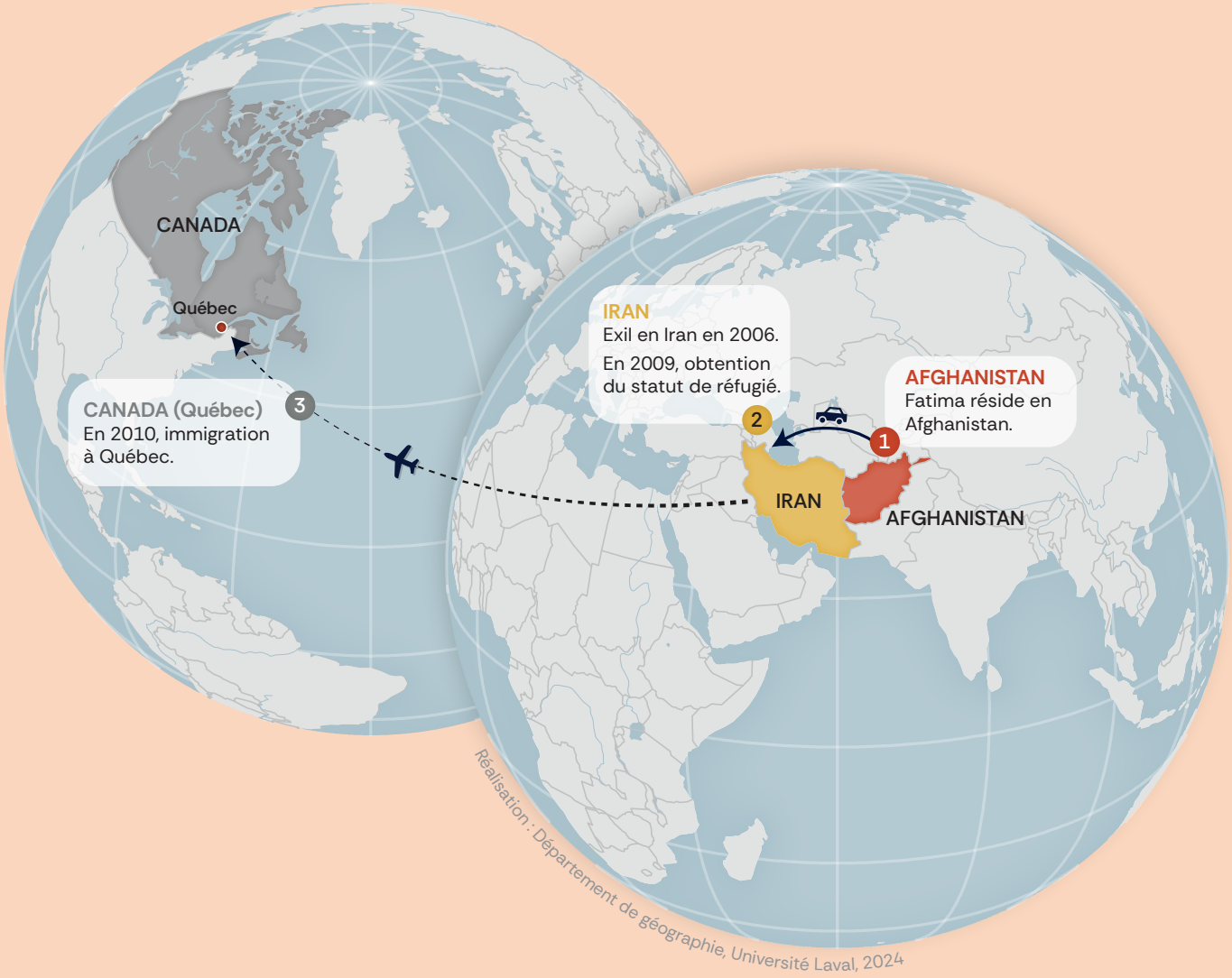
L’expérience de personnes réfugiées dans la Capitale-Nationale

Photo : SAAI

Trois exemples de trajectoires de personnes réfugiées[6]

L'histoire de Fatima, réfugiée parrainée par la collectivité

Figure 9. La trajectoire migratoire de Fatima



6. Tout au long de la section 9, pour préserver la confidentialité des participant(e)s, plusieurs informations ont légèrement été modifiées, notamment, le nom de la personne, les pays de transit, l'âge, le nombre d'enfants ainsi que le nombre de sœurs et de frères.

En raison d'une guerre qui sévit dans son pays, Fatima quitte son pays à l'âge de huit ans avec sa famille pour vivre dans un pays voisin. Ne s'y sentant pas bienvenus, ses parents déposent une demande d'asile. Un cousin de sa mère qui habite à Québec engage des démarches de parrainage collectif conjointement avec une organisation afin que Fatima et sa famille migrent au Canada. Il verse une importante somme d'argent pour les parrainer et pour s'assurer que tous leurs besoins de base soient comblés pendant la première année suivant leur arrivée.

La famille de Fatima arrive à Québec au début des années 2010. Des membres de la famille déjà établis dans la ville leur trouvent un logement et les aident à s'intégrer. Ils reçoivent également l'appui de l'organisation de parrainage qui les accompagne dans plusieurs démarches administratives, comme l'accès à la RAMQ, l'inscription à l'école, la recherche d'emploi pour ses parents, etc. Encore aujourd'hui, Fatima bénéficie du soutien de l'organisation pour différentes démarches administratives.

Les mois suivant son arrivée, la plus grande difficulté rencontrée par Fatima est de communiquer en français, bien qu'elle ait accès à des cours de francisation. Ses amies lui manquent beaucoup et elle ne parvient pas à développer des amitiés avec des Québécoises et des Québécois. Depuis qu'elle habite Québec, Fatima se sent traitée différemment à l'occasion. Cela est survenu avec des membres du corps policier et professoral, dans certains services publics, avec le concierge de son immeuble et à son travail où elle a reçu certaines insultes de la clientèle. Elle estime que cela est lié au fait qu'elle est immigrante ou qu'elle porte le voile. Bien que les épisodes de discrimination la rendent triste, elle essaie de mettre cela de côté et de ne pas se laisser affecter. De manière générale, Fatima est satisfaite de ses conditions de vie. Elle travaille à temps partiel et étudie pour devenir comptable.

L'histoire de Margarita, réfugiée reconnue sur place

Margarita fuit la Colombie à l'âge de 15 ans avec sa mère, son père et ses deux sœurs. Ses parents sont menacés de mort par un groupe politique. Après avoir déménagé à quelques reprises en Colombie, les membres de sa famille migrent à Québec avec un permis de visiteur. Une demande d'asile est déposée à l'aéroport et est acceptée deux années plus tard.

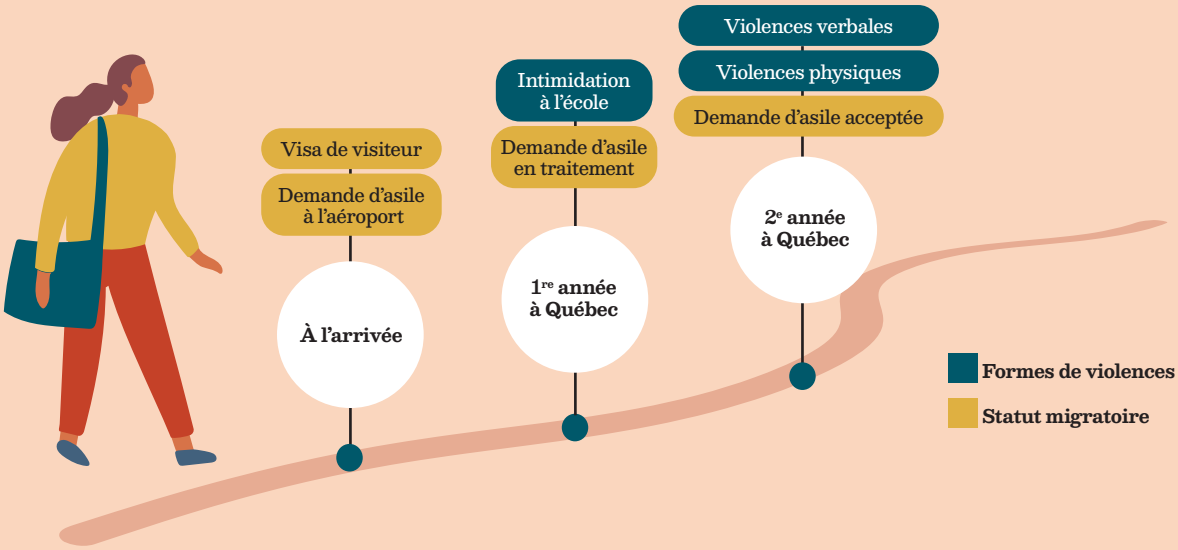
Sa tante les héberge temporairement à leur arrivée à Québec et leur trouve un logement, leur fait connaitre le quartier et les services essentiels. Malgré l'aide reçue, sa famille rencontre des difficultés pour recevoir des services publics et communautaires. Ils sont refusés dans les organisations qu'ils visitent en raison de leur statut de demandeurs d'asile. Dans les services de santé, le personnel à l'accueil leur demande de payer les honoraires de consultation (même s'ils sont couverts par le PFSI). Margarita et les membres de sa famille se privent de soins dont ils auraient pu bénéficier à de nombreuses reprises puisqu'ils ne connaissaient pas leurs droits. Sa mère soigne les membres de sa famille avec des produits naturels.

L'arrivée dans une nouvelle école est perturbante pour Margarita. L'impossibilité de se faire comprendre en raison de la langue la met dans une position très inconfortable. Ses collègues de classe se moquent souvent d'elle. Quelques professeur(e)s deviennent parfois impatient(e)s, frustré(e)s et crient sur Margarita lorsqu'ils n'arrivent pas à la comprendre. Frustrée de vivre cette intimidation, Margarita demeure malgré tout silencieuse, car elle se sent impuissante pour se défendre en raison de son niveau de français. Les mois passent et la maitrise de la langue française l'aide à être en relation avec ses collègues de classe et à se faire apprécier.

Après une première année d'intégration difficile à Québec, sa famille s'établit dans un village du Bas-Saint-Laurent. Margarita se fait un petit ami. Frappée à plusieurs reprises, il déverse régulièrement sa colère sur elle. Le père de son petit ami porte aussi plusieurs jugements sur elle : « Elle n'est qu'une immigrante, elle est en relation avec son fils uniquement pour obtenir sa résidence permanente ». Après deux années en couple, Margarita tombe enceinte et met un terme à sa relation. À cinq mois de grossesse, elle emménage de nouveau à Québec avec ses parents. Les violences vécues avec ce jeune homme lui font toujours vivre de la tristesse, des sentiments de honte et des humeurs dépressives. Elle pense au suicide. Une travailleuse sociale la soutient et la réfère pour un suivi périnatal à son dernier trimestre de grossesse.

Aujourd'hui, Margarita habite seule avec sa fille dans une coopérative et poursuit ses études à l'éducation aux adultes afin de décrocher son diplôme d'études secondaires. Des ressources communautaires et sa garderie lui offrent du soutien pour se procurer divers biens matériels : meubles, vêtements pour enfants, nourriture, etc.

Figure 10. Des violences multiples vécues par Margarita



L'histoire de Julio, réfugié pris en charge par l'État

Figure 11. La trajectoire migratoire de Julio

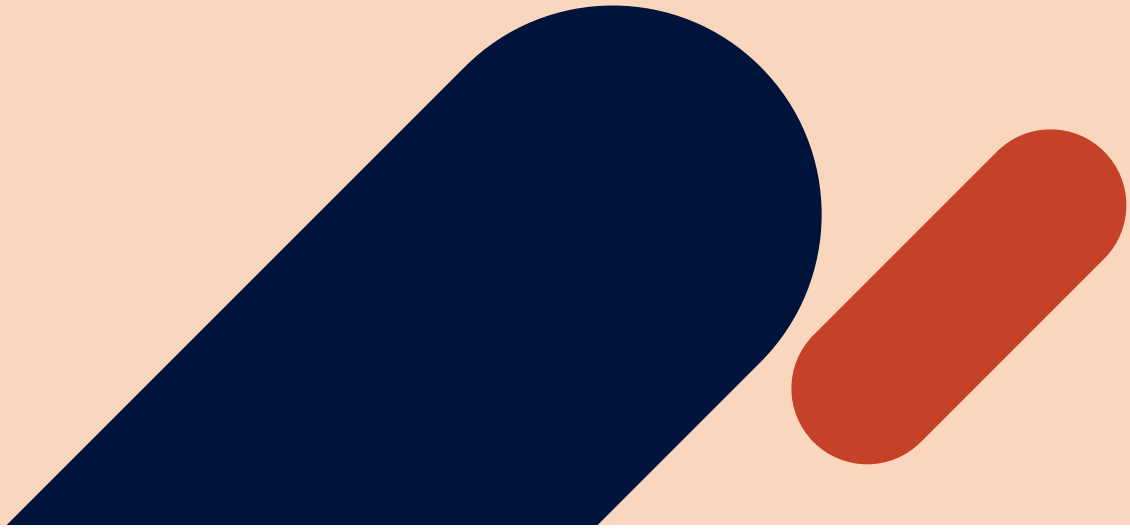
Originaire d'un pays d'Amérique centrale, Julio a été incarcéré pendant près d'une quinzaine d'années. Il confie avoir été torturé puisqu'il faisait partie de mouvements sociaux critiquant le régime politique au pouvoir. Les épisodes de violence lui laissent des cicatrices, des maux de tête et des problèmes de dos importants. Julio vit encore aujourd'hui des reviviscences de ces évènements traumatisants. Après son séjour en prison, Julio maintient sa participation aux groupes qu'il nomme « anti-régime », mais est de nouveau recherché par la police. Il fuit en mer sur une petite embarcation avec d'autres personnes. Alors qu'une tempête s'abat et menace leur vie, un bateau vient à leur secours. Dans un tiers pays, Julio obtient un statut de réfugié avant d'être réinstallé à Québec.

Au début des années 2010, un organisme de Québec l'accueille et l'accompagne dans les premières démarches d'installation. Julio abandonne la francisation quelques semaines après son arrivée en raison de difficultés d'apprentissage et par désir de trouver un emploi pour contribuer rapidement à sa nouvelle société.

Julio occupe cinq emplois dans le secteur de la restauration, de l'entretien ménager et de la construction. Il vit quelques expériences négatives dans ses quatre premiers emplois. Il fait l'objet de plusieurs insultes par certains collègues, notamment en lien avec son origine et sa langue. Certains collègues demandent à un superviseur de le renvoyer, ce qui est arrivé dans un de ses emplois. Il ressent de la pression de certains superviseurs pour effectuer un nombre important de tâches à un rythme très rapide, pression qui ne semble pas présente pour ses collègues québécois qui gagnent un salaire horaire plus élevé que le sien. Julio se retrouve avec des heures impayées dans deux emplois, mais parvient à recevoir sa paye en entier après argumentations. Julio exerce des emplois difficiles : longues heures passées debout, lourdes charges à porter, transport de matières extrêmement chaudes et travail de nuit pour certains emplois. Il ne souhaite pas porter plainte. Maintenant, Julio occupe un emploi dans lequel il se sent valorisé. Cet emploi lui permet d'avoir de bonnes conditions de vie et aussi de soutenir financièrement des membres de sa famille dans son pays d'origine.

Julio considère la majorité des Québécoises et des Québécois accueillants, notamment les plus jeunes. Toutefois, au fil des années, il vit plusieurs expériences de discrimination dans les lieux publics, les commerces, les restaurants, les bars et aussi avec un propriétaire de logement. Ces regards dépréciatifs, les insultes et les provocations physiques lui rappellent parfois les mauvais traitements vécus au pays d'origine. Il dit que ces situations réactivent certains traumatismes, en plus de lui faire vivre du stress, de la nervosité, de l'anxiété et de la frustration.

Ce que Julio valorise le plus, c'est le privilège d'avoir été accueilli comme réfugié par le Canada et toute l'aide qu'il a reçue de la part de nombreux professionnel(le)s, notamment ceux de la santé et des services sociaux.



L'expérience de dix personnes réfugiées résidant dans la Capitale-Nationale

Le profil des participant(e)s

Au total, dix personnes ayant obtenu le statut juridique de réfugié ont été rencontrées : deux reconnues sur place, une parrainée par la collectivité et sept prises en charge par l'État. Le tableau 13 montre que les profils de ces personnes réfugiées rencontrées sont très diversifiés selon le pays d'origine, la voie d'arrivée, le genre, l'âge, le nombre d'enfants et la durée de réinstallation à Québec. Près de la moitié des participant(e)s étaient encore aux études avant de migrer, alors que les autres occupaient des emplois comme propriétaire d'entreprise, professeur(e), coiffeur(-euse) et employé(e) des travaux publics.

Au Québec, trois personnes poursuivaient toujours leurs études en combinant des emplois à temps partiel. Deux avaient intégré le marché du travail. Cinq participant(e)s étaient sans emploi au moment des entretiens, dont deux ayant des contraintes à l'emploi.

Tableau 13. Le profil socioéconomique des personnes réfugiées rencontrées

Pays d'origine		Colombie : 2 Cuba : 1 Syrie : 2 Afghanistan : 1 Birmanie : 1 Bangladesh : 1 République démocratique du Congo : 2
Statut à l'arrivée au Québec		Visiteur(-euse) :2 Réfugié(e) pris(e) en charge par l'État : 7 Réfugié(e) parrainé(e) par la collectivité : 1
Voie d'arrivée		Terrestre : 2 Aérienne : 8
Occupation	**Pays d'origine**	Étudiant(e) : 4 Propriétaire d'entreprise : 3 Professeur(e) : 1 Employé(e) des travaux publics : 1 Coiffeur(se) : 1
	À Québec	Sans emploi : 5 Étudiant(e) et travailleur(-euse) à temps partiel : 3 Travailleur(-euse) en entretien ménager : 1 Entrepreneur(e) : 1
Genre		H : 5 F : 5
Âge		18-20 : 2 21-25 : 1 26-30 : 1 31-35 : 1 36-40 : 1 51-55 : 3 56-60 : 1
État matrimonial		Célibataire : 3 Marié(e) : 6 Veuf(-ve) : 1
Nbre enfants		0 : 3 1 à 2 : 4 3 à 4 : 1 5 à 6 : 1 7 à 8 : 1
Religion		Catholique : 5 Musulmane : 5
Nbre années à Québec		0-1 : 1 2-3 : 2 4-5 : 1 6-7 : 2 8-9 : 4

Les raisons de la migration

Diverses raisons ont mené les réfugiés à s'exiler. Quatre personnes ont vécu dans des zones en guerre et deux personnes ont été visées par un génocide. Ces deux personnes ne détenaient aucune citoyenneté, aucun droit à l'éducation, à la propriété et au mariage. Il leur était également impossible de se déplacer librement dans leur pays d'origine. Ils ont vu leurs proches se faire tuer sous leurs yeux, leurs villages brûlés ou bombardés et des femmes se faire violer devant eux.

> « *La Birmanie, c'est toujours la discrimination, c'est pour ça que je n'ai pas [reçu de] certificat de naissance [et de] certificat de mariage. Aussi, [le gouvernement] fait de la discrimination, [car on fait partie] des minorités Rohingyas, qui est une minorité de la Birmanie [...] C'est un pays bouddhiste, [...] mais ils ont toujours fait de la discrimination envers les musulmans et les chrétiens. [...] Comme quelqu'un qui fait l'agriculture, comme les femmes qui font l'élevage de moutons, le gouvernement militaire [...] ne demande pas de permission, ils vont prendre ta liberté ... [...] [Ils font] des violences sexuelles avec les femmes. Ils ont lancé des enfants dans le feu. Ils tuaient les hommes, n'importe qui [...]. Ils ont brûlé les maisons, tué les gens, les personnes, les femmes et toutes les choses. C'est comme ça qu'ils ont fait le génocide.* [Réfugié] »

Trois personnes ont été contraintes de quitter leur pays à la suite de violences subies en raison de leurs implications politiques. Ces violences ont pris la forme de vandalisme, d'accès limité à des droits fondamentaux, de brutalité physique, de menaces de mort et pour certains de torture et d'incarcération.

Enfin, une femme s'est vue contrainte de réaliser des activités illicites pour des groupes paramilitaires. Après l'arrêt de ces activités, elle a été espionnée, menacée de mort et victime d'une tentative d'enlèvement. Des membres de sa famille ont également été visés par des attentats et des violences physiques.

La migration, les pays de transit et les camps de réfugié(e)s

Après avoir fui, deux personnes sont venues directement à Québec sans transiter par un tiers pays. L'une d'elles est arrivée avec un statut de visiteur et l'autre par un programme spécial de réinstallation.

Huit des participant(e)s ont vécu dans des pays de transit pendant plusieurs années, dont deux dans des camps de réfugié(e)s. Les conditions de voyage avant d'arriver dans les pays de transit sont qualifiées par trois personnes comme extrêmement dangereuses et difficiles : violences armées sur la route, longues heures à marcher parfois dans les montages et en forêt, étendues d'eau à traverser, animaux dangereux, et difficulté à se nourrir pendant le voyage. Une personne a fait appel au service d'un passeur pour traverser la frontière du pays voisin. Dans les pays de transit, une personne a senti que sa famille n'était pas bienvenue. Deux autres personnes ont rapporté avoir vécu une grande précarité après s'être exilées dans les grandes villes de pays voisins. Deux personnes réfugiées ont pu résider quelques années chez des membres de leur famille éloignée dans un autre pays. Les deux personnes qui ont vécu dans des camps de réfugié(e)s partagent combien les conditions de vie sont très difficiles. L'accès à la nourriture, à l'éducation et aux soins de santé est limité voire inexistant. Il est difficile de se projeter dans l'avenir et les personnes considèrent que leur vie est « en suspens » pendant qu'elles sont dans les camps de réfugié(e)s, ce qui a duré plus de 20 ans pour une personne.

> « *C'était vraiment difficile parce que [dans les camps] de réfugiés, les réfugié(e)s n'ont pas droit au travail, pas le droit d'étudier, toutes les choses [qu'on reçoit] c'est l'ONU qui paie. [Ils nous donnent] un peu d'huile, de l'ail, du riz. [...]. C'est juste [assez] pour manger, comme en prison. Une prison qui donne la limite de nourriture. [Juste assez] pour ne pas mourir et pour rester vivant.* [Réfugié] »

Photo : Zakaria Mohamed

La langue

Une fois au Québec, plus de la moitié des entretiens montrent que la méconnaissance de la langue française entraine un lot immense de défis. Elle limite une pleine participation dans plusieurs milieux sociaux, notamment sur le marché du travail, dans les écoles, dans les lieux publics, les commerces, dans certains organismes communautaires et dans les services de santé.

Les défis linguistiques réduisent aussi l'autonomie des personnes réfugiées dans leurs démarches administratives en plus de limiter les possibilités d'interactions sociales.

> « *Je pense que une des barrières, c'est que si on ne parle pas le français, c'est difficile de s'exprimer. Même moi, je sais que ça manque encore que j'améliore mon français.* [Réfugiée] »

Le revenu

Après plusieurs années sur le marché du travail, la travailleuse et le travailleur à temps plein étaient satisfaits de leur revenu. Deux personnes sur trois considèrent leur revenu de travail insuffisant pendant les études pour bien répondre à tous les besoins de base.

L'aide sociale pendant la francisation et également après, peine à répondre à tous leurs besoins de base et ceux de leur famille.

> « *Des fois, il y a des choses qui nous manquent pour nos enfants, certainement qu'on a de la frustration à un moment donné, mais on essaie de s'en sortir. Et toujours, on se dit : « Dieu merci, déjà qu'on n'est pas dans un État de guerre. On a un toit qui nous couvre, et merci pour tout ce que le Québec fait pour nous déjà. ». C'est comme si le fait de demander de plus… C'est comme si c'était une gêne.* [Réfugié] »

Les milieux de travail

Les personnes rencontrées mentionnent plusieurs types de limitations dans les recherches d'emploi : les problèmes de santé, une faible maitrise de la langue, le manque d'expériences québécoises, l'absence de retour des employeur(-euse)s. En dépit des obstacles rencontrés, l'inscription dans une agence de placement et les réseaux sociaux (famille, ami(e)s) facilitent l'entrée sur le marché du travail.

Des conditions de travail difficiles ont été rapportées dans la majorité des milieux où les réfugié(e)s ont travaillé : dans les usines, les hôtels, les restaurants et les compagnies de nettoyage. Les conditions de travail sont décrites comme difficiles : maigres salaires, horaires de travail de nuit ou de soir, postures douloureuses, objets lourds à transporter, manipulation de produits toxiques, présence requise non rémunérée sur le milieu de travail lorsque les personnes sont sur appel.

> « *J'avais un travail très dangereux, qu'il faut être habillé presque comme un astronaute avec des vêtements sécuritaires résistants à la chaleur et aux matériaux. Je transportais, une sorte de tuyau, qui est chaud, qui est lourd et qui est difficile à maitriser.* [Réfugié] »

Deux personnes soulignent également une charge de travail supérieure à celle des collègues québécois détenant les mêmes postes, ne pas être payés à temps double lors des journées fériées ou encore être contraints d'effectuer des heures supplémentaires alors que les Québécois(es) semblaient avoir le choix d'accepter ou de refuser. La difficulté de trouver un emploi, la complexité ainsi que la méconnaissance des processus de plaintes les contraint à accepter ce genre de situations.

> « *J'étais payé 12 $. Je faisais le travail de deux personnes et on me demandait d'aller plus vite. J'avais un collègue québécois qui ne travaillait pas beaucoup et il était payé 17 $. Alors j'ai décidé de partir, parce que c'était trop tout ça.* [Réfugié] »

Deux personnes rapportent de l'indifférence, des salutations froides, des commérages, des moqueries, des critiques injustifiées, des insultes de la part de collègues, de leurs superviseur(e)s, ou encore de la clientèle.

> « *Puis, j'ai reçu une madame qui est venue, elle m'a dit : « Je veux un poulet. ». J'ai dit : « C'est bon, madame, ça va prendre quelque temps. ». Elle a commencé à me dire : « Ah ! non ! Ne le prépare pas, ça va prendre beaucoup de temps. Non, les christs de tabarnak d'immigrants ! C'est quoi cette affaire-là ! », puis elle a commencé à crier dans le magasin, puis elle commence à donner genre, des regards bizarres et elle est sortie du magasin.* [Réfugiée] »

D'autres enjeux rapportés par les informateur(-trice)s clés du secteur de l'emploi

Propos informateur(-trice)s clés

Les obstacles associés à la reconnaissance des diplômes comme les démarches complexes et les longs délais de traitement sont pour les informateur(-trice)s clés du secteur de l'emploi d'importants facteurs d'exclusion sociale. Cela contraint des personnes réfugiées à exercer des emplois pour lesquels elles sont surqualifiées.

Ils indiquent que certaines personnes réfugiées arrivent de pays où le management, la culture du marché du travail, la relation au temps, les termes techniques des emplois spécialisés sont différents, ce qui amène des défis pour l'intégration sur le marché du travail.

De plus, certaines personnes réfugiées qui ont vécu de grands traumatismes ne seraient pas toujours aptes à intégrer le marché du travail rapidement à leur arrivée.

Certaines personnes réfugiées désireuses de performer au travail auraient parfois des cadences de travail supérieures aux autres collègues et pourraient recevoir des avertissements pouvant aller jusqu'à des menaces de mort afin qu'elles ralentissent leur rythme. Certain(e)s informateur(-trice)s clés indiquaient que les employeur(-euse)s sont peu outillés pour gérer les tensions interculturelles.

Les milieux scolaires

De manière générale, les expériences dans les établissements scolaires sont très positives, car elles permettent de créer des liens sociaux avec d'autres personnes immigrantes, et notamment pendant le processus de francisation. Toutefois, les revenus précaires pendant la francisation ont contraint deux personnes à abandonner pour travailler.

Deux personnes réfugiées ont rapporté avoir vécu de l'intimidation par des collègues de classe dans leur parcours au secondaire et à l'éducation aux adultes. Elles se sont senties traitées différemment par des professeur(e)s et confient qu'il arrivait que l'on crie sur elles lorsqu'elles ne comprenaient pas des exercices.

Des réactions aux traumatismes de guerre dans les milieux d'éducation et un faible niveau de littératie pour certains enfants réfugiés

Propos informateur(-trice)s clés

Des informateur(-trice)s clés du secteur de l'éducation rapportent que le trauma de guerre est relativement nouveau pour les milieux scolaires dans notre région. Certains enfants réfugiés ayant vécu des traumatismes peuvent avoir différents types de comportements s'apparentant à de l'agitation, de la fatigue ou des comportements parfois violents qui les rendent moins aptes aux apprentissages.

De plus, puisque certains comportements sont similaires à ceux de l'hyperactivité, les interventions mises en place par les professionnel(le)s ne considèrent pas toujours la trajectoire prémigratoire de ces jeunes et elles peuvent s'avérer inefficaces. Cela mène parfois à l'expulsion de l'élève lorsqu'il ne présente pas d'amélioration dans son comportement.

Aussi, il est parfois difficile pour plusieurs personnes réfugiées et analphabètes de se maintenir dans le système d'éducation.

> « *Chaque fois que je passais dans un corridor, d'habitude j'étais seule, parce que genre, je ne connaissais personne, puis ils me regardaient genre, puis ils commençaient à rire. Ou je passais par le corridor, ils tournaient la tête, puis ils parlaient discrètement dans mon dos, puis ils commençaient à rire. C'était dur aussi pour moi, de ne pas parler la même langue, c'est difficile. [Réfugiée]* »

Les services de garde

Pour les réfugié(e)s, il est parfois difficile d'inscrire les enfants aux services de garde en raison des barrières linguistiques, du non-accès à un ordinateur et à Internet. Ce sont souvent les ressources d'entraide qui mènent les démarches administratives pour ces personnes.

Des défis rapportés par des professionnel(le)s des services de garde dans l'intervention auprès d'enfants réfugiés

Propos informateur(-trice)s clés

En milieux de garde, les enfants réfugiés qui ont vécu des traumatismes de guerre peuvent vivre des réactions qui nécessitent des interventions adaptées. Toutefois, l'accès à des ressources humaines et financières pour ce type d'intervention est limité faute de diagnostic.

L'accès à la formation interculturelle pour les éducateur(-trice)s est également limité faute de budget et de la possibilité de libérer les employés de jour, en semaine pendant les moments de formation.

Enfin, une minorité d'éducateur(-trice)s en milieu familial, mais aussi en CPE refuseraient d'accepter les enfants de personnes réfugiées parce qu'elles ne savent pas comment intervenir auprès de ce groupe.

Le logement

Toutes les personnes réfugiées rencontrées ont eu besoin d'un accompagnement pour avoir accès à un logement au moment de la réinstallation et pour les démarches d'accès aux logements subventionnés.

À la réinstallation, la majorité des personnes réfugiées a eu besoin qu'on leur montre comment utiliser les appareils électroménagers (cuisinière, laveuse, sécheuse, etc.), comment assurer la propreté du logement, quels aliments mettre au réfrigérateur, etc. Le type d'organisation et la nature de l'accompagnement varient selon le statut de la personne réfugiée. Par exemple, un organisme communautaire a accompagné des personnes réfugiées prises en charge par l'État, une organisation ainsi que la famille ont accompagné des personnes réfugiées parrainées.

Certaines personnes rapportent de mauvaises expériences avec d'autres locataires en habitations subventionnées. Ils expliquent qu'elles et leurs enfants peuvent se faire ignorer, dévisager ou insulter dans les corridors et les aires communes des immeubles. En habitation privée, un réfugié et sa famille ont dû déménager puisqu'ils se faisaient harceler par leur voisine ou voisin en raison des odeurs de leur nourriture. Certaines personnes indiquent que des interventions par des agent(e)s de sécurité réussissent à diminuer les préjudices causés par les voisin(e)s en habitations subventionnées.

> « *Les enfants jouent dans le parc du HLM ici. L'autre jour, une personne leur a dit : « Ce n'est pas ton pays, tu ne peux pas jouer ici, retourne dans ton pays. Tu ne peux pas jouer ici, rentre à la maison. [Réfugié]* »

Près de la moitié des personnes rapportaient des insatisfactions par rapport à leur logement en lien avec les coûts élevés, l'insalubrité, des moisissures, le surpeuplement, le refus des propriétaires de réparer les bris et les préjugés de concierges ou propriétaires à leur égard.

> « *Le logement, c'est très serré, très petit. On souhaiterait avoir un appartement plus spacieux ou avec une autre chambre. Nous avons trois chambres et nous sommes huit. [Réfugié]* »

> « *J'avais trouvé un appartement et j'ai dû partir de là parce que le propriétaire… Si j'avais un problème avec la baignoire ou autre chose, il ne faisait rien. Il ne voulait jamais rien faire. [Réfugié]* »

D'autres constats sur le logement rapportés par les informateur(-trice)s clés

Propos informateur(-trice)s clés

Le maintien en habitation subventionnée est un défi pour certaines familles réfugiées. Des informatrices et informateurs clés partagent que des personnes réfugiées ont été installées vers des habitations qui ne correspondent pas à leur condition physique. L'incompréhension de certaines règles ou des règlements trop rigides dans les logements subventionnés peuvent mener à l'exclusion de certaines familles réfugiées.

Aussi, certains propriétaires de logement refusent de faire visiter et de louer leurs logements à des personnes issues de l'immigration.

L'alimentation

Toutes les personnes rencontrées soulignent avoir rencontré des difficultés pour s'alimenter, et ce, particulièrement suivant leur arrivée au Québec. Elles ont toutes eu recours aux services d'aide alimentaire à un moment dans leur parcours en raison de leur faible revenu. Pour plusieurs, l'alimentation est une des premières dépenses qu'elles peuvent compresser en période de précarité financière.

« *Oui, c'est ça, c'est difficile pour acheter la nourriture, parce qu'on reçoit l'aide sociale. C'est pour le logement et l'électricité, le téléphone… Après, il ne reste plus d'argent.* [Réfugié] »

Pour la majorité, l'accès aux mets traditionnels de leur pays d'origine demeure important. Toutefois, la moitié des personnes rencontrées mentionne que la préparation de ces repas est inaccessible, en raison du coût plus élevé des denrées. Plusieurs vivent de la nostalgie par rapport aux habitudes alimentaires de leur pays d'origine et de l'insatisfaction par rapport aux nouveaux aliments. Enfin, plus de la moitié ont dû apprendre à cuisiner avec de nouveaux équipements.

Les ressources matérielles de base

L'arrivée à Québec est une période particulièrement critique puisque les personnes réfugiées arrivent avec seulement quelques effets personnels. Des ressources d'aide et des groupes religieux les aident à se procurer des biens essentiels comme des vêtements, des meubles et des électroménagers.

« *On est arrivé avec rien. « Mais qu'est-ce qu'on va faire ? Et comment on va survivre ici ?* [Réfugiée] »

Le transport

Une personne indique que des Québécois(es) refusent de s'assoir à côté d'une personne immigrante dans l'autobus ou encore insultent les personnes de couleur. Deux d'entre elles rapportent des expériences négatives avec des chauffeurs d'autobus : l'un d'eux aurait crié sur une personne en raison de problèmes de communication et un autre aurait refusé d'incliner la marche de l'autobus vers le trottoir pour une personne ayant une incapacité physique.

« *Par exemple, je suis avec mon enfant dans l'autobus et une femme qui est dans l'autobus me dit : « Retourne chez toi. Tu es venu chez moi, retourne chez toi. ». Pourquoi ! ils ont le droit de me dire ça. C'est comme des choses vraiment dures.* [Réfugiée] »

Les réseaux sociaux

Pour la plupart, la séparation avec les autres membres de la famille restés au pays est particulièrement difficile à accepter, et ce, davantage lors d'évènements significatifs tels le deuil, la maladie et les naissances.

« *Bien ça me touche d'être loin de ma sœur. Si elle était ici aussi ça serait vraiment très agréable parce qu'on serait tous en famille. Juste au téléphone, ce n'est pas suffisant.* [Réfugié] »

Certaines personnes ont des obligations financières transnationales envers leurs proches qui sont difficiles à assumer en contexte de précarité financière. Les mesures de réunification familiale sont difficiles à atteindre en raison des exigences économiques des programmes et de la complexité du processus.

« *On voudrait la parrainer, mais l'argent vous voyez, on n'a pas assez d'argent. C'est environ 15 000 $, c'est ça que j'ai entendu récemment. On ne peut pas payer ça.* [Réfugié] »

Plus de la moitié des personnes réfugiées ont mentionné qu'il était difficile de créer des liens avec des Québécois(es). Certaines rapportent que dans leurs pays d'origine, les rapports sociaux sont plus chaleureux et les opportunités de socialisation plus fréquentes, entre autres, parce que la majorité des activités se déroulent à l'extérieur.

« *Je me disais toujours en arrivant au Canada, je vais faire au moins cinq, six amis. Mais, jusqu'à maintenant, je n'ai pas réussi à me faire un ami ! J'aimerais bien avoir des amis québécois, des amis avec qui tu peux parler, avec qui tu peux sortir. Quand tu as besoin, tu l'appelles ou quelque chose.* [Réfugiée] »

Quelques-unes mentionnent avoir pu créer des liens avec des Québécois(es) par la fréquentation de groupes religieux ou par des activités de jumelage.

La violence dans la famille

Une participante a rapporté vivre de la violence physique et verbale avec son petit ami québécois. Des membres de sa belle-famille auraient également porté plusieurs commentaires déplacés à son égard parce qu'elle était issue de l'immigration.

> « *J'avais un copain québécois. Ça faisait longtemps qu'on était ensemble, puis c'était une relation dure. Il était jaloux et possessif. Il déversait sa colère sur moi, verbalement et physiquement. Il m'insultait et il me frappait souvent.* [Réfugiée] »

Le quartier

La majorité des personnes réfugiées s'est dite satisfaite des quartiers dans lesquels elles étaient installées et qu'elles s'y sentaient en sécurité, bien que certaines rapportent des propos racistes à leur égard.

> « *Le côté positif, c'est la tranquillité qu'on a trouvée ici, la paix, le fait de se sentir en sécurité ici, même si on a des besoins, c'est le côté le plus positif. De ne pas avoir peur qu'en sortant il y ait un attentat, pour moi ou ma famille.* [Réfugiée] »

> « *Quand je me promène dans le quartier, j'ai trouvé quelques personnes qui sont racistes. Quelques-unes, ce n'est pas beaucoup.* [Réfugié] »

La violence dans les lieux publics

La moitié des personnes ayant participé s'est déjà sentie malvenue dans les lieux publics en raison de leur origine différente, de leur accent, de leur couleur de peau ou encore de leurs symboles religieux. Ils peuvent subir certains regards ou actes dépréciatifs.

Dans la rue par exemple, certaines personnes peuvent être irrespectueuses envers les femmes qui portent le voile. Ces mauvaises expériences se produisent également dans des commerces. Quelques personnes rapportent avoir été confrontées à des préjugés qui circulent sur les immigrant(e)s dans différents lieux et également dans les réseaux sociaux tels que Facebook.

> « *Sur Facebook, j'ai vu une vidéo, c'était une femme musulmane avec un foulard qui parlait de droit du travail et des études. Puis il y avait quelqu'un qui avait écrit en haut, en partageant cette vidéo : « Christ ! Tabarnak ! Des immigrants ! On les amène chez nous, on leur donne la place, on leur donne une job à faire, on leur donne de l'argent, on leur donne de la nourriture. Ils viennent ici, ils volent notre droit, ils volent notre place, et en plus ils ne sont pas satisfaits.* [Réfugiée] »

Un autre participant rapportait qu'il s'était déjà fait insulter, lancer des projectiles et menacer de se faire frapper dans un bar.

> « *On a rencontré un groupe de filles québécoises [à la sortie d'un bar], puis on a commencé à parler. Tout allait bien jusqu'au moment où j'ai commencé à parler en espagnol avec une. [...] Des gens qui étaient là, ils ont dit : « C'est qui lui ? Pourquoi il parle comme ça ? » Une fille a répondu : « Il parle espagnol, il est latino. ». « Mais qu'est-ce qu'il fait ici ? Pourquoi il vient ici ? Retourne dans ton pays ! La lalala. », puis, les filles et moi sommes embarqués dans l'auto. Puis là il y a une fille qui s'est avancée et qui m'a lancé un verre de rhum dans l'auto. Il y avait un gars qui me faisait signe : « Viens, on va te frapper.* [Réfugié] »

Plusieurs personnes réfugiées rencontrées nuancent en insistant sur le fait que ces mauvaises expériences se vivent avec une minorité de personnes.

