

Accès aux soins des demandeurs d'asile ayant fait l'objet d'un ordre de déportation : enjeux éthiques pour les soignants en contexte québécois

Adélaïde Doussau

Volume 7, Number 2-3, 2024

Numéro hors-thème & Ateliers de la SCB
Open Issue & CBS Workshops

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1112278ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1112278ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Doussau, A. (2024). Accès aux soins des demandeurs d'asile ayant fait l'objet d'un ordre de déportation : enjeux éthiques pour les soignants en contexte québécois. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 7(2-3), 45–54. <https://doi.org/10.7202/1112278ar>

Article abstract

The situation of asylum seekers confined under deportation orders can expose caregivers to major clinical and organisational ethics issues. To help caregivers and healthcare organisations find ethical guidance, I reviewed the challenges of access to care and analysed the health and socio-political data to understand the ethical and logistical issues they face in these situations. My research shows that the situation of these patients raises issues of law, equity and distributive justice, and that there is a wide gap in knowledge about these situations and the resources available. This exploratory study shows that independent doctors, independent community resources and hospitals are the resources best placed to meet the care needs of refused asylum seekers, and that there is an urgent need to raise awareness and train caregivers in these issues.

© Adélaïde Doussau, 2024



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Accès aux soins des demandeurs d'asile ayant fait l'objet d'un ordre de déportation : enjeux éthiques pour les soignants en contexte québécois

Adélaïde Doussau^a

Résumé

La situation des demandeurs d'asile reclus sous avis de déportation peut exposer les soignants à des enjeux éthiques cliniques et organisationnels majeurs. Pour aider les soignants et les organisations de soins à trouver des balises éthiques, nous avons dressé un état des défis d'accès aux soins, et analysé les données sanitaires et sociopolitiques, pour saisir les enjeux éthiques et logistiques auxquels ces situations les confrontent. Notre recherche montre que la situation de ces patients pose des enjeux légaux, d'équité, de justice distributive, et un grand fossé de connaissance sur ces situations et les ressources disponibles. Cette étude exploratoire indique d'une part que les médecins indépendants, les ressources communautaires indépendantes, et l'hôpital sont les ressources les plus à même de répondre aux besoins de soins des demandeurs d'asile refusés, et d'autre part, qu'il est urgent de sensibiliser et de former les soignants à ces enjeux.

Mots-clés

accès aux soins, enjeux éthiques, immigration, demandeurs d'asile, réfugiés, justice distributive, médecine humanitaire

Abstract

The situation of asylum seekers confined under deportation orders can expose caregivers to major clinical and organisational ethics issues. To help caregivers and healthcare organisations find ethical guidance, I reviewed the challenges of access to care and analysed the health and socio-political data to understand the ethical and logistical issues they face in these situations. My research shows that the situation of these patients raises issues of law, equity and distributive justice, and that there is a wide gap in knowledge about these situations and the resources available. This exploratory study shows that independent doctors, independent community resources and hospitals are the resources best placed to meet the care needs of refused asylum seekers, and that there is an urgent need to raise awareness and train caregivers in these issues.

Keywords

access to healthcare, ethical issues, immigration, asylum seekers, refugees, distributive justice, humanitarian medicine

Affiliations

^a Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence: Adélaïde Doussau, adelaide.doussau.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

INTRODUCTION

Les migrants ne bénéficiant pas de couverture médicale sont des populations vulnérables en particulier du fait des enjeux d'accès aux soins. Cette préoccupation est d'ordre mondiale, notamment bien documentée dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord (1,2). Au Québec, ces migrants sont appelés « migrants à statut précaire » selon la Direction Régionale de Santé Publique (3). Il s'agit d'un groupe hétérogène selon la raison de la présence sur le territoire et le statut d'immigration en règle ou non : il peut s'agir d'étudiants ou de travailleurs étrangers n'ayant pas ou plus la couverture de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ) ni une assurance privée; il peut aussi s'agir de demandeurs d'asile déboutés qui ne bénéficient plus du Programme Fédéral de Santé Intérimaire (PFSI).

Les soignants peuvent se trouver démunis pour la prise en charge de ces patients, et être inconfortables par méconnaissance de leurs obligations et des ressources existantes. D'après les médecins impliqués dans ces prises en charge, on dénombre chez les professionnels : 1) des préoccupations légales (ne pas savoir s'il faudrait dénoncer, alors que la pratique des soins est couverte par la confidentialité), 2) la méconnaissance de l'obligation d'évaluer le degré d'urgence médicale avant de refuser de voir un patient, 3) la stigmatisation par les professionnels, 4) les enjeux de financement et la manière de facturer les soins ou les sélectionner pour réduire les coûts inférés aux patients non assurés, 5) la méconnaissance des procédures administratives de leur établissement vis-à-vis des personnes sans assurance, 6) les barrières culturelles et linguistiques et 7) l'ignorance des programmes et ressources, comme les interprètes (4-11).

