Université de Montréal

Planification d'un projet de recherche sur l'accès aux soins des migrants à statut précaire à Montréal : enjeux contextuels, participatifs et méthodologiques

Par Magalie Benoit

École de santé publique

Département de médecine sociale et préventive

Rapport de stage, présenté à l'École de santé publique en vue de l'obtention du grade de maîtrise en santé communautaire, option santé mondiale

Supervisé par Valéry Ridde

Août 2014

RÉSUMÉ

Médecins du Monde Canada (MdM) est la seule organisation à Montréal qui offre des soins de santé aux migrants à statut précaire (MSP) depuis 2011. Les MSP sont des personnes, ayant un statut d'immigration qui n'est ni permanent, ni garanti. Ils ont difficilement accès au système de santé ou parfois aucun accès puisque certains sont sans couverture médicale. Au Canada, aucune recherche n'a été menée sur une intervention pour améliorer la santé de cette population. Dans le contexte de la planification d'un projet de recherche partenariale avec MdM, les méthodes suivantes ont été employées : entrevues semi-structurées avec des informateurs-clés de Montréal (n=14) et de Toronto (n=6); observations terrain, atelier participatif (n=16), groupe de discussion (n=7). L'objectif général de ces différentes méthodes est de dresser un portrait des enjeux contextuels, participatifs et méthodologiques lors de la recherche auprès des MSP. Un autre objectif est d'amorcer la planification de la recherche avec le partenaire. Les résultats obtenus montrent que plusieurs initiatives de santé sont en place à Toronto et que des organisations défendent les droits des MSP à Montréal. MdM arrive difficilement à répondre aux besoins complexes et croissants de cette population. La participation des MSP à la recherche est possible, mais comporte de nombreux défis. L'atelier participatif a permis de déterminer, avec des acteurs de différents milieux, qu'une recherche interventionnelle sera réalisée, ayant comme objet central les MSP et comme question principale : quelles sont les conséquences des problèmes d'accès aux soins? En ce qui concerne la méthodologie de recherche, il est suggéré de ne pas réaliser de groupes de discussion, d'avoir du personnel de recherche issue de différentes cultures et de collaborer avec les organismes communautaires. La méfiance des MSP et la menace réelle de déportation doivent être prises en considération et des mesures additionnelles pour protéger la confidentialité sont essentielles.

Table des matières

1. INTRODUCTION 1
1.1 Objectifs 2
1.2 Livrables 3
2. CONTEXTE DU STAGE 3
2.1 Description des activités de recherche préliminaires 4
2.2 Définition de la population cible 4
2.3 Initiatives de santé à Montréal 5
2.4 État de la situation et enjeux de santé publique 6
3. SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES PERTINENTES 7
3.1 Modèle sous-tendant la démarche de stage 7
3.2 Démarche de revue des connaissances 9
3.3 Résultat de la synthèse des connaissances 10
4. DÉMARCHE 15
4.1 Enjeux contextuels 15
4.2 Enjeux participatifs 17
4.3 Enjeux méthodologiques 20
5. RÉSULTATS 21
5.1 Enjeux contextuels 21
5.2 Enjeux participatifs 24
5.3 Enjeux méthodologiques 33
5.4 Analyse de l'atteinte des objectifs 39
5.5 Principales retombées 39
6. RÉFLEXION CRITIQUE SUR SA PRATIQUE 40
6.1 Soi 40
6.2 Contexte 42
6.3 Processus 43
6.4 Compétences de santé publique 44
5.4 Limites et suggestions 45
7. CONCLUSION 46
RÉFÉRENCES 50
ANNEXE I 56
ANNEXE II 57

ANNEXE III 59
ANNEXE IV 60
ANNEXE V 61
ANNEXE VI 62

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CLSC : Centre local de services communautaires