> « *L'accès aux services publics Ça n'est pas tout le monde, je vais te dire ici, il y a une partie de la population québécoise qui est merveilleuse. Dans tout ! Et je me suis rendu compte que beaucoup de ces merveilleux Québécois ont voyagé, ils nous traitent affectueusement. Il y en a d'autres, qui nous voient comme des paresseux qui ne veulent pas travailler.* [Réfugié] »

Photo : Marie-Sol Alegrias

Des projets de loi et des discours médiatiques parfois non inclusifs pour les communautés culturelles

Propos informateur(-trice)s clés

Des informateur(-trice)s clés du secteur de l'éducation et du secteur politique mentionnent que certains discours politiques et médiatiques ne sont pas inclusifs. Cela a entre autres pour effet de réduire le sentiment d'appartenance des communautés culturelles à la société québécoise, d'affecter leur bien-être, de modifier la façon avec laquelle ils mettent en évidence leur culture et même de susciter des questionnements sur leur possibilité de rester au pays dans le futur.

Une certaine méfiance envers les services institutionnels

Propos informateur(-trice)s clés

Selon plusieurs informateur(-trice)s clés de différents secteurs, plusieurs facteurs expliqueraient la méfiance des personnes réfugiées à l'égard des services des institutions : la corruption des institutions dans le pays d'origine des personnes, l'exclusion sociale perpétrée par le gouvernement ou encore la stigmatisation associée au fait de nommer ses difficultés et de recevoir de l'aide.

L'accès aux services publics

Les entretiens montrent que l'accès aux services publics pour les personnes réfugiées demande un accompagnement très personnalisé qui se fait parfois avec l'aide du personnel en travail social ou d'organismes communautaires.

Par ailleurs, des participant(e)s ont indiqué que l'accès aux services publics en français amène un lot immense de défis. Quelques propos relèvent que les règles de certains programmes peuvent être contraignantes et freiner l'intégration de la famille à la société.

L'accès à la citoyenneté

Certaines personnes réfugiées réinstallées depuis plusieurs années rencontrent des difficultés à passer leur examen de citoyenneté puisqu'elles ne maitrisent toujours pas le français ou l'anglais.

De plus, certaines d'entre elles ne détiendraient pas de nationalité dans leur pays d'origine en raison de processus d'exclusion envers leur ethnie, ce qui ferait d'eux des apatrides, même plusieurs années après être réinstallées au Canada.

> « *Moi j'ai reçu la citoyenneté présentement, et tous mes enfants. Mais ma femme, elle n'est pas capable. Elle n'était pas capable d'étudier au Bangladesh ni en Birmanie, [car elle n'avait] pas le droit. Même si ça fait 12 ans, qu'elle va en francisation, elle n'est pas capable de réussir l'examen de citoyenneté. Même si c'est une [personne] humaine, [elle n'a] pas de citoyenneté. Quand tu as la citoyenneté, tu as des droits humains, mais sans la citoyenneté... [Réfugié]* »

L'accès aux services de santé et aux services sociaux

Quelques personnes réfugiées sont arrivées avec un état de santé fragilisé et mentionnent qu'elles sont satisfaites des services de santé reçus, puisque dans les pays de transit leurs problèmes de santé n'étaient pas pris en charge.

> « *Au CLSC, c'était vraiment bien et rapide, ils m'ont toujours très bien traité. Le seul problème que j'ai eu avec le système de santé, c'est que je n'ai pas de médecin de famille. [Réfugié]* »

Plus de la moitié des participant(e)s ont rapporté des défis linguistiques lors de leurs consultations et à la prise de rendez-vous, de sorte que certain(e)s estiment ne pas avoir reçu les services nécessaires.

> « *Parfois quand je vais, je vais à l'hôpital, des fois, on ne demande pas d'interprète pour moi les premières journées. C'était difficile pour parler avec les médecins, expliquer ce que je ressens. [Réfugiée]* »

Deux personnes ont mentionné qu'on ne leur avait pas expliqué des interventions médicales qui étaient faites sur elles. Par exemple, une femme qui a donné naissance par césarienne n'a pas compris pourquoi elle avait dû subir cette intervention.

Des obstacles dans l'accès aux services de santé pour les personnes réfugiées

Propos informateur(-trice) clés

La Clinique de santé des réfugiés à Québec prend en charge les personnes réfugiées pendant leur première année d'installation sur le plan médical, nutritionnel et psychosocial.

Les défis d'accès aux services de santé, selon des professionnel(le)s de la clinique, augmentent lorsque les personnes réfugiées doivent naviguer dans le système de santé et des services sociaux. Les obstacles sont en rapport avec les difficultés linguistiques, le manque de sensibilité culturelle de certains intervenant(e)s du réseau, la méconnaissance des besoins et des trajectoires de ce sous-groupe, des perceptions différentes par rapport à la santé, des règles de programmes rigides, des lois et règlements méconnus par les personnes réfugiées notamment en protection de la jeunesse, une méconnaissance du système de santé et des problèmes de transport.

Selon eux, tous ces obstacles peuvent mener à un mauvais diagnostic, à la fermeture du dossier, et par conséquent, peuvent entrainer une détérioration des problèmes de santé.

Des intervenant(e)s du milieu communautaire et de la santé indiquent aussi avoir été témoins de situations où des professionnel(le)s de la santé se permettent des commentaires déplacés envers les patient(e)s sur leur apparence, leur odeur, leurs croyances culturelles ou véhiculent des préjugés sur les étrangers.

Les impacts sur la santé

Plus de la moitié des participant(e)s ont discuté des **problèmes de santé physique et mentale** développés après les longues années passées dans les camps de réfugié(e)s ou suite aux violences vécues dans leur pays d'origine. Pour trois personnes, il a été difficile à l'arrivée de participer à la francisation et au marché du travail en raison des traumatismes vécus ou d'importants problèmes de santé.

> « *Ah ! Je suis arrivé ici dans un état dramatique, plein de problèmes mentaux. Mon moral, ma tête, j'avais vécu plein de drames. Avec tout ce que j'ai vécu, la dépression, la détention, la torture, la séquestration, la faim… Je fais de l'arthrite chronique. J'ai de gros problèmes de dos.* [Réfugié] »

Au moment des entrevues, près de la moitié des participant(e)s avaient des limitations sévères à l'emploi en raison de leur état de santé physique.

Les problèmes de santé rapportés dans les entrevues sont : hépatite, diabète sévère, VIH, problèmes musculosquelettiques, problèmes digestifs, tumeur, hypertension, dépression, état de stress post-traumatique et arthrite chronique.

L'impact des violences basées sur le statut d'immigration, la religion ou la couleur de la peau, vécu dans les lieux publics ou avec la belle-famille. est différent selon chaque personne. Certaines disent ne pas se laisser affecter sur le long terme, car de toute façon, elles se sentent impuissantes par rapport à ces situations.

> « *C'est sûr que je suis triste quand je vis une situation difficile parce que je suis immigrante, mais quand même je me suis dit tout le temps : « C'est leur mentalité, on ne peut pas la changer, alors à quoi ça sert de penser trop puis de tomber malade pour rien. ». Alors c'est pour ça que je ne pense pas à tout ça.* [Réfugiée] »

Pour d'autres, les **propos racistes** génèrent une vaste gamme d'affects négatifs liés à la colère, à l'humiliation, à la gêne, à la solitude, et à la tristesse. Une personne a confié limiter ses déplacements pour ne pas s'exposer à des situations discriminatoires. Une autre mentionnait que les situations discriminatoires pouvaient réactiver les traumatismes vécus avant la migration.

> « *Ah ! Le racisme, oui, ça, ça m'affecte beaucoup, ça affecte beaucoup de gens que je connais. Parce que le gouvernement annonce un pays chaleureux, ouvert, où tout le monde est égal. Mais tu te rends compte que la société n'est pas comme ça tant que ça. Un pays où le racisme existe contre les Noirs, contre les gens de couleur.* [Réfugié] »

Bien que seulement trois personnes détiennent des emplois à temps plein, l'une a mentionné que son état de santé s'est détérioré au fil du temps en raison des conditions de travail difficiles. Une autre personne détenant un bon emploi dans son pays a rapporté vivre des difficultés psychologiques avec son changement de statut social après la migration.

> « *Mon état de santé s'est détérioré depuis que je suis à Québec. J'ai eu plusieurs problèmes de dos à cause de mes emplois. Maintenant, j'ai deux hernies discales causées par mon travail qui est parfois difficile à faire.* [Réfugiée] »

La précarité vécue au niveau des **conditions de vie** amène beaucoup de stress au quotidien et parfois même de la frustration. Pour la moitié des personnes, l'attention est régulièrement mise sur le budget et les dépenses à compresser afin de pouvoir répondre aux besoins de base. Des inquiétudes régulières sont soulevées par rapport aux paiements du loyer, à la nourriture et aux vêtements. Deux personnes rapportent aussi que les problèmes financiers peuvent apporter des tensions au sein des dynamiques familiales.

> « *Le déséquilibre financier, le fait de vivre vraiment à la limite. Notre famille arrive juste, juste, à chaque fois… Ça influe sur notre santé mentale en fait, parce qu'on sent qu'on vit dans une situation vulnérable et ça affecte notre moral et notre état.* [Réfugié] »

La majorité des personnes réfugiées rapporte des impacts importants sur leur santé mentale en lien avec la **rupture des liens sociaux** avec la famille et leurs camarades restés au pays. Certaines mentionnent vivre beaucoup de tristesse, de la solitude, des inquiétudes régulières pour les proches restés en zones de conflits, et parfois, des épisodes fréquents de pleurs.

> « *On est triste ! Parce que la famille nous manque. On est triste, on regarde par Internet ou on va appeler au Bangladesh. On est beaucoup triste. [Réfugié]* »

Même après plusieurs années, des émotions négatives sont vécues en raison de l'absence de proximité physique et aussi lors d'évènements importants comme les décès, les maladies graves, les naissances ou les mariages.

L'accès limité aux programmes de parrainage amène également du découragement, de la tristesse et de l'impuissance.

Plusieurs ont rapporté vivre un sentiment important d'**isolement** les premières années après la réinstallation et particulièrement en période hivernale. Certains rapportent que l'absence de liens sociaux et de participation sociale les a affectés psychologiquement et qu'elles pouvaient avoir le moral à zéro. Une personne a également vécu plusieurs symptômes dépressifs en raison de l'absence de participation sociale.

Finalement, une personne a indiqué l'impact important des **règles rigides des programmes liés à l'habitation.**

> « *Le programme d'habitation n'a pas accepté les recommandations du médecin et nous devions déménager. Nous n'avions aucun choix. Parce que ces règles-là, c'est de la violence émotionnelle, comme pendant le génocide. Ça amène beaucoup de problèmes dans la tête. Ma femme a pleuré pendant cinq mois. C'est vraiment inhumain. [Réfugié]* »

Les stratégies déployées

Chaque témoignage a mis en lumière le rôle essentiel que jouent les organismes communautaires dans diverses sphères de la vie des personnes réfugiées : soutien à la réinstallation, accompagnement dans toutes les démarches administratives, accès et accompagnement dans le réseau de la santé, aide alimentaire, soutien dans l'accès au logement, à l'emploi, et aux besoins matériels de base (meubles et autres biens).

En plus de pratiquer leur religion, pour plusieurs, l'intégration à des communautés religieuses constitue un réseau d'entraide très important, offre de l'aide à l'emploi, crée des occasions de célébrations, donne du soutien à l'apprentissage du français, permet le développement de liens sociaux, facilite l'accès à du matériel, aux meubles ainsi qu'aux électroménagers, offre de l'aide pendant les déménagements, du soutien financier et du transport dans des situations variées.

Les activités de parrainage auxquelles une minorité de participant(e)s ont bénéficié sont très appréciées.

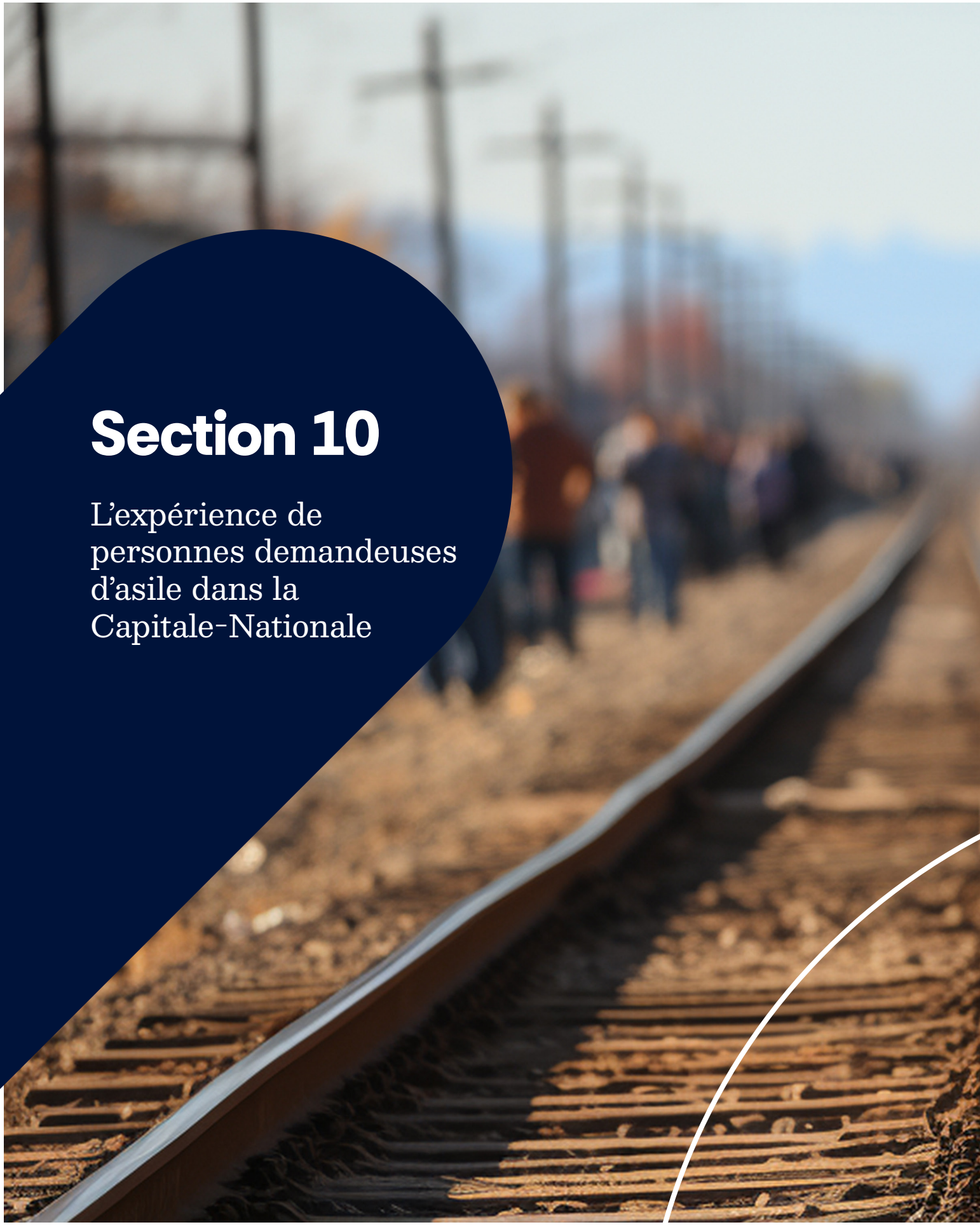
> « *En fait, pour chaque famille syrienne, un organisme a organisé une rencontre avec une famille québécoise. Donc ils sont devenus nos amis. On fait des sorties ensemble, ils viennent ici et on va chez eux. Ils nous font connaitre la ville. Ils sont aussi venus nous voir quand le bébé est né. [Réfugié]* »

Des communautés religieuses qui facilitent l'accès aux services de santé

Pour nos informateur(-trice)s clés

Des informateur(-trice)s clés du secteur religieux indiquent que des professionnel(le)s de santé membres d'Églises (chiropraticien(ne)s, dentistes et médecins) offrent des soins gratuitement aux personnes réfugiées.

Des membres des communautés religieuses accompagnent aussi très souvent les personnes réfugiées dans les services de santé, en leur offrant un transport, et parfois, en assistant aux rendez-vous afin de faciliter la communication.



Section 10

L’expérience de personnes demandeuses d’asile dans la Capitale-Nationale

Deux exemples de trajectoires de personnes demandeuses d'asile[7]

L'histoire de Maria

Avocate de profession, Maria vit en Amérique du Sud avec son mari et ses trois enfants. Un jour, un de ses enfants est agressé physiquement et sexuellement. Malgré des procédures judiciaires entamées contre l'agresseur, la famille de Maria subit de l'intimidation et du harcèlement. Maria parvient à obtenir un statut de visiteur pour elle et ses trois enfants, puis elle quitte son pays sans son mari qui choisit de rester. À leur arrivée à Québec, une amie péruvienne les accueille temporairement à son domicile et les aide à trouver un logement.

Quelques jours suivant son arrivée, Maria dépose une demande d'asile pour elle et ses enfants dans un bureau interne des services frontaliers. Malgré qu'elle obtienne un permis de travail, elle ne peut se franciser ou travailler, faute d'accès aux garderies subventionnées[8]. Lorsque sa fille débute la maternelle, Maria obtient des emplois dans le secteur de l'entretien ménager, de l'hôtellerie et de la santé comme préposée aux bénéficiaires. Elle demeure tout de même en grande précarité économique et a recours aux distributions alimentaires.

Puisqu'elle dispose d'économies d'environ 5 000 $, elle ne peut pas bénéficier des services d'aide juridique pour sa demande d'asile. Elle finit par trouver un avocat avec le soutien de son amie, mais après de nombreuses recherches. Son amie doit l'accompagner à ses rendez-vous pour assurer l'interprétariat et la traduction des documents. Malgré qu'elle dépense toutes ses économies, Maria demeure insatisfaite des services juridiques reçus. Seulement l'enfant ayant été agressé obtient le statut de réfugié.

Maria multiplie les démarches et les stratégies pour obtenir une résidence permanente notamment en faisant appel de la décision, en demandant la résidence pour motifs humanitaires et finalement, en se faisant parrainer par son nouveau conjoint (figure 12).

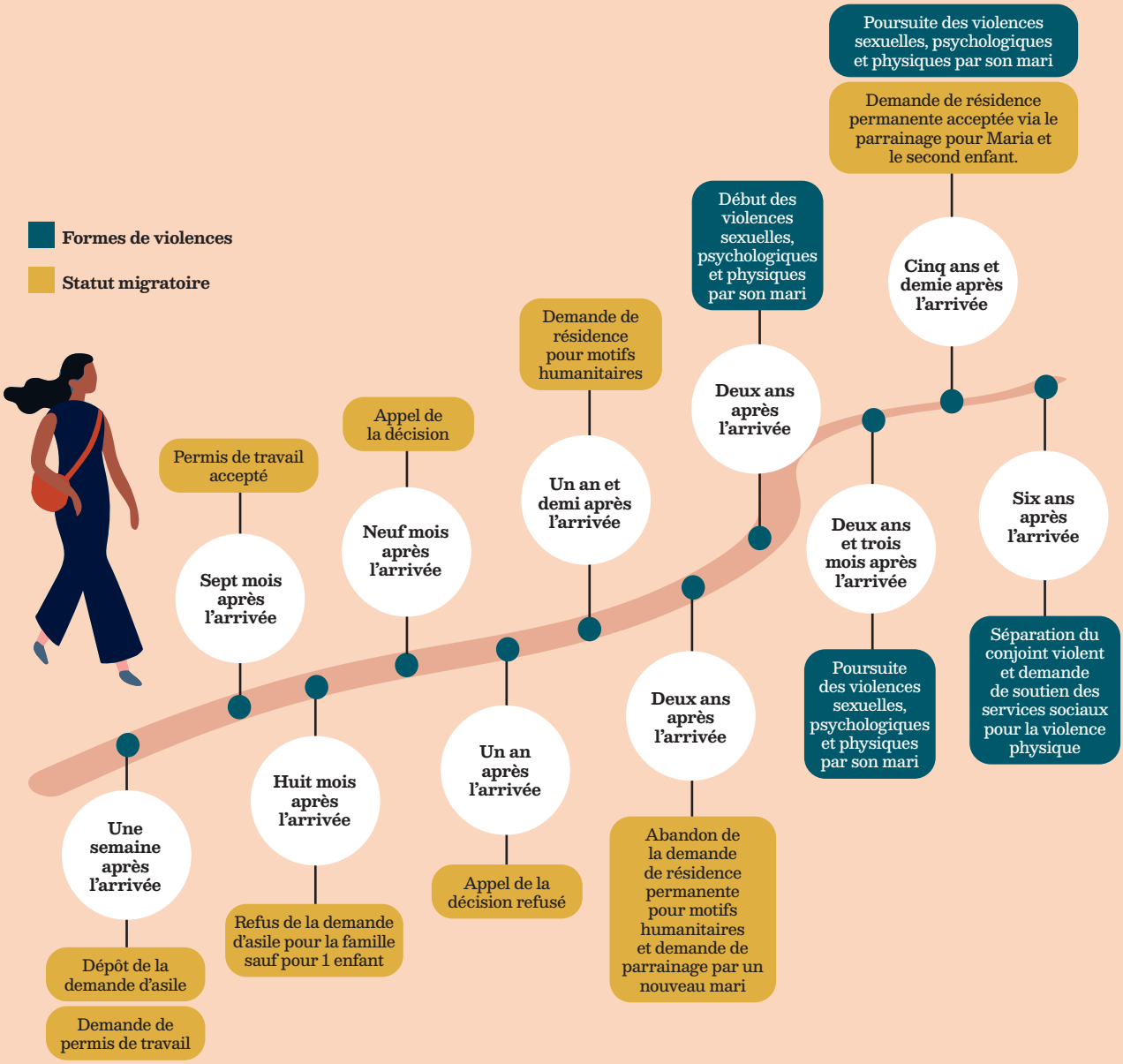
Le traitement de la demande de parrainage s'étire sur trois années pendant lesquelles Maria subit de nombreuses violences psychologiques et sexuelles de la part de son partenaire qui violente également physiquement un de ses enfants. Maria s'abstient de porter plainte et de demander l'aide des services sociaux par crainte que cela nuise à la régularisation de son statut et à celui d'un de ses deux enfants n'ayant pas été reconnu comme réfugié. Elle quittera son partenaire au terme du parrainage, une fois les résidences permanentes reçues pour elle et ses enfants.

7. Tout au long de la section 10, pour préserver la confidentialité des participant(e)s, plusieurs informations ont légèrement été modifiées notamment le nom de la personne, les pays de transit, l'âge, le nombre d'enfants ainsi que le nombre de sœurs et de frères.

8. En 2024, la Cour d'appel du Québec conclut que les demandeur(-euse)s d'asile auront accès aux garderies subventionnées. Cette participante n'avait pas bénéficié de cette mesure.

Maria confie que la période de demande d'asile lui a fait vivre énormément d'insécurité, de stress et d'anxiété. Il lui était impossible de se projeter dans l'avenir. Chaque journée, elle était tourmentée par la possibilité de devoir retourner dans son pays. Les quelques mois précédant son audience ont été particulièrement difficiles. Elle a ressenti un stress très élevé et s'est sentie dépressive. Pendant l'audience, pour déterminer l'octroi du statut de réfugié ou non, Maria raconte avoir eu l'impression de « jouer sa vie ». L'annonce de la réponse négative quelques mois après l'audience fut un choc et elle a été dévastée. Sa santé s'est détériorée davantage. Son énergie a été mobilisée à régulariser son statut dans un contexte de grande précarité financière, d'insécurité alimentaire et de violences. En plus du stress vécu pendant cette période, elle s'est souvent sentie comme si elle ne valait plus rien et comme un animal lorsqu'elle se faisait violer. Enfin, Maria confie qu'elle devenait très nerveuse en présence de policier(-ière)s. Elle évitait toute interaction avec eux par peur qu'ils découvrent sa situation et qu'elle soit déportée.

Figure 12. Un parcours de statuts empreint de violences



L'histoire de Juan José

Figure 13. La trajectoire migratoire de Juan José

En 2018, vivant dans une capitale d'un pays d'Amérique du Sud, Juan José est sollicité par un groupe paramilitaire pour fabriquer des numéros de série illégaux sur des appareils électroniques. À la suite de son refus, sa conjointe et lui reçoivent plusieurs menaces de mort et sont victimes d'un attentat. Bien qu'ils changent de ville et de quartiers deux fois, ils continuent de recevoir des menaces de mort par Internet et sur des affiches laissées à leur porte. Ils se font espionner et finalement sont attaqués dans leur demeure. Ils quittent ce pays pour aller à Miami aux États-Unis. Suite à une grossesse imprévue et les politiques du gouvernement américain en défaveur de l'immigration, ils décident finalement de se rendre au Canada par le chemin Roxham qu'ils traversent à pied. Ils déposent ainsi une demande d'asile au poste des services frontaliers de Saint-Bernard-de-Lacolle et demeurent en détention pendant quelques jours. Par la suite, ils séjournent un mois dans un centre pour les demandeurs d'asile à Montréal. Ils s'installent finalement à Québec qu'ils décrivent comme une ville sécuritaire et tranquille.

Juan José et sa conjointe Gloria vivent à Québec depuis trois semaines. Le couple ne parle pas français. Des connaissances de leur pays d'origine les ont hébergés quelques jours et les ont aidés à trouver un logement. Le couple possède seulement quelques effets personnels et n'a aucun meuble dans leur appartement à l'exception d'un matelas prêté et d'un réfrigérateur et d'une cuisinière qui venaient avec la location. Leur prestation d'aide sociale couvre à peine les frais de loyer et de téléphone. Au moment de l'entrevue, ils ne peuvent pas ouvrir de compte avec Hydro-Québec puisqu'ils n'ont pas reçu leur numéro d'assurance sociale. Pour la nourriture, ils consomment uniquement des produits provenant des distributions alimentaires, mais ils ne connaissent pas la plupart des aliments reçus et ne possèdent aucun équipement pour cuisiner. Juan José et Gloria ne se déplacent que si cela est essentiel, car ils ne possèdent pas suffisamment de ressources financières pour s'acheter un laissez-passer mensuel d'autobus.

Entrepreneur et professionnel de santé dans son pays d'origine, Juan Josée s'est déjà fait approcher pour travailler dans une usine de transformation des aliments à une foire de l'emploi. Il espère recevoir son permis de travail rapidement puisque la précarité économique engendre beaucoup de stress.

Ce qui préoccupe le plus Juan José c'est que Gloria est enceinte et ils n'ont pas réussi à obtenir de suivi de grossesse. Ils ne connaissent pas les services auxquels ils ont droit avec le Programme fédéral de santé intérimaire. Ils se questionnent aussi sur comment ils recevront les résultats des tests de santé effectués à Montréal. Il est impossible pour Juan José de prendre un rendez-vous par téléphone dans un établissement de santé en raison de son niveau de français. Leurs amis ont fait quelques appels pour eux. Il privilégie de se rendre physiquement dans les établissements pour communiquer avec les agent(e)s administratif(-ve)s. Juan José remarque rapidement que le document de couverture de santé du PFSI est peu connu par les professionnel(le)s de la santé à Québec. Il s'est même senti malvenu après l'avoir présenté à l'accueil d'un CLSC. Avec sa conjointe, ils se sont déplacés dans plusieurs établissements de santé où on leur a remis des numéros de téléphone. Il rapporte s'être présenté dans un hôpital qui traite les enfants pour obtenir un suivi pour sa femme, mais l'agente administrative leur a indiqué qu'ils devraient payer les soins. Lorsque le couple parvient à obtenir et à se rendre à un rendez-vous, une personne de la clinique leur demande de quitter, car ils sont venus sans interprète.

L'expérience de cinq personnes demandeuses d'asile résidant dans la Capitale-Nationale

Le profil des participant(e)s

Le profil des personnes demandeuses d'asile de notre étude est très diversifié en ce qui concerne l'âge, le genre, l'état matrimonial, la durée de séjour au Québec.

Toutefois, seules des personnes originaires de l'Amérique du Sud ont été rencontrées. Toutes détenaient un niveau d'études postsecondaires et occupaient un emploi dans leur pays d'origine que ce soit dans les domaines de l'administration, de l'enseignement, de la santé et du droit. Lors des entrevues réalisées auprès des cinq personnes rencontrées, l'une d'elles travaillait dans une usine, une autre était préposée aux bénéficiaires et trois autres étaient sans emploi.

Tableau 14. Le profil socioéconomique des personnes demandeuses d'asile rencontrées

Pays d'origine		Colombie : 2 Vénézuéla : 1 Pérou : 1 Cuba : 1
Statut à l'arrivée au Québec		Demandeur(-euse) d'asile : 4 Visiteur(-euse) : 1
Voie d'arrivée		Terrestre : 4 Aérienne : 1
Occupation	**Pays d'origine**	Agent(e) administratif(-ve) : 1 Avocat(e) : 1 Professeur(e) : 1 Professionnel(le) de la santé : 2
	À Québec	Travailleur(-euse) dans une usine : 1 Préposé(e) aux bénéficiaires : 1 Sans-emploi : 3
Genre		H : 2 F : 3
Âge		31-35 : 2 41-45 : 2 61-65 : 1
État matrimonial		Célibataire :1 Marié(e) : 1 En couple : 1 Veuf(-ve) : 1 Divorcé(e) : 1
Nbre enfants		0 : 2 1 à 2 : 2 3 à 4 : 1
Religion		Catholique : 5
Nbre années à Québec		0-1 : 3 3-4 : 1 7-8 : 1

Les raisons de la migration

La totalité des participant(e)s ainsi que leurs proches ont vécu des violences qui les ont contraints à s'exiler, et ce, malgré de nombreux déménagements dans leur pays d'origine pour tenter d'y échapper. Les personnes rencontrées rapportent des violences survenues après un refus de participer aux activités illicites de groupes paramilitaires, à la suite de critiques adressées au régime politique au pouvoir, en lien avec des implications sociales basées sur des principes de justice sociale, à la suite de dénonciations d'agressions sexuelles par des groupes en autorité. Les représailles ont pris la forme de menaces verbales et écrites, de harcèlement, d'attaques armées, d'agressions physiques, d'espionnage et d'autres processus comme la mise à l'écart du marché du travail. En effet, une personne demandeuse d'asile s'est fait congédier de son emploi dans les services publics après avoir adressé des critiques sur le régime au pouvoir. Enfin, une femme a également fui son pays en raison de conflits armés près de sa résidence.

« *Une journée, mon conjoint conduisait son auto, un groupe armé savait que c'était mon auto et [il s'est fait] intercepter. Puis, ils l'ont forcé à descendre de l'auto, ils l'ont frappé et ils l'ont laissé presque mort. […]. Moi, je me suis sauvée parce que cette journée je n'étais pas dans l'auto, parce que leur objectif, c'était de me tuer. Ça avait commencé avec la réception des pamphlets et des lettres de menaces à la maison. Nous avons déménagé plusieurs fois dans l'année pendant le temps des menaces, dans plusieurs endroits et villes, mais où j'allais, ils me trouvaient tout le temps. Et quand j'ai su que j'étais enceinte, à mon premier contrôle de grossesse, ils l'ont su. Ils m'ont appelée pour me dire que mon enfant n'allait pas voir la lueur du jour.* [Demandeuse d'asile] »

D'autres exemples de trajectoires pour les personnes demandeuses d'asile

Propos informateur(-trice)s clés

Des informateur(-trice)s clés indiquent que les personnes migrantes persécutées dans leur pays quittent parfois avec un permis d'études ou de travail. Ainsi, la demande d'asile peut ainsi se faire plusieurs mois, voire plusieurs années après l'arrivée à Québec, notamment lorsque le premier permis de séjour vient à échéance.

« *En premier, ce qu'ils font c'est de t'enlever ton travail. Parce que presque tout, pour ne pas dire tout le marché du travail, est contrôlé par le gouvernement. Le gouvernement est le principal employeur de tous. En premier, on te retire ton emploi et on avise de ne plus te faire confiance. Ils adoptent des mesures contre nous pour nous mettre à part. Ça, c'est ce qu'ils font au début. Alors tu te retrouves sans travail, ou mis à part de l'école, de la place où tu travailles. Alors pour continuer à travailler, tu fais des trucs dans la rue, pour survivre.* [Demandeur d'asile] »

« *J'avais une entreprise de réparation d'appareils […]. Et j'ai rencontré des gens qui voulaient m'obliger à faire des choses illégales, fabriquer des numéros de série pour leur trafic illégal. Bon, ils en sont venus à m'obliger à le faire. Mais, j'ai refusé et je les ai sortis de mon commerce. C'est là qu'ont commencé les problèmes. Alors ils ont commencé à nous menacer, ils ont essayé de nous tuer, on est déménagé dans plusieurs villes dans le pays. Avec le temps, on s'est rendu compte qu'ils n'étaient pas de simples délinquants, mais plutôt un groupe paramilitaire. Finalement, on est parti pour les États-Unis.* [Demandeur d'asile] »

Quatre personnes ont tenté d'obtenir un visa de résidence temporaire pour le Canada pour ensuite déposer une demande d'asile. En raison des difficultés pour obtenir un tel visa, une seule personne est arrivée par voie aérienne avec le statut de résidente temporaire. Les autres sont arrivées par voie terrestre en recourant à différents moyens de transport. Ces quatre personnes ont séjourné quelques mois au Mexique et aux États-Unis dans des contextes difficiles où elles ont vécu du vandalisme, des vols, des abus, de la violence et de la discrimination.

> « *En réalité, notre objectif premier c'était de s'en venir ici [à Québec], parce qu'ici, j'ai une sœur qui est ici depuis deux ans. Mais nous avons demandé le visa canadien et ils [Immigration du Canada] ont refusé. C'est pour ça que nous avons essayé de passer par les États-Unis. Nous avons eu le visa des États-Unis et aux États-Unis, c'était terrible, nous avons subi de terribles évènements, nous nous sommes fait exploiter, nous nous sommes fait voler, nous avons subi plein de choses, nous avons vécu vraiment l'enfer, et j'étais enceinte en plus. [Demandeuse d'asile]* »

La langue

À l'arrivée, aucune des personnes rencontrées ne parlait français occasionnant de multiples problèmes, comme un accès limité à des emplois, aux services de santé, aux organismes communautaires et à un logement. Les difficultés linguistiques limitent aussi la création de liens sociaux, la communication dans les commerces et les services et la réalisation de démarches administratives essentielles.

Le revenu

À l'arrivée, toutes les personnes demandeuses d'asile ont eu accès à l'aide sociale. Toutefois, elles estiment que les prestations sont nettement insuffisantes pour répondre aux besoins de base. Au moment des entrevues, quatre personnes rapportaient que la précarité financière limitait leurs possibilités d'acquérir des meubles, du matériel de cuisine et des vêtements. Elles ont eu recours aux dons d'organismes communautaires ou elles ont ramassé des meubles dans les rues afin de réduire cette précarité matérielle.

Pour d'autres, les économies ramenées du pays d'origine ainsi que les séjours temporaires chez des proches ou des connaissances ont permis d'atténuer initialement les difficultés économiques. Les personnes demandeuses d'asile rencontrées indiquent être arrivées seulement avec quelques effets personnels à Québec et très peu d'économies à l'exception d'une personne qui était venue avec environ cinq mille dollars.

> « *On a l'aide sociale, on ne peut pas rien toucher de ça parce que c'est pour le loyer, le téléphone et les factures d'électricité et les services. Et moi, je ne peux pas travailler [parce que je suis en attente du permis de travail]. Ça veut dire qu'on n'a pas d'argent pour acheter. On ne sait pas quoi faire. [Demandeur d'asile]* »

> « *Je ne voulais pas avoir d'enfant, dans une situation économiquement très difficile. On est loin de la famille. Puis avec l'aide sociale, le logement, la nourriture, ce n'est pas assez. Notre situation est précaire, vraiment précaire, parce que quand on a trouvé cet appartement, c'est le moins cher qu'on pouvait avoir. Mais avec l'aide sociale et l'arrivée du bébé, on n'arrive pas. On est vraiment serré, serré. On ne réussit pas à acheter des fruits et des légumes. [Demandeuse d'asile]* »

Le travail

Au moment des entretiens, deux des personnes demandeuses d'asile rencontrées attendaient leur permis de travail depuis quelques mois, une personne était considérée comme inapte au travail en raison de sa condition physique et deux personnes avaient occupé des emplois dans des usines, des hôtels, des restaurants, des compagnies de nettoyage et des établissements de santé. Au moment des entretiens, l'une de ces deux personnes travaillait comme préposée aux bénéficiaires et l'autre dans l'entretien ménager.

Les personnes demandeuses d'asile ne peuvent pas travailler tant qu'elles n'ont pas obtenu un permis de travail.

Les difficultés à obtenir un permis de travail pour les personnes demandeuses d'asile

Propos informateur(-trice)s clés

Des informateur(-trice)s clés du secteur de l'emploi rapportent que plusieurs personnes demandeuses d'asile ne connaissent pas les procédures administratives pour obtenir un permis de travail et rencontrent des obstacles d'ordre linguistique. Au moment des entrevues, selon eux, aucun service à Québec ne détenait une mission officielle afin de répondre à ce type de besoins.

Les personnes rencontrées expriment que l'obtention d'un permis de travail peut prendre plusieurs mois et parfois des erreurs administratives surviennent et retardent davantage l'attente.

> « *J'ai eu un permis de travail. Tous les demandeurs d'asile [peuvent avoir] un permis de travail. Le mien est arrivé presqu'une année plus tard parce que l'Immigration me l'a envoyé à une autre adresse, qui n'est pas mon adresse. On ne sait pas comment, ça, ça a pu arriver, mais ça s'est perdu dans la poste.* [Demandeuse d'asile] »

Pour les femmes ayant des enfants d'âge préscolaire, l'accès au marché du travail demeure également restreint en raison du non-accès aux garderies subventionnées. De plus, les personnes demandeuses d'asile ont souvent des horaires atypiques, et donc, il est difficile d'avoir accès à une garderie privée aux mêmes horaires de travail.

Les personnes rencontrées partagent plusieurs difficultés dans leur recherche d'emploi : faible maitrise de la langue française, le manque d'expérience québécoise, la non-reconnaissance des diplômes ou des expériences dans le pays d'origine et l'absence de retour des employeur(-euse)s. Par ailleurs, certains employeur(-euse)s refuseraient d'embaucher des personnes qui ont un permis temporaire. Deux personnes demandeuses d'asile se sont aussi fait proposer des emplois dans le secteur informel. On les a approchées en leur suggérant de combiner leur prestation d'aide sociale avec du « travail au noir » pour améliorer leur situation financière.

Photo : Nataly Duque

Des personnes demandeuses d'asile dans l'angle mort du financement gouvernemental des organismes d'insertion à l'emploi de la Capitale-Nationale

Propos informateur(-trice)s clés

Au moment des entrevues en 2019, des informateur(-trice)s clés du secteur de l'emploi indiquaient ne pas être financé(e)s pour répondre aux personnes demandeuses d'asile. C'est grâce à des bénévoles ou à des levées de fonds que l'on offrait des services à ces personnes.

Cette proposition a été déclinée catégoriquement par les deux personnes, car cela pourrait mener au refus de leur demande d'asile et elles ne souhaitaient pas s'engager dans des activités illégales.

Aussi, les personnes demandeuses d'asile peuvent occuper deux emplois et travailler sept jours sur sept. Deux personnes ont mentionné que cela leur permettait d'honorer les frais juridiques élevés liés à leur demande d'asile.

Enfin, les personnes demandeuses d'asile sur le marché de l'emploi se sentent parfois traitées différemment au travail par des collègues québécois(es) et le personnel d'encadrement. Les différents traitements peuvent prendre la forme de moqueries, d'insultes, de charges de travail plus importantes que les Québécois(es) détenant les mêmes postes, d'obligations de faire des heures supplémentaires contrairement aux Québécois(e)s qui peuvent refuser et, de sous-représentation dans les postes-cadres. Elles estiment vivre ces situations en raison du fait qu'elles sont des personnes immigrantes ou font partie des minorités visibles. La difficulté de trouver un emploi et la crainte qu'une dénonciation nuise à leur dossier d'immigration limitent les personnes à porter plainte.

« Mais je te dis, les collègues québécois et les superviseurs, ils nous font mal à nous autres aussi. Ils font de la discrimination contre nous. [...]. Mais on ne peut pas se défendre parce que moi-même je te dis, comme je n'ai pas de papier, j'ai peur de perdre mon travail. [...] Comment ils te crient après, ils te demandent ... ils te disent des mots qui sont mauvais. « Tabarnak ! » [Demandeuse d'asile] »

« Pendant le temps que j'ai travaillé là, presque tous les travailleurs sont immigrants, et ils traitent les Québécois et les immigrants différemment. En règle générale, l'immigrant va devoir faire les tâches plus lourdes et difficiles. Aux Québécois, on lui accorde un meilleur emploi où les tâches sont moins difficiles. Il faut l'avoir vécu pour comprendre ce qui se passe vraiment. [Demandeur d'asile] »

Des employeur(-euse)s peu compréhensif(-ve)s par rapport aux multiples démarches juridiques que les personnes demandeuses d'asile ont à effectuer

Propos informateur(-trice)s clés

Selon des informateur(-trice)s clés, certain(e)s employeur(-euse)s refusent d'accommoder les personnes demandeuses d'asile afin de les libérer pour leurs convocations à Montréal ou pour rencontrer leurs avocat(e)s. Cela peut être un obstacle dans l'accès à l'emploi. Pour pallier ces difficultés, certaines personnes demandeuses d'asile se voient contraintes d'accepter des emplois de soir ou de nuit.