Pourtant, le statut de migrant à statut précaire est un déterminant de santé associé à une grande vulnérabilité, bien documentée au Canada, incluant deux revues de littérature (3,12-14). Les obstacles d'accès aux soins jouent un rôle majeur dans cette précarité. Par ailleurs, de multiples déterminants de santé affectent leur santé : 1) *Déterminants structurels* : criminalisation, stigmatisation, invisibilité, mythe de l'universalité des soins et de la santé comme droit humain; et 2) *Déterminants intermédiaires* : peur de la déportation, évitement des milieux de soins, risque d'endettement lié aux soins, conditions de logement et de travail précaires, barrières d'accès aux soins et services sociaux. Les conséquences sur leur santé sont multiples, sur leur santé physique (ex. : VIH, accidents, complications de la grossesse) autant que mentale (ex. : dépression, anxiété, idées suicidaires), et aussi parce que la qualité des soins est diminuée et le délai d'accès augmenté. Parmi les déterminants, on note cependant un impact positif – pour certains, un processus de résilience s'opère. Ils mettent

en place des stratégies créatives pour répondre à l'adversité, soit entre eux, soit à travers un réseau externe de soutien. D'autres voient leur situation comme une opportunité – malgré l'adversité – d'espérer obtenir un meilleur avenir que dans leur pays. Pour recourir aux soins, ils usent parfois de réseaux parallèles, de soutien communautaire ou d'organismes communautaires dédiés (15).

Parmi les migrants à statut précaire, un sous-groupe particulier est constitué par les demandeurs d'asile, qui, à la suite du refus de leur demande, choisissent de passer outre leur ordre de déportation. Ces individus optent alors pour la clandestinité, espérant obtenir un ultime recours auprès des services d'immigration, la résidence permanente à titre humanitaire, ce qui peut prendre plusieurs années. Ils se réfugient par exemple dans des églises au titre du « droit au sanctuaire » : habituellement, les autorités ne forcent pas l'entrée en vue d'exécuter l'ordre de déportation (16-18). Ils se trouvent alors reclus dans un lieu dont ils craignent de sortir par peur de la déportation, et de plus sans assurance, le PFSI étant caduque à la date de déportation (14). Compte tenu de ce long délai de réclusion volontaire, quelle sont les ressources possibles pour eux en termes d'accès aux soins?

Les objectifs de ce projet étaient 1) d'explorer les enjeux éthiques de l'accès aux soins, pour les migrants reclus à la suite d'un avis de déportation, en vue de soutenir les professionnels sur le terrain, et 2) d'identifier des ressources et des balises éthiques en vue d'aider les soignants, mais aussi les institutions, à s'orienter face aux besoins sanitaires de ce groupe vulnérable.

MÉTHODES

Nous avons revu quelques cas réels rendus publics afin de créer une vignette réaliste pour ancrer la réflexion et cherché à identifier les enjeux éthiques liés aux soins dans la littérature (incluant des angles sociopolitiques ou anthropologiques). Puis nous avons proposé – pour différentes ressources de soins possiblement accessibles à ces personnes – une analyse exploratoire des atouts et des enjeux éthiques et logistiques.

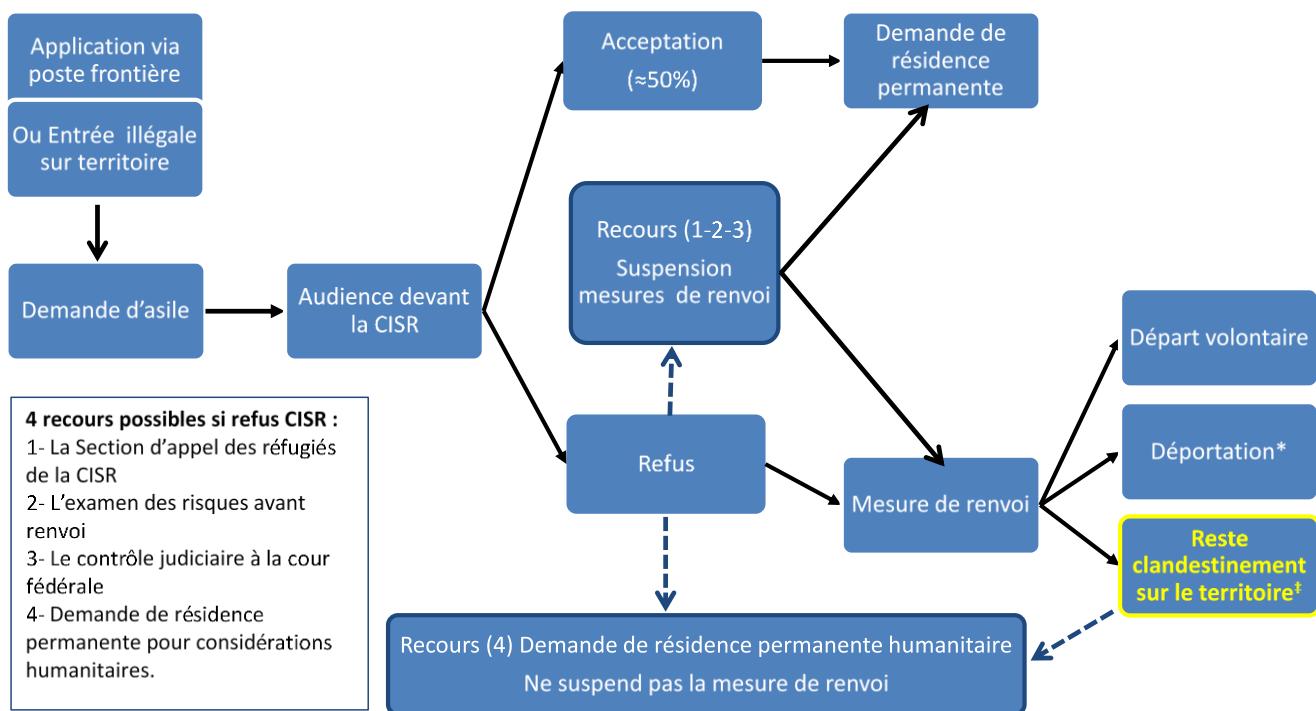
La revue de littérature a été effectuée dans les bases de données bibliographiques PubMed, Érudit, et la Bibliothèque Nationale du Québec. Les sites gouvernementaux canadiens en liens avec l'immigration et des organismes québécois de prise en charge des migrants ont également été consultés. Les recherches initialement ciblées sur le groupe des demandeurs d'asiles déboutés reclus sous avis de déportation ont été élargies aux concepts suivants : migrant, absence d'assurance, absence de statut légal, demande d'asile (exemple de termes rencontrés en Annexe 1).

DEMANDEURS D'ASILE DÉBOUTÉS : TRAJECTOIRE ET VIGNETTE ILLUSTRATIVE

Trajectoire jusqu'à l'avis de déportation

Un demandeur d'asile est une « personne qui a demandé l'asile au Canada et qui attend que la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) rende une décision » (19). L'asile est une « protection accordée à la personne qui craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, sa religion, sa nationalité, ses opinions politiques ou son appartenance à un groupe social particulier, ainsi qu'à celle qui risque la torture ou des traitements ou peines cruels et inusités. » (19). En attendant l'examen de leur demande par la CISR, les demandeurs ne peuvent pas être refoulés et bénéficient de l'accès au PFSI qui couvre les soins médicaux, les soins de santé mentale, les soins dentaires urgents et les médicaments, y compris en hospitalisation (14). Lorsque la demande d'asile est refusée, la couverture du PFSI cesse au jour fixé pour la déportation. Par la suite tous les frais liés aux services médicaux reçus sont à leur charge personnelle. La trajectoire longitudinale est résumée sur la Figure 1.

Figure 1. Trajectoires des demandeurs d’asile de l’entrée à l’obtention du statut de réfugié ou à la déportation



CISR : Commission de l’immigration et du statut de réfugié. * Sauf pays sous moratoire pour lesquels la déportation est reportée. † Population d’intérêt de cette étude (en jaune). Figure créée à partir de (5,14,21).

Nous n’avons pas trouvé de chiffre sur le nombre de personnes qui resteraient sur le territoire suite au rejet d’une demande d’asile, ni sur les sites d’immigration ni dans la littérature. Pour ce qui est des individus globalement sans statut (*undocumented immigrants*), les chiffres canadiens datant d’une dizaine d’années donnent une estimation de plusieurs centaines de milliers (5,15,20), voire jusqu’à 500 000 (voir Annexe 2 pour plus de détails sur trajectoire et estimations chiffrées).

Refus de déportation : trois cas issus de la littérature et des médias pour ancrer la réflexion éthique dans le réel

En 2006, un Algérien, aveugle et diabétique, dont la demande d’asile avait été rejetée, avait trouvé refuge dans une église irlandaise de Montréal pour éviter la déportation; en 2009, il a obtenu la résidence permanente pour raisons humanitaires (24,25).

Des réseaux communautaires soutiennent ce type de refuge, comme pour cet homme Algérien qui menaçait de se suicider suite à l’avis de déportation; les psychiatres s’étaient questionnés à savoir s’ils devraient l’hospitaliser pour prévenir le suicide ou la déportation. L’homme avait finalement décidé de se cacher grâce à un réseau d’aide souterrain, avec une poursuite des soins assurés par son psychiatre, puis avait réussi à obtenir un statut légal par la suite (26).

Ce concept de refuge au sanctuaire reste d’actualité aujourd’hui : une famille d’origine mexicaine – deux adultes et un jeune homme – s’est réfugiée dans une église québécoise en Estrie en novembre 2021; cinq mois plus tard, ils y étaient encore, en attendant une réponse à une demande de permis de séjour temporaire ou de résidence permanente pour raisons humanitaires – dont l’obtention pourrait prendre jusqu’à deux ans. Avant le refus, ils étaient depuis plusieurs années sur le territoire, en plein processus d’intégration incluant une activité professionnelle régulière, et apprenaient le français. Selon leurs propos, repartir dans leur pays d’origine mettait leur vie en danger, ayant été menacés par des cartels de drogue; s’ils sortaient de l’église, ils craignent d’être appréhendés par les services frontaliers et déportés. Cette famille n’a plus accès au PFSI, et s’est engagée dans un combat politique, très médiatisé, auprès du Ministre de l’immigration via leur députée, avec un fort soutien communautaire local (22,23).

Face à un besoin de soins dans ces situations, qui contacter pour des soins curatifs ou préventifs? Pour les soignants qui pourraient être sollicités pour un soin, comment faire pour bien faire?

L'ACCÈS AUX SOINS DES MIGRANTS PRÉCAIRES : APPROCHES SOCIOPOLITIQUE

Nous résumons deux publications choisies qui nourrissent la réflexion éthique en intégrant le contexte politique et social.

Exemple 1. Analyse anthropologique (26). Les principes sous-jacents aux lois d'immigration canadiennes recourent le besoin de main d'œuvre, l'idéologie de citoyenneté, et des valeurs internationales humanitaires et compassionnelles. Dans les discours sur l'immigration, deux paradigmes idéologiques contradictoires s'opposent : le discours sur les droits humains, qui considère que chaque personne a droit à l'asile et à l'accès aux soins, opposé au paradigme de sécurité, soit le devoir d'assurer la protection de la richesse nationale. Les migrants, une fois leur demande d'asile déboutée, deviennent des personnes sans statut qui disparaissent de la scène publique et interagissent le moins possible avec les institutions d'état par peur de la déportation. Ils deviennent des « non-personnes ». Cette invisibilité des migrants précaires conduit des soignants à se mettre également dans une posture clandestine pour soigner leurs patients sans attirer l'attention de leur institution, se retrouvant ainsi en tension entre leur devoir de soigner et les règles légales et administratives qui restreignent l'accès aux soins des patients.