La scolarisation

Toutes les personnes rencontrées indiquent que l'accès à la francisation demeure limité pour les personnes demandeuses d'asile et, aussi, faute d'accès aux garderies subventionnées pour les parents souhaitant se franciser.

Les personnes demandeuses d'asile ont accès aux cours de francisation à temps plein et à temps partiel du MIFI depuis 2019. Ces personnes et leur conjoint ou conjointe qui suivent les cours à temps plein sont admissibles à une aide financière pour autant qu'elles ou qu'ils ne reçoivent pas de prestation d'aide sociale. (Cleveland *et al.*, 2021).

L'impossibilité de combiner les horaires de travail avec ceux de la francisation, la surcharge associée au cumul des engagements scolaires et professionnels de même que la volonté de s'intégrer rapidement sur le marché du travail ont été d'autres raisons évoquées. L'accès aux services d'apprentissage du français des organismes communautaires permet de pallier, dans une certaine mesure, à certains de ces problèmes puisque certains services acceptent toutes les personnes indépendamment du statut migratoire. Toutefois, il peut s'agir de services à temps très partiel.

« *Mais avec des enfants qui sont petits, qu'est-ce que tu vas faire ? Tu ne peux pas aller à l'école pour apprendre le français, car tu n'as pas accès aux garderies subventionnées. Tu ne fais rien !* [Demandeuse d'asile] »

« *J'allais au Centre Louis-Jolliet pour la francisation, c'était une excellente expérience. Je n'y ai pas passé beaucoup de temps, parce que c'est difficile d'arriver à tout faire ce qu'on veut faire et combler ses besoins financiers. École, travail, école, travail.* [Demandeur d'asile] »

Certaines personnes expriment qu'elles souhaiteraient étudier dans un programme d'études postsecondaires bien que les démarches à effectuer ne soient pas claires et que cela apparait difficile en raison de la non-reconnaissance des diplômes étrangers. Par ailleurs, l'accès à l'éducation gratuite est accessible seulement aux personnes de moins de dix-huit ans. Les jeunes adultes demandeur(-euse)s d'asile peuvent poursuivre les études au Cégep selon certains critères très spécifiques (ex. : avoir fait son cheminement secondaire au Québec, être inscrit dans un programme francophone, etc.). Les études universitaires sont accessibles au tarif des étudiant(e)s étranger(-ère)s et avec un permis d'études.

« *Je n'ai pas le droit d'étudier. Ça veut dire que pendant que je suis un demandeur d'asile, je ne peux rien faire d'autre que d'attendre. J'attends aussi mon permis de travail.* [Demandeur d'asile] »

Des parcours scolaires en suspens

Propos informateur(-trice) clés

L'obtention du statut de réfugié et de la résidence permanente qui l'accompagne est nécessaire pour poursuivre les études postsecondaires. Or, il s'écoule parfois plusieurs mois, voire jusqu'à deux années avant l'obtention de la résidence permanente, ce qui force plusieurs jeunes à suspendre leur parcours scolaire postsecondaire.

Le logement

À leur arrivée dans la Capitale-Nationale, toutes les personnes rencontrées ont été hébergées temporairement chez des membres de leur famille ou des connaissances de leur pays d'origine.

Par la suite, toutes rapportent avoir rencontré des difficultés pour se trouver un logement et évoquent le refus de propriétaires de louer à des personnes immigrantes temporaires, ou sans historique de crédit. La discrimination dans la recherche de logement ainsi que des difficultés à communiquer en raison de barrières linguistiques sont d'autres défis évoqués dans la recherche de logement.

> « *En réalité, pour trouver l'appartement ici, c'était grâce à ma sœur, c'est elle qui a signé le contrat, parce qu'avant les propriétaires demandaient d'avoir un compte bancaire, des relevés bancaires, les revenus, les impôts, une résidence permanente. De tout ça, nous n'avions rien. Nous venions d'arriver. [...]. Donc on a demandé vraiment à ma sœur de nous aider. [Demandeuse d'asile]* »

> « *Dans nos recherches de logement, une propriétaire nous a même dit qu'elle n'a pas confiance aux immigrants.[Demandeuse d'asile]* »

Toutes ces difficultés vécues ont contraint deux personnes à louer un appartement en mauvais état.

> « *Quand je suis rentrée la première fois dans cet appartement, tous les endroits communs, comme les escaliers, ça sent mauvais ! Oh ! Seigneur ! Mais je n'ai pas le choix, parce que je ne peux pas louer ailleurs. Dans les murs, il y a des choses comme des champignons. [Demandeuse d'asile]* »

L'alimentation

Quatre des personnes rencontrées mentionnent vivre des difficultés à se procurer de la nourriture en quantité suffisante et variée, ce qui les met dans l'obligation de fréquenter les distributions alimentaires. Deux familles en attente de leurs permis de travail rapportent devoir se nourrir uniquement des denrées reçues dans les distributions alimentaires.

> « *Pour la nourriture, on va dans des banques alimentaires pour survivre en attendant que j'obtienne mon permis de travail. On mange ce qu'on reçoit dans les banques alimentaires. [Demandeuse d'asile]* »

> « *Un organisme nous a aidés avec des bons d'achat pour la nourriture. Mais ils sont arrivés au maximum de ce qu'ils pouvaient nous donner. On va aussi chercher des sacs de nourriture dans les banques alimentaires, mais ce n'est pas tout le temps bon, parce qu'il y a beaucoup de choses qui sont expirées. Des fois, ce n'est pas santé non plus. [Demandeuse d'asile]* »

Aussi, la majorité des personnes rapporte de la nostalgie par rapport à la nourriture de leur pays d'origine et des difficultés à cuisiner les aliments du Québec.

Le transport

Trois des personnes demandeuses d'asile se limitent aux déplacements essentiels disposant de peu de ressources financières pour acheter des billets d'autobus.

> « *Puis, en attendant, on apprend à utiliser les transports en commun. Ça aussi c'est une autre dépense parce qu'à chaque sortie il faut payer le billet d'autobus. On limite aussi les sorties pour aller chercher de l'aide et tout ça. On ne fait que les déplacements essentiels. [Demandeuse d'asile]* »

Par ailleurs, quatre des personnes participantes rapportent des situations de discrimination dans les transports collectifs avec des personnes utilisatrices et des chauffeurs d'autobus.

> « *Ça n'arrive pas régulièrement à tous les jours, mais ça arrive. Dans l'autobus, je prends l'autobus à tous les jours, le transport en commun… Il y a des fois où je me suis rendu compte, si je m'assois et que la place est libre à mes côtés, parfois quelqu'un s'assoit, mais parfois elle reste libre. Même si l'autobus se remplit… Je me demande si c'est parce que je suis noir.* [Demandeur d'asile] »

Les réseaux sociaux et d'entraide

De manière générale, les personnes rencontrées entretiennent de bons liens avec certaines connaissances et des membres de leur famille aussi réinstallés à Québec. Quatre des personnes participantes ont pu bénéficier de leur soutien : hospitalité temporaire, cohabitation, cautionnement de bail, aide pour les démarches administratives (ex. : demande d'aide sociale, demande d'asile), référence vers des ressources communautaires et accompagnement pour avoir accès aux services de santé. Une personne a également mentionné ne pas souhaiter tisser de liens sociaux au Québec par peur que la demande d'asile soit refusée et de devoir à nouveau quitter des personnes appréciées.

> « *Au Canada, j'ai deux oncles, celui qui est allé me chercher à la frontière et il m'a hébergé pendant une année et un autre à Montréal que je ne vois pas.* [Demandeur d'asile] »

La violence avec la famille

Après avoir été déboutée à la suite de sa demande d'asile, une femme rencontrée confie qu'elle a subi des violences psychologiques et sexuelles tout comme un de ses fils a subi des violences physiques de la part d'un homme qu'elle avait rencontré et qui avait accepté de la parrainer pour obtenir sa résidence permanente. Elle explique qu'elle n'a pas demandé d'aide ou porté plainte en raison de la crainte que sa demande de parrainage soit suspendue et que sa famille soit déportée dans son pays d'origine.

> « *Parce que si je le dis à la police, l'abus que je vivais, Immigration va me dire : « Je ne peux pas te garder parce que la demande que tu fais pour être parrainée et la personne t'abuse chez toi ». Et c'est pour ça que je suis restée. Il m'a violée beaucoup de fois et il ne m'aidait dans rien […]. Lui, il vient chez nous, il faut que je couche avec lui, sinon lui il arrête la demande. […] J'étais comme un animal sauvage. C'était difficile.* [Demandeuse d'asile] »

Le quartier

Après les violences vécues dans leur pays d'origine, la sécurité demeure un besoin prioritaire à combler une fois arrivé à Québec, selon les personnes rencontrées. Leur quartier leur procure un sentiment de tranquillité et elles se sentent en sécurité.

> « *Le côté positif, c'est la tranquillité qu'on a trouvée ici, la paix, le fait de se sentir en sécurité ici, même si on a des besoins de santé pour notre bébé, il est aussi en sécurité. Il peut grandir ici, c'est le côté le plus positif.* [Demandeuse d'asile] »

La violence dans les lieux publics

Quatre des personnes rencontrées ont ressenti des préjugés à leurs égards dans différents lieux. Les attitudes défavorables prennent la forme d'attitudes dépréciatives ou de commentaires déplacés sur les immigrant(e)s. Plusieurs personnes ont insisté sur le fait que la majorité des Québécois(ses) adopte des comportements accueillants et que les comportements déplacés concernent une minorité de personnes.

> « *Dans mon pays, il y a beaucoup de métis comme moi, c'est une habitude là de traiter les gens d'une certaine façon, mais ici c'est du racisme. D'après ce que j'ai vu ou lu, ici c'est différent qu'aux États-Unis ou de d'autres parties du monde. Mais il y en a quand même. La société en général n'est pas discriminatoire, je trouve que les Québécois ne sont pas tous comme ça, mais ça arrive quand même.* [Demandeuse d'asile] »

Des préjugés injustifiés à l'égard de la dangerosité présumée des personnes demandeuses d'asile et réfugiées

Propos informateur(-trice)s clés

Un informateur clé du secteur politique indiquait que plusieurs préjugés circulent sur les personnes demandeuses d'asile et les personnes réfugiées lorsque le Canada accueille ces groupes en grand nombre. Notamment sur le fait que ces personnes pourraient présenter un risque pour la sécurité publique. Or, des vérifications très rigoureuses sont effectuées sur chacune des personnes qui immigrent au Canada et ces préjugés sont injustifiés.

L'accès aux services publics

Les personnes demandeuses d'asile rencontrées réinstallées à Québec disent vivre dans l'ignorance par rapport à leurs droits et ont de la difficulté à obtenir des informations sur les façons d'accéder aux services publics et aux programmes gouvernementaux (l'accès aux services de santé, aux services d'aide à l'emploi, aux services de garde et d'éducation, à la francisation, aux logements subventionnés, aux allocations accessibles, aux services juridiques, etc.). Elles rapportent recevoir parfois des informations erronées, ce qui amène encore plus de confusion sur ce qu'elles peuvent ou ne peuvent pas faire.

> « *J'ai besoin d'informations, mais que ça soit des informations concrètes et sûres. Parce que je reçois tellement d'informations de différents endroits, de différentes institutions, et à la fin, ce n'est pas ça, ce n'est pas pour ma situation. On m'envoie de droite et à gauche, et beaucoup d'informations ne servent à rien. […]. J'aimerais savoir c'est quoi mes droits, c'est quoi que je peux faire et ne pas faire dans mon statut.* [Demandeuse d'asile] »

Un accès limité aux services publics pour les personnes demandeuses d'asile

Propos informateur(-trice)s clés

Plusieurs informateur(-trice)s clés ont discuté de l'accès restreint aux services publics des personnes demandeuses d'asile, notamment le non-accès aux garderies subventionnées (de 2018 à 2023), à l'éducation postsecondaire, le droit limité aux allocations familiales, ainsi qu'aux logements sociaux.

Les démarches d'immigration

Toutes les personnes ont raconté les premières démarches associées au dépôt de leurs demandes d'asile. Deux personnes et leur famille sont restées en détention à la frontière pendant les premières étapes du dépôt de la demande. Cette détention a duré quelques jours, le temps que des vérifications sur l'identité des personnes soient faites. De plus, certaines mises en garde émises par les agent(e)s des services frontaliers par rapport au fait d'interpeller la police peuvent être mal interprétées par les demandeur(-euse)s d'asile. Par la suite, certaines personnes éviteraient tout contact avec les policier(-ière)s même si elles sont victimes d'injustices.

« *Après notre long voyage, les agent(e)s de services frontaliers nous ont interrogés pendant longtemps. Je me sentais comme au tribunal. Ils nous ont fouillés, examiné nos valises, contrôlé nos empreintes digitales. Ils ont pris des photos biométriques de nos yeux. Nous sommes restés près de la frontière quelques jours en détention pendant qu'ils effectuaient des contrôles de sécurité.* [Demandeur d'asile] »

« *Premièrement, quand on rentre au Canada, et que tu demandes de devenir réfugiée, une des choses qu'on te dit : « Tu ne peux pas contacter la police ». Je pense que c'est une mauvaise compréhension. « Ah ! Si tu as des problèmes avec la police, tu vas [devoir] quitter tout de suite le Canada. ». Mais chez nous, on comprend que okay ! ça veut dire qu'on ne peut pas parler de rien à la police.* [Demandeuse d'asile] »

Par ailleurs, la complexité et la lourdeur des démarches combinées aux défis linguistiques dans le processus d'asile ont également été soulevées par toutes les personnes rencontrées.

Au moment des entretiens, trois personnes participantes étaient toujours en attente d'une réponse de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR) concernant leur demande d'asile, alors que deux personnes avaient reçu une réponse négative. Les deux personnes demandeuses d'asile déboutées (réponses négatives) ont tenté plusieurs stratégies différentes afin d'obtenir une résidence permanente : appel de la décision, demande de résidence permanente pour motifs humanitaires, parrainage.

L'accès aux services juridiques

Les propos des personnes rencontrées mettent en lumière différentes barrières d'accès aux services d'aide juridique en droit de l'immigration dans la ville de Québec : les difficultés linguistiques, le manque d'accès à l'information sur les services disponibles, l'insuffisance d'avocat(e)s spécialisé(e)s en immigration, des capacités limitées de l'aide juridique gratuite à Québec pour accompagner les personnes demandeuses d'asile et des coûts financiers élevés.

« *Nous sommes allés chercher de l'aide pour avoir de l'information sur l'aide juridique pour notre processus [dans un organisme communautaire]. Et cet organisme m'a dit qu'on n'avait pas droit aux services gratuits et qu'il fallait qu'on paie un avocat. Mais c'est à cause des démarches qu'on a fait, qu'on a lu et qu'on s'est informé partout, qu'on a trouvé. On est allé à Montréal pour avoir de l'aide juridique gratuite. On va l'avoir.* [Demandeuse d'asile] »

« *Les avocats sont très dispendieux. 240 $ de l'heure, et en plus une heure, ça ne dure que 45 minutes. Et payer, payer, payer, travailler, payer, travailler, payer. Ça a été difficile et au final rien n'a été réglé. Ils ont une façon de te vendre leur salade, tu ne sais pas grand-chose de ce qui se passe, tout ce qu'ils veulent, c'est prendre ton argent.* [Demandeur d'asile] »

Depuis le 17 juillet 2023, dans la ville de Québec, un nouveau bureau de services d'aide juridique en immigration a ouvert. Les personnes demandeuses d'asile peuvent disposer de ces services. Selon des partenaires du territoire, il y avait au moment des entretiens deux avocat(e)s qui y travaillent et les délais d'obtention de services sont de quelques mois dû à la forte demande. Les personnes ayant participé à notre étude n'ont pas tiré profit de ces services.

Un accès limité aux services juridiques pour les personnes demandeuses d'asile dans la Capitale-Nationale

Au moment des entretiens, les services d'aide juridique pour les personnes demandeuses d'asile étaient concentrés à Montréal.

Les dépenses associées aux transports, à la nourriture et à l'hébergement réduisent l'accès à ces services pour ces personnes de la région de la Capitale-Nationale.

L'accès à une avocat(e) pendant le processus de demande d'asile octroie plus de chances à la personne d'être reconnue comme réfugié(e) reconnu(e) sur place, notamment parce que mieux préparée pour leur audience.

La difficulté d'avoir accès à des services juridiques dans la région de la Capitale-Nationale met ces personnes demandeuses d'asile plus à risque d'obtenir une réponse négative.

Un informateur clé du secteur politique indiquait que pour les demandeur(-se)s de la région de la Capitale-Nationale, les montants accordés par l'aide juridique dans un processus de demande d'asile ne couvrent pas tous les frais juridiques encourus. Étant donné que les audiences sont à Montréal, les avocat(e)s de la région de la Capitale-Nationale doivent couvrir des frais supplémentaires d'hébergement, de déplacement et de nourriture, frais qui peuvent dépasser à eux seuls les montants qu'elles ou qu'ils reçoivent pour ce mandat. Cela dissuaderait des avocat(e)s du secteur privé de la région de la Capitale-Nationale de prendre des dossiers de demandeur(-euse)s d'asile. De plus, la charge de travail pour ce genre de dossier est jugée importante par rapport au montant octroyé.

L'accès aux services de santé et aux services sociaux

Toutes les personnes rencontrées se questionnaient sur les soins de santé auxquels elles pouvaient avoir accès avec le PFSI pendant la demande d'asile et une fois déboutées. Les personnes demandeuses d'asile rencontrées se sont fait refuser l'accès à des soins de santé dans des hôpitaux, des CLSC et des cliniques de santé à Québec. Selon leurs expériences, il est fréquent que le personnel administratif à l'accueil exige la carte RAMQ pour accéder à des soins, demande de payer les frais de consultation bien que ceux-ci soient couverts par le PFSI, ne trouve pas les personnes dans le système du PFSI ou encore exige que les personnes se présentent avec leurs propres interprètes dans les établissements de santé.

« *Au CLSC, la personne qui nous a reçus, comme on ne comprenait pas bien, elle nous a dit de venir avec un interprète. Alors on est parti.* [Demandeur d'asile] »

« *Par exemple, on est allé au CLSC pour recevoir des soins, ils nous ont dit… Ils ne nous ont pas reçus avec nos papiers du PFSI. Ils nous ont donné un numéro de téléphone. Ce qui m'est arrivé c'est : « Non, ce n'est pas ici, appeler à l'autre endroit. ». On appelle à l'autre endroit « Non, ce n'est pas ici. »* [Demandeur d'asile] »

« *Quand je vais à la clinique, je dois tout le temps insister pour qu'on me trouve dans le système, puisque j'ai un rendez-vous. Je dois aussi insister pour ne pas payer à l'accueil, mais c'est déjà arrivé que j'ai payé, parce que j'avais très mal et on ne voulait pas me donner les soins.* [Demandeuse d'asile] »

Trois personnes demandeuses d'asile sur les cinq rencontrées se sont aussi senties malvenues au service de l'accueil d'établissements en montrant leurs documents du PFSI ou à l'occasion dans la relation de soins. La méconnaissance du système de santé et les défis linguistiques sont également ressortis comme des facteurs freinant l'accès aux soins de santé. Elles estiment que les organismes communautaires et les groupes religieux jouent un rôle crucial pour atténuer les différentes barrières d'accès aux services de santé. De plus, certaines personnes demandeuses d'asile se sont dirigées à Montréal pour obtenir des soins de santé par l'intermédiaire du PRAIDA.

« On est allé à Montréal et maintenant ici, ce que je ressens c'est qu'à Montréal, pour les demandeurs d'asile, ils nous donnent une carte brune [qui donne accès au PFSI]. Cette carte est notre document quand nous avons besoin [de soins]. Oui, et là à Montréal, ils connaissent mieux cette carte et ce qu'on a droit. Ce que j'ai observé ici, à Québec, c'est que les choses ne sont pas aussi nettes, et pour un motif ou un autre, parfois on ne sait pas où aller pour certaines choses. [Demandeur d'asile] »

Deux personnes demandeuses d'asile se questionnaient si les diagnostics et soins étaient consignés dans un historique médical. Il semble qu'elles doivent répéter leur histoire chaque fois qu'elles consultent. De plus, elles ne savent pas comment leur seront communiqués les résultats pour les tests effectués.

Dans le cadre des efforts entourant la régionalisation de l'accueil des personnes demandeuses d'asile, de nouveaux services de santé destinés exclusivement à ces personnes sont maintenant disponibles dans la Capitale-Nationale. Les participant(e)s de notre étude n'avaient pas bénéficié de ces services.

Photo : SAAI

Des barrières systémiques

Des informateur(-trice)s clés rapportent que la lourdeur des démarches administratives liées au PFSI limite les cliniques privées à s'y inscrire.

Les procédures d'inscription et de facturation sont peu connues, ce qui limite l'adhésion des professionnel(le)s et des établissements de santé. Dans la Capitale-Nationale, les établissements publics y sont inscrits. Le service d'interprétariat est fourni gratuitement lorsqu'il y a une barrière linguistique. Cependant certains services de santé spécifiques doivent nécessiter une préautorisation auprès de Medavie Croix Bleue et d'autres ne sont pas couverts. Dans ce dernier cas, le demandeur d'asile doit payer les coûts.

Des intervenant(e)s communautaires déplorent également être débordé(e)s par les demandes de soutien des personnes demandeuses d'asile dans les services de santé et remarquent que le réseau public peine à répondre à leurs besoins.

Par ailleurs, les dossiers de santé des personnes demandeuses d'asile sont généralement complexes et prennent plus de temps à traiter. Par conséquent, pour les praticien(ne)s qui facturent à l'acte, ce n'est pas avantageux de soigner ces personnes, car avec le PFSI, elles ne reçoivent aucun supplément pour la « vulnérabilité ».

L'accès aux médicaments

Les personnes rencontrées racontent qu'elles ne connaissent pas les pharmacies inscrites au PFSI où elles peuvent se procurer des médicaments. Par ailleurs, certains établissements demandent aux personnes migrantes de payer leurs médicaments, ce qui peut en freiner l'accès en raison des ressources financières limitées. Cela entraine également des retards de traitements urgents. L'accompagnement d'organismes communautaires permet d'aider les personnes demandeuses d'asile à cibler les pharmacies inscrites au PFSI.

« [Le médecin] a dit : « Allez chercher la médication, à n'importe quelle pharmacie, vous allez l'avoir ». Parce que j'avais besoin d'un médicament d'urgence. Après ça, on est allé chercher la médication à n'importe quelle pharmacie, ça ne marchait pas. Avec les pharmacies qui ne reconnaissaient pas la documentation [du PFSI]. On est allé à une autre, et à la fin, ils m'ont dit : « Mais payer la médication, et après ça quand on va avoir l'information, on va vous rendre les sous. ». Mais je n'avais pas l'argent pour payer. J'ai attendu deux ou trois jours pour avoir cette médication qui était urgente. [Demandeuse d'asile] »

Les impacts sur la santé

La majorité des personnes mentionne que leur état de santé s'est détérioré depuis leur arrivée à Québec en raison notamment de **l'insécurité liée à leur demande d'asile et de leurs conditions de vie difficiles.**

Les **procédures liées à la demande d'asile** sont décrites comme extrêmement stressantes. Une personne a mentionné qu'elle a dû interrompre l'entretien avec le personnel des services frontaliers, car elle n'arrivait plus à comprendre les questions en raison d'un niveau de stress tellement élevé et d'une fatigue importante découlant du voyage.

Concernant la période pendant laquelle elles attendent une décision du CISR pour savoir si leur demande d'asile sera acceptée ou non et, si conséquemment, elles seront déportées ou non, les personnes demandeuses d'asile rencontrées expliquent que cette période engendre beaucoup de stress et d'anxiété liés à l'incertitude de leur devenir et celui de leur proche. Une personne soulève qu'elle a développé des pensées obsessives au quotidien. Une autre évoque qu'elle a reçu un diagnostic de dépression peu avant que sa demande d'asile soit jugée.

« Parfois j'aimerais mieux ne pas y penser, mais c'est inévitable. Je suis un peu anxieux de savoir. Ça me préoccupe, j'y pense à tous les jours : Qu'est-ce que je vais faire si je suis obligé de retourner ? Qu'est-ce qui va arriver de ma vie ? Et ça, même ici à la maison, quand j'arrive de travailler. J'aimerais mieux ne pas y penser, mais c'est automatique ça survient dans mes pensées. [Demandeur d'asile] »

Les trois personnes qui ont vécu l'audience de la CISR expriment que le stress et l'anxiété augmentent de manière considérable les mois qui précèdent l'audience et lors de l'évènement.

Deux personnes demandeuses d'asile refusées ont vécu beaucoup de tristesse et se sont senties dépressives.

> « *Quand j'ai reçu une réponse négative, je n'arrivais pas à y croire, j'étais vraiment très triste. C'était difficile. Alors je me suis senti déprimé, c'est une situation difficile à expliquer. C'est tous tes rêves et tes plans pour le futur, qui disparaissent, c'est vraiment difficile.* [Demandeur d'asile] »

Globalement une partie importante de l'énergie est mobilisée autour des démarches d'asile, ce qui laisse peu de temps pour prendre soin de soi. Une femme rapporte avoir pris plus de 50 livres pendant la démarche d'asile.

La difficulté de se projeter dans l'avenir et de construire des projets sur le moyen et le long terme en raison de l'instabilité liée au statut a été mentionnée plusieurs fois. L'impression de se perdre et de vivre une vie « souterraine » sont d'autres propos rapportés.

> « *C'est vraiment une angoisse de savoir qu'est-ce que ça va donner le processus d'asile et l'audience. C'est plein d'émotions et d'insécurité.* [Demandeuse d'asile] »

Une personne mentionnait également se sentir inférieure au reste de la société lorsqu'elle devait **exposer son statut de demandeuse d'asile.**

> « *Jusqu'à un certain point, oui, ça affecte ma santé. Parce que n'importe quoi tu veux faire, on te demande d'avoir au moins ta carte d'assurance maladie ou ton permis de conduire ou ta carte de résidence. Alors quand tu ne possèdes aucun de ces documents, en tout cas moi, ça me dérange d'être obligé de me promener avec un paquet de papiers. Et sans carte d'identité… On se sent quand même inférieur.* [Demandeur d'asile] »

La personne ayant vécu des **violences** a rapporté que la combinaison de celles-ci avec le travail précaire et les démarches d'immigration l'ont amenée à sentir qu'elle ne valait plus grand-chose. De plus, la violence conjugale lui a fait perdre confiance envers les hommes.

La précarité financière, la difficulté de se procurer des biens essentiels comme de la nourriture et des meubles occasionnent beaucoup de stress au quotidien chez toutes les personnes demandeuses d'asile. Cette précarité financière est aussi difficile à accepter pour quatre personnes, dont le statut socioéconomique était plus élevé au pays d'origine.

Le **travail précaire** amène beaucoup de stress. De plus, le changement de statut social lié à leur travail au Québec comparativement à celui exercé dans leur pays d'origine affecte leur bien-être et porte atteinte à la dignité de toutes les personnes demandeuses d'asile rencontrées. Plusieurs incertitudes et questionnements sont vécus par rapport à la possibilité d'exercer, un jour, le même métier que dans le pays d'origine.

> « *Quand la situation économique était plus difficile, ça me stressait tout le temps ! […] Je me rappelle de quelque chose que je ne vais jamais oublier. Une journée, je fais de la fièvre à 40° et je suis sortie travailler. Cette journée, c'est une journée que la température était [extérieure] à 40°. Et je suis sortie pour travailler avec 40° de fièvre, et à l'extérieur 40° de température. Même si tu es malade, tu travailles. Tu travailles ! Il faut travailler, il faut gagner de l'argent pour payer. Ça, c'est difficile.* [Demandeuse d'asile] »

> « *C'est inconfortable, parce qu'on n'est pas habitué à demander de l'aide. On avait des bons revenus dans notre pays. Mais en ce moment, c'est très inconfortable. Des fois, j'aurais besoin d'aide psychologique, mais en même temps, j'essaie d'être positive.* [Demandeuse d'asile] »

Bien que certaines personnes essaient de ne pas se laisser affecter par ces situations, la **discrimination vécue au travail ou dans les lieux publics** fait vivre des émotions négatives. Deux personnes ayant subi des insultes confient avoir craint pour leur sécurité.

> « *Ça me blesse les situations au travail, mais je le repousse parce que je ne veux pas que ça m'affecte. C'est quand même difficile, personne n'est habitué à la discrimination, que ce soit pour la couleur de ta peau ou parce que tu es immigrant.* [Demandeur d'asile] »

La combinaison du travail et de la francisation est décrite comme très épuisante. Un demandeur d'asile redoutait de tomber malade s'il continuait à travailler et à se franciser. L'abandon scolaire forcé par la pression économique est décrit comme un non-choix qui entraine de l'impuissance, de la déception et de la tristesse.

> « *À un moment donné, à tous les jours, j'arrivais à l'école avec de gros maux de tête, parce que je ne dormais pas assez. J'ai donc décidé d'abandonner l'école pour travailler. C'est un sentiment amer, je ne voulais pas abandonner l'école. Si j'avais continué à ce rythme, je serais tombé malade. [Demandeur d'asile]* »

La **rupture des liens sociaux** avec les proches du pays d'origine fait vivre un sentiment de solitude, de nostalgie et de tristesse et prive les personnes demandeuses d'asile d'un réseau de soutien important. Trois personnes sont angoissées par rapport aux violences que pourraient vivre leurs proches restés au pays d'origine. Il est aussi difficile de ne pas recevoir de soutien des proches restés à l'étranger lors d'évènements importants comme des grossesses, des accouchements et des décès.

Les difficultés **d'accès aux soins de santé** demeurent une des préoccupations les plus importantes pour ces personnes. Cela génère beaucoup d'inquiétudes, de stress et fait perdurer des problèmes de santé, parfois douloureux. Pour celles n'ayant plus accès ou croyant de ne plus avoir accès au PFSI, l'appréhension d'avoir recours aux services de santé occasionne du stress en raison des coûts élevés des consultations et également en raison de l'absence de soutien des proches. Une personne rapportait aussi que les expériences de soins dans un contexte où il y a des barrières linguistiques sont très stressantes et angoissantes.

> « *Les services de santé, c'est ce qui nous préoccupe le plus, présentement. Parce qu'on peut dire qu'on a de l'aide pour le logis, mais du côté de la santé c'est important. Si elle n'était pas enceinte, ça nous inquiéterait un peu moins. [Demandeur d'asile]* »

> « *Je suis restée plusieurs semaines à l'hôpital pour être avec mon bébé hospitalisé, pour être attentive au pédiatre, mais comme il n'y avait pas d'interprète, et tout le monde parlait en anglais, je ne comprenais pas. Ça me stressait, ça m'angoissait beaucoup. [Demandeuse d'asile]* »

Les stratégies déployées et le soutien reçu

Trois des participant(e)s rapportaient fréquenter régulièrement des églises. La fréquentation des groupes religieux crée des occasions importantes de socialisation en plus d'apporter différentes formes de soutien. Les personnes rencontrées dans les églises peuvent offrir différents services comme donner des meubles, offrir du transport aux rendez-vous, notamment au sein du réseau de la santé et des services sociaux et même les accompagner pour faire de l'interprétariat, aider à la recherche d'emploi, offrir de l'aide dans le processus de demande d'asile.

Deux personnes rencontrées indiquent que la religion agit positivement sur la santé, notamment par le réseau de soutien développé avec l'Église et par l'engagement spirituel qui permet d'amoindrir le stress. La prière est aussi utilisée pour se guérir et atténuer les douleurs physiques liées aux problèmes de santé.

Certain(e)s participant(e)s révèlent qu'il est difficile d'obtenir des informations sur les **ressources communautaires** qui pourraient leur procurer du soutien. Deux personnes demandeuses d'asile se sont fait refuser l'accès à des services de groupes communautaires en raison de barrières linguistiques ou parce que l'organisme ne recevait pas de financement pour les soutenir.

Trois personnes recevant un soutien important des organismes communautaires expliquent que l'aide prend diverses formes comme l'accès à un médecin, l'accès à un transport pour se rendre aux urgences, l'accompagnement et la prise de rendez-vous dans les services de santé et services sociaux, l'accès à des cours de francisation, de l'aide alimentaire, du soutien informatique pour remplir des formulaires administratifs, de l'accompagnement pour remplir des formulaires liés à la demande d'asile, de l'aide dans les recherches de logement et des dons de vêtements, d'articles de bébés, de meubles, d'électroménagers et d'articles de cuisine. De plus, les personnes demandeuses d'asile peuvent participer à des activités de socialisation et de loisirs dans les organismes communautaires.

Les personnes demandeuses d'asile : des personnes soutenues par des spécialistes de différents secteurs et des ressources communautaires qui sont sous-financées

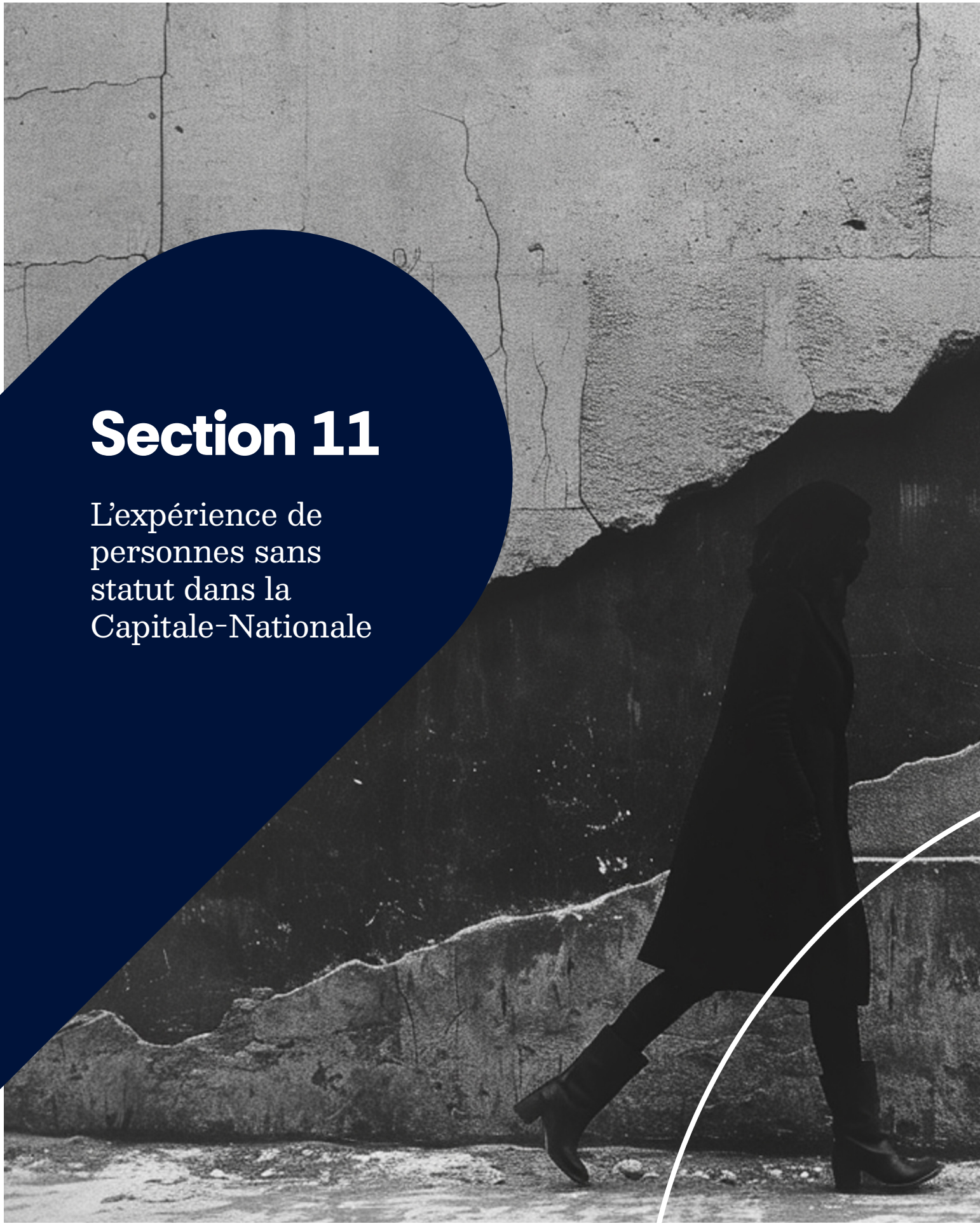
Propos informateur(-trice)s clés

Les informateur(-trice)s clés de la majorité des secteurs rapportent offrir un accompagnement à des personnes ayant un statut migratoire pour lequel leur organisme n'est pas financé. Les fonds recueillis de fondations ou autres sources variées permettent d'offrir un accompagnement.

Par ailleurs, le soutien offert aux personnes sans statut et demandeuses d'asile dépasse largement la mission de base des organismes afin de tenir compte de l'ensemble et de la complexité des besoins des personnes. Par exemple, un(e) intervenant(e) en employabilité peut aider une personne demandeuse d'asile à trouver des meubles, à accéder aux services de santé, la référer vers des services juridiques, trouver de l'aide alimentaire, etc.

Section 11

L’expérience de personnes sans statut dans la Capitale-Nationale



Deux exemples de trajectoires de personnes ayant été sans statut[9]

L'histoire d'Assagi

Dans son village situé dans un pays d'Afrique de l'Ouest, Assagi rencontre un travailleur québécois. Elle se marie avec lui lorsqu'elle est mineure et ils ont deux enfants. Vers l'âge de la majorité, avec un permis de visiteur, Assagi s'installe à Québec avec son mari et ses deux enfants. Quelques mois après son arrivée, son mari devient violent verbalement, contrôle les dépenses financières, cache les documents d'immigration jusqu'à ce qu'ils expirent et n'entame aucune démarche pour régulariser le statut de sa femme comme il lui avait promis.

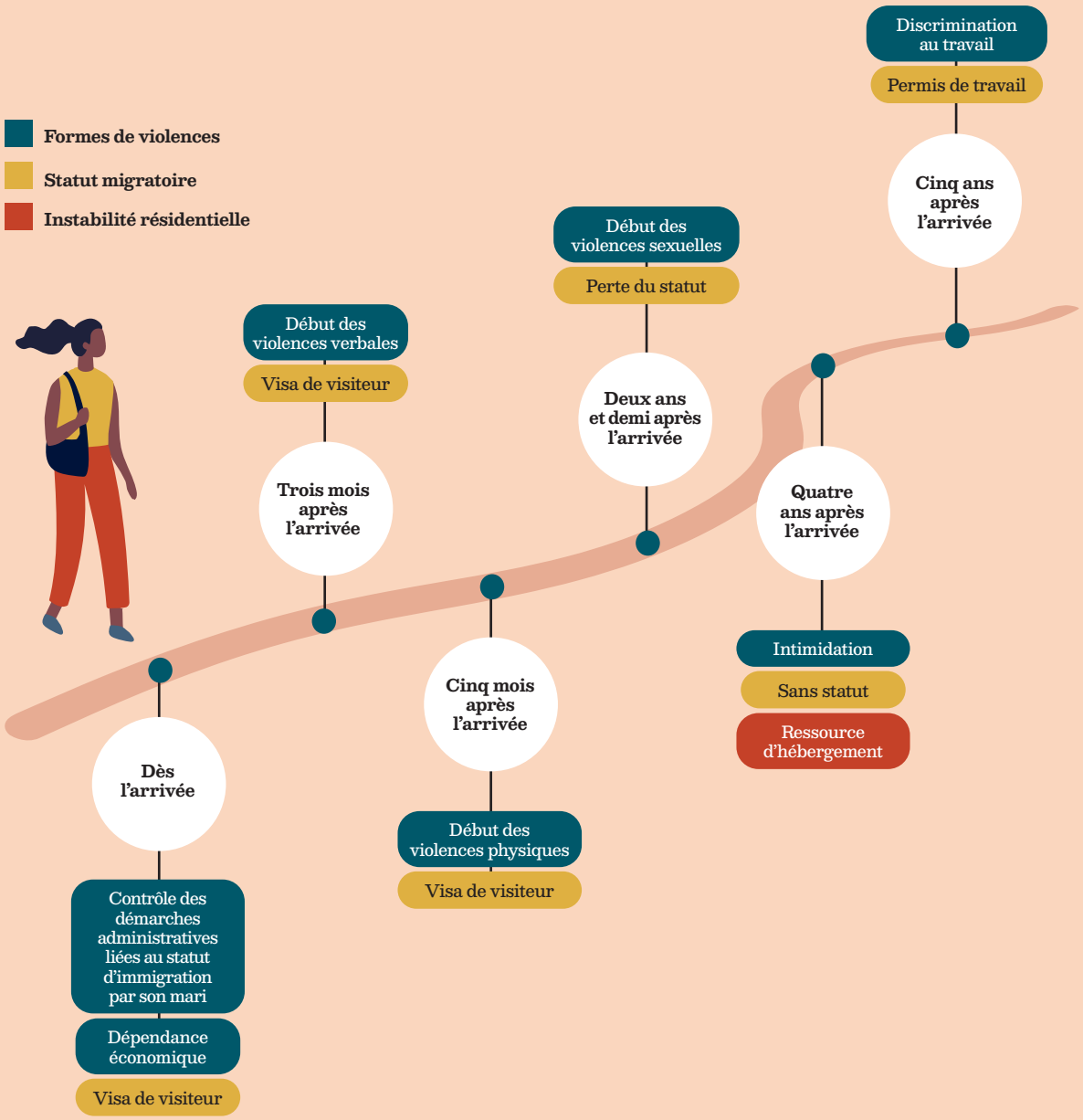
Assagi devient sans statut. La violence s'amplifie et elle subit insultes, critiques, dénigrement, humiliations et se fait frapper régulièrement. Quelques années plus tard, elle subit à maintes reprises des violences sexuelles par son mari et même des connaissances de celui-ci. Elle raconte avoir été droguée et violée à plusieurs reprises. Elle souffre de douleurs au bas ventre et présente des hématomes et des plaies. Elle perd l'appétit et du poids. Elle développe une fatigue chronique, de l'insomnie, des maux de tête, de la nervosité, de l'anxiété et présente des états de choc ainsi que des symptômes de dépression. Son mari la menace en lui disant qu'elle sera déportée et ne verra plus ses enfants si elle dénonce les violences subies.