Exemple 2. Argumentaire politique autour de la restriction de la couverture du PFSI entre 2012 et 2016 (27). Les arguments en faveur des restrictions tournaient autour de l'illégitimité des personnes illégales, la volonté de débouter les demandes de « faux réfugiés », faire des économies compte tenu du budget du PFSI (91 000 000\$ en 2009-2010) et équité (c.-à-d. qu'il est injuste qu'ils reçoivent des meilleurs soins que les Canadiens qui ont aussi des difficultés d'accès aux soins). Pour les autres supportant un accès élargi : assurer le contrôle de souffrances évitables pour des réfugiés déjà éprouvés, éviter des dilemmes éthiques pour les soignants face au devoir de soin, des enjeux de santé publique, et enfin, faire des économies de coûts secondaires en permettant à ces personnes de rester en bonne santé.

Exemple 3. Un troisième exemple concernant la couverture de la RAMQ des enfants de parents en situation irrégulière a été analysé (Annexe 3). Il s'agit d'un succès pour ce groupe vulnérable, car la couverture de ces enfants a finalement été récemment accordée par le projet de loi 83 (28).

Ainsi, ces études montrent que ce débat est complexe, politique, et très polarisé (29). Schématiquement, il y a d'un côté les activistes humanitaires qui veulent aider, et de l'autre, les défenseurs de postures conservatrices qui veulent restreindre. Ceci cumulé à une méconnaissance des ressources. Face à une population en très grande vulnérabilité, cela crée un terrain propice à un profond dilemme éthique pour les professionnels sur le terrain.

ANALYSE ÉTHIQUE

D'après les données collectées par la revue de la littérature, il semble que ce type de situation mette en tension les enjeux et valeurs suivants pour les soignants : les valeurs éthiques de bienfaisance envers des personnes en situation d'extrême vulnérabilité, la solidarité, la compassion, le devoir de non-abandon, et les obligations déontologiques d'assistance. Celles-ci tendent à mobiliser les soignants – ou la société – en faveur de l'accès aux soins de ces personnes (30-32). On note cependant que ces valeurs ne sont pas spécifiques : elles s'appliquent à tout soignant face à une personne vulnérable.

Dans le cas des personnes recluses dans un sanctuaire, il y a nécessairement plusieurs enjeux logistiques ou éthiques supplémentaires et plus spécifiques, voire exceptionnels. D'abord, leur absence de statut légal; on peut également parler de justice sociale et de droit à la santé, ce qui met en tension la définition de la citoyenneté ou de statut qui conférerait le droit d'accès à une couverture sociale. Certains professionnels peuvent ressentir un malaise de traiter une personne sous avis de déportation : ils peuvent se questionner s'il faut dénoncer aux autorités par souci de loyauté, sachant que l'entrave à l'expulsion est passible – même si improbable – de poursuites judiciaires (33); ceci entre en conflit avec le devoir de confidentialité. De plus, pour ces patients, d'autres enjeux résident dans l'absence d'assurance (risque de dette) et les difficultés d'accès, par exemple leur absence de mobilité par peur d'être expulsés, ce qui pose la question de savoir si des professionnels devraient venir à eux et jusqu'où, puisqu'on ne peut pas déplacer un bloc opératoire. Se posent enfin des questions de responsabilité professionnelle, légales et d'assurance, selon qu'ils agissent à titre bénévole, professionnel indépendant, ou au titre d'une organisation. Cependant, là aussi, le risque de plainte semble faible compte tenu de la situation des patients.

Enfin, la question de l'allocation des ressources au niveau sociétal peut rejoindre des arguments de justice distributive. Ces arguments pourraient être mobilisés en faveur de leur porter assistance, notamment sur la base d'une éthique féministe en faveur de la protection des plus vulnérables, ou d'une approche des capacités considérant que leur fournir des soins leur permet de rester en santé pour accomplir leur réintégration une fois leur statut régularisé (34). Mais une approche de justice distributive peut aussi être mobilisée en défaveur à travers le refus d'apporter des soins dans un sanctuaire à des personnes physiquement mobiles quand le système de santé fonctionne déjà sur la réserve, car ceci créerait une injustice par rapport à l'ensemble des Canadiens qui paient les taxes, etc. Cette question de l'allocation des ressources est particulièrement importante dans une analyse qui intégrerait un angle éthique organisationnel, au-delà du cas individuel. Ce qu'on pourrait mobiliser pour un cas unique n'est pas forcément viable pour une population plus vaste. Cette question se heurte donc à la difficulté d'obtenir des chiffres précis sur le nombre de personnes dans ce type de situation. Enfin, dans notre vignette, les personnes sont réfugiées clandestinement, tout en ayant choisi la médiatisation comme levier politique pour obtenir leur régularisation (22). On peut se demander dans quelle mesure cela crée un risque médiatique pour les professionnels et les institutions de santé, pouvant paradoxalement favoriser ou bloquer l'accès aux soins. Ces enjeux et valeurs sont résumés dans le Tableau 1.

Tableau 1. Synthèse des enjeux et valeurs autour de l'accès aux soins

Favoriser l'accès aux soins : valeurs
<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la santé pour des populations vulnérables • Valeurs de bienfaisance, compassion, solidarité, valeurs humanitaires, dignité de la personne humaine, droit à la vie et à la santé, devoir d'assistance
Enjeux d'accès aux soins
<p>Du côté des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'information • Barrières linguistiques et culturelles; recours à l'interprétariat méconnu • Peurs : stigmatisation, déportation • Contraintes géographiques (distance) • Coûts des soins
<p>Du côté des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Méconnaissance des ressources • Crainte d'agir dans l'illégalité • Qualité des soins en contexte contraint (accès plateau technique ou limites financières) • Consentement (barrières linguistiques, compréhension des risques) • Équité • Crainte du fardeau financier • Risque médiatique

Cependant, ces différents enjeux ne s'appliqueraient pas tous de la même manière selon les types de professionnels ou de ressources de santé, provinciales ou locales concernés. Pour illustrer ce constat, nous avons dérivé une analyse exploratoire des enjeux éthiques et pratiques par type de ressource: cliniques spécialisées communautaire indépendantes, spécialisées, du gouvernement, à mandat local ou provincial, et professionnels de santé (médecin ou autre), avec visite sur le site refuge, ou prise en charge hospitalière (Tableau 2).

Tableau 2. Enjeux éthiques et pratiques de différentes ressources de soins pour des migrants reclus sous avis de déportation

Ressource de soins	Exemple	Atouts et enjeux
Cliniques spécialisées pour les personnes en statut migratoire complexe (organisme communautaires ou humanitaires) (15)	Clinique Migrants de Médecins du Monde (Montréal) (35)	<p>Atouts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indépendant du gouvernement – autonomie d'action • Soins gratuits, spécifiques : non accessible aux personnes qui bénéficient du PFSI • Expertise, confidentialité <p>Enjeu accessibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Localisé sur Montréal ; obstacle si crainte de sortir (peur de la déportation) • Possible délais d'attente selon adéquation ressource/demandes • Méconnaissance des professionnels pour référer : certains professionnels pourraient se désengager par manque de ressources
Services spécialisés gouvernementaux à mandat provincial (5,14)	PRAIDA ¹ (mandat provincial) ou CDAR ² ; Services psychosociaux, soins infirmiers, hébergement temporaire	<p>Atouts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expertise, confidentialité <p>Enjeu accessibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Localisé sur Montréal ; obstacle si crainte de sortir (peur de la déportation) • Éligibilité pour migrants précaires sans PFSI? • Méconnaissance des professionnels pour référer
Services spécialisés gouvernementaux en province (5)	Clinique des réfugiés de l'Estrie	<p>Atouts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expertise, confidentialité • Implantation locale (régions) <p>Enjeu accessibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éligibilité pour migrants précaires sans PFSI? • Méconnaissance des professionnels pour référer

¹ Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile (PRAIDA).

² [La clinique des demandeurs d'asile et réfugiés](#) (CDAR)

Ressource de soins	Exemple	Atouts et enjeux
Médecin, agissant à titre individuel (en dehors d'un hôpital ou d'un cabinet médical, ex. : visite sur le site refuge) (4)	Ex. : Médecin vient voir un patient diabétique	<p>Atouts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecin, travailleur indépendant : n'a pas besoin d'une autorisation pour agir • Peut agir bénévolement (exemptions des coûts pour les patients) • Devoir d'assistance de personnes vulnérables (éthique et déontologie (31)) • Confidentialité <p>Enjeux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestion des risques : doit évaluer si les soins donnés sont conformes aux bonnes pratiques en l'absence de plateau technique. • Obtenir le consentement des patients considérant que les soins pourraient ne pas être optimaux s'ils refusent de sortir pour accéder à un plateau technique si requis • Hormis urgence, le médecin pourrait être non couvert par les assurances responsabilité dans certaines circonstances, pour les usagers sans assurance santé ou sans statut de résident (risque de plaintes) (36,37) • Financement à la charge du patient, sauf si le médecin agit à titre gratuit.
Professionnel du CIUSSS (infirmière, travailleuse sociale...) agissant à titre individuel (visite sur le site refuge)	Ex. Infirmière clinicienne vient examiner une plaie	<p>Atouts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devoir de soins envers une personne vulnérable, cohérent avec la mission et la charte éthique d'un CIUSSS/CIUSSS. • Confidentialité <p>Enjeux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potentiel conflit de rôle <ul style="list-style-type: none"> ○ Le professionnel peut agir à titre bénévole mais dans ce cas ne devrait pas intervenir sur ses heures de travail, ne devrait pas utiliser le matériel de son employeur. Il pourrait ne pas être assuré pour les actes effectués. ○ Si le professionnel agit à titre professionnel : l'adéquation avec son mandat et le financement des actes doit être discuté avec son gestionnaire. • Financement à la charge du patient
Médecins et professionnels et gestionnaires à l'hôpital (4)	Ex. Urgences ou hospitalisation	<p>Atouts</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devoir de soins envers une personne qui se présente aux urgences, cohérent avec la mission et la charte éthique d'un hôpital ou CIUSSS/CIUSSS. • Qualité des soins, accès au plateau technique pour les soins • Confidentialité <p>Enjeux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malaise de l'équipe soignante en lien avec une situation irrégulière, risque de stigmatisation, de bris de confidentialité • Médecins : Choix des examens et traitements à faire en fonction des standards de soins, et des Coûts. Stratégie de réduction de Coûts (par ex : ne pas facturer les honoraires médicaux). • Gestionnaires : Analyse éthique organisationnelle si population en situation similaire importante (gestionnaires) • Patients : Risque de traitement sous-optimal pour raison économique. Risque d'endettement (absence d'assurance). • Risque de déportation si interception par les Services Frontaliers dans les transferts • Risque médiatique pour l'établissement lorsque les protagonistes médiatisent leur situation