Avec l'aide d'une connaissance, Assagi se rend dans une maison d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale. Son mari tente de la convaincre de revenir à la maison. Il paie une personne qui surveillera ses déplacements et l'intimidera pour qu'elle retourne à leur domicile. Une psychologue en lien avec la maison d'hébergement offre gratuitement à Assagi des séances de thérapie. Lorsqu'elle a besoin de payer des frais médicaux, des intervenantes du milieu communautaire parviennent à trouver de l'argent pour régler les coûts. Avec l'accompagnement d'intervenantes, Assagi tente de régulariser son statut afin de demeurer près de ses enfants. Elle entame également plusieurs procédures judiciaires simultanément, pour une demande de divorce, le partage de la garde des enfants, les violences conjugales et les actes de violences sexuelles vécues. À chaque démarche judiciaire, elle raconte son histoire. Elle vit une peur constante d'être renvoyée dans son pays.

Elle a de fréquentes reviviscences des violences sexuelles subies en plus de faire des cauchemars. Depuis les violences subies, Assagi se sent souvent profondément humiliée et misérable. Elle s'est déjà automutilée et a tenté de s'enlever la vie.

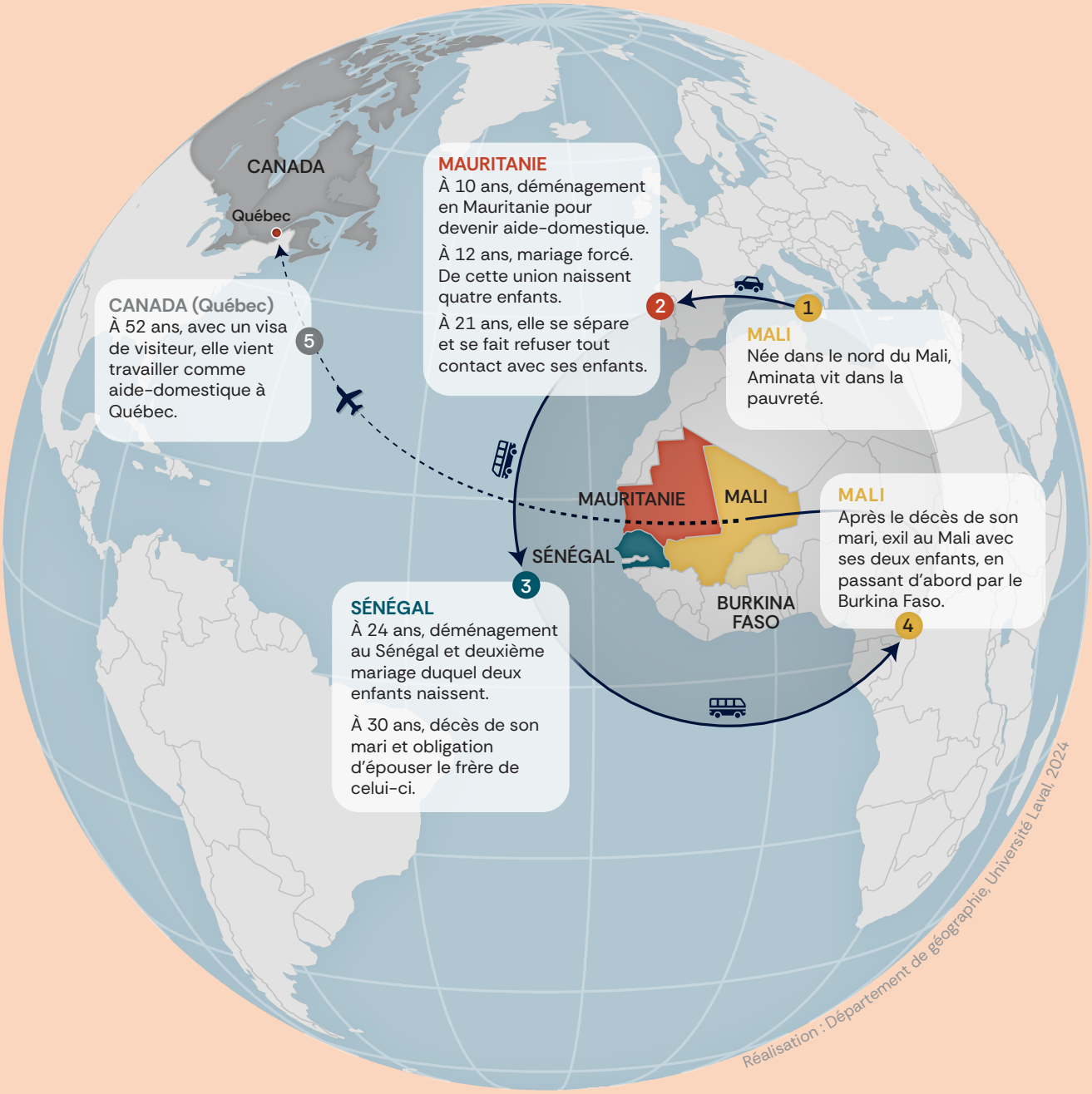
9. Tout au long de la section 11, pour préserver la confidentialité des participant(e)s, plusieurs informations ont légèrement été modifiées notamment le nom de la personne, les pays de transit, l'âge, le nombre d'enfants ainsi que le nombre de sœurs et de frères.

Figure 14. Un parcours de statuts empreint de violences



L'histoire d'Aminata

Figure 15. La trajectoire migratoire d'Aminata



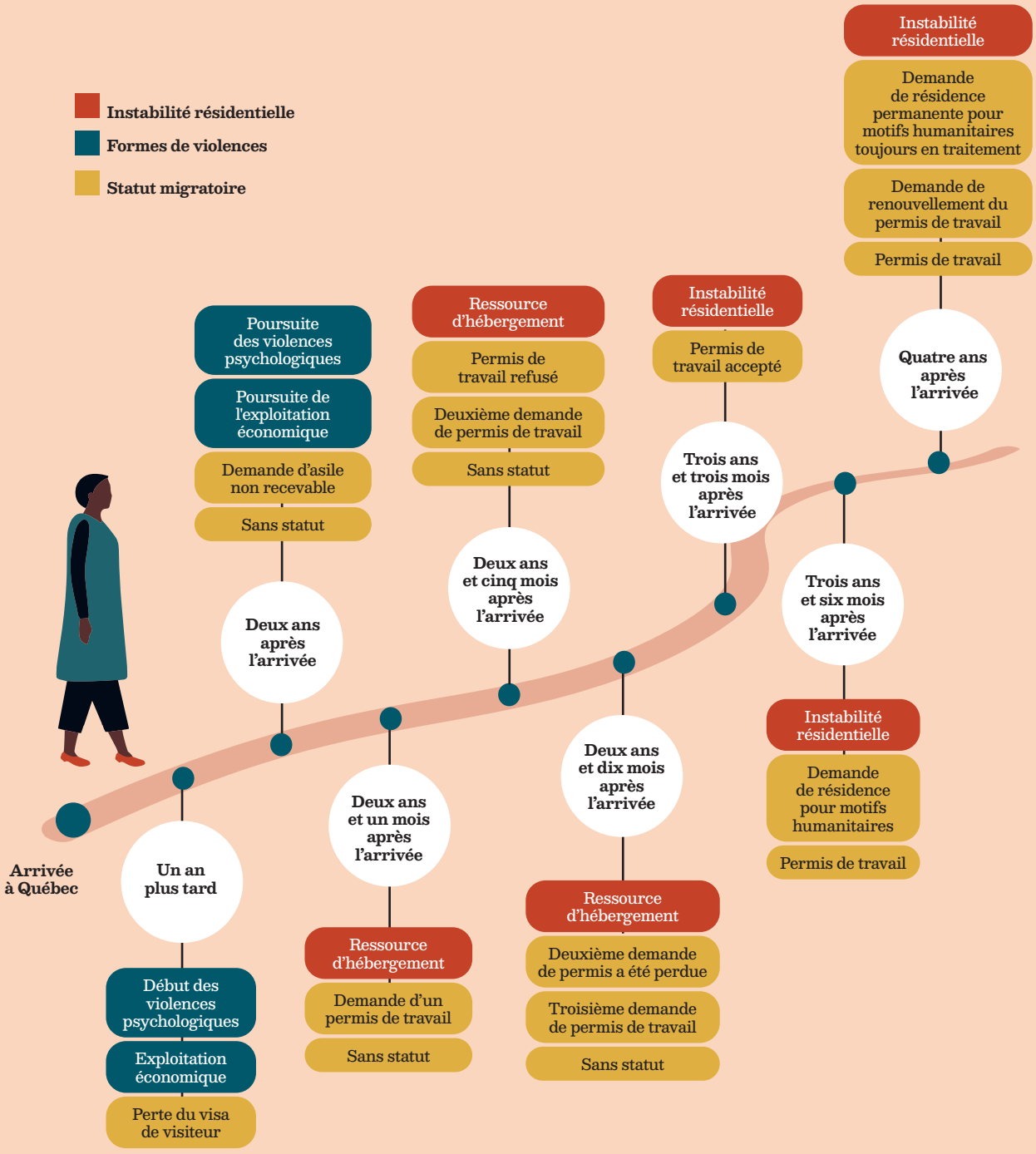
Née dans un pays d'Afrique de l'Ouest, Aminata grandit dans une famille ayant peu de moyens économiques. Alors qu'elle est enfant, ses parents l'envoient chez un membre de la famille d'un pays frontalier afin d'aider aux tâches domestiques. Préadolescente, elle est forcée de se marier avec un homme beaucoup plus âgé avec qui elle a plusieurs enfants. Au début de l'âge adulte, elle se sépare. L'homme garde les enfants et lui interdit tout contact avec eux. Quelques années après sa séparation, elle quitte son pays pour un autre pays d'Afrique de l'Ouest. Elle rencontre un homme avec qui elle aura deux autres enfants. Celui-ci décède quelques années plus tard et elle doit épouser le frère de son défunt mari. Elle refuse et fuit le pays avec ses deux enfants pour rejoindre sa sœur dans son pays natal chez qui elle habite pendant près de vingt ans. Dans la cinquantaine et munie d'un visa de visiteur, elle s'installe à Québec chez un membre de sa famille à titre d'aide-domestique. Elle souhaite gagner un peu d'argent pour payer les frais de subsistance et d'éducation de ses enfants restés dans son pays.

Elle prend soin des enfants de la maison, fait la cuisine et le ménage en échange d'un faible salaire non déclaré qu'elle envoie en Afrique. Aminata a de la difficulté à renouveler son permis de visiteur, car elle ne parle ni français ni anglais. Elle sollicite à quelques reprises l'aide de la personne qui l'héberge, mais celle-ci refuse de l'aider. Aminata ne parvient pas à renouveler son permis de visiteur. Elle devient sans statut. Quelques mois après, on lui demande de retourner en Afrique, car on n'a plus besoin de son aide. Aminata supplie son proche afin de rester comme aide-domestique pour continuer à subvenir aux besoins de ses enfants. Quelques mois plus tard, elle commence à subir des reproches, des insultes et des critiques au quotidien. Son salaire diminue et plusieurs semaines de travail ne lui sont pas payées. Son alimentation est contrôlée. Elle est mise à l'écart des réseaux sociaux communs, tant au Québec que dans son pays d'origine. Elle se sent triste et ressent un fort sentiment d'isolement. Les violences psychologiques devenues insoutenables, Aminata part en maison d'hébergement et y demeure une année et demie. Ensuite, elle se promène pendant plusieurs mois d'un appartement à l'autre chez des connaissances rencontrées au sein de groupes religieux. Parfois, elle partage une chambre avec une connaissance ou dort sur un canapé. La difficulté à trouver un logement l'angoisse. Bien qu'elle n'ait pas accès à l'aide juridique, son intervenante mène des démarches pour régulariser son statut.

Aminata perd l'appétit et développe de l'insomnie, de l'anxiété, de l'angoisse, des pensées obsessionnelles. Elle vit avec une peur constante d'être renvoyée dans son pays. Elle est atteinte d'une maladie immunitaire et développe des problèmes de santé comme des otites, des problèmes de peau, mais elle n'a pas accès aux soins du réseau de la santé et se prive de médicaments. Elle obtient finalement des soins dans des cliniques à but non lucratif. Elle sera référée par ces cliniques à un médecin qui travaille dans un hôpital et qui accepte de traiter gratuitement quelques-uns de ses problèmes de santé. Elle renonce à une chirurgie recommandée, car elle n'a pas les moyens financiers pour la payer. Son état de santé se détériore et les douleurs physiques augmentent.

Ce qui aide Aminata est la fréquentation régulière d'un lieu de culte. Elle peut affirmer sa foi et ses croyances, vivre sa spiritualité et entretenir des relations sociales. La prière l'apaise dans les moments difficiles et l'aide à trouver des solutions. Elle prie également pour obtenir la guérison de ses problèmes de santé.

Figure 16. Un parcours de statuts complexe



L'expérience de cinq personnes sans statut résidant dans la Capitale-Nationale

Le profil des participantes

Le profil des femmes rencontrées est diversifié en ce qui concerne l'âge, l'état matrimonial, la religion, la durée de séjour au Québec, la maitrise du français ainsi que le profil socioéconomique avant et après la migration. Trois femmes provenaient de milieux relativement favorisés dans leur pays d'origine alors que deux ont connu de grandes situations de pauvreté. Seulement des femmes ont été rencontrées, tous les hommes ayant été sollicités ont décliné l'invitation. De plus, toutes les femmes rencontrées sont originaires de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique du Nord.

Les raisons de la migration

Toutes les femmes sont arrivées au Québec par avion, détentrices, soit d'un visa de visiteur ou d'un permis d'études. Vers l'âge de la majorité, l'une a migré avec ses enfants et son conjoint canadien beaucoup plus âgé rencontré dans son pays d'origine. Elle a obtenu un visa de visiteur. Une autre est arrivée avec un permis de visiteur pour venir travailler de manière informelle comme aide-domestique afin de subvenir aux besoins de ses enfants restés dans son pays d'origine. Enfin, trois d'entre elles souhaitaient mener des études universitaires (baccalauréat, maitrise et doctorat) et sont arrivées avec un permis d'études.

> « *Ils partent là-bas [des hommes québécois plus vieux], ils cherchent les jeunes filles qui ne peuvent pas avoir ici. Ils vont ramener les filles de l'Afrique, c'est des filles qui pourraient être comme leur petite fille.* [Femme sans statut] »

Tableau 15. Le profil socioéconomique des personnes sans statut rencontrées

Pays d'origine		Burkina Faso : 1 Guinée : 1 Mauritanie : 1 Maroc : 1 Mali : 1
Statut à l'arrivée au Québec		Étudiante : 3 Visiteuse : 2
Voie d'arrivée		Aérienne : 5
Occupation	**Pays d'origine**	Étudiante à l'université : 3 Femme au foyer : 2
	À Québec avant la perte de statut	Étudiante : 3 Travail informel : 1 Femme au foyer : 1
	À Québec après la perte de statut	Aucune : 3 Travail informel : 2
Genre		Féminin : 5
Âge		21-25 : 1 26-30 : 2 31-35 : 1 51-55 : 1
État matrimonial à l'entrevue		Célibataire :1 Mariée : 1 Divorcée : 3
Nbre enfants		1 à 2 : 4 5 à 6 : 1
Religion		Catholique : 3 Musulmane : 2
Nbre années à Québec		0-1 : 1 1-2 : 1 3-4 : 2 8-9 : 1

La perte du statut

Parmi les femmes rencontrées, plusieurs situations ont mené à la perte de statut, mais la violence familiale ou conjugale est au cœur de quatre trajectoires. Les raisons ayant mené à la perte du statut sont variées : les processus dans le pays d'origine qui freinent l'obtention des documents nécessaires au renouvellement du statut, l'interruption temporaire des études en raison de problèmes de santé ou de la naissance d'un enfant, des difficultés à renouveler les documents officiels en raison de barrières linguistiques, la méconnaissance des procédures pour renouveler le statut, le non-renouvellement du permis de séjour par la personne garante, l'annulation d'une demande de parrainage ou le refus du conjoint de parrainer son épouse et la violence conjugale et familiale.

Les migrantes rencontrées exerçaient peu de contrôle sur les situations menant à la perte de leur statut. La période passée sans statut variait d'une participante à l'autre, soit de quelques mois à plusieurs années.

Pour deux d'entre elles, le conjoint ou un membre de la famille a exercé du contrôle en maitrisant toutes les démarches administratives liées à l'obtention d'un statut migratoire. Ils peuvent refuser de les aider à renouveler leurs papiers, suspendre leurs démarches d'immigration ou exercer du chantage et de la manipulation en lien avec le renouvellement des permis de séjour.

> « *En fait, son père a trouvé une idée brillante, quand on s'est chicané, il a dit : « Annule sa résidence, envoie-la chez elle, puis tu prends la petite, la petite est canadienne. » J'ai dit : « Ah bon ! Okay. » J'ai appelé moi-même l'Immigration, c'est moi qui ai annulé son parrainage, moi-même. Puis, j'ai tout perdu ! (Elle se frappe dans les mains !). Tout l'argent, le temps d'attente. [Femme sans statut]* »

Le revenu

Pendant la période sans statut, trois femmes confient avoir été dépendantes économiquement de leur conjoint ou d'un membre de la famille qui les hébergeait. Ces personnes contrôlaient leurs dépenses, saisissaient leurs revenus et leur refusaient l'accès à certaines sommes d'argent qu'elles recevaient (les allocations familiales, les pensions alimentaires, le partage des biens après le divorce).

> « *Je n'ai aucun revenu et je m'occupe de l'enfant. Je lui ai dit [à mon ex-conjoint] qu'il faut qu'il me verse les prestations de l'enfant. Il l'a fait une fois, mais c'est juste cette semaine. Je ne sais pas si ça va se reproduire. [Femme sans statut]* »

Pour celles qui avaient un permis d'études, la perte de ce permis les a privées de leurs bourses d'études. Deux d'entre elles ont été soutenues financièrement par des proches du pays d'origine. Pour ces deux personnes, ce soutien financier ne permettait pas d'assurer les dépenses essentielles.

> « *C'est beaucoup plus ma famille qui essaie de m'envoyer de l'argent, parce que vu la devise canadienne et la devise de chez moi, ça ne fait pas beaucoup. Du coup, ils essaient de faire ce qu'ils peuvent en fait pour m'aider. [Femme sans statut]* »

Le travail

Après la perte du statut migratoire, toutes les femmes se sont retrouvées sans accès au marché du travail. Elles rapportent que beaucoup de temps et d'énergie étaient mobilisés pour répondre à leurs besoins de base et régulariser leur statut migratoire, laissant peu de temps pour chercher un emploi dans le secteur informel ou même travailler.

> « *C'est vraiment désagréable. On vit comme ça, sans aucun droit. [...]. C'est une des choses, on ne peut pas travailler, moi j'ai un enfant. Il me faut un toit pour un enfant. Elle est [...] On ne peut pas rester ici pour toujours. Mais je ne peux pas, parce que je ne peux pas travailler, je peux [...] Je ne peux rien faire. [Femme sans statut]* »

Deux femmes ont déniché des emplois dans le secteur informel comme aide-domestique pendant qu'elles n'avaient pas de statut légal, précisant que les revenus étaient insuffisants pour subvenir à leurs besoins de base. Une femme mentionnait recevoir environ 400 $ par mois pour s'occuper des tâches ménagères, de la cuisine et des enfants tous les jours. Elle résidait chez la personne qui l'employait. Elle mentionne aussi que son salaire initial a diminué en cours d'emploi par rapport à ce qui avait été entendu initialement et qu'elle a vécu de la violence psychologique. Une autre femme préparait des repas pour des personnes en échange d'un maigre revenu.

Une fois leur statut migratoire régularisé, les femmes rencontrées ont travaillé dans divers milieux comme des commerces, des hôtels, des restaurants, des résidences pour personnes âgées, une usine de transformation d'aliments et dans une université, avec des conditions d'emploi et de travail décrites parfois comme difficiles, parfois empreintes de discrimination.

> « *Ça, c'est quelques personnes âgées dans la résidence. Ils n'aiment pas les Noirs. Mais je pense que c'est parce qu'ils sont dans le passé encore. Certaines me disaient : « Retourne dans ton pays ! ». Une m'a déjà dit quand j'ai fait son lit : « Tu n'as pas le droit de rentrer dans ma chambre, je n'ai pas besoin d'une négresse pour faire ma chambre. J'étais gênée, j'avais honte. [Femme sans statut]* »

> « *Même où on travaillait, les autres d'ici et puis nous, ce n'était pas pareil. Parce qu'on ne connait pas nos droits. Les gens sont payés double, mais moi c'est arrivé deux fois qu'on ne me le donnait pas. Ça, c'est arrivé aussi qu'ils nous disent [les immigrants] : « Vous restez, vous êtes obligés. ». Puis les Québécois partaient parce qu'ils ne voulaient pas rester. [Femme sans statut]* »

La scolarisation

À la perte de leur statut, les femmes venues dans le cadre d'un programme d'études ont été contraintes d'arrêter leur cheminement scolaire.

Le logement

Avoir accès à un logement pour une personne sans statut s'avère extrêmement difficile en raison des difficultés financières, de l'absence d'habitations subventionnées pour ces personnes, de l'absence de pièces d'identité et du titre de séjour parfois exigés par les propriétaires.

> « *Mon intervenante cherchait des logements partout, elle s'est fatiguée. Mais elle cherchait un logement pour moi [...] Elle s'est fatiguée, vraiment, [...] Elle m'a beaucoup aidée pour trouver un logement. Sans statut, rien à faire, rien à faire. Il faut fournir des pièces d'identité, si tu n'en as pas, oublie ça. [Femme sans statut]* »

Les femmes ont eu recours à différentes stratégies pour se trouver un logement lorsqu'elles étaient sans statut : chercher des habitations qui ne requièrent pas de signer un bail, se déplacer d'un lieu à l'autre (chez une amie, une connaissance, une voisine), reprendre le logement d'une amie, chercher des milieux d'hébergement pour les personnes sans statut à Montréal, demander à une personne de leur communauté religieuse d'être garante de leur loyer et demeurer dans les ressources d'hébergement.

Pendant l'absence de statut, deux femmes ont fait face à des mesures d'expulsion en raison de paiements en retard. L'aide financière reçue de membres de la famille du pays d'origine, des dons financiers de personnes, les actions d'intervenantes communautaires auprès des propriétaires ont permis à certaines occasions d'éviter l'expulsion de leurs appartements.

> « *Des fois, j'ai même des retards de paiement par rapport au loyer. J'avais commencé à payer, il ne me restait que 200 $... 100 et quelques dollars à payer. « Il faudrait payer ça avant, sinon tu devras partir ... ». La dernière fois, ils m'ont convoquée à la Régie du logement à cause de ça. Ça me faisait flipper comme disent les jeunes là, ça me faisait peur. Je ne savais pas à quoi m'attendre. Finalement j'ai réussi à payer. [Femme sans statut]* »

Enfin, statut légal ou non, des femmes partageaient que la discrimination envers les minorités visibles complique aussi la recherche d'appartement.

Des longues périodes de séjour dans les centres d'hébergement pour les personnes sans statut

Si l'hébergement d'urgence dans les ressources communautaires ne dure normalement que quelques semaines, des intervenant(e)s rapportent qu'autant de femmes que d'hommes sans statut demeurent plus longtemps que la durée permise dans les maisons d'hébergement. Les procédures pour régulariser leur statut sont très longues et les possibilités d'avoir accès à un logement sont presque nulles. C'est généralement après avoir obtenu un permis de travail et un emploi que les personnes sans statut quittent les milieux d'hébergement.

Des informateur(-trice)s clés rapportent que les femmes sans statut peuvent vivre certaines formes d'itinérance. Selon eux, il est presque impossible de se trouver un domicile fixe pendant l'absence de statut. Les migrantes peuvent passer d'une maison d'hébergement à l'autre ou se loger temporairement chez des connaissances ou des ami(e)s. Certaines femmes se feraient aussi proposer de rendre des services sexuels en échange d'un endroit où rester.

L'alimentation

À la perte de leur statut, l'accès à la nourriture pour les femmes et leurs enfants est devenu un défi quotidien. Les participantes expliquent que leur conjoint ou la personne qui les hébergeait contrôlaient le type et la quantité de nourriture qu'elles pouvaient consommer. Une fois qu'elles ont quitté leur conjoint ou le milieu de vie où elles vivaient de la violence, elles parvenaient à se nourrir en combinant le recours à des comptoirs alimentaires et l'obtention de bons d'achat reçus d'organismes communautaires, la prise de repas offerts dans les ressources d'hébergement temporaire et dans certains cas, le soutien financier de leur famille du pays d'origine.

« Même la nourriture, elle [la personne qui m'employait chez elle] a commencé à me priver. Elle a dit : « Moi je paie beaucoup la nourriture, c'est cher, et toi tu n'as pas le droit de prendre tout ce que tu veux. Elle m'interdisait de manger plusieurs choses. [Femme sans statut] »

« Être parquée ici [en maison d'hébergement], c'est sûr qu'on ne mange pas comme chez nous. C'est difficile. Des fois, mon enfant est habitué de manger ça, ça, ça. J'aimerais lui acheter, mais je ne peux pas. [Femme sans statut] »

Le transport

Pendant la période sans statut, les femmes ont limité leurs déplacements en raison de moyens financiers restreints et par crainte d'être en interaction avec d'autres personnes risquant ainsi de dévoiler leur absence de statut. Pour les déplacements essentiels, elles ont eu recours aux organismes communautaires et aux groupes religieux. Ceux-ci peuvent procurer de l'argent pour acheter des billets d'autobus ou offrir un accompagnement dans différents lieux (instances juridiques, services de santé, visites de logements, etc.).

Des déplacements limités pour les personnes sans statut

Les informateur(-trice)s clés des milieux communautaires indiquent que les personnes sans statut restreignent leurs déplacements au minimum afin d'éviter toute rencontre avec les policier(-ière)s et, par le fait même, le risque d'être déportées.

Les ressources matérielles de base

Pendant leur période sans statut, se procurer des ressources matérielles de base, comme les vêtements et les produits d'hygiène était difficile en raison du manque d'argent. Ce sont essentiellement les organismes communautaires et les communautés religieuses qui ont répondu à ce type de besoins.

> « *Quand j'étais sans statut et que j'ai quitté mon conjoint, j'étais incapable d'acheter quoi que ce soit, des habits, plein de choses. Le truc pour le gel de douche… je n'avais même pas ça. Un organisme communautaire m'en a donné.* » *[Femme sans statut]* »

Les réseaux sociaux et d'entraide

Pendant la période où elles n'avaient pas de statut légal, les femmes évitaient les interactions sociales, se privaient de faire de nouvelles rencontres, s'abstenaient de développer de nouvelles amitiés afin de ne pas dévoiler leur absence de statut.

> « *Tu ne peux pas marcher dans la rue, puis dire : « Je suis sans statut. ». C'est si on te demande […] Tu fais quoi ? […]. Puis, c'est un poids sur les épaules. Des fois, je m'empêche de parler ou de fréquenter des personnes parce que je suis sans statut.* *[Femme sans statut]* »

Deux femmes indiquent que leur conjoint ou la personne qui les hébergeait les tenaient à distance de leur réseau social commun. Certain(e)s ami(e)s les ont aussi rejetées. Une femme partage qu'elle a été rejetée de son cercle d'ami(e)s africain(e)s en raison de la stigmatisation qui entoure parfois le fait d'avoir un enfant en dehors du mariage et dont le père a renié la paternité.

> « *C'est une honte pour le papa et aussi c'est une honte pour la fille. Et tu t'imagines une fille qui a un enfant toute seule, ce n'est pas bien vu dans la société.* *[Femme sans statut]* »

De plus, les femmes rencontrées confient que les difficultés vécues au Québec comme la perte du statut d'immigration ou la violence subie sont peu abordées avec les membres de leur famille dans leur pays d'origine parce qu'elles ne souhaitent pas susciter des inquiétudes ou parce qu'elles craignent que leur famille les oblige à rentrer au pays.

> « *Donc si je pleure […] Elle va […] Sa tension peut monter et elle va penser que je souffre beaucoup, donc je ne dis pas tout à ma mère. Parce qu'elle ne va pas pouvoir m'aider, elle va avoir mal, ne pas dormir bien la nuit, donc je garde pour moi. Si on parle, je dis que je vais bien avec l'enfant. Mais elle comprend parce que je ne lui envoie pas de l'argent, et je dis que c'est parce que comme on est fâché avec lui [mon conjoint], je n'ai pas d'argent.* *[Femme sans statut]* »

Photo : SAAI

Par ailleurs, afin d'être éloignée des réseaux d'entraide, l'une des femmes rencontrées a été menacée par son conjoint que si elle allait en maison d'hébergement, elle serait dénoncée aux autorités de l'immigration ou perdrait la garde de ses enfants. Le dénigrement des ressources d'entraide a été une autre stratégie utilisée afin de l'éloigner des ressources d'aide en mentionnant que l'aide apportée allait être de courte durée et qu'ensuite elle allait se retrouver seule.

> « *Lui, il voulait me faire peur pour dire. C'est de me laver le cerveau pour que je ne veuille pas partir encore là-bas [dans un organisme communautaire]. Donc, il dit : « Tu vas voir, tu vas tellement souffrir, eux, ils vont t'aider un peu, après ils vont te laisser tomber. Tu vas voir, tu n'auras rien. Tu ne vas pas te remarier, tu vas crever. Tu vas finir à l'aide sociale.* [Femme sans statut] »

Certaines femmes souhaitaient tisser des liens sociaux en participant à des activités organisées par des organismes communautaires. Toutefois, certains organismes exigent la vérification du casier et des antécédents judiciaires pour les personnes qui souhaitent faire du bénévolat. La peur que la police découvre leur statut irrégulier et qu'elles soient dénoncées aux autorités d'immigration les ont contraintes à s'exclure d'activités communautaires.

Enfin, une femme rencontrée se disait satisfaite de son réseau de soutien pendant l'absence de statut légal. En effet, lorsqu'elle détenait un permis d'études, elle avait créé des liens significatifs qu'elle avait maintenus avec des collègues de classe, dont des Québécois(es), des étudiant(e)s étranger(-ère)s, et aussi avec son directeur de recherche. Ce réseau lui a permis de socialiser, de partager des repas et de vivre des moments de culte, même en l'absence d'un statut légal.

La violence du conjoint ou de la personne responsable de l'hébergement

La violence qu'elle soit psychologique, physique ou sexuelle est au cœur des parcours de vie de toutes les femmes rencontrées et s'est accentuée suivant la perte de leur statut et au fil du temps.

Concernant la violence psychologique, quatre femmes partagent avoir été insultées, humiliées, critiquées, intimidées en privé comme en public par leur conjoint, leur ex-petit ami ou la personne qui les hébergeait. L'absence de statut faisait partie des sujets abordés pour les insulter. Une d'entre elles rapporte avoir été surveillée, suivie, harcelée et intimidée par un inconnu envoyé par son mari. Une autre femme mentionne que son mari se plaisait à dire qu'elle était sans statut à certaines personnes comme à des membres du personnel hospitalier ou du Service de police.

> « *Tu n'as pas de papier, tu n'es rien ici. De même, il a dit ça. Fait que des fois, je crains [...] Je feins la bonne vie, pour ne pas réentendre ses paroles.* [Femme sans statut] »

> « *Je ne sais pas. Mais ça se peut que lui, il leur a dit, parce qu'il l'a dit à tout le monde que je suis sans statut. Il a dit ça à l'hôpital, il l'a dit une fois... Une fois quand j'étais à l'hôpital, il a dit ça à tout le monde. Il a dit ça à l'employé [...]. Parce qu'il m'humilie et ça lui fait du bien. C'est mon point faible, le fait que je n'ai pas de statut. C'est ça qui me [...]. C'est ça, c'est un point faible. Avec ça, je peux te nuire, je peux t'humilier devant tout le monde. Même le policier m'a dit : « Est-ce que tu ne dis pas qu'il te frappe parce que tu as peur pour ton statut ? » Okay, j'ai compris qu'il leur a dit ».* [Femme sans statut] »

Deux femmes rapportent avoir subi de la violence physique provoquée pour diverses raisons, par exemple, le fait de ne pas obéir à son conjoint ou lui demander une participation aux responsabilités familiales.

> « *Il a été parti quatre jours après... Je l'ai appelé au téléphone pour qu'il vienne prendre soin de notre enfant parce que je veux faire une sieste... Faire une sieste et prendre une douche. Il est arrivé, je sortais avec une serviette, puis je le vois. Je lui demande de m'aider. Il a commencé à me frapper.* [Femme sans statut] »

Des épisodes graves de violences sexuelles au Québec ont été rapportés par une femme rencontrée. Ces violences ont été perpétrées par son mari, par un membre de la famille et des connaissances de celui-ci. Elle confie avoir été enfermée à quelques reprises dans un endroit où elle a été violée par plusieurs hommes.

> « *Je ne sais pas même comment je peux t'expliquer. Alors qu'eux, ils m'ont amenée, ils m'ont dit viens, on va sortir. C'était pour aller me livrer à des hommes que moi je ne connais pas. Ils m'ont fait des choses horribles. J'ai été enfermée. Ils sont malades. Tu ne peux pas rien dire, tu es obligée d'obéir. […]. Parce que les hommes, ils ne se protégeaient pas tous, ils ne mettaient pas tous un condom. [Femme sans statut]* »

La dépendance économique, la précarité financière, l'absence de réseau social, la méconnaissance des ressources d'aide, la peur de se faire déporter ou de perdre ses enfants sont des facteurs qui contraignent les femmes à subir de la violence sans la dénoncer.

> « *Il m'a dit : « Tu ne peux pas partir, tu n'as pas les papiers, tu vas rester ici. Je sais que tu ne vas pas partir, je vais sortir, puis je reviens, je vais te trouver là ». Puis, c'est vrai, combien de fois je voulais ramasser mes affaires et partir ailleurs. Je ne peux pas, donc je reste. Donc si je pars, je ne peux pas travailler, je ne peux pas nourrir mon fils, je ne peux pas me nourrir, je ne peux pas me loger, je ne peux rien faire. J'étais démunie, je me sentais avec aucun pouvoir. Puis, j'étais obligée de rester et d'endurer, même si pas mal de fois, je ramasse mes affaires, je les mets devant la porte, puis je dis : « Okay, je pars ». Je n'ai pas de famille, je n'ai rien. Puis, je reviens. [Femme sans statut]* »

La violence par la belle famille

La religion a été source de conflits pour une des femmes avec plusieurs membres de la famille de son conjoint qui lui demandaient de mettre fin à leur union. Sa religion et ses croyances étaient ridiculisées et critiquées. Des membres de sa belle-famille la forçaient à boire du vin, ce qui était contraire à ses croyances religieuses. Un refusait de lui adresser la parole, un autre lui disait qu'il ne l'aimait pas et d'autres que les immigrant(e)s prennent tous les emplois. Elle était aussi dénigrée par la belle-famille par rapport au fait d'être sans statut.

> « *Bien, tu le vois qu'il ne t'aime pas. Il y en a une qui dit qu'elle ne m'aime pas. « Vous prenez nos jobs ». Puis, quand une fusillade a eu lieu dans un lieu de culte, elle était hyper contente, hyper joyeuse. Elle a dit qu'elle avait hâte que […]. C'est des choses vraiment racistes que moi je vis, j'étais en train de regarder, puis ça me brûle à l'intérieur, parce que je suis là […]. [Femme sans statut]* »

La violence dans les lieux publics

Les femmes ont le sentiment que les personnes de couleur ou immigrantes sont parfois malvenues dans les lieux publics en raison de leur origine différente, de leur accent, de leur tenue vestimentaire traditionnelle ou de leur couleur de peau. Elles perçoivent des regards dépréciatifs et elles sont parfois directement insultées.

Les démarches d'immigration

Après la perte de leur statut, toutes les femmes se sont engagées activement dans des démarches afin de régulariser leurs situations migratoires, démarches complexes qui ont duré plusieurs mois, voire quelques années. Pour trois d'entre elles, ce sont des intervenantes communautaires qui les ont accompagnées de manière personnalisée dans leur démarche de régularisation de statut, tout en ayant, au besoin, sollicité d'autres acteurs(-trice)s, comme des intervenant(e)s de Montréal, des avocat(e)s, des adjoint(e)s de circonscriptions, des agent(e)s du ministère de l'Immigration et même des agent(e)s fédéraux. Elles ont tenté de régulariser leur situation en faisant différents types de demande de statut d'immigration : demande d'asile, demande de résidence permanente pour des motifs humanitaires, demande de permis de travail et demande de permis d'études. Elles rapportent ne pas avoir eu accès à des services juridiques publics lorsqu'elles étaient sans statut, ce qui aurait pu permettre d'engager des démarches pour régulariser leur statut.

« *Parce qu'ici, il faut que je commence la demande de résidence pour cause humanitaire. C'est beaucoup de papier à remplir, beaucoup de choses à faire puis… Beaucoup d'attente. Ce n'est pas facile… La maison d'hébergement, parce qu'eux, ils sont quand même des experts en immigration, ils ont beaucoup d'agents d'immigration qui travaillent avec eux. Ils m'aident beaucoup.* [Femme sans statut] »

Parfois, il est possible d'obtenir un permis de séjour temporaire pour régulariser la situation migratoire, mais des difficultés de renouvellement de ce statut peuvent faire basculer à nouveau la personne dans une situation où elle perd son statut, comme un refus de renouvellement d'un document, des délais d'attente du nouveau visa qui dépassent la période de statut implicite, des erreurs administratives, une perte du dossier à l'immigration. La période passée sans statut peut varier de quelques mois à quelques années.

Des politiques d'immigration complexes qui favorisent la précarisation des statuts

Propos informateur(-trice)s clés

Un informateur clé du secteur politique indiquait que les politiques d'immigration tendent vers la complexification, ce qui contribue à la précarisation des statuts. L'augmentation de règles et de la complexité des démarches d'immigration sont des facteurs qui augmentent le risque pour une personne de se retrouver sans statut.

L'accès aux services juridiques

La peur d'être renvoyée au pays et la crainte de ne plus revoir les enfants sont deux motifs importants qui freinent la dénonciation des abus et des violences vécus.

C'est une fois prises en charge par une ressource d'aide que les femmes ayant vécu de la violence ont dénoncé les injustices vécues. Elles se sont engagées dans de multiples procédures judiciaires simultanément, et ce, pour différents motifs, par exemple une demande de divorce, le partage de la garde des enfants, des violences conjugales ou des actes criminels subis. Elles dénotent un manque d'arrimage des différentes instances judiciaires québécoises. À titre d'exemple, pour chaque procédure judiciaire, elles doivent raconter leur histoire à nouveau.

Les personnes sans statut ne se permettent pas de dénoncer les injustices vécues en raison de la crainte d'être déportées

Propos informateur(-trice)s clés

Des informateur(-trice)s clés des secteurs communautaire et politique mentionnent que les personnes sans statut vivent beaucoup de stress et des craintes à l'idée de se faire punir ou déporter. Elles évitent de dénoncer les comportements inappropriés ou criminels dont elles sont victimes comme la haine raciale, la violence conjugale ou l'exploitation de la part d'un(e) employeur(-euse). Elles et ils soulignent que certain(e)s travailleur(-euse)s migrant(e)s sans statut sont parfois menacé(e)s d'être violenté(e)s afin qu'ils ou qu'elles ne dénoncent pas les injustices vécues au travail.

Des préjugés dans le système judiciaire

Des intervenantes rapportaient que les préjugés de professionnel(le)s du système judiciaire influencent aussi sur le traitement des hommes qui exercent de la violence à l'égard des femmes migrantes, et ce, peu importe le statut. Si l'homme est Québécois, le traitement accordé par le système judiciaire serait généralement plus favorable que si l'homme est issu de l'immigration. Ainsi, les femmes migrantes victimes de violence conjugale en relation avec un homme québécois rencontreraient plus de difficulté que celles en relation avec un homme immigrant.

L'accès aux services de santé et services sociaux

Les obstacles dans l'accès aux services de santé et services sociaux sont multiples. L'absence de couverture légale constitue le défi le plus important en matière d'accès aux soins de santé pour les personnes sans statut.

Parmi les cinq femmes rencontrées, deux n'avaient pas de couverture santé avant de perdre leur statut. Mais, celles qui en détenaient une l'ont perdue avec la perte de leur statut. L'une d'elles a eu recours à une assurance privée de santé après avoir perdu son statut, toutefois, cette couverture ne couvrait que les blessures liées aux accidents.

> « *Parce que le système de santé, c'est une des causes qui m'a fait [...], comme mise hors de moi. Parce que c'est difficile, quand tu tombes malade, puis que tu ne peux pas te faire soigner. C'est la moindre des choses. Et je sais que les autres personnes, les autres, ils ne comprendront pas parce qu'ils ne l'ont pas vécu. Mais c'est la moindre des choses, c'est de te faire soigner (pleurs).* [Femme sans statut] »

Les femmes rencontrées expliquent que des établissements de santé refusent l'accès aux personnes qui se présentent sans la carte RAMQ.

Des frais de santé élevés pour des accouchements

Des intervenant(e)s de différents secteurs mentionnaient avoir suivi des familles sans statut qui avaient des dettes allant de 12 000 $ à 100 000 $ pour des frais d'accouchement.

Elles ajoutent que certain(e)s professionnel(le)s peuvent mettre en pause les interventions médicales, même urgentes, jusqu'à ce qu'une partie des frais associés aux soins soient déboursés. Par ailleurs, le personnel à l'accueil demanderait de payer la majeure partie des frais des soins de santé avant la consultation. Elles rapportent avoir reçu des factures de 707 $, 1 300 $, 2 000 $ pour des consultations à l'urgence pour leurs enfants et entre 6 000 $ et 9 000 $ pour des accouchements.

Le coût élevé des consultations et les difficultés financières freinent le recours aux services de santé pour les personnes migrantes sans statut et leurs enfants. Les femmes précisent qu'elles se sont privées de nombreuses consultations liées aux suivis de grossesse, aux soins pédiatriques, à des infections, à des douleurs thoraciques, à des chirurgies, à des masses aux seins, à des services de santé mentale, à des mammographies, à la vaccination des enfants, aux prélèvements qui nécessitent des examens en laboratoire, aux radiographies et à d'autres soins urgents.

Elles ajoutent que des ententes de paiements qui pourraient être prises avec le système de santé exigent de voir une travailleuse sociale ou un travailleur social, type de consultation auquel les femmes sans statut n'ont pas accès à moins d'en payer le coût. De plus, les montants mensuels minimaux exigés s'avèrent aussi trop élevés.

Méconnaissance des démarches d'immigration par les personnes migrantes qui complexifient la démarche de soins

Certain(e)s intervenant(e)s du milieu communautaire et du secteur de la santé rapportaient que la majorité des personnes migrantes à statut précaire ont de la difficulté à expliquer quel est leur statut d'immigration, ce qui complexifie la relation de soins ne sachant pas exactement ce que la personne migrante a droit comme services.

« Pendant mon accouchement, je pensais juste à l'argent. Parce que j'étais en douleur, puis je ne voulais pas avoir la péridurale. Ils m'ont dit : « Ce n'est pas une urgence. ». Donc, je suis restée comme ça à avoir des douleurs, parce que j'étais comme [...]. Je ne dilatais pas, trois jours, puis j'étais juste insensible. Bien, ils ont essayé manuellement avec quelque chose, comme ça, je suis montée à deux, mais je ne dilatais pas. Puis, c'était douloureux. Puis à chaque fois, je disais : « Ça coûte combien ? ». C'est comme une négociation, [...]. Il y a un qui dit 1 500, il y en a un qui dit 1 300, il y en a un qui dit. [...]. Puis finalement, j'ai trouvé une à 1 250. Puis, elle m'a dit : « Je ne peux pas te la donner avant que tu me donnes une avance ». Puis, moi je pensais : est-ce que je dois me concentrer sur ma douleur ou bien trouver d'où je peux ramener l'argent pour me faire une anesthésie. J'avais une carte de crédit. J'ai donné un peu, mon mari a donné un peu. J'ai donné une avance de 900 $ pour qu'ils puissent me la donner. Puis, par la suite, il fallait que je paie après. C'était une césarienne. Moi, j'étais en train d'accoucher. Lui, le monsieur, il me demande si j'ai bien payé parce qu'il veut savoir si j'ai payé l'anesthésie ou non parce que je n'avais pas une carte d'assurance maladie. Donc, le choc d'avoir une césarienne imprévue, puis quelqu'un debout qui te demande si tu as payé, si tu as payé, si tu as payé (silence). Je ne savais plus quoi [...]. J'étais hors de moi. [Femme sans statut] »

Diverses stratégies sont utilisées par les personnes migrantes sans statut afin de réduire les obstacles liés à l'accès aux services de santé, comme :

- Appeler à l'accueil de plusieurs établissements pour avoir le tarif le moins cher, car les coûts varient d'une professionnelle ou d'un professionnel à l'autre et d'un établissement à l'autre.
- Appeler le service Info-Santé pour recevoir des conseils afin d'éviter les consultations en établissement.
- Demander aux professionnel(le)s de santé de réduire les durées de séjour à l'hôpital afin de diminuer au maximum les coûts.
- Recourir aux cliniques de soins comme la Clinique communautaire de soins et d'enseignement (SPOT) et la coopérative de solidarité SABSA qui offrent des services de santé gratuits.

Si les organismes à but non lucratif permettent de régler plusieurs problèmes de santé, les problèmes de santé survenant les fins de semaine lorsque les cliniques sont fermées, ne peuvent pas être traités.

« À chaque fois que je tombe malade, il faut que j'appelle pour voir c'est qui qui va me charger le moins cher. Parce que ça m'est arrivé que j'ai payé 150 $ dans des cliniques. [...]. Puis, il y a des cliniques privées qui chargent cher aussi. [...]. Quand je vois tout ça, la situation, je reste chez moi jusqu'à ce que ça parte. Souvent, je ne me soigne pas. Je ne fais rien parce que je ne peux pas, c'est cher ! C'est fou comment c'est cher. [...]. Si j'ai la fièvre, il faut que j'attende que ça passe. Si j'ai un mal quelque part là, il y a quelque chose, j'aurais une enflure, un mal à l'oreille et tout [...] Okay. Je ne peux pas aller me faire soigner. Il faut attendre que ça passe. [Femme sans statut] »

En plus des obstacles liés à l'absence de couverture, les femmes rencontrées ont vécu des difficultés à communiquer. Elles ne parviennent pas toujours à se faire comprendre par le personnel à l'accueil lors de la prise de rendez-vous ou encore avec le personnel soignant. Ce sont les intervenantes communautaires qui remédier aux problèmes de communication avec le personnel administratif et soignant.

Depuis le 22 septembre 2021, tous les enfants de moins de 18 ans domiciliés au Québec depuis plus de 6 mois sont couverts par la RAMQ indépendamment du statut migratoire de leurs parents, et ce, sans délai de carence, sauf les enfants demandeurs d'asile qui sont couverts par le PFSI. Au moment des entretiens, les enfants des femmes sans statut de notre étude n'avaient pas bénéficié de cette nouvelle mesure.

L'accès aux médicaments

Les personnes migrantes sans statut ne bénéficient d'aucune couverture médicale.

Les femmes indiquent que le personnel accompagnateur et soignant ont souvent facilité l'accès aux médicaments par des programmes de compassion ou en faisant payer les frais de médicaments par leur organisation ou en donnant des échantillons gratuits. Elles ont eu aussi recours à des membres de leur famille qui ont envoyé de l'argent pour couvrir les frais des médicaments ou encore elles ont commandé des antibiotiques de leur pays d'origine.

> « *Il y a des fois que j'ai commandé des antibiotiques de mon pays, pour prendre un antibiotique. Parce que je ne peux pas aller chez le médecin. Pour que je prenne un antibiotique, pour que je me soulage. Je m'étais auto diagnostiquée, puis c'est ça que j'avais. Puis, je n'avais pas le choix. [Femme sans statut]* »

Malgré différentes stratégies mises en œuvre, elles doivent se priver régulièrement de médicaments pour différents types de problèmes de santé.

Les méthodes de soins alternatives

Différentes méthodes alternatives de soins sont régulièrement utilisées par les personnes rencontrées afin d'éviter les consultations coûteuses dans le réseau de la santé et des services sociaux. En plus de médicaments envoyés du pays d'origine, elles rapportent avoir eu recours à des produits de médecine traditionnelle de leur pays et aussi à des prières qu'elles font à leur domicile.

Les impacts sur la santé

Les démarches pour régulariser leur statut entrainent de la fatigue et des pertes d'appétit. Les pensées obsessionnelles entourant la régularisation de leur statut occasionnent de l'impatience, du stress et de l'anxiété. Elles ressentent de la colère face au sentiment de discrimination qu'elles vivent et qui limite l'accès à un statut. Elles vivent dans une peur constante d'être renvoyées dans leur pays. Elles rapportent, du découragement, de la tristesse, des humeurs dépressives. Le statut précaire d'immigration et la complexité des démarches de régularisation entrainent beaucoup de pression et aussi des idées suicidaires.

> « *Ah! Je me porte bien, ça va, je suis en bonne santé, mais c'est sûr que côté moral, c'est vraiment déstabilisant (le statut d'immigration précaire). Tu as souvent envie de pleurer. Tu as une humeur vraiment [...]. Tu es très triste, et puis ça ne va pas. [Femme sans statut]* »

> « *On est désemparé par la situation, on ne sait même pas comment gérer ça. C'est une mal gérance, quelqu'un qui peut être dépassé par les évènements, de se dire que [...]. Comment les gens peuvent compliquer comme ça, à cause d'un bout de papier. Et puis ça devient frustrant. Et moi quand je suis frustrée, je préfère ne pas parler. Je me tais [...] On n'est pas très en forme en fait. C'est juste ça. On n'est pas très en forme, on ne dort pas très bien. Un manque de sommeil, c'est juste [...] Moi quand il y a quelque chose qui me préoccupe, je ne dors pas. Je reste très éveillée. Je peux rester deux jours sans trop dormir. [Femme sans statut]* »

L'absence de statut s'accompagne de sentiments d'humiliation, d'infériorité et d'une faible estime de soi. Les femmes indiquaient se sentir comme des esprits ou, encore, invisibles dans la société. De plus, l'absence de statut limite leur pouvoir à se projeter dans l'avenir et place plusieurs aspects de leurs vies en suspens. Ce sont toutes les dimensions de la vie de la personne qui en sont affectées.

« *Des fois, je me sens déprimée, à cause de la situation, je suis sans statut ce n'est pas bien, c'est quoi mon futur ? Je vais où ? Je ferai quoi dans les deux prochaines années, par exemple ? On ne le sait pas. On vit, mais on vit comme des esprits, mais invisibles. Donc, c'est tout affecte tout […]. C'est terrible comme sensation ! On sent qu'on est moins que les autres. T'sais quand Fatima ici, elle a les papiers et tout là. Elle a moins de stress, par exemple, dans les démarches de divorce ou « whatever ». Mais nous, quand on n'a pas les papiers, c'est qu'on est en dessous de ces gens-là. Puis, ça me […]. Je me demande pourquoi je suis rendue là. Puis, c'est beaucoup de pression. Ce n'est pas facile. [Femme sans statut]* »

Les formes de violence subies au quotidien ont eu une vaste gamme d'effets sur la santé physique et mentale des femmes rencontrées.

Concernant les violences psychologiques, elles rapportent de nombreuses conséquences sur leur santé physique : perte ou prise de poids importante, perte de cheveux, perte d'appétit, palpitations cardiaques, tremblements et blessures liées à l'automutilation.

« *C'est comme la personne chez qui je restais qui m'employait comme aide-domestique. Elle m'injure comme ça devant tout le monde. C'est des choses qui m'affectaient beaucoup. Ça me déstabilisait. Ça me faisait trembler et ça me donnait des palpitations. Ça me met en colère aussi. [Femme sans statut]* »

Au regard de la violence physique, elles indiquent avoir eu des hématomes, des plaies, une ouverture d'une cicatrice de césarienne et un déchaussement des dents.

« *Il est arrivé, je suis rentrée à la salle de bain pour me laver, je sortais en serviette, puis je vois Guillaume (nom fictif). Il s'installe, il sort ses choses, les sacs, c'est comme il déménage. Quand je dis « Tu vas où ? », il a commencé à me frapper. Puis les voisins l'ont entendu. La fenêtre était ouverte. Puis, ils ont appelé la police. Puis c'était une expérience humiliante, comme résidente ici. Ils m'ont amenée à l'hôpital parce que je pensais que ma dent allait tomber. Puis, j'avais comme […], j'avais comme […] parce que j'avais comme de l'anxiété, de la peur, plein de sentiments mélangés. [Femme sans statut]* »

Photo : Catherine Beaulieu

En plus des hématomes et des plaies, les violences sexuelles vécues par une femme ont toujours des conséquences actuelles : reviviscences fréquentes des viols vécus, cauchemars, états de panique, crises de colère, crises psychotiques et des troubles alimentaires.

> « *Quand je fais les cauchemars… Maintenant ça a diminué, mais quand je fais les cauchemars, c'est comme s'ils [les agresseurs] étaient couchés sur moi. Ça me réveille et je suis en état de panique. [Femme sans statut]* »

La combinaison de toutes les formes de violence vécue avec les conjoints amène aussi des effets sur l'estime des femmes. Trois femmes ayant subi des violences ont rapporté vivre régulièrement un sentiment d'humiliation et se sentir misérables.

La mise à l'écart du marché du travail en raison de l'absence de statut d'immigration amène des épisodes de découragement et des humeurs dépressives. La précarité financière qui découle de l'absence de revenu génère aussi beaucoup de stress au quotidien.

> « *Mon permis n'a pas été envoyé à l'Immigration, on s'est trompé de paiement. Ils ont encore tout retourné les documents. Ça s'est mélangé encore. Tout ça encore, ça m'a fait tomber en dépression parce que moi, je voulais avoir un statut pour aller travailler. [Femme sans statut]* »

Une fois que les femmes ont accédé à un permis de travail, la déconsidération vécue ou les insultes reçues en rapport avec la couleur de peau sur le marché du travail avec les collègues, les usager(-ère)s des résidences pour personnes âgées ou les client(e)s entrainent des sentiments de frustration, de honte, de gêne, de tristesse et des épisodes de pleurs.

Les difficultés à honorer le paiement du logement en période d'absence de statut génèrent beaucoup de stress, des humeurs dépressives, parfois de la culpabilité et des relations conflictuelles avec les propriétaires ce qui amène un lot d'émotions négatives.

> « *C'est difficile de louer le logement [sans statut], donc moi j'accumulais les retards de paiement. Donc du coup, j'avais mal, j'étais déprimée ces jours-là. [Femme sans statut]* »

De plus, les menaces d'expulsion et les démarches juridiques à la Régie du logement pour les retards de paiement du loyer engendrent beaucoup de peur. La méconnaissance du système judiciaire et des conséquences associées aux difficultés de paiement du loyer sont méconnues, ce qui amène beaucoup d'incertitudes sur les potentielles répercussions. Une femme raconte qu'elle a vécu beaucoup de stress, des maux de ventre, de la diarrhée, des tremblements, à la suite de la fin de l'hébergement offert par une maison d'hébergement.

> « *Après on m'a dit que je devrais quitter la maison d'hébergement et me trouver un endroit où rester. Je stressais beaucoup. C'est horrible. Mon ventre là…j'avais mal au ventre et j'avais comme la diarrhée. Tout mon corps, je tremble. Je ne connais pas les logements. Est-ce qu'ils vont m'accepter, parce que je n'ai pas de statut. [Femme sans statut]* »

Bien que les ressources d'hébergement soient essentielles et inestimables aux yeux de toutes les femmes rencontrées, l'exposition à de nombreux récits de violences conjugales dans les aires communes peut les affecter psychologiquement et l'isolement des aires communautaires est une façon de protéger sa santé mentale.

> « *Puis chacune [femme en maison d'hébergement] a son expérience, chacune a ses problèmes, puis je suis exposée à mes problèmes et aux problèmes des autres, puis c'est trop. Des fois-là, je m'enfuis. Je m'enfuis parce que c'est beaucoup. Ça m'affecte moi, parce que c'est comme si je les attrape, tu sais. Puis, c'est comme une pression psychologique. C'est très prenant. Ce n'est pas facile. [Femme sans statut]* »

La majorité des femmes ont indiqué que **l'absence de couverture santé** était un des éléments les plus préoccupants dans leurs vies. Le non-accès aux services de santé pour elle et leurs enfants leur fait vivre de l'anxiété, des inquiétudes, de la peur et des frustrations. Les coûts élevés des soins de santé génèrent aussi beaucoup de frustration.

> « *C'est surtout ça me fait beaucoup de soucis d'avoir cette maladie mortelle, et puis de ne pas pouvoir savoir c'est quoi mon avenir par rapport à l'accessibilité à des soins et à une médication, ça me génère beaucoup d'angoisse. [Femme sans statut]* »

Les stratégies déployées et le soutien reçu

Pour toutes les femmes rencontrées, la religion occupe une place importante dans leur vie. Les propos des femmes montrent que la fréquentation des milieux religieux offre des occasions de socialisation et permet de créer des liens avec des Québécois(es) et d'autres personnes issues de l'immigration.

Les femmes indiquent que les communautés religieuses offrent du soutien qui permet d'améliorer leurs conditions de vie, par exemple, en offrant des dons d'aliments, des dons d'argent, une aide pour la recherche de logement, des opportunités de colocation, des offres de transport, une aide financière pour payer les soins de santé et des dons de meubles.

Les communautés religieuses offrent parfois une aide financière pour payer les soins de santé. Aussi, quelques spécialistes de la santé qui fréquentent les mêmes lieux de culte offrent aussi des soins de santé ou certains médicaments disponibles en vente libre gratuitement.

Les organismes communautaires s'avèrent des ressources essentielles sur différents plans. Dans les entrevues, les femmes énumèrent les services qu'elles ont reçu : du soutien psychologique, du soutien juridique, une liaison vers d'autres services communautaires, un accompagnement dans les démarches de régularisation de statut, un accès aux services de santé, du support financier pour répondre aux besoins essentiels ainsi que pour débourser les coûts de santé, de l'aide alimentaire, du transport, des occasions de socialisation et de l'hébergement temporaire qui a permis aux femmes victimes de violence de quitter leur domicile.

Des femmes sans statut exclues de certains services communautaires

Certains services dont le financement proviendrait du gouvernement peuvent nécessiter que les personnes soient détentrices d'un statut légal d'immigration pour y accéder. Les personnes sans statut sont exclues de certains services communautaires. Par ailleurs, plusieurs intervenant(e)s soulignent la très grande complexité dans l'accompagnement des personnes migrantes à statut précaire puisqu'elles présentent de nombreux besoins. Les organismes communautaires mentionnent qu'ils sont largement sous-financés pour soutenir ces personnes.

Section 12

Une analyse synthèse

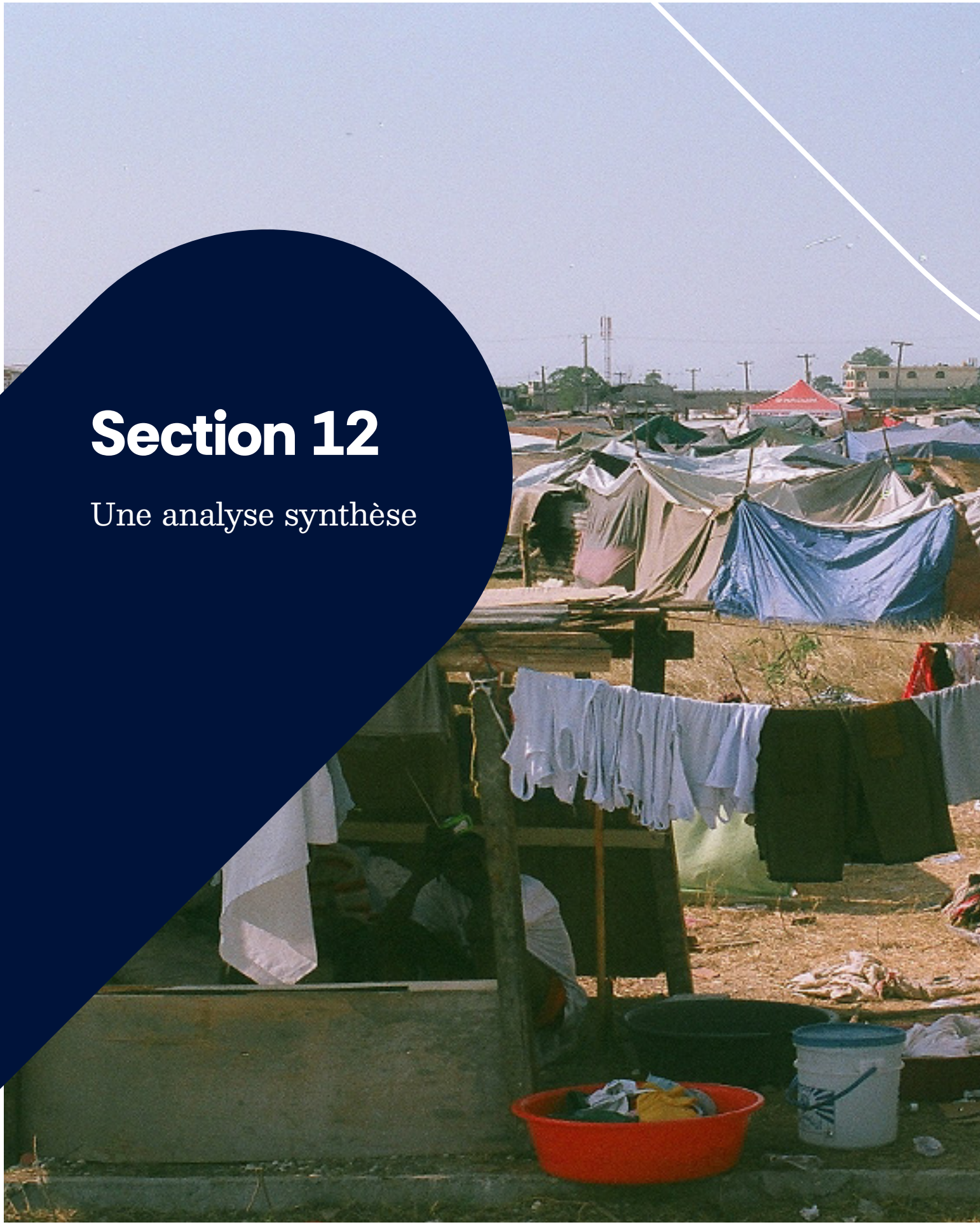


Photo : Shelley-Rose Hyppolite

Des contextes prémigratoires dans le pays d'origine marqués par des violences

Les personnes réfugiées et demandeuses d'asile rencontrées ont quitté leur pays par crainte pour leur vie. Leur vie était menacée en raison d'implications politiques, de refus de réaliser des activités illicites pour des groupes paramilitaires, de violences armées, de la guerre ou de génocides perpétrés. Les persécutions qui les ont forcées à l'exil ont pris la forme de vandalisme, d'un accès limité à des droits fondamentaux (déplacements restreints, aucun droit à l'éducation, etc.), d'espionnage, de tentatives d'enlèvement, d'attentats, de violences armées, de bombardements, de brutalités physiques, de menaces de mort, de torture et d'incarcérations. Certaines personnes ont été témoins du viol et du meurtre de personnes qui leur étaient proches. Les violences et les menaces pour leur vie les ont contraintes à quitter leur pays, leur demeure, leur travail, leur réseau social.

Les femmes sans statut rencontrées ont quitté leur pays pour des raisons diverses telles que la réunification familiale, un projet d'études ou pour travailler. L'amélioration de leurs conditions de vie et de travail était leur motivation centrale.

Des parcours migratoires marqués par la peur, la précarité et l'incertitude

Pour plusieurs personnes réfugiées, les parcours migratoires se sont déroulés dans des conditions de voyage extrêmement dangereuses, marquées entre autres, par de longues heures de marche en forêt et en montagne, la présence d'animaux dangereux, le manque de nourriture, la menace et la peur de faire face à des groupes armés. Le recours à des passeurs pour traverser les frontières a été également marqué d'incertitudes, de craintes et s'avérait parfois extrêmement coûteux.

Pour les personnes réfugiées réinstallées, les conditions de vie dans les pays de transit sont très précaires, à moins d'y avoir de la famille installée. Les camps pour personnes réfugiées sont caractérisés par un accès très limité à la nourriture, à l'éducation et aux soins de santé. De nombreuses personnes réfugiées se sont senties malvenues dans les pays où elles se sont retrouvées en exil. Or, plusieurs d'entre elles ont passé de nombreuses années dans les pays de transit et les camps de personnes réfugiées avant d'être réinstallées au Canada.

Les personnes demandeuses d'asile qui ont déposé leur demande au Canada au poste frontalier de St-Bernard-de-la-Colle ont eu un parcours migratoire complexe pour arriver au Québec. Elles ont parfois dû traverser différents pays pour se rendre au Canada. Ces parcours sont caractérisés par le recours à une diversité de moyens de transport (avion, train, autobus, taxi) et par des situations de vandalisme, de vols, de discrimination ainsi que par de l'insécurité et de la précarité. Certaines personnes réussissent tout de même à arriver par avion à Québec avec différents types de permis de séjour, ce qui leur permet de déposer à leur arrivée, ou plus tard, une demande d'asile.

Les femmes sans statut rencontrées sont toutes arrivées au Canada avec un statut légal pour étudier, travailler ou retrouver des membres de leur famille, à l'instar de la majorité des personnes sans statut au Canada. Arrivées directement par avion depuis leur pays d'origine, elles ont été épargnées des parcours migratoires difficiles.

Une société d'accueil traversée par des expériences d'exclusion sociale

Dimension politique

Le statut migratoire est un critère majeur de stratification sociale. Toutes les résidentes et tous les résidents de la Capitale-Nationale n'ont pas le même statut. Toutes et tous ne sont pas citoyen(ne)s. Toutes et tous ne disposent pas des mêmes droits et des mêmes protections légales reconnus dans les lois, les politiques et les programmes de l'État.

Le statut migratoire d'une personne dans le pays d'accueil détermine ses droits, qu'ils soient civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. Le statut migratoire détermine la place que pourra occuper une personne dans la société.

Les personnes ayant obtenu le statut de réfugié ont un statut permanent et garanti. Elles obtiennent la résidence permanente. Les personnes réfugiées disposent des mêmes droits que les citoyen(ne)s canadien(ne)s à l'exception du droit de vote. Toutefois, les propos des personnes réfugiées et des informateur(-trice)s clés rencontré(e)s montrent que disposer de droits reconnus est une chose, mais y avoir accès en est une autre. En effet, les programmes et les services auxquels les personnes réfugiées ont droit ne leur sont pas forcément connus, ainsi que les démarches administratives à mener pour en bénéficier. Des barrières linguistiques et d'autres liées aux technologies d'information et de communication sont également présentes.

Les personnes demandeuses d'asile ont pour leur part un statut migratoire précaire. En effet, elles sont autorisées à rester en attente de la décision du tribunal de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) du Canada. Ces personnes obtiennent un statut temporaire pendant le traitement de leur demande d'asile. Ce statut leur permet de vivre et de travailler sur le territoire canadien, mais leur droit de demeurer au Canada n'est pas garanti et pourra leur être retiré à la suite de la décision du tribunal. Les personnes demandeuses d'asile détiennent des droits différents et limités comparativement aux citoyen(ne)s canadien(ne)s ainsi qu'aux personnes immigrantes qui ont la résidence permanente.

Un statut d'immigration précaire procure des droits limités et plonge les personnes dans l'incertitude complète et la crainte quant à leur droit ou non de rester au Canada, d'étudier et de travailler. Plus le statut d'immigration est précaire, plus la participation sociale est restreinte, plus les conditions de vie sont difficiles, plus les situations d'abus et de violence sont présentes et plus l'accès aux différents services est limité.

À l'instar des personnes réfugiées, les entretiens auprès des personnes demandeuses d'asile et des informateur(-trice)s clés ont montré que les programmes et services auxquels les personnes demandeuses d'asile ont droit ne leur sont pas nécessairement connus, même plusieurs mois, voire des années après le dépôt de leur demande d'asile. De plus, les entretiens révèlent que de nombreux intervenant(e)s de tous les secteurs ignorent aussi les droits, les programmes et les services auxquels les personnes demandeuses d'asile peuvent disposer, ce qui complique davantage, voire, empêche l'accès aux services auxquels ces personnes devraient normalement pouvoir bénéficier.

Les personnes sans statut rencontrées sont arrivées au Canada de manière légale avec un visa temporaire pour étudier ou comme visiteur(e)s pour rejoindre des membres de leur famille ou encore dans l'espoir d'améliorer leurs conditions de vie et de bénéficier d'une vie plus décente. Elles sont devenues sans statut pour diverses raisons. Certaines par contrôle et refus de leur conjoint ou membre de leur famille de renouveler leur statut. D'autres parce qu'elles ne sont pas parvenues pour diverses raisons à renouveler leur permis de travail, leur permis d'études ou de visiteur et, parfois, à la suite d'une série de transitions entre différents types de permis de séjour.

Aucune des personnes sans statut rencontrées n'est arrivée de manière illégale. Ces personnes qui étaient à l'emploi ou aux études se retrouvent du jour au lendemain sans statut et sans droit. En effet, les droits dont elles disposent sont quasi inexistants à l'exception de l'accès à la RAMQ pour les enfants mineurs admissibles et d'une aide discrétionnaire dans certaines situations d'urgence (Éducaloi, 2022). Sans statut et sans droit, elles sont susceptibles de vivre toutes sortes d'abus et de violences à la fois dans notre société et à l'ombre de celle-ci.

Si le statut migratoire est un facteur primordial qui détermine notre position sociale, car il détermine juridiquement ce que les personnes ont droit ou non, d'autres facteurs influencent la position sociale des personnes dans notre société. En effet, les processus d'exclusion sociale à l'œuvre dans notre société affectent plusieurs personnes notamment en fonction de leur sexe, leur genre, leur revenu, leur emploi, leur scolarité, leur appartenance à une minorité ethnoculturelle, la présence d'une limitation fonctionnelle, l'orientation sexuelle, etc. L'intersectionnalité invite à prendre en compte différentes formes d'oppressions et de discriminations qui se chevauchent et se renforcent.

Selon les propos recueillis, toutes les trajectoires individuelles des personnes rencontrées indépendamment de leur statut migratoire sont traversées par des situations d'exclusion sociale vécue au Québec nourries par des préjugés et des discriminations au regard, notamment de la couleur de la peau, de l'origine ethnique, de la langue et de la religion.

Les expériences des personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut montrent que l'exclusion sociale peut être une expérience du quotidien qui se vit dans tous les milieux sociaux. L'exclusion sociale se vit notamment dans la famille, dans les immeubles locatifs, les logements sociaux, les services de garde, les milieux d'éducation, les transports en commun, les milieux de travail, les quartiers, les lieux et les services publics comme les services de santé et le système judiciaire.

L'exclusion sociale prend différentes formes : perte de statut, préjugés, insultes, dénigrement, discrimination, racisme, vandalisme, barrières ou refus d'accès à des services, abus, violences verbales, psychologiques et physiques. Les expériences les plus critiques d'exclusion sociale vécues sous forme d'abus et de violences psychologiques, physiques et sexuelles ont été vécues par les personnes demandeuses d'asile qui ont un statut précaire et par les personnes qui jusqu'alors vivaient, étudiaient et travaillaient au Québec et qui se sont retrouvées sans statut.

L'accès limité aux services ou l'absence d'accès aux services limitent le recours et poussent les personnes à retarder le moment de dénonciation ou à taire les violences vécues. La peur de se faire déporter tant pour les personnes demandeuses d'asile que pour les personnes sans statut constitue un frein à la dénonciation des injustices, des abus, des violences et aux recours à des services qui pourraient les soutenir dans des situations où elles sont victimes d'actes criminels. Le statut précaire et l'absence de statut favorisent l'invisibilité d'actes criminels perpétrés envers des personnes qui vivent et travaillent dans notre société.

Les oppressions issues de rapports de pouvoir inégalitaires restreignent la pleine participation de plusieurs personnes migrantes et peuvent faire basculer certaines à la marge de la société. Pour certaines, le cumul des mauvaises expériences augmente avec la durée d'établissement alors que pour d'autres et plus particulièrement les personnes réfugiées réinstallées depuis plusieurs années, les expériences d'exclusion sociale peuvent devenir moins fréquentes.

Dimension économique

Le statut migratoire conditionne le droit de travailler, les possibilités de participer aux activités économiques et de bénéficier de ressources financières.

Les personnes réfugiées peuvent accéder au marché du travail, mais les propos recueillis montrent qu'elles rencontrent plusieurs obstacles : niveau de maitrise de la langue exigé trop élevé, manque d'expériences québécoises, non-reconnaissance des diplômes, absence de retour des employeur(-euse)s, maigres salaires, horaires de travail de nuit ou de soir, postures douloureuses, objets lourds à transporter, manipulation de produits toxiques, culture au travail différente de celle du pays d'origine et situations de discrimination.

Les personnes demandeuses d'asile peuvent accéder au marché du travail une fois leur permis de travail délivré. Selon les propos recueillis, différents obstacles administratifs peuvent retarder l'obtention du permis de travail et elles peuvent être tenues à l'écart du marché de l'emploi pendant quelques mois après leur installation à Québec. L'accès au marché du travail est aussi limité parce qu'elles n'avaient pas droit aux garderies subventionnées. De plus, elles sont également susceptibles de faire face aux mêmes défis que ceux vécus par les personnes réfugiées mentionnés précédemment.

Quant aux personnes sans statut, elles n'ont pas le droit de travailler dans notre société. Pour survivre, certaines personnes reçoivent des sommes financières versées par leurs proches de manière ponctuelle et d'autres sont reléguées et occupent des emplois dans le secteur informel dans lequel elles sont susceptibles de vivre différentes situations d'abus et d'exploitation.

Enfin, une condition de santé physique et psychologique fragilisée en raison des évènements difficiles vécus pendant la trajectoire prémigratoire et migratoire ou les violences vécues au Québec peut aussi retarder ou limiter les possibilités de participer au marché du travail.

Dimension sociale

Les femmes sans statut de notre étude se sont révélées particulièrement isolées. L'absence de statut légal est un facteur qui limite les femmes à entrer en interaction sociale de peur que leur absence de statut soit dévoilée. Les dynamiques de violences conjugales et domestiques sont également un frein au développement et au maintien du réseau de soutien puisque l'oppresseur peut les tenir à distance de leur réseau social et des ressources d'entraide.

Force est de constater que parmi les trois groupes de notre étude, ce sont les femmes demandeuses d'asile déboutées et sans statut qui ont été les plus touchées par la violence et les formes extrêmes de celle-ci. À cet effet, Castro Zavala (2013) mentionne que « les femmes immigrantes sont plus susceptibles que les hommes immigrants de vivre de la violence conjugale. En effet, les migrantes ayant un statut précaire, ne parlant pas les langues officielles et ayant un réseau social limité seraient plus à risque de vivre les formes de violence les plus sévères (Laforest, Maurice *et al.*, 2018; Castro Zavala 2013).

Pour les femmes sans statut et la demandeuse d'asile déboutée rencontrées, les violences se sont inscrites dans une courbe ascendante. Plus la durée de séjour augmente, plus la diversité des formes de violence se cumule et s'intensifie : domination économique, violences verbales et psychologiques, harcèlement, violences physiques, agressions sexuelles, viols. Les résultats mettent également en lumière des formes spécifiques de violence pour les femmes à statut précaire comme la confiscation des documents, les manipulations multiples avec le statut migratoire et les menaces de déportation.

Par ailleurs, de nombreux facteurs contraignent les femmes ayant un statut précaire à rester dans des dynamiques de violence : la précarité financière, la méconnaissance des ressources d'aide, un réseau social limité, le coût élevé des logements, la peur de se faire renvoyer, le désir d'obtenir un statut permanent, la peur de ne plus revoir les enfants et la violence du conjoint.

Force est de constater que le statut migratoire précaire et l'absence de statut rendent possible l'invisibilité des abus et des violences perpétrés et vécus au sein de notre société. Or, toute forme de violence comporte des impacts importants sur la santé physique et psychologique. Toute forme de violence est une atteinte à la sécurité et aux droits fondamentaux.

Enfin, et même si rarement rencontrée, l'exclusion peut aussi se vivre dans certains organismes communautaires lorsque l'accès est refusé en raison par exemple du statut migratoire de la personne qui ne fait pas partie du statut des groupes desservis par l'organisme ou en raison d'une barrière linguistique. En effet, le droit d'accéder aux services des organismes communautaires varie aussi en fonction du statut migratoire. Les organismes communautaires doivent chercher du financement permettant d'élargir leurs offres de services et ainsi répondre à la complexité des besoins des personnes demandeuses d'asile et des personnes sans statut. Plus le statut est précaire, plus les obstacles au développement de services s'avèrent nombreux et plus les stratégies doivent être créatives et diversifiées.

Dimension culturelle

Peu importe le statut migratoire, la majorité des personnes rencontrées ont fait l'objet de mépris identitaire. Les marqueurs culturels, notamment la couleur de la peau, l'apparence ethnique, la langue étrangère, le port de symboles religieux influencent leurs relations avec les autres personnes de la société et leurs rapports avec les organisations. Les relations avec les autres membres de la société, parfois marquées de racisme, de préjugés et de discrimination leur confèrent un traitement inégalitaire qui les déclasse socialement, les désinsère et les fige dans une différence en méprisant leurs caractéristiques distinctes, voire leur identité. Des membres de la société compromettent leur identité sociale par une dévalorisation et une non-reconnaissance de ces personnes comme personnes à part entière. Les lois et politiques en vigueur privent les personnes ayant un statut migratoire précaire et les personnes sans statut, d'une reconnaissance comme citoyen(ne)s à part entière.

Les propos recueillis convergent avec la recension des écrits voulant que les minorités visibles soient plus susceptibles de vivre de la discrimination. Le mépris identitaire est une forme d'exclusion sociale qui limite les personnes réfugiées, les personnes demandeuses d'asile et les personnes sans statut dans l'exercice de leurs rôles sociaux et dans leur domaine professionnel, entrainant par conséquent, toute une série de privations dans leurs conditions de vie.

Des conditions de vie difficiles

Un statut migratoire précaire, une absence de statut, ainsi que l'exclusion sociale vécue et rapportée dans ses dimensions politique, économique, sociale et culturelle par les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut rencontrées ont des conséquences majeures.

En effet, il est reconnu que l'exclusion sociale entraine une détérioration des conditions de vie, car les choix et les moyens des individus à se procurer les ressources essentielles et nécessaires sont restreints (Ninacs, 2002). Les propos recueillis montrent que les processus d'exclusion s'interpénètrent, sont complémentaires et se renforcent pour créer tout un cumul de privations comme le souligne Racine (2007).

La majorité des personnes rencontrées ne parviennent pas à subvenir à leurs besoins essentiels et à ceux de leur famille même quelques années après leur arrivée. Elles ne peuvent se nourrir suffisamment et adéquatement, se loger convenablement, se vêtir adéquatement, utiliser les moyens de communication aisément et se déplacer facilement. Elles vivent globalement isolées les premières années suivant la réinstallation et disposent d'un réseau social très restreint. Chez tous les groupes interrogés, l'éloignement des proches est difficile à accepter. L'absence et la difficulté d'entretenir des liens sociaux avec les personnes du pays d'origine fragilisent nettement l'inclusion sociale de ces personnes en les privant de soutien dans leur intégration et de liens sociaux importants. Certaines personnes réfugiées et demandeuses d'asile ont quitté leur famille, leurs amis et leurs connaissances dans des circonstances urgentes et parfois brutales.

Selon les propos recueillis, on constate toutefois que les conditions de vie du pays d'accueil peuvent être perçues meilleures ou moins bonnes selon le statut de migration et la perspective des personnes rencontrées.

Pour les personnes réfugiées qui ont vécu de longues années dans des camps, elles perçoivent généralement leurs conditions de vie meilleures dans le pays d'accueil.