En résumé, pour un accès ambulatoire, les deux ressources qui nous semblent les plus prometteuses aux niveaux éthique et pratique sont les cliniques communautaires spécialisées (ex. : Médecins du Monde, clinique gratuite mais localisée à Montréal) ou les médecins individuels. L'indépendance de leur profession leur permet d'agir volontairement sur les sites refuge. Les enjeux éthiques pour un médecin qui agirait sur le site refuge sont cependant importants, notamment en termes de gestion des risques cliniques pour une pratique loin des plateaux techniques (imagerie, petite chirurgie, etc.). Obtenir le consentement éclairé avec une bonne compréhension des risques pourrait être délicat si, par exemple, un individu refusait une hospitalisation principalement par peur de la déportation. En cas d'hospitalisation, un enjeu majeur deviendrait alors celui du coût à la charge des patients. Dans ce cas, les professionnels pourraient opérer des stratégies de minimisation des coûts, mais cette stratégie pourrait rentrer en tension avec la qualité des soins. De plus, même si l'obligation de confidentialité obligeait

déontologiquement les soignants à ne pas dénoncer (4,31), le risque de brèche de confidentialité pourrait être plus important en cas d'hospitalisation du fait de la multiplicité des intervenants, surtout en lien avec une éventuelle confusion autour d'un cas très médiatisé comme dans notre vignette.

On note aussi que les organismes spécialisés expriment ressentir un poids disproportionné dans la responsabilité de porter assistance à ces groupes vulnérables et précaires (7).

DISCUSSION

Notre étude a permis d'explorer différentes ressources de santé envisageables pour des migrants en situation précaire sous avis de déportation. Les trois principales ressources mobilisables seraient les organismes communautaires indépendants mais qui sont localisés à Montréal, et les médecins comme travailleurs indépendants mais avec de forts enjeux dans la balance consentement/risque/qualités des soins liés à la réclusion, ou les hôpitaux avec des enjeux multiples, en particulier d'endettement. Le second point saillant de notre étude correspond aux fossés informationnels. La littérature est riche sur la vulnérabilité psychosociale et les enjeux d'accès aux soins des migrants précaires. Cependant, nous avons trouvé très peu de littérature qui aborde de manière pragmatique l'accès aux soins pour notre cas précis. Quelques documents d'organismes gouvernementaux peuvent aider pour les migrants ayant un statut légal – comme les demandeurs d'asile bénéficiant du PFSI (14) – mais pour les personnes en statut migratoire précaire ou sous avis de déportation, il s'agit d'un fossé de connaissance. Même la prévalence sur le territoire n'a pu être trouvée. Pourtant, avoir une estimation de la taille de ce groupe serait essentiel pour pouvoir mobiliser des ressources et aborder les besoins selon une approche éthique organisationnelle.

Si l'on voulait faire changer les choses en profondeur, il faudrait une mobilisation égale au mouvement qui a mené au Projet de loi 83, qui a permis de faire changer le sort des enfants de parents en situation irrégulière (28). En l'absence d'une telle éventualité, la rédaction de guides pratiques à destination des soignants, couvrant les migrants à statut précaire, est nécessaire.

La portée de ce travail a plusieurs limites. D'abord la situation des demandeurs d'asile ayant refusé la déportation est difficile à circonscrire précisément dans la littérature et à dénombrer. Les cas publiés dans la presse sont-ils donc des exceptions isolées ou la pointe de l'iceberg parmi de nombreux autres cas? La diversité sémantique pour identifier la population d'intérêt a aussi été un obstacle, que ce soit en français et en anglais (Annexe 1). La littérature couvre habituellement des catégories plus vastes comme les migrants à statut précaire (sans couverture médicale) ou « illégaux » (sans permis de travail ou séjour) et ces deux concepts différents sont parfois recoupés sous des termes identiques. De plus, la revue de littérature n'est pas une revue systématique.

Enfin pour le choix des ressources sanitaires, nous avons considéré des options de soins permettant une consultation en personne, mais une dernière option mériterait d'être explorée : l'accessibilité par télémédecine, qui s'est beaucoup développée en particulier pendant la pandémie. Ce serait quand même toujours limité sur le type d'évaluation possible, et exposé à des obstacles de communication, mais contrôlerait l'enjeu d'accessibilité qui est majeur dans ce cas.

CONCLUSION

La littérature permettant d'aborder de manière pragmatique les enjeux éthiques de l'accès aux soins des personnes en statut migratoire sous avis de déportation spécifiquement est quasi inexistante, bien que de la littérature existe plus globalement sur les personnes en situation précaire (6-11,20). Ceci a limité cette étude via une approche d'éthique organisationnelle de cet enjeu, alors même que la littérature est riche pour documenter la vulnérabilité psychosociale de ces personnes. Au cœur de l'affrontement de camps opposés soutenant l'accès universel aux soins vs la préservation de la sécurité nationale se trouve l'accès aux soins d'un groupe de personnes qui n'a ni assurance santé ni statut légal. Cette réalité vient peser sur les soignants sollicités, qui ont besoin de ressources pour guider leur réponse aux demandes tant sur le plan de l'éthique que de l'organisation des soins. Nous espérons que ce travail contribuera à trouver des pistes de solution, en attendant des études complémentaires capables de circonscrire le phénomène, et des campagnes de sensibilisation auprès des soignants afin d'améliorer la situation sanitaire de ces personnes, tout en respectant les besoins de santé de tous.

Reçu/Received: 10/08/2022

Remerciements

Je remercie : Anne Saint-Pierre, Marie Munoz, Gilles de Margerie, Any Brouillette, Marie-Claude Levasseur, Isabelle Fournier et Nathalie Tremblay pour le partage d'expérience et les discussions qui ont alimenté la réflexion. Je remercie Francis Lacasse, bibliothécaire, ainsi que Lydwine Olivier pour ses commentaires sur ce travail, et enfin Suzanne Plante et Marie-José Clermont pour leurs commentaires dans le cadre du microprogramme d'éthique clinique de l'Université de Montréal.

Conflits d'intérêts

Aucun à déclarer

Publié/Published: 21/06/2024

Acknowledgements

I would like to thank Anne Saint-Pierre, Marie Munoz, Gilles de Margerie, Any Brouillette, Marie-Claude Levasseur, Isabelle Fournier and Nathalie Tremblay for sharing their experiences and stimulating discussion. I would also like to thank Francis Lacasse, librarian, as well as Lydwine Olivier for her comments on this work, and finally Suzanne Plante and Marie-José Clermont for their comments as part of the clinical ethics microprogram at the Université de Montréal.

Conflicts of Interest

None to declare

Édition/Editors: Amandine Fillol & Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#) de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE [Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors](#). Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Marie-Jo Ouimet & Hubert Doucet

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la [Revue Canadienne de bioéthique](#) assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of [Revue Canadienne de bioéthique](#) take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

RÉFÉRENCES

1. Brabant Z, Raynault MF. [Health of migrants with precarious status: results of an exploratory study in Montreal--Part B](#). Soc Work Public Health. 2012;27(5):469-81.
2. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. [Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens](#). BMC Health Serv Res. 2015;15:390.
3. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. [Demandeurs d'asile, réfugiés et migrants à statut précaire – Un portrait montréalais réalisé par la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal](#). Gouvernement du Québec; 2019.
4. Motluk A. [Some doctors unsure how to handle undocumented patients](#). CMAJ. 2019;191(46):E1285-86.
5. Munoz M, Chirgwin JC. [Les immigrants et les demandeurs d'asile : nouveaux défis](#). Le Médecin du Québec. 2007;42(2):33-42.
6. Ruiz-Casares M, Cleveland J, Oulhote Y, Dunkley-Hickin C, Rousseau C. [Knowledge of healthcare coverage for refugee claimants: results from a survey of health service providers in Montreal](#). PLoS One. 2016;11(1):e0146798.
7. Rousseau C, ter Kuile S, Munoz M, et al. [Health care access for refugees and immigrants with precarious status: public health and human right challenges](#). Can J Public Health. 2008;99(4):290-2.
8. Brabant Z, Raynault MF. [Health situation of migrants with precarious status: review of the literature and implications for the Canadian context--Part A](#). Soc Work Public Health. 2012;27(4):330-44.
9. Ridde V, Aho J, Ndao EM, et al. [Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada](#). Glob Public Health. 2020;15(11):1603-16.
10. Cloos P, Ndao EM, Aho J, et al. [The negative self-perceived health of migrants with precarious status in Montreal, Canada: A cross-sectional study](#). PLoS One. 2020;15(4):e0231327.
11. Caulford P, D'Andrade J. [Health care for Canada's medically uninsured immigrants and refugees: whose problem is it?](#) Can Fam Physician. 2012;58(7):725-7.
12. Gagnon M, Kansal N, Goel R, Gastaldo D. [Immigration status as the foundational determinant of health for people without status in Canada: a scoping review](#). J Immigr Minor Health. 2022;24(4):1029-44.
13. Magalhaes L, Carrasco C, Gastaldo D. [Undocumented migrants in Canada: a scope literature review on health, access to services, and working conditions](#). J Immigr Minor Health. 2010;12(1):132-51.
14. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile, Direction des services intégrés de première ligne du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. [Intervenir auprès des demandeurs d'asile - Guide à l'intention des intervenants](#). CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal; 2019.
15. Campbell RM, Klei AG, Hodges BD, Fisman D, Kitto S. [A comparison of health access between permanent residents, undocumented immigrants and refugee claimants in Toronto, Canada](#). J Immigr Minor Health. 2014;16(1):165-76.
16. Garant É. [Le recours à l'asile religieux](#). Le Webzine, Centre justice et foi. 2 janvier 2004.
17. Blais R, Lyonnais M, Quirion R. [Qu'est-ce que le droit au sanctuaire dont s'est prévalu la famille Rodriguez-Flores?](#) Radio Canada; 4 décembre 2021.
18. Bidu M. [Charlemagne et le droit d'asile](#). Médiévaux. 2016; 2(71):109-36.
19. Gouvernement du Canada. [Glossaire](#). 2021
20. Vanthuyne K, Meloni F, Ruiz-Casares M, Rousseau C, Ricard-Guay A. [Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: health as a right or a privilege?](#) Soc Sci Med. 2013;93:78-85.
21. Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada. [Statistiques sur les demandes d'asile \(sous le régime du nouveau système\) par pays présenté comme pays de persécution – 2021](#). Gouvernement du Canada.
22. Pinard-Fontaine E. [Cinq mois sans sortir pour les Rodriguez-Flores](#). La voix de l'Est. 8 avril 2022.
23. Pinard-Fontaine E. [Les Rodriguez-Flores «sont brimés dans leurs droits fondamentaux»](#). La Tribune. 18 avril 2022.