Pour les personnes demandeuses d'asile rencontrées qui presque toutes détenaient un statut socioéconomique beaucoup plus élevé dans leur pays d'origine, elles font face à des conditions de vie très difficiles pendant plusieurs années suivant leur arrivée à Québec. Les propos recueillis auprès de ces personnes montrent comment, notamment l'absence d'accès aux logements subventionnés et aux services de garde subventionnés rend leurs conditions de vie précaires et complique l'accès au travail.

Des personnes sans statut, dont la majorité détenait des conditions de vie satisfaisantes lors de leur arrivée au Canada avec un statut légal, voient leurs conditions de vie se dégrader drastiquement après la perte de leur statut. Les entrevues nous permettent de comprendre non seulement à quel point les conditions de vie se dégradent lorsque les personnes se retrouvent sans statut, mais aussi permettent de mettre en lumière des situations de vulnérabilité extrême, d'isolement, d'abus et de violences dans lesquelles elles sont alors plongées.

Pour les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut, les organismes communautaires et les communautés religieuses apparaissent comme des lieux d'aide et de solidarité, des lieux qui permettent à plusieurs de survivre, des lieux qui leur permettent de se mettre à l'abri, de mener les démarches nécessaires pour régulariser leur statut. Quelques personnes se sont fait refuser l'accès à des services communautaires en raison de leur statut non desservi par ces organisations. Toutefois, celles qui ont eu recours aux organismes communautaires et aux communautés religieuses y ont trouvé un appui précieux.

Des inégalités sociales de santé

L'exclusion sociale à l'œuvre dans différentes dimensions ainsi que les conditions de vie difficiles qui en découlent entrainent une diversité de conséquences sur la santé des personnes (Popay *et al.*, 2006).

Si de nombreux(ses) réfugié(e)s et migrant(e)s sont relativement en bonne santé (OMS, 2022), d'autres arrivent avec un état de santé physique et psychologique fragilisé dû aux conditions de vie difficiles dans leur pays d'origine, les pays de transit, les camps de réfugié(e)s et la route de l'exil.

Pour les personnes demandeuses d'asile et sans statut, la précarité du statut migratoire ou l'absence de statut s'accompagne de sentiments d'humiliation, d'infériorité et parfois même d'une faible estime de soi. Les personnes demandeuses d'asile et sans statut ne peuvent pas se projeter dans l'avenir. Elles vivent en suspens. Elles vivent dans la crainte et la peur.

Un statut migratoire précaire ou l'absence de statut non seulement place les personnes dans un contexte d'incertitudes et de peur mais aussi dans des contextes favorables aux abus et aux violences sous toutes ses formes qu'elles soient verbales, psychologiques, physiques ou sexuelles. Plusieurs personnes notamment la personne déboutée et les femmes sans statut rencontrées ont subi des violences qui ont entrainé des conséquences majeures sur leur état de santé physique et psychologique. Concernant la santé physique, elles rapportaient notamment une perte ou une prise de poids importante, une perte de cheveux, une perte d'appétit, des palpitations cardiaques, des tremblements et des hématomes et des plaies suite aux violences ou à des blessures conséquentes à l'automutilation. Concernant la santé psychologique, elles rapportaient vivre des crises de colère, des reviviscences fréquentes des violences, des cauchemars, des états de panique ainsi qu'une perte d'estime de soi, le sentiment de ne pas valoir grand-chose et la perte de confiance envers les autres. Par l'accès restreint ou l'absence d'accès aux ressources d'aide, un statut migratoire précaire ou l'absence de statut permet la perpétration de violences infligées à des membres de notre société dans le silence et l'invisibilité.

Une personne demandeuse d'asile disait vivre une vie souterraine. Des personnes sans statut se décrivaient comme invisibles.

Quant aux démarches pour régulariser leur statut migratoire caractérisées par la complexité et l'incertitude, elles s'accompagnent de fatigue chronique, de pertes d'appétit, de pensées obsessionnelles entourant la régularisation de leur statut, d'impatience, de stress, d'anxiété, de colère face au sentiment de discrimination vécu qui limite l'accès à un statut, de tristesse, d'une peur constante d'être renvoyé dans son pays, de découragement, d'humeurs dépressives et parfois d'idées suicidaires.

Par ailleurs, les conditions de vie précaires vécues dans notre société engendrent de nombreux impacts sur la santé des personnes. Les propos recueillis montrent que la précarité financière résultant de la mise à l'écart du marché du travail ou encore l'impossibilité d'y participer en raison du statut migratoire fait vivre un stress important aux personnes, des épisodes de découragement et des humeurs dépressives. Une dégradation du statut socioéconomique par rapport au pays d'origine affecte également le bien-être des personnes et porte atteinte à leur dignité. Les difficultés à se loger en raison de l'absence de statut, d'un statut migratoire précaire ou d'un faible revenu occasionnent beaucoup d'incertitudes et de stress.

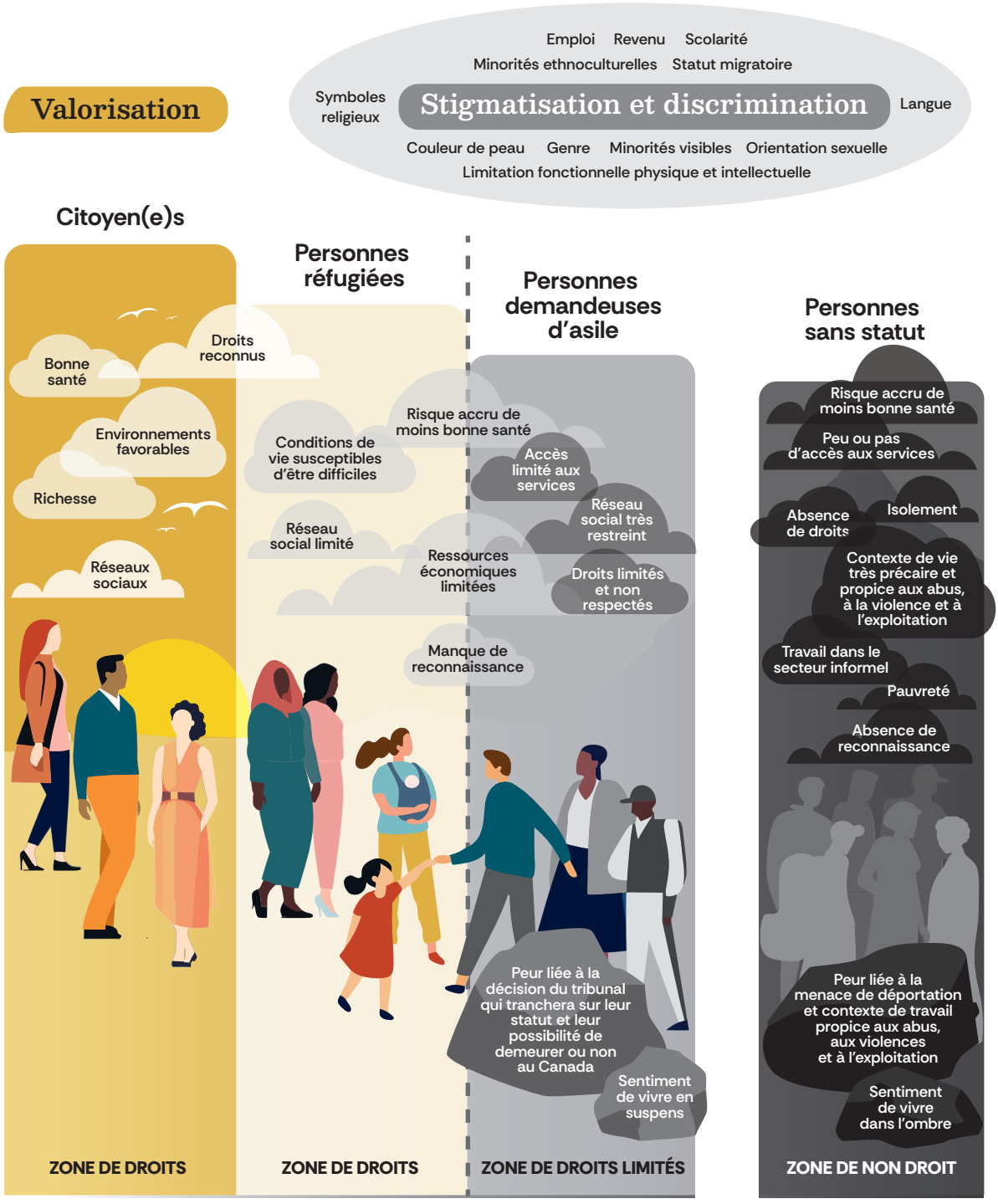
Les préjugés, les propos racistes et la discrimination basés notamment sur l'origine ethnique, la couleur de la peau, la langue, la religion entrainent chez les personnes une large gamme d'affects négatifs liés au sentiment de colère, de gêne, de solitude, d'humiliation et de tristesse. Des situations discriminatoires réactivent parfois chez certaines personnes des traumatismes vécus avant la migration.

L'incapacité d'accéder à des services essentiels, notamment ceux du réseau de la santé et des services sociaux, fait vivre des frustrations, des inquiétudes, du stress, de l'anxiété, de la peur. Lorsque les personnes n'ont pas accès aux services de santé, leurs problèmes de santé physique s'aggravent.

Enfin, plusieurs des propos rapportés, notamment le sentiment d'humiliation, de se sentir inférieur, de se sentir comme ayant peu de valeur et une faible estime de soi témoignent d'une souffrance identitaire importante notée particulièrement chez les personnes demandeuses d'asile et sans statut. Cette souffrance identitaire est liée à ce que font vivre un statut migratoire précaire ou l'absence de statut ainsi que les représentations négatives, les préjugés, les discriminations, voire les abus et les violences vécus au sein de notre société. Ces propos témoignent d'identités méprisées et d'identités blessées (Braud, 2003).

Selon Gagnon *et al.* (2009), la santé est un indicateur de justice sociale puisqu'au travers la santé et la maladie s'énonce et se joue la question de l'exclusion tant sur le plan matériel (pauvreté, accès aux biens et services) que symbolique (représentations, statut). Pour les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut, la dimension liée à la redistribution des ressources matérielles et la dimension liée à la reconnaissance sont centrales (Fraser, 1998).

Figure 17. Différents processus d'exclusion sociale affectant les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut



Un accès différencié et limité aux services de santé

Ayant accès à la RAMQ, les personnes réfugiées rencontrées ont mentionné globalement leur satisfaction par rapport à l'accessibilité aux services de santé, et ce, particulièrement pendant la première année où elles sont prises en charge par la Clinique de santé des réfugiés dans la ville de Québec. Cette satisfaction pourrait s'expliquer également par les nombreuses années passées dans les camps de réfugié(e)s et les pays de transit caractérisés par l'insuffisance ou l'absence de soins de santé.

Il n'en demeure pas moins qu'une fois dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec des barrières d'accessibilité ont été mentionnées : les difficultés linguistiques, le manque de sensibilité culturelle, la méconnaissance des besoins et des trajectoires de ce sous-groupe par les professionnels(les), les perceptions différentes de la santé entre le personnel soignant et les personnes réfugiées, des règles de programmes rigides, des lois et règlements méconnus par les personnes réfugiées notamment en protection de la jeunesse, une méconnaissance des services de santé et des problèmes de transport.

Selon les personnes rencontrées, ces obstacles sont susceptibles de mener à un mauvais diagnostic, à la fermeture du dossier, à une détérioration des problèmes de santé. Le recours tardif aux soins occasionné par les difficultés d'accès peut aggraver les problèmes de santé et les coûts qui y sont associés pour les personnes concernées, mais également pour la société.

En ce qui concerne les personnes demandeuses d'asile et sans statut, elles sont susceptibles de vivre les mêmes défis mentionnés ci-dessus de même que d'autres obstacles d'ordre politique, législatif et administratif. En effet, le statut migratoire influence la recherche de soins, l'expérience de soins ainsi que la continuité de ceux-ci. De plus, des difficultés importantes d'accès aux soins surviennent également dans les transitions entre les statuts.

Concernant les personnes demandeuses d'asile, bien qu'elles disposent du PFSI, les propos recueillis indiquent qu'elles n'en bénéficient pas comme elles le devraient. En effet, la recherche d'établissements et de spécialistes de santé inscrits au PFSI est un véritable enjeu pour ces personnes. Les défis administratifs (listes du PFSI non à jour, difficultés des agent(e)s à trouver les personnes dans le système, méconnaissance du PFSI par le personnel administratif, etc.) constituent d'autres obstacles à l'accès aux soins. Certaines personnes demandeuses d'asile se voient demander de payer la consultation en établissement de santé faute de connaissance du PFSI par le personnel. Elles se retrouvent ainsi obligées de refuser la consultation à laquelle elles auraient droit faute de ressources financières et dans un contexte où il est difficile de défendre leurs droits.

Pour les personnes sans statut, elles ont le plus souvent l'obligation de présenter des documents officiels et de défrayer elles-mêmes les soins requis. Le choix des services de santé est fortement influencé par les coûts, les heures d'ouverture des cliniques de santé à but non lucratif, l'accompagnement d'organismes communautaires et les capacités de payer un transport pour se déplacer. En ce qui concerne les difficultés financières, elles influencent l'accès aux consultations, mais aussi l'accès aux examens et aux analyses plus spécialisées suivant la première prise en charge. Souvent, la trajectoire de soins avorte avant que le problème de santé ait été diagnostiqué ou ait été entièrement traité. Dans la majorité des cas, l'endettement est un passage obligé pour avoir accès aux soins de santé.

Les principales portes d'entrée dans le réseau de la santé pour les personnes sans statut sont les urgences et les cliniques de santé à but non lucratif. Cela concorde avec les résultats de plusieurs études qui mettent en évidence que les dimensions préventives de la santé sont peu accessibles de manière générale pour les personnes immigrantes (Weelch-Maldonado *et al.,* 2012). Les intervenant(e)s qui les accompagnent utilisent de nombreuses stratégies créatives afin de pallier l'absence de couverture santé. Quelques prestataires des services de santé ne facturent pas les migrant(e)s pour alléger leur fardeau financier. Le soutien social de la famille, des communautés religieuses et des organismes communautaires permet d'absorber une partie des frais associés aux soins de santé. L'utilisation de méthodes de soins alternatives et de médecines traditionnelles est aussi un recours utilisé par les demandeur(-euse)s d'asile et migrant(e)s sans statut.

L'OMS reconnait que le droit à la santé s'applique à toutes les personnes y compris les personnes migrantes et les personnes réfugiées. « Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnait le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. [...] Ces dispositions, parmi d'autres, doivent faire partie intégrante des politiques, des programmes et de toute législation en matière de migration et de santé ». (OMS, 2005).

Figure 18. Les obstacles importants rencontrés dans le réseau de la santé et des services sociaux selon le statut migratoire

Personnes réfugiées

- Défis linguistiques;
- Préjugés et discrimination;
- Barrières culturelles;
- Obstacles liés au transport;
- Manque d'informations et de connaissances du système de santé et des services sociaux.

Personnes demandeuses d'asile

- Refus du PFSI dans certains établissements de santé;
- Méconnaissance du PFSI par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux;
- Barrières culturelles;
- Défis linguistiques;
- Préjugés et discrimination;
- Barrières liées au faible statut socioéconomique;
- Obstacles liés au transport;
- Méconnaissance du système de santé et des services sociaux.

Personnes sans statut

- Obligation de présenter des documents officiels;
- Absence de couverture de santé;
- Coûts élevés des services de santé;
- Obligation de payer les soins;
- Craintes liées à la déportation;
- Précarité financière;
- Défis linguistiques;
- Barrières culturelles;
- Préjugés et discrimination;
- Obstacles liés au transport;
- Manque d'informations et de connaissances du système de santé et des services sociaux.

Les stratégies mises en place

Les propos recueillis suggèrent que les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut ont fait preuve d'une résilience hors du commun depuis leur départ du pays d'origine. À Québec, elles mobilisent activement différentes stratégies afin de parvenir à stabiliser leur situation et à trouver un équilibre dans leur nouvelle société.

Pour plusieurs d'entre elles, les organismes communautaires et les communautés religieuses se sont révélés être de précieux alliés pour faciliter l'accès aux services et améliorer leurs conditions de vie. Ils agissent parfois comme médiateurs de différents rapports de pouvoir inégalitaires.

Plusieurs intervenant(e)s défendent les droits d'accès à la santé pour les personnes migrant(e)s ayant un statut précaire, ce qui leur permet de recevoir des soins. Ces interventions se situent parfois en dehors de leur mission de base et souvent en l'absence de financement public. Ce dernier constat s'applique particulièrement pour les personnes demandeuses d'asile et les personnes sans statut. Le travail de concertation avec des ressources spécialisées (juridiques, politiques, etc.) caractérise également l'aide offerte par les organismes communautaires et particulièrement par les ressources en hébergement qui accompagnent les personnes sans statut.

Partie 4

Des actions pour agir sur les inégalités sociales de santé des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire

Photo : SAAI

Section 13

Des principes et des actions pour agir sur les inégalités sociales de santé des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire

Hilton

La maladie, les incapacités et la mort prématurée ne frappent pas au hasard dans notre société. La maladie, les incapacités et la mort prématurée guettent certains d'entre nous plus que d'autres. Notamment, les personnes que l'on situe au bas de l'échelle sociale.

Or, nous ne sommes pas tous égaux dans l'échelle sociale. Nous n'occupons pas tous le même échelon.

Le statut migratoire d'une personne détermine fortement sa position dans l'échelle sociale. Selon le statut migratoire, nous ne disposons pas tous des mêmes droits et des mêmes protections. Un statut migratoire précaire positionne les personnes tout en bas de l'échelle sociale. Quant aux personnes spécifiquement sans statut, elles ne sont pas en bas de l'échelle sociale. Elles sont en dehors, car officiellement elles n'existent pas. Elles sont présentes dans notre société, mais les lois et les règlements que notre société s'est donnée les rendent invisibles. Elles vivent dans un univers propice aux abus et aux violences.

Traversées par des processus d'exclusion sociale qui sont à l'œuvre dans les dimensions politique, économique, sociale et culturelle, les inégalités sociales entrainent des conditions de vie difficiles pour plusieurs personnes réfugiées et migrantes à statut précaire et des inégalités sociales de santé traduisant des impacts majeurs sur leur santé physique et mentale.

Si nous pouvons difficilement agir du palier régional sur les conditions prémigratoires et migratoires des personnes réfugiées et ayant un statut précaire qui s'installent dans la région de la Capitale-Nationale, nous sommes toutefois en mesure de faire reposer nos façons de travailler sur certains principes clés et de poser différentes actions au regard des déterminants structurels et intermédiaires susceptibles d'avoir un impact sur la santé des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire dans une perspective d'équité en santé (OMS, 2010).

Trois principes clés

Il n'existe pas de solutions simples ou faciles pour instaurer l'équité sociale et améliorer les conditions de vie des personnes réfugiées et des personnes migrantes à statut précaire. Néanmoins, agir en faveur de l'équité en santé requiert un regard critique sur nos façons d'être, d'agir et d'interagir. Nos façons de travailler devraient reposer sur trois principes phares dans la réduction des inégalités sociales de santé et mis de l'avant dans le cadre d'action sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2010).

La concertation, la collaboration et le partenariat d'une diversité d'acteur(-trice)s

Pour répondre à un problème aussi complexe que les inégalités des droits et des protections selon les statuts migratoires, les inégalités des conditions de vie et les inégalités sociales de santé des personnes réfugiées et des personnes migrantes à statut précaire, il apparait incontournable de s'allier, de collaborer, de se concerter et de créer de nouveaux partenariats. Une multiplicité d'acteur(-trice)s permet de bénéficier de plusieurs points de vue et d'élargir les réflexions pour éclairer les actions en faveur de l'équité en santé pour les personnes réfugiées et les personnes migrantes à statut précaire. Une diversité de points de vue est davantage susceptible de générer des idées et des connaissances nouvelles, des pratiques et des interventions novatrices permettant de mieux répondre aux besoins. Parmi les diverses formes de concertation, l'action intersectorielle apparait essentielle pour intervenir sur les déterminants structuraux et intermédiaires qui affectent les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire (OMS, 2022; ASPC, 2010; ASPC et CSDH 2008; CSDH, 2007).

Suggestions d'informeur(-trice)s clés pour établir des partenariats et favoriser l'action intersectorielle

Pour le **palier régional**

Développer des mécanismes de concertation au regard des personnes migrantes à statut précaire et des personnes réfugiées dans la Capitale-Nationale qui permettraient aux acteur(-trice)s de différents secteurs de connaitre les services de tous, de s'entraider, de se former conjointement et de mettre en place des actions collectives visant à réduire les inégalités sociales auxquelles ces groupes font face.

Travailler en intersectorialité sur les besoins des personnes réfugiées avec les spécialistes des organismes communautaires, des services de garde, des milieux de l'éducation et de la santé pour augmenter l'efficacité des interventions. Mettre en place des mécanismes de partage d'information entre les partenaires tout en respectant la confidentialité des usager(-ère)s pour mieux répondre aux besoins des enfants, des jeunes et des adultes réfugiés.

Plusieurs interventions locales mises en place par les groupes communautaires, les milieux de garde et le secteur de l'éducation s'avèrent efficaces. Il est suggéré que le réseau de la santé consulte davantage les ressources locales lors de l'élaboration de leurs plans d'intervention.

La participation citoyenne et la participation des communautés

Il est fondamental d'adopter des pratiques participatives dans l'ensemble des réflexions et des actions qui concernent les personnes réfugiées et les personnes migrantes à statut précaire (OMS, 2017). La perspective des personnes concernées est incontournable pour identifier leurs besoins et les solutions à mettre de l'avant pour réduire les inégalités sociales de santé (CCNDS, 2023). Dans le cadre de réflexions et d'actions visant l'équité en santé, de véritables efforts doivent être déployés pour inclure les personnes que notre société place au bas de l'échelle sociale, marginalise ou rend invisibles.

L'exclusion sociale étant au cœur de la construction des inégalités sociales de santé, l'inclusion des personnes est ainsi incontournable. La participation peut avoir différentes significations et prendre différentes formes (Bouchard-Bastien *et al.*, 2013; Arnstein, 1969). Dans une perspective d'équité en santé, les formes de participation les plus élevées doivent être privilégiées pour faire en sorte que les personnes concernées aient un réel pouvoir d'influencer les décisions qui les concernent (OMS, 2017). En ce sens, recourir de manière adaptée aux personnes réfugiées et migrantes à statut précaire dans les démarches qui les concernent, par exemple lors de nouvelles mesures législatives ou règlementaires, politiques, programmes, recherches ou activités susceptibles de les affecter est à mettre de l'avant. Les obstacles à la participation citoyenne sont nombreux. Il nous revient de les surmonter.

Si les approches participatives peuvent être complexes avec certaines personnes migrantes ayant un statut précaire et notamment les personnes sans statut, elles apparaissent d'autant plus incontournables pour ces personnes dont les réalités s'avèrent peu connues et peu documentées.

Le pouvoir d'agir des personnes et des communautés

Les processus d'exclusion sociale reflètent des rapports de force et de pouvoir inégaux entre des groupes privilégiés envers d'autres qui le sont moins (Popay *et al.,* 2006). Le développement du pouvoir d'agir implique plus que le développement des capacités individuelles. Il vise des changements profonds de l'environnement sociopolitique qui contribue aux rapports de domination présents dans notre société (Hyppolite *et al.*, 2020; Laverack et Wallerstein, 2001; Wallerstein et Bernstein, 1994). Il renvoie directement et sans équivoque aux inégalités de pouvoir et à la volonté d'agir concrètement pour les contrer.

À priori, la mise en œuvre synergique de ces trois principes peut paraitre simple. Pour certains acteurs de la région cela est pratique courante. Leurs pratiques sont très souvent novatrices. En ce sens, il faut les reconnaitre et les soutenir. Néanmoins, pour d'autres acteurs, la mise en œuvre de ces trois principes invite à sortir des pratiques habituelles et des approches qui s'appuient presque exclusivement sur les données statistiques, épidémiologiques et le point de vue des experts.

Agir autrement ne va pas de soi. Cela demande des efforts considérables, une ferme intention de sortir des façons de faire habituelles, de l'audace, le courage de prendre des risques et une volonté indéfectible d'intégrer les trois principes essentiels dans nos interactions et actions. Notre façon de travailler importe. En intégrant la collaboration, la participation et le développement du pouvoir d'agir dans nos façons de travailler, nous adoptons une posture qui participe à l'établissement de relations plus égalitaires, à l'inclusion sociale, à la valorisation des différents savoirs et expertises (Hyppolite, 2012).

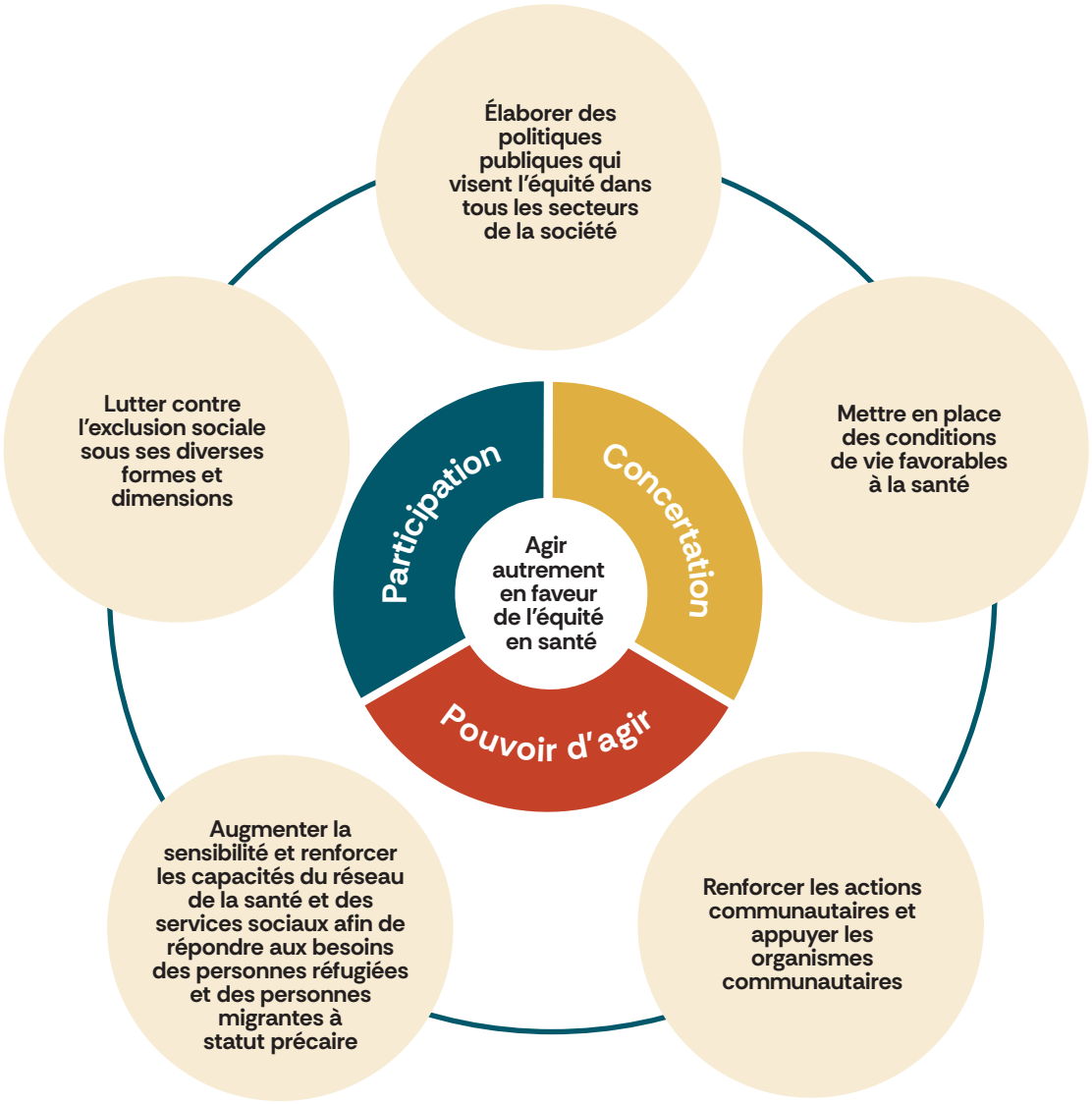
Cinq orientations stratégiques pour instaurer l'équité en santé envers les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut

Les inégalités sociales de santé résultent des inégalités sociales et des inégalités qui en découlent dans les conditions de vie matérielles et sociales des individus. Viser l'équité en santé implique ainsi de réduire les inégalités sociales (déterminants structuraux) et d'améliorer les conditions de vie (déterminants intermédiaires) des individus. Par ailleurs et selon l'OMS (2022), agir sur ces déterminants s'avèrera plus efficace et moins coûteux que de fournir des soins de santé lorsque les personnes sont malades.

Les stratégies et actions propres à la mondialisation et au contexte politique, économique et social mondial, bien que primordiales, dépassent le cadre de ce rapport.

Dans le cadre de ce rapport, les orientations proposées s'inspirent largement du cadre d'action à l'égard des déterminants sociaux de la santé proposé par l'OMS qui vise la réduction des inégalités sociales de santé et de la Charte d'Ottawa adoptée en 1986 lors de la première Conférence internationale pour la promotion de santé (OMS *et al.*, 1986). Cette charte a le statut de déclaration internationale et vise l'équité en matière de santé.

Figure 19. Des principes clés et des orientations incontournables pour l'action



Tirée de Hyppolite, 2012

Élaborer des politiques publiques qui visent l'équité dans tous les secteurs de la société

Agir sur les déterminants structuraux implique notamment d'élaborer, aux différents paliers et dans tous les secteurs de la société, des politiques publiques qui visent l'équité. Les politiques publiques doivent favoriser et viser une société équitable qui reconnait les droits de chacun et qui favorise l'égalité des chances d'accéder à des positions sociales identiques, quelle que soit l'origine sociale ou l'origine ethnique par exemple.

Des politiques publiques d'immigration plus inclusives et flexibles en tout respect des droits économiques, sociaux et culturels de la Déclaration universelle des droits de l'homme reconnaissant le droit de chacun à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille s'avèrent essentielles (Gagnon *et al.*, 2022; Marks JH, 2013; Nations Unies, 1948).

- Faire valoir et respecter le droit à la santé et aux autres droits de l'homme dans les politiques canadiennes et québécoises en matière de santé, de travail et d'immigration (Gagnon *et al.*, 2022).
- Mettre en place des politiques migratoires, des programmes et des services plus flexibles permettant aux personnes sans statut de documenter leur présence (Gagnon *et al.*, 2022; Villegas, 2014) et d'accéder à un programme de régularisation de leur statut migratoire. L'accès à un statut juridique contribue à l'inclusion sociale, à de bonnes conditions de vie, à une bonne santé et au bien-être des personnes migrantes. Le statut juridique confère également un accès aux programmes et aux services sociaux (Bernhard *et al.*, 2007; Oxman-Martinez *et al.*, 2007; Berinstein *et al.*, 2006; Hanley *et al.*, 2005).
- Proposer des voies permettant d'acquérir des droits juridiques permanents (Chen YYB, 2017). La perspective qui rend responsable et culpabilise les individus de leur absence de statut légal (Chen YYB, 2017; Marks, 2013) devrait plutôt laisser place à la responsabilité de l'État et des politiques migratoires permettant de favoriser la régularisation des statuts et l'obtention d'un statut permanent (Chen YYB, 2017).

Des politiques publiques qui permettent à toute personne qui réside au Québec de bénéficier d'un revenu disponible permettant de couvrir minimalement les besoins de base établis par la Mesure du panier de consommation et indexés annuellement apparaissent comme une mesure essentielle pour une société équitable. En effet, les mesures de redistribution économique s'avèrent incontournables pour réduire les inégalités sociales et pour une société plus juste.

Des politiques publiques qui permettent dans le pays d'accueil une protection sociale et qui garantissent un logement, une alimentation, une éducation et des possibilités économiques sont susceptibles d'améliorer l'état de santé des personnes migrantes (OMS, 2022).

Des politiques publiques qui visent spécifiquement les populations racisées permettant d'agir sur différents déterminants structuraux en vue d'améliorer leurs conditions de vie sont importantes. En effet, dans une revue systématique récente menée pour évaluer les effets sur la santé des populations racisées d'interventions ayant ciblé des déterminants structuraux, il appert que les politiques qui visent spécifiquement les populations racisées seraient plus efficaces pour réduire les écarts sociaux les affectant que les politiques qui ciblent les populations uniquement sur la base de leur statut socioéconomique (Clark *et al.,* 2022).

- Adopter des politiques qui visent spécifiquement les populations racisées en vue d'améliorer leurs conditions de vie et leur santé (Clark *et al.,* 2022).

Des politiques publiques qui permettent la mise en place de systèmes de santé publique accessibles, inclusifs et réactifs sensibles aux besoins des personnes réfugiées et migrantes en les considérant comme partie intégrante d'une société prospère sont jugées importantes (OMS, 2022). Selon l'OMS, les politiques qui limitent l'accès aux services médicaux et sociaux entrainent de mauvais résultats en matière de santé. L'inclusion des personnes migrantes à l'accès aux services de santé est conforme aux normes mondiales au regard des droits humains et au principe de ne laisser personne de côté (OMS, 2022). Selon l'OMS, il est prouvé que le coût de l'exclusion des personnes migrantes de la couverture sanitaire est plus élevé que celui de leur inclusion (OMS, 2022). L'OMS invite tous les pays à une certaine souplesse à l'égard du statut migratoire et à faire en sorte que même les migrants sans statut aient légalement et en toute sécurité accès aux soins de santé (OMS, 2022). Des systèmes de santé et sociaux inclusifs permettent de réduire la stigmatisation basée sur le statut d'immigration et de prévenir des problèmes de santé physique et mentale.

Suggestions d'informeur(-trice)s clés pour un meilleur accès à des services juridiques

Pour le **palier provincial**

S'assurer que les personnes migrantes sans statut et celles avec un statut précaire puissent trouver des espaces pour dénoncer les injustices et les violences vécues, sans avoir à vivre la crainte d'être déportées.

Pour le **palier régional**

Structurer une offre de service qui permettrait aux personnes sans statut d'être accompagnées pour régulariser leur statut d'immigration.

Faire connaitre les différentes procédures de régularisation de statuts migratoires afin d'inciter les gens à s'engager dans ces démarches.

Consolider la nouvelle offre de services juridiques dans la Capitale-Nationale afin que tous les demandeur(-euse)s sur le territoire puissent recevoir de l'information sur le processus juridique de la demande d'asile, leurs droits et aussi un accompagnement juridique personnalisé.

Consolider les services de défense de droits existants ou mettre en place des associations ou organisations qui pourraient défendre les droits des migrant(e)s à statut précaire.

Suggestions d'informeur(-trice)s clés pour faciliter l'accès aux soins de santé et services sociaux

Pour le **palier provincial**

Offrir une couverture de santé à toutes les personnes migrantes en situation de vulnérabilité.

Suggestions de personnes réfugiées, demandeuses d'asile ou sans statut pour faciliter l'accès aux soins de santé et services sociaux

Permettre à toutes les personnes issues de l'immigration qui résident au Québec de bénéficier d'une couverture de santé provinciale.

Suggestions d'informeur(-trice)s clés pour agir sur les politiques publiques

Pour le **palier fédéral**

Simplifier et accélérer le traitement des procédures administratives pour régulariser les statuts, notamment le processus de demande d'asile.

Donner instantanément un permis de travail à un(e) migrant(e) qui s'inscrit dans une démarche de régularisation de statut.

Faciliter l'accès aux mesures de regroupement familial aux personnes réfugiées.

Éliminer les liens de dépendances dans les permis de séjour qui encouragent l'asservissement et créent des terreaux fertiles aux abus.

Pour le **palier provincial**

Abolir la surfacturation des soins de santé aux migrant(e)s à statut précaire.

Élargir l'accès à la RAMQ à toutes les résidentes et à tous les résidents du Québec, quel que soit leur statut.

Prendre des engagements politiques en matière de réduction des inégalités sociales par rapport aux personnes migrantes à statut précaire.

Soutenir davantage financièrement les milieux communautaires qui interviennent auprès de ces populations.

Rendre accessible aux demandeur(-euse)s d'asile l'accès aux garderies subventionnées afin qu'elles ou qu'ils puissent accéder au marché du travail.

Octroyer du financement à la Capitale-Nationale afin de développer un programme d'accompagnement des demandeur(-euse)s d'asile et de structurer une offre de services qui répond à tous leurs besoins. Ensuite, évaluer cette offre de services à partir de l'expérience des usager(-ère)s.

Mieux connecter les différentes instances de notre système judiciaire lorsqu'une personne migrante est impliquée dans plusieurs démarches.

Améliorer la reconnaissance des acquis et des compétences.

Suggestions de personnes réfugiées, demandeuses d'asile ou sans statut pour améliorer les politiques publiques

Simplifier et accélérer le traitement des demandes de permis de séjour et particulièrement lorsque les personnes sont en processus de régularisation de leur statut.

- Faire reposer les politiques publiques sur les droits de la personne plutôt que sur les droits selon l'appartenance (statut migratoire) comme base d'accès aux soins de santé et aux services sociaux (Da Lomba S., 2010).
- Rendre admissibles au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments de manière prioritaire les femmes enceintes (Munro *et al.*, 2013; Observatoire des tout-petits, 2019) et toutes les femmes (Médecins du Monde Canada, 2023) sans égard à leur statut d'immigration, qui vivent au Québec.
- Rendre admissibles au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicament toutes les personnes ayant un statut migratoire précaire ou sans statut qui résident au Québec et qui sont non couvertes actuellement par la RAMQ ni le PFSI.
- Assurer un accès non discriminatoire aux soins de santé et services sociaux qui permet une égalité d'accès pour toute personne indépendamment de son statut migratoire, de sa nationalité, de son appartenance ethnique, de l'identité de genre, etc. (OMS, 2022).

Lutter contre l'exclusion sociale sous ses diverses formes et dimensions

Agir sur les déterminants structuraux implique de s'attaquer aux processus d'exclusion sociale à l'œuvre à différents niveaux (mondial, national, régional, local, interpersonnel), dans différents milieux et au regard de diverses dimensions (politique, économique, sociale et culturelle). L'exclusion sociale est produite par des rapports de force et de pouvoir qui entrainent une répartition inégale du pouvoir, des revenus et des ressources.

Lutter contre l'exclusion sociale nécessite de se pencher sur différents enjeux, notamment ceux liés au racisme, à la suprématie blanche, aux approches colonisatrices, tous reconnus comme des déterminants structuraux importants au regard des inégalités sociales de santé qui affectent les personnes migrantes (CCNDS, 2023; Heller *et al.*, 2023; Clark *et al.*, 2022; Gagnon *et al.*, 2022; CCNDS, 2021; CCNDS, 2017; Nestel, 2012). Différentes discriminations découlant du racisme structurent la valeur accordée aux individus ainsi que la répartition des ressources (CCNDS, 2017). Le racisme se manifeste dans toutes les sphères de la société (Clark *et al.*, 2022; CCNDS, 2017). Il est profondément ancré dans nos systèmes et nos institutions (Clark *et al.*, 2022). Il entraine de lourdes conséquences pour la santé des populations racisées (Clark *et al.*, 2022). Certaines manifestations sont subtiles et d'autres très explicites et affectent grandement les chances des personnes réfugiées et migrantes de jouir d'un bon état de santé (CCNDS, 2017).

L'ensemble de nos systèmes et organisations de tous les secteurs de notre société sont ainsi interpellés.

- Développer un leadership fort capable d'amener les acteurs à faire l'analyse des forces structurelles qui conduisent à l'exclusion sociale de différents groupes de la société (CCNDS, 2023; Crammond et Carey, 2017). Il s'agit notamment de se pencher sur les politiques, les règlements, les normes, les pratiques et les comportements susceptibles de stigmatiser, de discriminer et d'exclure des groupes et des personnes de notre société, notamment en fonction de leur statut migratoire, de leur nationalité, de leur appartenance ethnique.
- Exercer un leadership pour mener des réflexions concernant les enjeux de racisme interpersonnel et structurel. L'intention n'est pas d'entrer dans des dynamiques teintées de reproches, mais plutôt de mettre en lumière les mécanismes associés au racisme afin d'instituer de nouvelles pratiques (CCNDS, 2017).
- Recourir à des approches décolonisatrices, de lutte contre le racisme, intersectionnelles et de sécurisation culturelle qui visent la transformation individuelle, le changement organisationnel et collectif en tant qu'approches prometteuses pour l'équité en santé (CCNDS, 2020).
- Adopter des politiques, règlements, normes, pratiques et comportements permettant d'agir contre la discrimination envers les migrants et les personnes racisées notamment.

Lutter contre l'exclusion sociale nécessite de s'attaquer aux préjugés et aux normes sociales qui y sont rattachés afin de favoriser l'établissement de relations égalitaires, respectueuses et solidaires. C'est à partir de représentations négatives des personnes que prend forme l'exclusion sociale dans un contexte de relations inégalitaires. Les préjugés ne relèvent pas de quelques individus. Ils prennent racine dans les valeurs et les normes sociales d'une population. Au Canada, les personnes sans statut sont perçues, par plusieurs, comme moralement inférieures (Gagnon *et al.,* 2022; Chen, 2017; Vanthuyne *et al.,* 2013; Ruiz-Casarez *et al.,* 2010), comme prenant avantage de la générosité du Canada (Gagnon *et al.,* 2022; Mattatall, 2017; Munro et al., 2013; Da Lomba, 2010) et comme une menace à la sécurité nationale (Gagnon *et al.,* 2022; Da Lomba, 2010). La souffrance dont témoignent les personnes victimes de préjugés, de stigmatisation et de discrimination a des répercussions importantes sur les personnes, leur identité sociale et leur santé physique et mentale (CEPE, 2016; Phelan *et al.,* 2014; Hatzenbuehler *et al.,* 2013; Wilkinson et Marmot, 2004; Braud, 2003; Honneth, 2002; Goffman, 1975).

- S'interroger sur ses propres représentations et préjugés à l'égard des personnes migrantes et sur les conséquences sur celles-ci.
- Se sensibiliser ainsi que les membres de notre entourage (famille, amis, milieu de travail) sur les préjugés, leurs conséquences et sur notre responsabilité sociale.
- Diffuser une campagne sociétale afin de lutter contre les préjugés et la stigmatisation à l'endroit de diverses personnes incluant les personnes migrantes, en plus de faire reconnaitre et valoriser leur implication dans la société.

- Mettre en place différentes mesures et formations, avec la participation de personnes migrantes, pour transformer les perceptions, visions, valeurs, pratiques, comportements et modes de fonctionnement des institutions et des acteurs qui offrent des services publics, dans le but d'éliminer les préjugés, la stigmatisation et la discrimination à l'endroit de ces personnes.

Lutter contre l'exclusion sociale nécessite de transformer les rapports sociaux. Il s'agit de promouvoir et de favoriser la mise en place de conditions favorables à l'établissement de rapports sociaux égalitaires et solidaires, et ce, dans tous les milieux sociaux et auprès de l'ensemble des membres de la société. Il s'agit de faire en sorte que toutes les personnes soient acceptées, valorisées et reconnues comme partie intégrante de la société. Nous avons tous un rôle à jouer.

Suggestions d'informeur(-trice)s clés pour agir sur la discrimination raciale et la xénophobie

Pour le **palier provincial**

Valoriser les contributions sociales, culturelles et économiques des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire à notre société pour prévenir le racisme et la xénophobie.

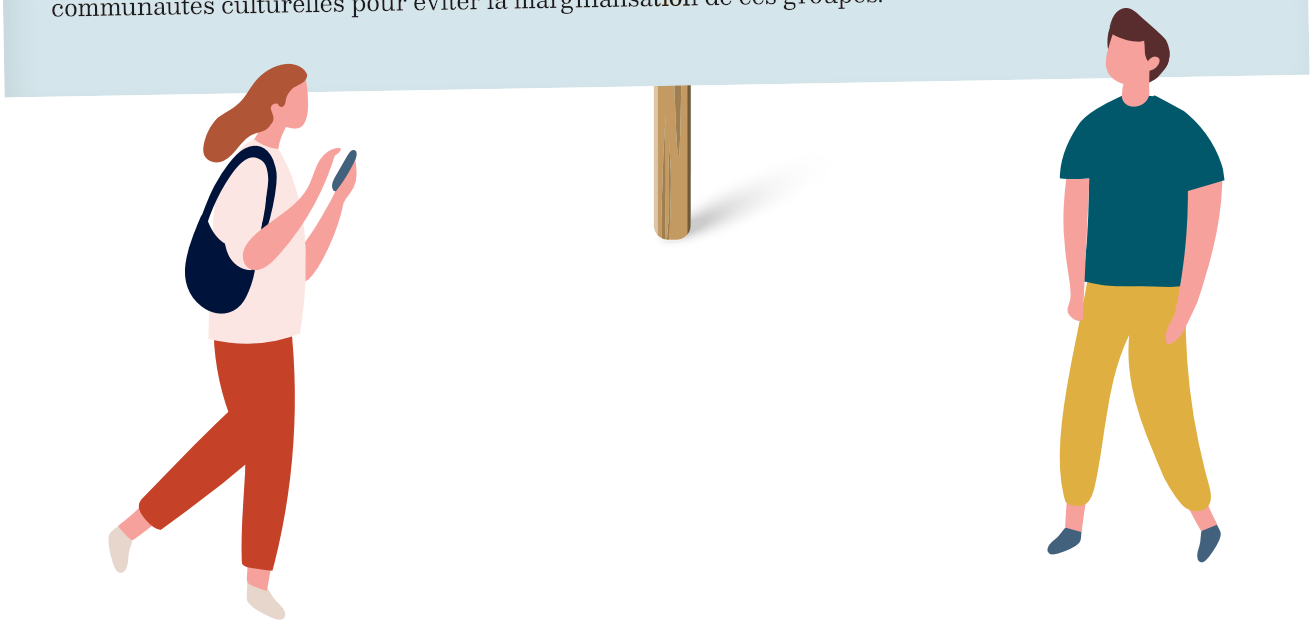
Pour le **palier régional**

Encourager la création de lieux de rapprochements entre les communautés culturelles et les personnes qui ont des préjugés pour qu'elles apprennent à se connaitre et qu'elles développent des relations interculturelles harmonieuses.

Encourager les initiatives de médiation interculturelle dans les milieux où il y a des difficultés au niveau du vivre-ensemble (comme dans les logements sociaux) et dégager des ressources pour qu'il y ait des intervenant(e)s présent(e)s dans les milieux de vie afin de favoriser des rencontres interculturelles positives.

Créer des espaces de dialogue pour discuter du racisme et ainsi éviter le clivage entre les groupes racisés et ceux qui contribuent aux processus d'exclusion.

Créer des espaces pour favoriser les liens sociaux entre les personnes de la société d'accueil et les communautés culturelles pour éviter la marginalisation de ces groupes.



Suggestions d'informeur(-trice)s clés pour renforcer les activités de formation et de sensibilisation

Pour le **palier provincial**

Rendre accessibles des formations ou des outils qui permettraient de communiquer une information juste aux intervenant(e)s de différents secteurs sur les droits des personnes migrantes à statut précaire, des personnes demandeuses d'asile et des personnes sans statut au regard de l'accès à l'emploi, à l'éducation, aux services juridiques, à la francisation et à la santé.

Pour le **palier régional**

Offrir des ateliers aux migrant(e)s à statut précaire pour les informer de leurs droits en matière de santé, d'emploi, d'éducation, d'accès aux services juridiques et de francisation.

Rendre accessible aux intervenant(e)s de différents secteurs, de la formation sur les différents types de trajectoires qui peuvent mener à la perte de statut, les différents types de parcours d'immigration, les différentes catégories d'immigration et les défis rencontrés selon le statut de même que les impacts des inégalités sociales depuis la migration du pays d'origine.

Rendre accessible de la formation aux intervenant(e)s de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux groupes communautaires sur les démarches de régularisation de statut pour les personnes demandeuses d'asile et les personnes migrantes avec un statut précaire.

Rendre disponible un accompagnement professionnel interculturel dans les milieux de garde fortement diversifiés qui pourraient soutenir les éducateur(-trice)s pendant leur temps de planification.

Offrir de la formation sur le PFSI aux professionnel(le)s de la santé et des services sociaux dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux groupes communautaires.

Éviter les formations à caractère théorique. Rendre accessibles des formations en lien avec les expériences et les défis des professionnel(le)s qui sont adaptées aux différents contextes locaux.

Rendre accessibles des outils et de la formation pour les employeur(-euse)s qui ont à gérer des tensions interculturelles dans les milieux de travail.

Rendre disponibles aux intervenant(e)s de différents secteurs de la documentation sur les principales croyances, traditions, habitudes de certains groupes de réfugié(e)s, soit lors d'arrivées importantes ou lorsque que des groupes sont suffisamment représentés dans la Capitale-Nationale.

Augmenter l'offre de formations interculturelles tant générales que plus spécifiques afin d'augmenter les compétences culturelles d'un plus grand nombre d'intervenant(e)s, et ce, dans différents secteurs (éducation, santé, emploi, etc.).

Mettre en place des conditions de vie favorables à la santé

Agir sur les déterminants intermédiaires implique d'améliorer les conditions de vie matérielles et sociales des personnes. Il est largement reconnu que les conditions de vie influencent la santé des individus (PGPS, 2016) et que certains groupes comme les personnes réfugiées et les personnes migrantes sont davantage exposés à des conditions de vie difficiles et stressantes.

Un très large éventail de mesures et d'actions peuvent être mises en œuvre pour améliorer les conditions de vie et faciliter l'accès aux différents services. En voici quelques exemples :

- Améliorer la mise en place de ressources pour l'accueil et l'information aux personnes migrantes.
- S'assurer que tous les acteurs œuvrant dans les services publics au Québec connaissent et respectent les protections et droits conférés aux personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.
- Faciliter et améliorer l'accès aux programmes de francisation des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.
- Offrir et améliorer l'accès à l'accompagnement juridique des personnes migrantes à statut précaire.
- Assurer l'accès à des aliments sains, nutritifs, abordables et en quantité suffisante à toute personne.
- Faciliter l'accès à l'hébergement transitoire de plus longue durée pour les personnes à statut précaire incluant les personnes sans statut, de même qu'à un logement social.
- Octroyer l'accès à des programmes éducatifs précoces dans les services de garde subventionnés pour les enfants à statut précaire.
- Faciliter la reconnaissance des diplômes.

Suggestions de personnes réfugiées, demandeuses d'asile ou sans statut pour améliorer leurs conditions de vie

Permettre aux migrant(e)s à statut précaire d'avoir accès à des logements subventionnés.

Permettre à toutes les personnes issues de l'immigration qui le souhaitent de réaliser leur francisation en milieu de travail.

Simplifier et intégrer plus de souplesse dans les processus de reconnaissance des diplômes.

Rendre les milieux de travail plus inclusifs pour les personnes immigrantes, notamment en facilitant leur accès aux procédures d'embauche.

Suggestions d'informeur(-trice)s clés pour favoriser des interventions de qualité

Considérer l'hétérogénéité des populations immigrantes pour adapter les interventions et les actions. Se détacher des statuts administratifs dans l'intervention en se centrant sur le parcours et les difficultés de la personne.

- Améliorer et favoriser l'accès à la formation, à l'emploi et aux services d'intégration professionnelle.
- Offrir aux personnes migrantes à statut précaire l'accès aux mêmes programmes et allocations d'employabilité que le reste de la population.
- Faire en sorte que le transport public soit accessible pour que les personnes puissent avoir accès aux ressources et aux biens nécessaires pour vivre.

Suggestions d'informeur(-trice)s clés pour des milieux scolaires et des milieux de garde plus inclusifs

Développer des interventions dans les milieux de garde et les milieux scolaires adaptés aux besoins des jeunes réfugié(e)s qui ont vécu des traumatismes de guerre ou qui ont vécu de nombreuses années dans les camps de réfugié(e)s. S'appuyer sur les initiatives mises en place dans certains milieux qui ont déjà démontré du succès (par exemple, mettre à disposition des élèves des ateliers pour l'expression du traumatisme ainsi que des coins repos, des ballons d'exercice et des espaces pour bouger).

Renforcer les actions communautaires et appuyer les organismes communautaires

Issues de personnes, d'organismes communautaires et de communautés, les actions communautaires reflètent bien souvent les besoins des personnes concernées, permettent d'améliorer leurs conditions de vie, favorisent leur inclusion sociale ainsi que leur pouvoir d'agir et proposent des actions collectives et solidaires aux problèmes jugés prioritaires (Lamoureux *et al.*, 2008). Depuis la première conférence internationale sur la promotion de la santé en 1986, l'action communautaire est reconnue comme une stratégie clé en promotion de la santé (Hyppolite *et al.*, 2020). Renforcer les actions communautaires s'avère fondamental.

Suggestions de personnes réfugiées, demandeuses d'asile ou sans statut pour favoriser l'action communautaire

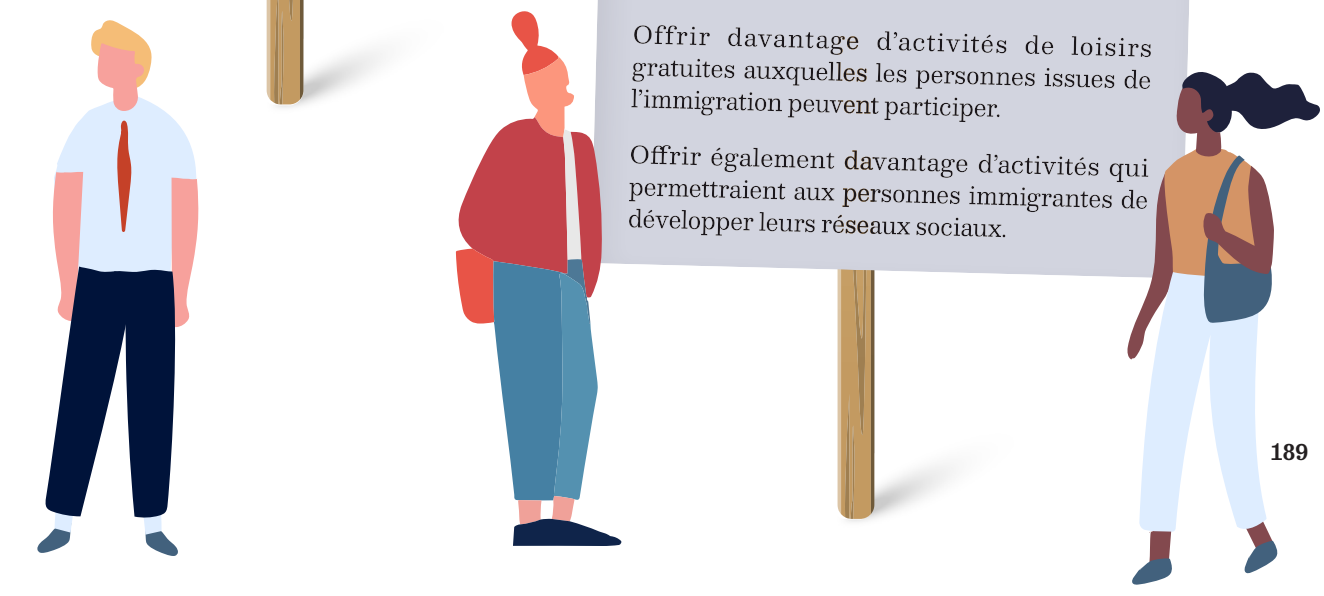
Faire connaitre davantage aux personnes migrant(e)s à statut précaire les ressources qui peuvent les aider.

Augmenter les offres de services communautaires qui viennent en aide aux personnes ayant un statut précaire.

Faire en sorte que les intervenant(e)s des milieux communautaires puissent avoir accès à des interprètes pour aider les personnes immigrantes et migrantes.

Offrir davantage d'activités de loisirs gratuites auxquelles les personnes issues de l'immigration peuvent participer.

Offrir également davantage d'activités qui permettraient aux personnes immigrantes de développer leurs réseaux sociaux.



Issus de regroupements de personnes de la communauté et mobilisés autour d'objectifs communs, les organismes communautaires constituent des lieux d'ancrage et d'appartenance pour les personnes concernées. Pour les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire dont les droits sont méconnus, limités ou absents, le recours aux organismes communautaires apparait crucial. En effet, les organismes communautaires accueillent et accompagnent les personnes migrantes dans diverses démarches et facilitent le recours et l'accès à de nombreux services essentiels (démarches administratives, accès au réseau de la santé et des services sociaux, recherche d'un logement abordable, hébergement lors de violence conjugale, démarches pour l'aide sociale, assistance juridique, etc.). Les organismes communautaires favorisent la participation sociale des personnes et la défense de leurs droits. Ainsi, renforcer la capacité d'agir des organismes communautaires qui interviennent auprès des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire dans leur propre mission d'aide d'accompagnement, de défense des droits et de participation citoyenne est essentiel afin qu'ils puissent répondre aux besoins des personnes accompagnées. Pour les personnes sans statut, les organismes communautaires et les communautés religieuses représentent souvent leur seul recours.

Suggestions d'informeur(-trice)s clés pour consolider et développer les offres de services en milieux communautaires

Pour le **palier provincial**

Créer des hébergements transitoires pour les migrant(e)s à statut précaire, notamment des maisons de deuxième étape pour les personnes sans statut.

Pour le **palier régional**

Mettre en place des lieux de socialisation pour les femmes qui sont sans statut ou qui ont des statuts précaires dans l'optique de développer leurs réseaux de soutien.

Consolider et rendre plus accessibles les interventions qui visent à informer les réfugié(e)s sur les différences culturelles entre leur pays d'origine et celles du Québec, notamment en ce qui concerne les compétences parentales, et ce, dans une perspective où l'on valorise le rôle des parents.

Développer un lieu d'accueil pivot, où la personne demandeuse d'asile serait dirigée dès son arrivée, afin de faciliter le référencement, la collecte de données, la collaboration intersectorielle et le développement d'un lien de confiance avec le milieu d'accueil. Regrouper les services qui sont destinés aux personnes demandeuses d'asile pour faciliter les suivis et l'accompagnement.

Valoriser et reconnaitre l'expertise interculturelle développée dans les milieux locaux.

Rehausser les financements à la mission des organismes communautaires pour davantage de soutien de proximité et une réponse élargie aux besoins d'accompagnement des personnes migrantes à statut précaire, notamment les demandeur(-euse)s d'asile.

Augmenter la sensibilité et renforcer les capacités du réseau de la santé et des services sociaux afin de répondre aux besoins des personnes réfugiées et des personnes migrantes à statut précaire

Si plusieurs personnes réfugiées et migrantes à statut précaire sont en bonne santé, elles sont reconnues comme particulièrement touchées par les inégalités sociales de santé. Malgré cette situation, les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire font face à différents obstacles au regard de l'accès aux services de santé et aux services sociaux et au regard de la qualité des services reçus.

Viser l'équité en santé implique de se pencher sur l'équité au regard des soins de santé et des services sociaux. Cela met l'emphase sur le rôle que joue le système de santé et de services sociaux dans l'atteinte de l'équité en santé pour les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire. Un système de santé se veut de qualité, entre autres, lorsqu'il est équitable et vise l'accessibilité pour tous et toutes. Intégrer l'équité dans les soins de santé et services sociaux concerne tous les acteurs de notre réseau de la santé et des services sociaux.

Différents modèles sur l'accessibilité aux soins de santé ou plus spécifiquement sur l'équité dans les soins de santé existent. Le modèle sur l'accès aux soins de santé de Lévesque *et al.* (2013) propose une vue multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé et invite à se pencher sur l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité, le caractère abordable et la pertinence des soins de santé ainsi qu'aux capacités des personnes de percevoir, de chercher, de trouver, de payer et de s'engager dans les soins de santé. Des modèles spécifiques à l'équité dans les soins de santé invitent à se pencher sur l'équité, notamment au regard de l'accès aux soins, de la qualité des soins, de l'environnement social à la sortie des soins et de l'expérience vécue (Sai Ma *et al.*, 2023; Sivashanker *et al.*, 2020).

Suggestions de personnes réfugiées, demandeuses d'asile ou sans statut pour améliorer l'accès aux soins de santé et aux services sociaux

Offrir des activités d'information aux personnes ayant des statuts précaires sur le fonctionnement du système de santé québécois et les principaux établissements de santé dans la Capitale-Nationale.

Suggestions d'informeur(-trice)s clés pour faciliter l'accès aux soins de santé et services sociaux

Pour le **palier régional**

Inciter les établissements privés de santé, pharmacies et cliniques dentaires à s'inscrire au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) afin qu'il y ait une plus grande accessibilité géographique aux services de santé dans la Capitale-Nationale pour les personnes demandeuses d'asile.

Mettre en place des mesures d'accompagnements spécialisés, notamment des couloirs d'accès spécifiques aux services de santé afin que les personnes réfugiées réinstallées depuis plus d'une année, les personnes demandeuses d'asile et d'autres groupes marginalisés issus des communautés culturelles aient plus facilement accès au réseau de la santé.

Consolider les mesures en place pour que les réfugié(e)s demeurent affilié(e)s au système de santé et de services sociaux lorsqu'ils ne sont plus pris en charge par la Clinique santé des réfugiés : accès aux transports, interprétariat au moment de la prise de rendez-vous et pendant le suivi, etc.

Intégrer l'approche de sécurisation culturelle dans tous les services de santé de la Capitale-Nationale.

Offrir de la formation au personnel d'accueil des services de santé sur les préjugés.

Sortir des approches théoriques pour sensibiliser les futurs professionnel(le)s du secteur de la santé et des services sociaux aux enjeux interculturels dans les relations de soins. Les inciter à réaliser des stages auprès des communautés culturelles afin de développer leur sensibilité culturelle.

Mettre en place un fonds d'urgence dans la Capitale-Nationale pour débourser les coûts de santé des personnes migrantes en situation de grande précarité économique.

Mettre en place des cadres pour l'intervention qui demeurent flexibles et adaptables à différentes trajectoires et aussi aux contextes locaux d'intervention.

Tous ces modèles invitent les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux à identifier les différents obstacles à l'accès aux soins et à la qualité des soins pour mieux intervenir sur les disparités d'accès aux soins (Gagnon *et al.,* 2022; Wilson-Mitchell et Rummens, 2013; Bennett et Burton, 2012). Parmi les différents obstacles, notons quelques-uns :

Les obstacles de nature juridique

Dans le contexte des personnes migrantes, cet aspect prend une dimension particulière. Si notre régime d'assurance maladie repose sur les cinq principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé adoptée en 1984, soit la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, l'accessibilité et la transférabilité, le principe d'universalité ne protège pas toutes les personnes qui résident au Canada. L'universalité concerne uniquement les personnes inscrites au régime d'assurance maladie. Or, plusieurs personnes migrantes à statut précaire ne sont pas couvertes par le régime d'assurance maladie du Québec ou le Programme fédéral de santé intérimaire du gouvernement fédéral. Autrement dit, plusieurs personnes qui vivent, étudient et travaillent dans notre société n'ont tout simplement pas accès gratuitement aux soins de santé et aux services sociaux. Or, dénier l'accès aux soins de santé pour toute personne en besoin est une atteinte au droit à la santé. À cet effet, l'OMS prône la mise en place de systèmes de santé inclusifs, appelle à considérer les réfugié(e)s et les migrant(e)s comme partie intégrante d'une société prospère et plaide pour que les personnes sans statut puissent avoir accès en toute sécurité aux soins de santé requis (OMS, 2022).

Le personnel du réseau de la santé et des services sociaux devrait être davantage informé du mythe qui prévaut sur l'universalité des soins de santé au Canada (Gagnon *et al.*, 2022; Ruiz-Casares *et al.*, 2013) et formé aux droits à la santé et aux droits humains (Gagnon *et al.*, 2022; Ruiz-Casares *et al.*, 2013 et 2010) pour qu'il puisse s'engager dans un plaidoyer au regard du droit à la santé (Marks, 2013 cité dans Gagnon *et al.*, 2022).

Les obstacles de nature économique

Les obstacles peuvent être de nature économique directe lorsque le service n'est pas couvert ou est couvert en partie par le régime d'assurance maladie du Québec (ex. : médicaments, soins dentaires et oculaires, traitements de physiothérapie, psychologue, etc.) ou indirecte lorsqu'il est question des coûts liés notamment au transport, à la garde des enfants ou au non-paiement de journées de congé prises pour les rendez-vous.

Ces obstacles sont majeurs pour plusieurs personnes réfugiées et personnes migrantes à statut précaire en raison notamment de l'absence ou d'une couverture partielle aux soins de santé et d'une situation financière précaire. Une étude auprès de personnes sans assurance maladie à Montréal, publiée en 2018, a montré que des obstacles importants concernent leur prise en charge dans le réseau de la santé et des services sociaux liés au manque d'assurance maladie et aux coûts directs des soins alors que plusieurs vivent en situation de pauvreté (Fatimata, 2018).

Les obstacles de nature organisationnelle et administrative

Certains obstacles peuvent être d'ordre organisationnel lorsqu'ils se rapportent par exemple aux délais d'attente, au manque de services, au manque d'informations sur les services, au manque de coordination et de continuité des services ou au manque d'interprètes.

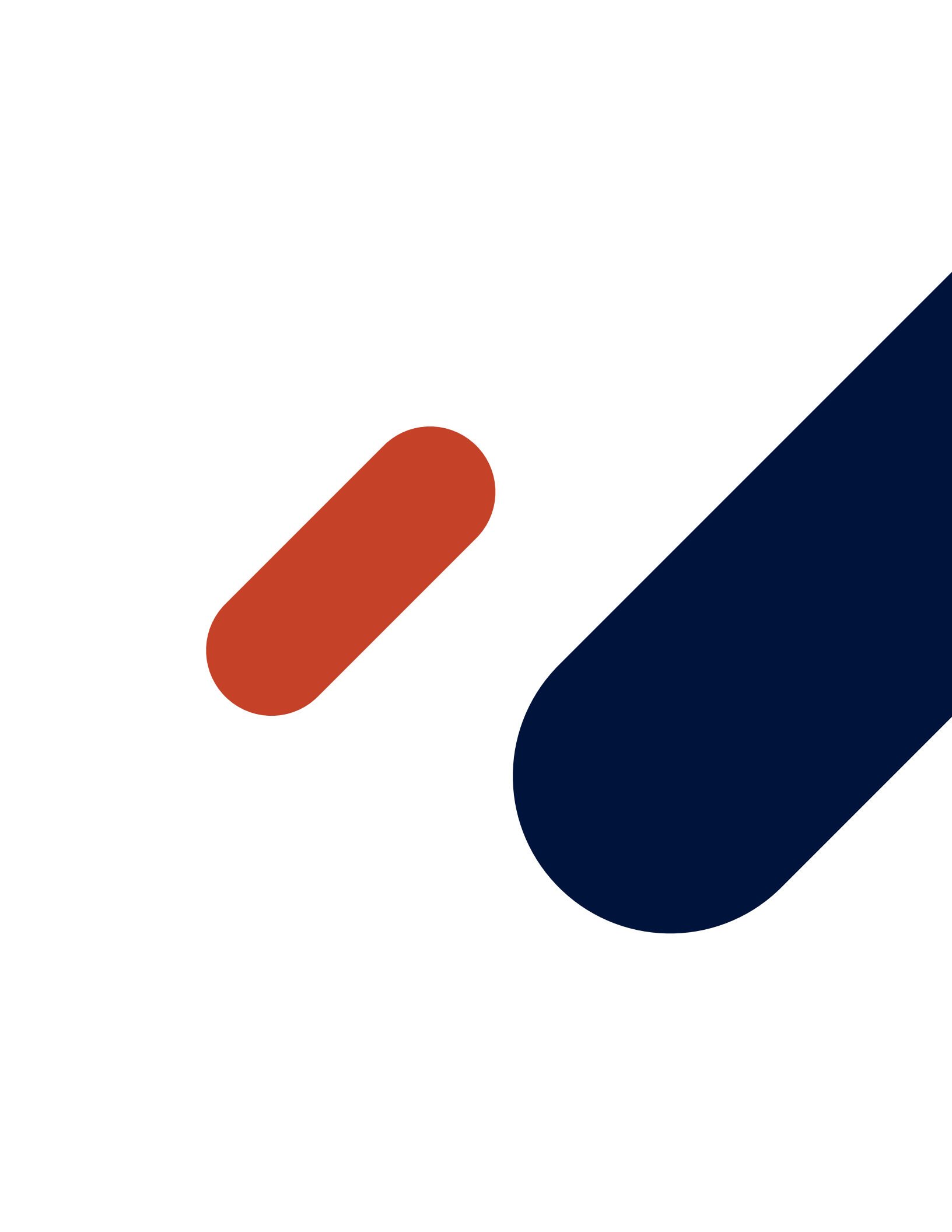
Ces obstacles sont importants pour les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire. De longs délais d'attente, de prise en charge et de diagnostic ainsi que la non-continuité des soins ont été relevés comme des obstacles importants pour des personnes migrantes sans assurance à Montréal réduisant ainsi la pertinence des soins. Le recours facile à des interprètes, l'emploi de personnes assignées spécifiquement pour aider les personnes à naviguer dans le système de santé et des services sociaux, des informations disponibles sur l'éligibilité des migrants à statut précaire aux soins de santé et services sociaux ainsi que des services disponibles sont notamment proposés (Chen YYB, 2012).

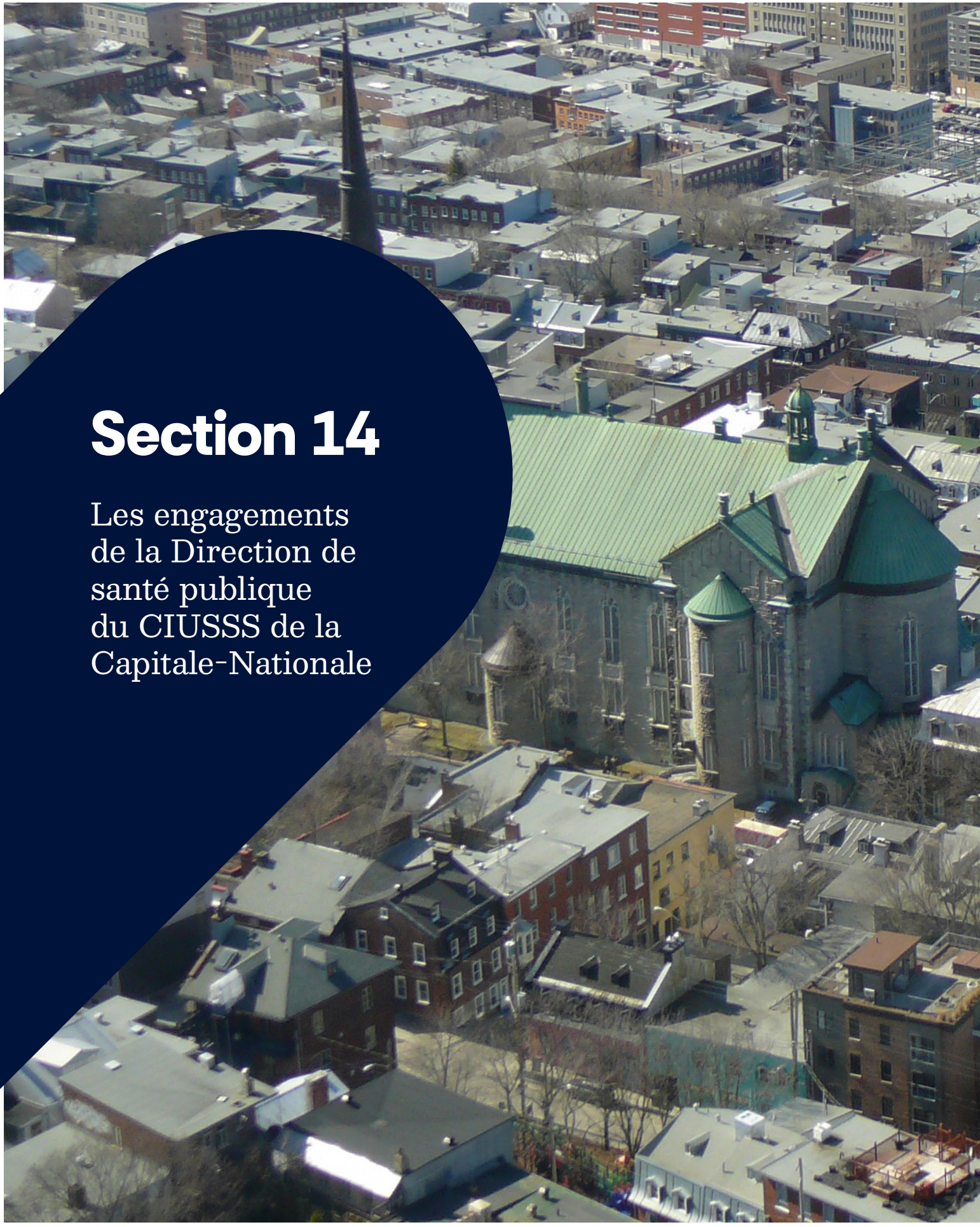
Les obstacles de nature discriminatoire

Les obstacles liés à la culture, aux valeurs, aux normes et aux pratiques du système de santé et des services sociaux et du personnel doivent être retirés, pour assurer un accès non discriminatoire aux soins de santé à toute personne indépendamment de sa nationalité, son origine ethnique, sa langue, son genre, etc.

Concernant la qualité des soins de santé et des services sociaux, faire en sorte que les systèmes de santé et les soignant(e)s développent une sensibilité aux besoins des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire (OMS, 2022), connaissent certaines de leurs spécificités (OMS, 2022) et comprennent les contextes difficiles dans lesquels plusieurs de ces personnes naviguent est proposé (Hanley *et al.*, 2014).

En somme, la mise en place de systèmes de santé publique inclusifs et réactifs sensibles aux besoins des personnes réfugiées et migrantes en les considérant comme faisant partie intégrante de notre société est impératif (OMS, 2022).





Section 14

Les engagements de la Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale

Photo : SAAI

La direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale souhaite préciser sa contribution aux efforts régionaux pour améliorer la santé des personnes réfugiées et des personnes migrantes à statut précaire dans une perspective d'équité en santé. Ainsi, elle s'engage à :

- Surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants :
  - Mener une réflexion sur les possibilités d'intégrer des variables de croisement permettant de mieux documenter les écarts de santé en fonction des statuts migratoires dans les bases de données existantes.
- Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes-promotion de la santé – protection de la santé :
  - Analyser et ajuster les programmes et les services de santé publique pour assurer la prise en compte des besoins des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.
  - Intégrer la notion d'équité raciale en santé dans les processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes et des services de santé publique.
  - Soutenir les décideur(-euse)s dans les prises de décisions et dans l'organisation de services adaptés aux personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.
  - Promouvoir et accroitre les approches qui reposent sur la participation citoyenne et le pouvoir d'agir des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des services en santé publique.
- Promotion de la santé :
  - Informer et sensibiliser la population, le réseau de la santé et des services sociaux, les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels sur les déterminants de la santé et les besoins des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire ainsi que sur les actions pouvant être menées dans une perspective d'équité en santé.
  - Soutenir des actions communautaires susceptibles d'améliorer la santé des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.
  - Renforcer les concertations intersectorielles permettant d'agir sur les déterminants de la santé des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.
  - S'enquérir de la présence de partenaires œuvrant sur l'équité raciale dans la région et développer des collaborations.
- Recherche et innovation :
  - Appuyer les études et les recherches sur l'état de santé, ses déterminants et les inégalités sociales de santé des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.
- Règlementations, législation et politiques publiques :
  - Soutenir l'analyse, l'élaboration et l'adoption de politiques publiques qui agissent en faveur de l'équité en santé pour les personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.
  - Développer la capacité de recourir à des approches critiques, décolonisatrices et antiracistes dans les processus d'analyse et d'élaboration des politiques et d'instaurer des mécanismes d'évaluation de l'équité raciale (comme recommandé par le CCNDS).
- Développement et maintien des compétences :
  - Développer le soutien et l'accompagnement de professionnel(le)s en santé publique, du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et des partenaires intersectoriels au regard de la santé, des inégalités sociales de santé et de l'accès aux soins de santé et services sociaux des personnes réfugiées et migrantes à statut précaire.
  - Sensibiliser et former les professionnel(le)s de santé publique sur les approches critiques, décolonisatrices et antiracistes dans une perspective d'équité en santé.

Conclusion

Ce rapport permet de mieux comprendre comment l'expérience de migration, le statut migratoire et les conditions de vie des réfugié(e)s et des migrant(e)s à statut précaire influencent l'état de santé de ces personnes. Si plusieurs personnes réfugiées et migrantes à statut précaire sont en bonne santé, force est de constater que le contexte de vie dans leur pays d'origine, dans les pays de transit, dans les camps de réfugié(e)s, au cours de leur parcours migratoire et au Québec rend davantage susceptible la survenue de problèmes de santé physique et mentale.

Ce rapport met en lumière les conditions de vie précaires pour plusieurs personnes réfugiées et migrantes ainsi que le cumul de privations susceptibles d'avoir des effets délétères sur leur santé. Ce document montre que ces personnes ne trouvent pas toujours les réponses adéquates à leurs besoins et que les offres de services en place ne semblent pas toujours adaptées à leurs réalités ou peuvent parfois même sembler inexistantes.

Les travaux entourant cette démarche rappellent que les processus d'exclusion sociale positionnent certains groupes au bas de l'échelle sociale et que tous et toutes ne disposent pas des mêmes droits et des mêmes protections.

Le statut migratoire s'avère un déterminant majeur de la position sociale. Il influence les conditions de vie matérielles et sociales et il a des effets sur la santé. À cet effet, les témoignages recueillis montrent bien combien les personnes demandeuses d'asile vivent, en quelque sorte, en suspens. Les personnes sans statut, quant à elles, vivent en marge de la société.

À travers l'étude réalisée, il est possible de constater que le principe d'universalité de notre système de santé et des services sociaux pourrait ne pas s'appliquer, à l'heure actuelle, à tous les groupes d'individus. Que certaines personnes de notre société qui y vivent, y étudient et y travaillent n'auraient pas accès à des soins. Des personnes qui sont arrivées pour la grande majorité de manière légale et n'ont pas pu renouveler leur statut pour diverses raisons. Certaines en raison d'un contexte d'abus et de violence de leur entourage familial.

Ce rapport est un appel pour une société solidaire. Pour une société qui s'engage dans la réduction des inégalités sociales de santé. Pour une société qui s'interroge et qui agit positivement sur le droit à la santé et sur les droits humains. Pour une société qui considère les personnes réfugiées, demandeuses d'asile et sans statut qui vivent au Québec comme partie intégrante de notre société.

Ce rapport est un appel à l'action.

Références

Abalovi, K.-M. (2021). *Étude des difficultés d'accès aux services de santé pour les requérants du statut de réfugié à Montréal et dans l'agglomération de Longueuil*. Université de Montréal. https://accesss.net/wp-content/uploads/2023/03/Difficultes-dacces-requerants-PFSI.pdf

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines, 38 p. http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/Quebec/2896160124.pdf

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. (2006). *L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale : Bilan 2002-2005 et Plan d'action régional 2006-2009*. Direction de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines, p. 88. http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/2896160159.pdf

Amar, M., Roberge, G., Gélineau, L., Leanza, Y. et LaRue, A. (2009). *Rapport de recherche-évaluation : les travailleurs agricoles migrants mexicains et guatémaltèques de l'Île d'Orléans : portrait des besoins de santé, de l'accessibilité et des trajectoires d'utilisation des services de santé*. Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. http://s3.amazonaws.com/migrants_heroku_production/datas/1480/Amar__M._et_als__Mai_2009__80_p._original.pdf?1394117783

Amnistie internationale. (s. d.). *Qu'est-ce qu'un demandeur d'asile ?* https://www.amnesty.fr/focus/droit-asile#:~:text=Un%20demandeur%20d%27asile%20est,pour%20y%20demander%20l%27asile

Anderson, L., Snow, D. A. (2001). L'exclusion sociale et le soi : une perspective d'interactionnisme symbolique. *Sociologie et sociétés*, 33(2), 13-27. https://id.erudit.org/iderudit/008309ar

Arnstein, S. R. (1969) A ladder of citizen participation. *American Institute of Planners Journal*, 216-224.

Arsenault, S. (2003). La séparation et réunification familiales de dix femmes réfugiées congolaises. *Service social*, 50(1), 122-144. https://id.erudit.org/006924ar

ASPC – Agence de la santé publique du Canada. (2019, 27 novembre). *Déterminants de la santé et populations immigrantes*. [Diapositives]. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/jasp/archives/2019/jasp2019_sante_immigrants_marie_desmeules.pdf

ASPC – Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Huit études de cas illustrant l'approche de développement de communautés saines et durables expérimentés au Québec*. Ottawa, 41 p.

ASPC – Agence de la santé publique du Canada (2008). *Rapport sur l'état de la santé publique du Canada. S'attaquer aux inégalités en santé*. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de santé publique au Canada. Winnipeg, gouvernement du Canada, 108 p.