24. La presse canadienne. [Réfugié depuis quatre ans à Montréal, il obtient le droit de rester au pays](#): La Presse. 26 octobre 2009.
25. Myles B. [Un Algérien aveugle se réfugie dans une église de Pointe-Saint-Charles](#). Le Devoir. 4 janvier 2006.
26. Miklavcic A. [Canada's non-status immigrants: negotiating access to health care and citizenship](#). Med Anthropol. 2011;30(5):496-517.
27. Antonipillai V, Abelson J, Wahoush O, Baumann A, Schwartz L. [Policy agenda-setting and causal stories: examining how organized interests redefined the problem of refugee health policy in Canada](#). Healthc Policy. 2020;15(3):116-31.
28. Medecins du Monde. [Les modalités de la mise en oeuvre de la loi 83 - Accès à la RAMQ](#). 15 octobre 2021.
29. Jouan A. [Le mouvement pour la justice migrante : une histoire montréalaise](#). Critique internationale. 2019;3(84):81-103.
30. Doucet H. Ethique de la responsabilité. Dans: Payot A, Janvier A, rédacteurs. Ethique clinique Un guide pour aborder la pratique. Montréal, Canada: Editions du CHU Ste Justine; 2015. p. 49-54.
31. Code de déontologie des médecins. [Recueil des lois et des règlements du Québec](#), RLRQ, c M-9, r 17.
32. Educaloi. [La responsabilité de la personne qui porte secours à quelqu'un](#).
33. L'Église Unie du Canada. [Un sanctuaire pour réfugiés ? Guide à l'usage des paroisses](#). 2004.
34. Gaucher N, Racine E. Theories de la justice. Dans: Payot A, Janvier A, rédacteurs. Ethique clinique Un guide pour aborder la pratique. Montréal, Canada: Editions du CHU Ste Justine; 2015. p. 74-85.
35. Médecins du Monde. [Clinique pour les personnes migrantes à statut précaire](#).
36. Association canadienne de protection médicale. [Les patients sans carte d'assurance maladie](#). octobre 2022.
37. L'Association canadienne de protection médicale. [Traitement de personnes ne résidant pas au Canada](#). septembre 2022.

ANNEXES

Annexe 1. Liste de termes rencontrés autour du concept des migrants à statut précaire (non exhaustive)

Français	Anglais
Asile, réfugié, migrants, immigrant Sans-statut, clandestin, irrégulier, déportation	Refugee, asylum, migrant, immigrant Uninsured, illegal, irregular, non-status, undocumented, underground, bogus (refugee), deportation, precarious, noncitizen

Annexe 2. Demande d'asile : chiffre et trajectoire d'immigration

Trajectoire et données d'immigration

Le demandeur d'asile peut entrer sur le territoire et déposer sa demande de manière légale au poste frontière, ou rentrer sur le territoire de manière illégale, poser sa demande sur le territoire et peut se retrouver en détention. La réception des demandes présentées au point d'entrée sur le territoire est faite auprès de l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC), qui est aussi chargée des arrestations, détention et renvoi des demandeurs d'asile déboutés (30,31).

Prévalence des migrants à statut précaire et sous mesure de renvoi

Il est difficile d'avoir des chiffres précis sur le nombre de migrants à statut précaire sur le territoire canadien ou la province de Québec (6). Pour ce qui est des personnes sans statut globalement (*undocumented immigrants*), les chiffres canadiens datant d'une dizaine d'années donnent une estimation de plusieurs centaines de milliers, voire jusqu'à 500 000 (3,8,13). Selon une enquête réalisée en 2017 parmi 800 résidents montréalais adultes sans couverture médicale, 41% avaient déclaré ne pas détenir de statut migratoire légal (1). Il n'y a pas de mention du nombre de personnes qui se seraient réfugiées dans un sanctuaire dans ces articles. Enfin, sur les différents sites d'immigration du gouvernement, nous n'avons pas trouvé de chiffre précis sur l'application des mesures de renvoi et ni sur le nombre de personnes qui resteraient sur le territoire suite au rejet d'une demande d'asile³.

Nombre et taux d'acceptation des demandes d'asile

Au total, environ 16 500 demandes initiales ont été examinées en 2021 dans les provinces de l'Est (48 000 demandes pour le Canada globalement), 8 633 (52.6%) ont été acceptées et 5 045 (30.7%) rejetées lors du jugement initial – les autres demandes étant irrecevables ou retirées. On peut estimer le taux annuel de réponses acceptées de 50% en moyenne entre 2017 et 2021 (7,14). Les délais d'examen seraient de l'ordre de deux ans en moyenne.

Plusieurs types de recours sont possibles au cours du processus (Figure 1). Une fois la décision négative rendue, la personne a 30 jours pour quitter le territoire. Au-delà, elle est sous mesure d'expulsion et peut être reconduite à la frontière de force. Plus de 10 000 renvois ont été opérés en 2019-2020 pour le Canada (dont une centaine sous escorte des autorités) (32).

Annexe 3. Accès aux soins pour les enfants et femmes enceintes sans assurance

Il y a eu récemment une abondante littérature sur la situation des femmes enceintes et des enfants de parents en situation irrégulière. Une étude a montré l'opinion des soignants montréalais vis-à-vis de l'accès aux soins. Un tiers des participants défendait à la fois la santé comme droit humain et un accès restreint ou pas d'accès pour les enfants et femmes enceintes sans assurance (13), ce qui montre une sorte d'incohérence entre idéaux et pratique. Ceux qui défendaient l'accès élargi se différenciaient des opposants sur plusieurs caractéristiques sociodémographiques: plus souvent en première ligne, cliniciens, et nés à l'étranger. Vers la fin 2021, la large mobilisation autour de cette cause a été un succès car le projet de loi 83 confère désormais la couverture de la RAMQ aux enfants de parents en situation migratoire précaire⁴ – y compris en situation irrégulière (21,33-36).

³ Nous avons soumis une demande d'information au CISR qui nous a indiqué de nous adresser à l'Agence des services Frontaliers du Canada, mais cette demande d'a pas pu aboutir.

⁴ Pour un séjour de plus de six mois.