ASPC – Agence de la santé publique du Canada. (2007). *Compétences essentielles en santé publique du Canada (version 1.0) : Amélioration des compétences en santé publique*. Agence de la santé publique du Canada, 31 p. https://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf

ASPQ – Association pour la santé publique du Québec. (2022). *Impacts de la pandémie de la COVID-19 sur la santé et la qualité de vie des personnes immigrantes du Québec*, 58 p. https://aspq.org/app/uploads/2022/02/2022_immigrants-et-covid_vf.pdf?fbclid=IwAR3DtUvrWaeDJ94ecd-t550wYFZpAkNZW7l3x9Am6mUdwFARJwi6iqqIZXc

Becklumb, P. (2008). *L'immigration : l'accord Canada-Québec :* Service d'information et de recherche parlementaires. Bibliothèque du parlement. Québec. https://books.google.ca/books?id= 5VonDwAAQBAJ&pg =PT1074&lpg =PT1074&dq=Becklumb,+P.+(2008).+L%27immigration:+l%27accord+CanadaQu%C3%A9bec.+:+Gouvernement

Beiser, M. et Hou, F. (2016). Mental health effects of premigration trauma and postmigration discrimination on refugee youth in Canada. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(6), 464-470. https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2016/06000/mental_health_effects_of_premigration_trauma_and.8.aspx

Belfares, L. (2023). *Portrait de l'immigration dans la Capitale-Nationale 2019-2023*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 20 p.

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*.

Bennett, N. et Burton, N. (2012). Midwives responding to the needs of uninsured clients : old order and new immigrant women in midwifery care. *Canadian Journal Midwifery Research and Practice*, 11(3), 8-17.

Berinstein, C., McDonald, J., Nyers, P., Wright, C. et Zerehi, S. Z. (2006). *"Access Not Fear" : Non-Status Immigrants and City Services.* Rapport préliminaire, p. 19. https://we.riseup.net/assets/17034/Access%20Not%20Fear%20Report%20(Feb%202006).pdf

Bernhard, J. K., Goldring, L., Young, J., Berinstein, C. et Wilson, B. (2007). Living with precarious legal status in Canada : Implications for the well-being of children and families. *Refuge Canada's journal on refuge*, 24(2), 101-114. https://doi.org/10.25071/1920-7336.21388

Bissonnette, A. (2018). Une faible littératie influence l'emploi et la santé des immigrants au Québec. *Psycause : Revue étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 8(1), 9-18. https://doi.org/10.51656/psycause.v8i1.10109

Bolaria, B. S. et Bolaria, R. (1994). Immigrant status and health status : Women and racial minority immigrant workers. *Racial minorities, medicine and health*, 149-168.

Borges Martins, L., Arsenault, S., Langlois, L., Boeira Lodetti, M., Fortin, M.-E., Robert, G., Hamel-Genest et V. (2022). Rapport de recherche. La santé mentale des personnes réfugiées et à statut précaire face à la pandémie de COVID-19 – Dépistage, prévention et modalités d'intervention adaptées aux situations de crises, *Édiqscope*, (16), 73 p. EDIQSCOPE_rapport_2022.pdf (ulaval.ca)

Bouchard-Bastien, E., Gagné, D. et Brisson, G. (2013). *Guide de soutien destiné au réseau de la santé: l'évaluation des impacts sociaux en environnement.* Institut national de santé publique du Québec.

Bourbeau, A. (2001). Plus que parfaites: un siècle de services domestiques à Montréal. *Cap-aux-Diamants*, (66), 64-65. https://id.erudit.org/iderudit/8313ac

Brabant, Z. et Raynault, M.-F. (2012). Health situation of migrants with precarious status : Review of the Literature and Implications for the Canadian context-Part A. *Social work in public health*, 27(4), 330–344. https://doi.org/10.1080/19371918.2011.592076

Braud, P. (2003). Violence symbolique et mal-être identitaire. *Raisons politiques*, 1, (9), 33-47.

Brandon-Chen, Y. Y. (2017). The future of precarious status migrants' right to health care in Canada. *Alberta Law Review*. 2017, 54(3), 649–64.

Braveman, P. et Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(4), 254-258. http://doi.org/10.1136/jech.57.4.254

Calvo, R. (2016). Health literacy and quality of care among Latino immigrants in the United States. *Health & Social Work*, 41(1), 44–51. https://doi.org/10.1093/hsw/hlv076

Castro Zavala, S. (2013). Politiques d'immigration : femmes et violence conjugale dans le contexte québécois. *Alterstice*, 3(2), 97-109. https://id.erudit.org/iderudit/1077524ar

CCNDS – Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2023). *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en.* Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier.

CCNDS – Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2022). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*. Montréal (Qc) : RÉFIPS; Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier.

CCNDS – Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2021). *Agir en santé publique pour démanteler la blanchité : une liste de lectures essentielles*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier.

CCNDS – Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2020). *La blanchité et l'équité en santé : Parlons-en*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

CCNDS – Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2017). *Le racisme et l'équité en santé : Parlons-en*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier. ISBN : 978-1-989241-05-9

CCNDS – Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Le Centre de collaboration nationale des politiques publiques. (2016). *La santé publique a la parole : intersectionnalité et équité en santé*. Antigonish (N.-É.) et Montréal (QC) https://nccdh.ca/fr/resources/entry/public-health-speaks-intersectionality-and-health-equity

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada. (2023). *Future Search : Agir pour contrer la suprématie blanche et le racisme dans les systèmes de santé publique. Rapport de l'atelier*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale. (2020, mars). *Profils de recensement 2016 dans la Capitale-Nationale* [PowerPoint]. Immigrants dans la Capitale-Nationale. Québec, Direction de santé publique. www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-De-L'Île-De-Montréal. (2022). *Au sujet des demandeurs d'asile*. https://www.ciussscentreouest.ca/programmes-et-services/praida-programme-regional-daccueil-et-dintegration-des-demandeurs-dasile/au-sujet-des-demandeurs-dasile/

CEPE – Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale (2016) *Faire plus, Faire mieux : Un virage nécessaire.* Mémoire du Comité de direction du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale dans le cadre des consultations publiques pour le troisième plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Québec : MSSS.

Chicha, M.-T., Asselin, V. et Racine, É. (2022). *La régionalisation de l'immigration au Québec : Enjeux, portée et limites des politiques et des programmes.* Comité Consultatif Personnes Immigrantes. http://ccpi-quebec.ca/wp-content/uploads/2022/11/octobre-2022-regionalisation_fmp_final.pdf

CIC – Citoyenneté et Immigration Canada. (2014). *Réfugiés pris en charge par le gouvernement, réinstallation des réfugiés au Canada*. Gouvernement du Canada. https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-exterieur-canada/programme-refugies-pris-charge-gouvernement.html

CISR – Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (2018). *Statistiques sur les contrôles des motifs de détention.* CISR. https://irb-cisr.gc.ca/fr/statistiques/controle-detention/Pages/index.aspx

Clark, E., Cranston, E., Polin, T., Ndumbe-Eyoh, S., MacDonald, D., Betker, C. et Dobbins, M. (2022). Structural interventions that affect racial inequities and their impact on population health outcomes : a systematic review. *BMC Public Health.* https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1769321/v1

Cleveland, J., Hanley, J., Salamanca Cardona, M., Turcotte-Plamondon, M., Wolofsky, T., Leloup, X., Merry, L. et Rose, D. (2021). *Le parcours d'installation des demandeurs d'asile au québec.* Institut universitaire SHERPA. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2021/11/installation_demandeurs_asile_Cleveland_Hanley.pdf.

Cleveland, J., Hanley, J., Jaimes, A. et Wolofsky, T. (2020). *Impacts de la crise de la COVID-19 sur les « communautés culturelles » montréalaises. Enquête sur les facteurs socioculturels et structurels affectant les groupes vulnérables.* Institut universitaire SHERPA. impact_covid19_communautes_culturelles.pdf (sherpa-recherche.com)

Cleveland, J., Dionne-Boivin, V. et Rousseau, C. (2013). L'expérience des demandeurs d'asile détenus au Canada. *Criminologie*, 46(1), 107-129. https://www.erudit.org/fr/revues/crimino/2013-v46-n1-crimino0551/1015295ar/

Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada. (2023). *Demandes d'asile présentées par pays présentées comme pays de persécution.* https://www.irbcisr.gc.ca/fr/statistiques/asile/Pages/SPRStat2022.aspx

Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada. (2022). *Section de la protection des réfugiés.* https://www.irb-cisr.gc.ca/fr/statistiques/asile/Pages/SPRStat2022.aspx

Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada. (2018). *Statistiques sur les contrôles des motifs de détention.* https://irb-cisr.gc.ca/fr/statistiques/controle-detention/Pages/index.aspx

Conseil canadien des déterminants de la santé. (2015). *Examens des cadres relatifs aux déterminants de la santé.* ISBN – 978-0-9937151, 7-4, 80 p.

Conseil immigration canadien. (2014). *Individus sans statut légal.* https://www.immigration-tocanada.com/immigration-audiences-appels/individus-sans-status-legal.php

Correa-Velez, I., Gifford, S. M. et McMichael, C. (2015). The persistence of predictors of wellbeing among refugee youth eight years after resettlement in Melbourne, Australia. *Social Science & Medicine*, 142, 163-168. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.08.017

Correa-Velez, I., Spaaij, R. et Upham, S. (2013). "We Are Not Here to Claim Better Services Than Any Other" : Social Exclusion among Men from Refugee Backgrounds in Urban and Regional Australia. *Journal of Refugee Studies*, 26(2), 163-186. https://doi.org/10.1093/jrs/fes003

Cousineau, M.-M., Flynn, C., Marchand, I., Côté, P.-B., Fernet, M., Caron, R., Damant, D. et Lapierre, S. (2021). *Violence faite aux femmes de la part de partenaires intimes et itinérance : mieux comprendre pour intervenir de façon concertée.* Fonds de recherche du Québec.

Costa, D. (2007). Health care of refugee women. *Australian Family Physician*, 36(3), 151-154.

Crammond, B. R. et Carey, G. (2017). What do we mean by "structure' when we talk about structural influences on the social determinants of health inequalities ? *Social Theory and Health, 15*(1), 84 98. https://doi.org/10.1057/s41285-016-0020-3

CSDH – Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health.* Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organisation, 2008, 250 p.

CSDH – Commission on Social Determinants of Health. (2007). *A Conceptuel Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2007, 77 p.

Cymbal, W. et Bujnowski, S. (2010). A Quantitative Snapshot. *Health Policy Research Bulletin*, (17), 7-11. https://books.google.ca/books?id=cxWlDQAAQBAJ&pg=PA88&lpg=PA88&dq=Cymbal,+W.+et+Bujnowski,+S.+(2010).+A+Quantitative+Snapshot.+Health+Policy+Research+Bulletin

Dahlgren G. et Whitehead M. (1991). *Policies and Strategies to promote social equity in health*, Institute of Futures Studies, p. 69. https://core.ac.uk/dowload/pdf/6472456.pdf

Da Lomba, S. (2010) Immigration status and basic social human rights : a comparative study of irregular migrants' right to health care in France, the UK, and Canada. *Netherlands Quarterly of Human Rights,* 2010, 28(1), 6–40.

Davidson, G. R. et Carr, S. C. (2010). Forced Migration, Social Exclusion and Poverty : Introduction. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 4(1), 1-6. https://psycnet.apa.org/doi/10.1375/prp.4.1.1

Davys, D. et Tickle, E. (2008). Social inclusion and valued roles : A supportive framework. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 15(8), 358-363. http://dx.doi.org/10.12968/ijtr.2008.15.8.30820

De Maio, F. G. et Kemp, E. (2010). The deterioration of health status among immigrants to Canada. *Global Public Health*, 5(5), 462-478. https://doi.org/10.1080/17441690902942480

Dhooper, S. S. et Tran, T. V. (1998). Understanding and responding to the health and mental health needs of Asian refugees. *Social Work Health Care*, 27(4), 65-82. Doi : 10.1300/J010v27n04_05.

Dunn, J. R. et Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population : results from the National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1573-1593. https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S0277-9536(00)00053-8

Éducaloi. (2022). *Les statuts d'immigration et les* mesures sociales. guide_immigration.pdf (educaloi.qc.ca)

El-Bialy, R. et Mulay, S. (2015). Two sides of the same coin : Factors that support and challenge the wellbeing of refugees resettled in a small urban center. *Health & Place*, 35, 52-59. Doi : 10.1016/j.healthplace.2015.06.009.

ESPUM et ACCÉSSS. (2021). *Difficulté d'accès aux services de santé et services sociaux selon les statuts migratoires*. https://accesss.net/wp-content/uploads/2021/01/Statuts-migratoires-COVID.pdf

Faria, K. et Kyle, D. K. (2015). Invisible Lives and Hidden Realities of Undocumented Youth. *Refuge : Canada's Journal on Refugees*, 31(2). https://refuge.journals.yorku.ca/index.php/refuge/article/view/40310/36352

Francis, J. (2010). Poor Housing Outcomes among African Refugees in Metro Vancouver. *Canadian Issues*, p. 59.

Fraser, N. (1998). Penser la justice sociale : entre redistribution et revendications identitaires. *Politique et Sociétés*, 17(3), 9-36. https://doi.org/10.7202/040127ar

Gagnon, E., Pelchat, Y, Clément M. et Saillant F., (2009). *Exclusions et inégalités sociales. Enjeux et défis de l'intervention publique*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 168.

Gagnon, M., Kansal, N., Goel, R. et Gastaldo, D. (2022). Immigration Status as the Foundational Determinant of Health for People Without Status in Canada : A Scoping Review, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24 :1029–1044.

Gagnon, S. (2017). La femme-marchandise. *Relations* (789), 23-25. https://www.erudit.org/fr/revues/rel/2017-n789-rel02975/84969ac/

Gaudet, S., Clément, R. et Deuzeman, K. (2005). Tracas quotidiens, identité ethnique et adaptation psychologique chez les Libano-Canadiens. *Revue internationale de psychologie,* 40 (3), 157 168. https://doi.org/10.1080/00207590444000267

Girard, A., Boucher, V. G. et Sercia, P. (2016). Les pratiques de recherche d'informations en matière de santé (PRIMS) chez des immigrants de première génération dans la région de Montréal. L'incidence du type d'acculturation, du niveau de scolarité et du temps écoulé depuis l'immigration. *Canadian Psychological Association*, 57, 274-283. https://doi.org/10.1037/cap0000071

Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Les Éditions de Minuit.

Goldring, L., Berinstein, C. et Bernhard, J. (2009). Institutionalizing precarious migratory status in Canada. *Citizenship studies*, 13(3), 239-265. http://hdl.handle.net/10315/10022

Gouvernement du Canada. (2021). *Que se passe-t-il lorsqu'une personne demande l'asile au Canada ?* https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/nouvelles/2017/03/que_se_passe_t_illorsquunepersonnedemandelasileaucanada.html

Gouvernement du Canada. (2017). *Entente entre le Canada et les États-Unis sur les tiers pays sûrs*. https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/mandat/politiques-directives-operationnelles-ententes-accords/ententes/entente-tiers-pays-surs.html

Gouvernement du Canada. (2017). *Bienvenue aux réfugiés : contrôle de sécurité et examen médical*. https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/bienvenue-refugies-syrien.html

Gravel, S. et Battaglini, A. (2000). *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste*. Régie régionale de la santé et des services Sociaux de Montréal-Centre, p. 246. www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/santecom/35567000068673.pdf

Grisales, N., Arsenault, S. et Guilbert, L. (2016). Les réfugiés, les défis rencontrés et les services offerts dans la région de Québec de 2006 à 2015. *Être soi avec l'autre*, 3(2), 37.

Grove, N. J. et Zwi, A. B. (2006). Our health and theirs : forced migration, othering, and public health. *Social Science & Medicine*, 62(8), 1931-1942. Doi : 10.1016/j.socscimed.2005.08.061.

Guilbert, L. (2003). Médiation citoyenne interculturelle. *L'accueil des réfugiés dans la région de Québec*. La culture d'expression française en Amérique du Nord, 199-222. https://www.erudit.org/fr/livres/culture-francaise-damerique/mediation-francophonie-interculturelle/000657co.pdf

Gushulak, B. (2010). Migration Health for the 21st Century. *Health Policy Research Bulletin*, 17, 45-46.

Hanley, J., Gravel. S., Lippel, K. et Koo J-H. (2014) Pathways to healthcare for migrant workers : How can health entitlement influence occupational health trajectories ? Pistes – *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*, 16(2), 1–21.

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C. et Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities, *American Journal of Public Health*, 103(5), 813-821.

HCR – Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2023). *Global Trend report : Forced displacement in 2022*, p. 48. https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022

HCR – Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2023*). Qu'est-ce que la réinstallation des réfugiés ?* https://www.unhcr.ca/fr/au-canada/le-role-du-hcr-reinstallation/quest-ce-que-reinstallation-refugies/.

HCR – Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2019). *Ce qu'il faut savoir des passages irréguliers à la frontière*. https://www.unhcr.ca/wp-content/uploads/2019/09/ce-quil-faut-savoir-des-passages-irreguliers-a-la-frontiere-Aug2019-fr.pdf

HCR – Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2018). *Global Trends : Forced displacement in 2018*. https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf

HCR – Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2014). *Protéger les réfugiés : le rôle du HCR*. Service de l'information et des relations avec les médias, Genève, Suisse, 32 p. [En ligne]. https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/4b14f4b12.pdf

HCR – Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2013). Déplacement : le nouveau défi du XXIe siècle. Dans Tendances migratoires. Agence des Nations Unies pour les réfugiés, Genève, Suisse.

Heller, J. C., Fleming, P. J., Petteway, R. J., Givens, M. et Pollack Porter, K. M. (2023). Power up : A call for public health to recognize, analyze, and shift the balance in power relations to advance health and racial equity. *American Journal of Public Health*. Prépublication. https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307380

Honneth, A. (2002). Reconnaissance et justice. *Le passant ordinaire*, vol 38 (9).

Hyman, I. et Jackson, B. (2010). The Healthy Immigrant Effect : A Temporary Phenomenon ? *Health Policy Research Bulletin*, (17), 17-21.

Hyppolite, S.-R. (2012) *Comprendre et agir autrement : pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*. Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 161 p.

Hyppolite, S.-R., Parent, S. et Bourque, D. (2020) *Stratégies d'action communautaire*, chapitre 7 dans Breton, E., Jabot, F., Pommier, J., Sherlaw, W., La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone. Presses de l'EHESP.

IRCC – Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2023). *Statistiques et données ouvertes, Gouvernement du Canada*. https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/rapports-statistiques/statistiques-donnees-ouvertes.html

IRCC – Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2017). *Demandeurs d'asile – Mises à jour mensuelles d'IRCC* – Canada-Demandeurs d'asile selon les principaux vingt-cinq pays de citoyenneté (classement 2017), la province/le territoire où la demande a été reçue et l'année à laquelle la demande a été reçue, 2016, Gouvernement du Canada. https://ouvert.canada.ca/data/fr/dataset/b6cbcf4d-f763-4924-a2fb-8cc4a06e3de4

ISQ – Institut de la statistique du Québec. (2024). *Le bilan démographique du Québec.* Édition 2024, [En ligne], Québec, L'Institut, 104 p. Statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2024.pdf

ISQ – Institut de la statistique du Québec. (2023). *Le bilan démographique du Québec (*Édition 2023), p. 113. Statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2023.pdf

ISQ – Institut de la statistique du Québec. (2015). *Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques : des clefs pour relever les défis du XXIe siècle.* Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA). Gouvernement du Québec https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/competences-en-litteratie-en-numeratie-et-en-resolution-problemes-dans-environnements-technologiques-clefs-pour-relever-defis-xxie-siecle.pdf

Jackson, Y., Courvoisier, D. S., Duvoisin, A., Ferro-Luzzi, G., Bodenmann, P., Chauvin, P., Guessous, I., Wolff, H., Cullati, S. et Burton-Jeangros, C. (2019). Impact of legal status change on undocumented migrants' health and well-being (Parchemins) : protocol of a 4-year, prospective, mixed-methods study. *BMJ Open*, 9(5). http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028336

Jimenez, M. (2003). 200,000 illegal immigrants toiling in Canada's underground economy. *The Globe and Mail*, http://www.karas.ca/press/200000_illegal_immigrants_toiling_in_canadas_underground_economy.pdf

Joshi, C., Russell, G., Cheng, I.-H., Kay, M., Pottie, K., Alston, M. et Harris, M. F. (2013). A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *International journal for equity in health*. Doi : 10.1186/1475-9276-12-88.

Kawachi, I., Subramanian, S. V. et Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 647-652.

Khanlou, N. (2010). Migrant mental health in Canada. *Canadian Issues*, 9-16.

Kupferschmidt, K. (2016). Refugee crisis brings new health challenges. *Science*, 352(6284), 391-392.

Lacroix, M. (2004). Les demandeurs d'asile au Canada : quelques enjeux pour la pratique du travail social. *Service social*, 51(1) 45-59. Doi : 10.7202/012711ar.

Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (dir.). (2018). *Rapport québécois sur la violence et la santé*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 367 p.

Lamoureux, H., Lavoie, J., Mayer, R. et Panet-Raymond, J. (2008). *La pratique de l'action communautaire*, seconde édition, Québec, Presses de l'Université du Québec

Lamoureux, J. (2004). On est des entêté(e)s. Pensez pas nous épuiser, *Lien social et Politiques*, 51, 29-38.

Langlois, E. V., Haines, A., Tomson, G. et Ghaffar, A. (2016). Refugees : towards better access to health-care services. *The Lancet*, 387 (10016), 319-321.
Doi :10.1016/s01406736(16)00101-x.

Laverack, G. et Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment : a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 16(2) , 179-185.

Le Gall, J., Pontbriand, A., Lapalme, A., Fiedrich Schutz, F., Leclair-Mallette, I.-S., Holtom, A., Hernandez, S., Maynard, S. et Ruiz-Casares, M. (2022). *Portrait de l'utilisation des services sociaux et de santé : perspectives des hommes immigrants*. SHERPA University Institute. https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2022/02/portrait_hommes_immigrants.pdf

Lessard, J.-P. et Echraf, A. (2009). *Portrait de la population immigrante de la ville de Québec*. Ville de Québec, Service des communications. Portrait de la population immigrante de la ville de Québec (akova.ca).

Lindert, J., Carta, M. G., Schafer, I. et Mollica, R. F. (2016). Refugees' mental health-A public mental health challenge. *European Journal of Public Health*. Doi :10.1093/eurpub/ckw010.

Ma, S., Agrawal, S. et Salhy, R. (2023). Distinguishing health equity and health care equity : A framework for measurement. *New England Journal of Medicine Catalyst*. https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.22.0442

Magalhaes, L., Carrasco, C. et Gastaldo, D. (2010). Undocumented migrants in Canada : a scope literature review on health, access to services, and working conditions. *Journal of Immigrants and Minority Health*, 12(1), 132-151. Doi :10.1007/s10903-009-9280-5.

Malmusi, D., Borrell, C. et Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities : showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1610-1619.

Maltin, S. A., Depoux, A., Schütte, S., Flahault, A. et Saso, L. (2018). Migrants' and Refugees' health : towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews,* 39(27). Doi : 10.1186/s40985-018-0104-9.

Marks, J. H. (2013). The undocumented unwell. *The Hastings Center Report*, 2013, 43(1), 10–1.

Marmot, M. et R-G. Wilkinson. (2006). *Social determinants of health*, Second Edition Oxford, Oxford University Press, 366 p.

Marmot, M. et R-G. Wilkinson. (1999). *Social determinants of health*, Oxford University Press, 33 p.

Mattatall, F. M. (2017). Uninsured maternity patients in Calgary : local trends and survey of health care workers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 39(11), 1015–20.

McKenzie, K., Hansson, E., Tuck, A., Lam, J., et Jackson, F. (2009). *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : Enjeux et options pour l'amélioration des services*. Calgary (Alberta) : Commission de la santé mentale du Canada.

McLaughlin, J. (2010). Determinants of Health of Migrants Farm Workers in Canada. *Health Policy Research Bulletin*, (17), 30-32.

MIDI – Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. (2023). *Consultation publique 2023. La planification de l'immigration au Québec pour la période 2024-2027*. Recueil de statistique. Gouvernement du Québec. ISBN 978-2-550-94434-8. https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/crc/mandats/Mandat-49371/index.html

MIDI – Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. (2021). *Banque de données sur la présence*. Direction de la recherche, de la statistique et de la veille. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/immigration/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Presence_Personnes_immigrantes_2021.pdf

MIDI – Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. (2018). Les demandeurs d'asile au Québec. https://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/

MIDI – Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. (2016). *Bulletin statistique sur l'immigration permanente au Québec, 4e trimestre et année 2015*. Rapport statistique trimestriel sur l'immigration. Direction de la planification, de la recherche et des statistiques. http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/BulletinStatistique-2015trimestre4-ImmigrationQuebec.pdf

MIFI – Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration. (2020). *2014-2019 : L'immigration temporaire au Québec*. Service de la recherche, de la statistique et de la veille. ISBN : 978-2-550-86429-5 https://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Portraits_Immigration_Temporaire_2014_2019.pdf

Mitchell, A. et Shillington, R. (2002). *Poverty, inequality and social inclusion*. Perspectives on social inclusion working paper series Laidlaw Foundation, 44 p. MitchellShillington Final (bsl.org.au)

Monpierre, O., Baudino, P., Rio-Rene, P., Maurice, S., Malvy, D. et Receveur, M. C. (2016). Global health of unaccompanied refugee minors in Gironde (France) between 2011 and 2013. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique,* 109(2), 99-106. Doi :10.1007/s13149-016-0476-3.

Munro, K., Jarvis, C., Kong, L. Y., D'Souza, V. et Graves, L. (2013). Perspectives of family physicians on the care of uninsured pregnant women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2013, 35(7), 599–605.

Murdie, R. (2010). Precarious beginnings : The housing situation of Canada's refugees. *Canadian Issues*, Montréal, 47 p.

Myhrvold, T. et Smastuen, M. C. (2019). Undocumented migrants' life situations : An exploratory analysis of quality of life and living conditions in a sample of undocumented migrants living in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 28(11-12), 2073-2087. https://doi.org/10.1111/jocn.14743

Nakache, D. (2013). Détention des demandeurs d'asile au Canada : des logiques pénales et administratives convergentes. *Criminologie*, 46(1), 83-105. https://ssrn.com/abstract=2507944

Nations Unies. (1948). *La déclaration universelle des droits de l'homme.* Assemblée générale des Nations unies dans sa résolution 217A (III).

Nestel, S. (2012). *Colour coded health care : The impact of race and racism on Canadians' health*. Toronto, Ontario : Institut Wellesley. Récupéré du site Web de l'Institut Wellesley. http://www.wellesleyinstitute.com/health-care/colour-coded-health-care-the-impact-of-race-and-racism-on-canadians-health/

Newbold, K. B. (2010). Linking immigrant settlement, health, housing and homelessness in Canada. *Canadian Issues*, p. 28.

Ninacs, W. A. (2002). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec* [Thèse de doctorat, Université Laval], p. 350. https://www.researchgate.net/profile/William-Ninacs/publication/34494366_Types_et_processus_d'empowerment_dans_les_initiatives_de_developpement_economique_communautaire_au_Quebec/links/5f7ca5c0299bf1b53e12fd18/Types-et-processus-dempowerment-dans-les-initiatives-de-developpement-economique-communautaire-au-Quebec.pdf

Observatoire des tout-petits. (2019). *Accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les tout-petits de familles migrantes*. Fondation Lucie et André Chagnon, p. 64. https://tout-petits.org/img/dossiers/migrant/Dossier-Acces-soins-migrants-complet.pdf

OIM – Organisation internationale pour les migrations. (2013). *Migrations internationales, santé et droits de l'homme*, p. 68. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublicationFR.pdf

OMS – Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Santé des réfugiés et des migrants*. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health

OMS – Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Rapport mondial sur la santé des réfugiés et des migrants : résumé*. Organisation mondiale de la Santé. https://iris.who.int/handle/10665/360464

OMSb – Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Santé des réfugiés et des migrants*. [En ligne]. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health

OMS – Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Promotion de la santé des réfugiés et des migrants. Projet de plan d'action mondial 2019-2023*. Rapport du directeur général, p. 13. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328692/A72_25Rev1-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS – Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Promotion de la santé des réfugiés et des migrants. Projet de cadre sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des réfugiés et des migrants*. Rapport du secrétariat. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_24-fr.pdf

OMS – Organisation mondiale de la Santé. (2010) *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva.

OMS – Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Migrations internationales, santé et droit humains*. Série de publications Santé et Droits de l'homme, (4). Genève. https://iris.who.int/handle/10665/43334

OMS – Organisation mondiale de la Santé. (1986). Santé et Bien-Être Social Canada et Association canadienne de santé publique. (1986) *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 17-21 novembre 1986, Ottawa, 4p.

Oxman-Martinez, J., Jimenez, E., Hanley, J. et Bohard, I. (2007). La dynamique triangulaire dans le processus d'incorporation des demandeurs d'asile, les politiques migratoires et le rôle des organismes communautaires. *Canada's Journal on Refugees*, 24(2), 76-85. https://doi.org/10.25071/1920-7336.21386.

Oxman-Martinez, J., Hanley, J., Lach, L., Khanlou, N., Weerasinghe, S. et Agnew, V. (2005). Intersection of Canadian Policy Parameters Affecting Women with Precarious Immigration Status : A Baseline for Understanding Barriers to health. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 7(4), 247-258. https://doi.org/10.1007/s10903-005-5122-2

Papadopoulos, R., Lees, S., Lay, M. et Gebrehiwot, A. (2003). The impact of migration on health beliefs and behaviours : The case of Ethiopian refugees in the UK. *Contemporary Nurse*, 15(3), 210-221. https://doi.org/10.5172/conu.15.3.210

Paquet, L. (2011). Trajectoires singulières et citoyenneté plurielle de femmes réfugiées au Québec. *Diversité urbaine*, 10(2), 49-66.

Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M. et Gee, G. (2015). Racism as a Determinant of Health : A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(9) : e0138511. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511

Pelchat., Y et Clément., M. (2009). Reconnaissance, redistribution et lutte à l'exclusion : une invitation à l'exploration, dans Gagnon, E., Y. Pelchat, M. Clément et F. Saillant. *Exclusions et inégalités sociales. Enjeux et défis de l'intervention publique*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 207.

Phelan, J. C., Lucas, J. W., Ridgeway, C. et Taylor, C. J. (2014). Stigma, status and population health, *Social Science and Medicine*. 103, 15–23.

Phillimore, J. et Goodson, L. (2006). Problem or Opportunity ? Asylum Seekers, Refugees, Employment and Social Exclusion in Deprived Urban Areas. *Urban Studies*, 43(10), 1715-1736. https://doi.org/10.1080%2F00420980600838606

Pilabré, F. (2018). *Accès aux soins de santé : expériences de migrants sans assurance maladie à Montréal, Canada* [mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/22574/Pilabre_Fatimata_2018_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Pineault, R., Levesque, J.-F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P. et Haggerty, J. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec*. Rapport de recherche. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoyne. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/65662?docref=QWFj7x08oU1_5kPsguB5MQ

Publications Québec. (1991). *S-4.2 – Loi sur la santé et les services sociaux*. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2

Popay, J., Escorel, S., Hernández, M., Johnston, H., Mathieson, J. et Rispel, L. (2010). Understanding and tackling social exclusion. *Journal of Research in Nursing*, 15(4), 295. https://doi.org/10.1177/1744987110370529

Racine, S. (2007). Un tour d'horizon de l'exclusion. *Service social*, 53(1), 91–108. https://doi.org/10.7202/017990ar

Reidpath, D. D., Chan, K. Y., Gifford, S. M. et Allotey, P. (2005). "He hath the French pox" : stigma, social value and social exclusion. *Sociology of Health & Illness*, 27(4), 468-489. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00452.x

Ridde, V., Aho, J., Ndao, M. E., Benoit, M., Hanley, J., Lagrange, S., Fillol, A., Raynault, M. F. et Cloos, P. (2020). Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada, *Global Public Health*, 15(11), 1603-1616.

Robertson, G. (2005). Canada has no handle on illegal immigrant workers. *Edmonton Journal*, 30 May, A5.

Rojas-Viger, C. (2008). L'impact des violences structurelle et conjugale en contexte migratoire : perceptions d'intervenants pour le contrer. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(2), 124–141. https://doi.org/10.7202/018452ar

Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., Derluyn I., Watters, C. et Crépeau F. (2010). Right and access to healthcare for undocumented children : addressing the gap between international conventions and disparate implementations in North America and Europe. *Social Science & Medicine, 70*(2), 329-36. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.013

Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., Crépeau, F. et Laurin-Lamothe, A. (2013). Access to Health Care for Undocumented Migrant Children and Pregnant Women : The Paradox between Values and Attitudes of Health Care Professionals, *Maternal and Child Health Journal*, 17(2), 292298. https://ssrn.com/abstract=2781645

Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Rummens J. A., Zelkowitz, P., Crépeau, F. et Steinmetz, N. (2013). Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women : the paradox between values and attitudes of health care professionals. *Maternal and Child Health Journal, 17*(2), 292-298. https://doi.org/10.1007/s10995-012-0973-3

Saillant, F. (2007). « Vous êtes ici dans une mini-ONU » : les réfugiés publics au Québec. De l'humanitaire au communautaire. *Anthropologie et Sociétés*, 31(2), 65-90. https://doi.org:10.7202/018683ar

Salti, N. et Ghattas, H. (2016). Food insufficiency and food insecurity as risk factors for physical disability among Palestinian refugees in Lebanon : Evidence from an observational study. *Disability and Health Journal*, 9(4), 655-662. https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.03.003

Samson, X. (2016). *L'immigration irrégulière au Canada décortiquée en 5 questions*. Radio-Canada. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1002037/immigrants-irreguliers-illegaux-canada

Sastre, L. et Haldeman, L. (2015). Environmental, Nutrition and Health Issues in a US Refugee Resettlement Community. *MEDICC Review*, 17(4), 18-24. https://doi.org/10.37757/mr2015.v17.n4.5

Simich, L. et Jackson, B. (2010). What Makes Some Immigrants Healthy and Others Not ? *Health Policy Research Bulletin*, (17), 26-29.

Simich, L., Wu, F. et Nerad, S. (2007). Status and health security : An exploratory study of irregular immigrants in Toronto. *Canadian journal of Public Health-Revue*, 98(5), 369-373. https://www.jstor.org/stable/41994958

Sivashanker, K., Duong, T., Resnick, A. et Eappen, S. (2020). Health Care Equity : From Fragmentation to Transformation. *New England Journal of Medicine Catalyst.* https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0414

Statistique Canada. (2023a). *Profil du recensement, Recensement de la population de 2021*, (98-316-X2021001). https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F

Statistique Canada. (2023b). Estimation de la population du Canada : croissance record en 2022. *Le Quotidien*.

Statistique Canada. (2023c) *Compilation spéciale pour la ville de Québec, à partir du Recensement de la population de 2021*.

Statistique Canada (2019). Effet de l'immigrant en bonne santé par catégorie d'immigrants au Canada. *Rapports sur la santé*, 30(4), 3-13. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/82-003-x2019004-fra.htm

Teixeira, C. et Halliday, B. (2010). Introduction : Immigration, housing and homelessness. Newcomer's Experiences of Housing and Homelessness in Canada. *Canadian Issues*, 3-7.

Thompson, M.-S., Chaze, F., George, U. et Guruge, S. (2015). Improving Immigrant Populations' Access to Mental Health Services in Canada : A Review of Barriers and Recommendations, *Journal of Immigrant Minority Health*, 17(6), 1895-1905. https://doi.org/10.1007/s10903-015-0175-3

Torres-Caceres, P. (2023). *Portrait des demandeurs d'asile*. Centre multiethnique de Québec. Québec, p. 11. [Non publié].

Torres-Cantero, A. M., Miguel, A., Gallardo, C. et Ippolito, S. (2007) Health care provision for illegal migrants : May health policy make a difference ? *European Journal of Public Health*, 17(5), 483485. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl266

Toronto Public Health and Access Alliance Multicultural Health and Community Services. (2011). *The Global City : Newcomer Health in Toronto.* http://www.toronto.ca/health/map/newcomer.htm

Trosseille, N., Gagnon, M. M. et Pontbriand, A. (2019). *Intervenir auprès de demandeurs d'asile : guide à l'intention des intervenants*. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4003163

Vanthuyne, K, Meloni, F, Ruiz-Casares, M, Rousseau C. et Ricard-Guay A. (2013). Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status : health as a right or a privilege ? *Social Science and Medicine*, 93, 78–85.

Vickery, C. (2004). *The fifth estate : run for your life* [Video]. Toronto : Canadian Broadcasting Corporation.

Villegas, P. E. (2014). "I can't even buy a bed because I don't know if I'll have to leave tomorrow" : temporal orientations among Mexican precarious status migrants in Toronto. *Citizenship Studies*, 18(3–4), 277–91.

Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y. et Abdulrahim, S. (2012). More than culture : Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social Science and Medicine*, 75(12), 2099-2106. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953612000822?via%3Dihub https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953612000822?via%3Dihub

Wallerstein, N. et Bernstein, E. (1994). Introduction to community empowerment, participatory, education and health. *Health Education Quarterly*, 21(2), 141-148.

Wayland, S. V. (2010). *Addressing the housing needs of immigrants and refugees in Canada*, p. 22. https://homelesshub.ca/sites/default/files/FinalReport_CHRAImmigrationHousing_June_2007.pdf

Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A. B. *et al.* (2018). Migration and health : A global public health research priority. *BMC Public Health,* 18(987). https://doi.org/10.1186/s12889-018-5932-5 .

Wilkinson, R. et Marmot, M. (2004). *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits.* Deuxième édition.

Wilson-Mitchell, K. et Rummens, J. A. (2013). Perinatal outcomes of uninsured immigrant, refugee, and migrant mothers and newborns living in Toronto, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10 (6), 2198–213.

Withol de Wenden, C. (2018). *Atlas des migrations : Un équilibre mondial à inventer.* Éditions Autrement. Paris. https://www.autrement.com/Catalogue/atlas/atlas-monde/atlas-des-migrations

Zhao, J., et Xue, L. (2010). Health Status and Social Capital. *Health Policy Research Bulletin*, 17, 41-44.

Annexe I – Les recours possibles chez les personnes demandeuses d'asiles refusées

Si leur demande est refusée, les personnes demandeuses d'asile bénéficient de plusieurs recours avant de devoir retourner dans leur pays[10]

	Section d'appel des réfugiés (SAR) de la CISR	Examen des risques avant renvoi (ERAR)	Contrôle judiciaire à la Cour fédérale	Considérations d'ordre humanitaire
Objectif	› Prouver que la décision était erronée; › Présenter de nouveaux éléments de preuve.	› Évaluer les risque de : – Persécution; – Torture; – Menace à la vie ou traitements ou peines cruels et inusités.	› En vertu de la *Loi sur l'immigration*, une personne peut demander à la Cour fédérale du Canada de revoir une décision en matière d'immigration; › Il faut toutefois qu'un avocat présente la demande de contrôle judiciaire en son nom.	› Les personnes qui, normalement, ne pourraient pas devenir des résidents permanents du Canada peuvent parfois présenter une demande pour des considérations d'ordre humanitaire; › Cette mesure s'applique à des cas exceptionnels (comme les personnes sujettes à une mesure de renvoi).
Délai	› L'appel doit être déposé dans un délai de 15 jours suivant la décision; › Le renvoi est suspendu.	› La demande pourra être déposée à partir de 12 mois suivant la décision finale de la CISR; › L'admissibilité à l'ERAR suspend le renvoi.	› La demande doit être déposée dans un délai de 15 jours suivant la décision; › La demande de contrôle judiciaire suspend le renvoi pour les personnes qui avaient accès à la SAR.	› La demande pourra être déposée à partir de 12 mois suivant la décision finale de la CISR; › La demande ne suspend pas la mesure de renvoi, mais sera traitée, même si la personne quitte le Canada.

10. IRCC (2017). Demandes d'asile au Canada – recours qui s'offrent aux personnes dont la demande a été rejetée. [en ligne : https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/presenter-demande-asile-canada/apres-avoir-presenter-demande-étapes-suivantes/recours-rejetee.html].

	Section d'appel des réfugiés (SAR) de la CISR	Examen des risques avant renvoi (ERAR)	Contrôle judiciaire à la Cour fédérale	Considérations d'ordre humanitaire
Décision	**Acceptée** : la personne se voit accorder une nouvelle audience ou devient une personne protégée. **Refusée :** la SAR confirme la décision de la SPR et la personne peut demander un contrôle judiciaire à la Cour fédérale.	**Acceptée :** La personne peut rester au Canada et l'agent lui indique si elle peut présenter une demande de résidence permanente. **Refusée :** la personne doit quitter le Canada et peut présenter une demande de contrôle judiciaire à la Cour fédérale.	**Acceptée :** la Cour fédérale peut renvoyer le dossier devant la SPR afin que la SPR organise une nouvelle audience. **Refusée :** la Cour fédérale appuie la décision de la CISR et la personne doit quitter le Canada dans les 30 jours qui suivent et fait l'objet d'une mesure de renvoi.	**Acceptée :** la personne peut commencer les procédures de demande de résidence permanente. **Refusée :** il n'existe aucun droit d'appel. Une fois tous les recours épuisés, la personne sera renvoyée du Canada. Dans certains cas, la personne peut demander un contrôle à la Cour fédérale.

Copié de : Trosseille, N., Gagnon, M. M. et Pontbriand, A. (2019). Intervenir auprès de demandeurs d'asile. Guide à l'intention des intervenants. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Montréal. P.4

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

Québec