CR-CHUM : Centre de recherche du CHUM

CSC : Centre de santé communautaire/ *Community health center (CHC)*

DSP : Direction de la santé publique

JASP Journées annuelles de santé publique

MdM : Médecins du Monde

MSP : Migrants à statut précaire

MUR : Mexicains unis pour la régularisation

PFSI : Programme fédéral de santé intérimaire

PRAIDA : Programme régional d'accueil et d'intégration aux demandeurs d'asiles

SSF : Solidarité sans frontières

TC : Transfert des connaissances

TCRI : Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiés et immigrantes

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:Défis et facteurs facilitant la participation dans le cadre de travaux de recherche «avec» les MSP. 11
Tableau 2: Défis et facteurs facilitant la participation dans le cadre de travaux de recherche sur des populations vulnérables. 12
Tableau 3: Leçons apprises sur la planification et la méthodologie de recherche dans le cadre de projets avec/sur des populations immigrantes ou issues de diverses communautés ethniques. 14
Tableau 4: Défis et facteurs facilitant la participation des MSP à la recherche 25
Tableau 5: Défis et facteurs facilitant la participation dans le cadre de la recherche avec des populations vulnérables 26
Tableau 6: Les dispositifs de participation : dénomination et objectifs. 27
Tableau 7:Questions de recherche priorisées par la technique du groupe nominal. 30
Tableau 8: Questions de recherche priorisées par la technique du groupe nominal. 38

.

LISTE DES FIGURES

Figure 1:Composantes de la fonction d'interface, tirée de Bernier (2014) p.61 (28) 8
Figure 2: Schéma représentant les objets de recherche. 30

REMERCIEMENTS

À Valéry Ridde, pour sa disponibilité, son ouverture et ses convictions.

À toutes les personnes qui ont accepté de partager leur savoir et leur vision.

À tout le personnel et les bénévoles de Médecins du Monde. Un merci particulier à Véronique Houle, Marylie Roger, Sophie Richard et au Comité de soins pour l'accueil et l'appui tout au long de la démarche.

À Carmelo Monge, Viviane Médina, Noé Ricardo Artega Santos pour leur dévotion aux mieux-être des personnes à statut précaire.

1. INTRODUCTION

Médecins du Monde (MdM) est une organisation non gouvernementale qui a comme particularité d'offrir des services de santé dans les différents pays où siègent leurs bureaux. À Montréal, MdM a développé le *''Projet Migrants''* depuis l'automne 2011. Il s'agit principalement d'une clinique médicale ponctuelle, de services sociaux et de soutien pour les femmes enceintes et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang pour les migrants, installés à Montréal n'ayant pas de couverture médicale. Le projet repose sur l'action de professionnels bénévoles, spécialement d'infirmières et de médecins. L'objectif premier est de répondre à des besoins de santé non comblés, bien qu'il vise de surcroît à améliorer la prise en charge de cette population par le système de santé québécois. Il s'agit de la seule clinique de ce type à Montréal. Des initiatives similaires existent aussi en Europe (1) et aux États-Unis (2). Depuis son démarrage, aucune évaluation ou recherche n'a été réalisée. Mais le besoin de données probantes a été exprimé par le milieu. Entre mars 2013 et septembre 2013, MdM et Valéry Ridde, chercheur à l'axe de santé mondiale du Centre de Recherche du CHUM (CR-CHUM) ont entamés certaines activités de recherche participatives afin de dégager le modèle logique de l'intervention de MdM et ces défis.

Dans cette logique, le mandat de stage était de réaliser la planification d'un projet de recherche sur l'accès aux soins des migrants à statut précaire à Montréal. Le mandat comprend donc plusieurs aspects : développer une vision partagée de la recherche, susciter et maintenir l'intérêt pour la recherche, assurer la poursuite de la participation et produire et diffuser certains résultats de la phase exploratoire de la recherche. Le stage a été réalisé entre septembre 2013 et mars 2014.

1.1 Objectifs

L'objectif principal du stage est de définir le contexte de recherche, les enjeux de participation et les méthodes de recherche appropriées pour cette population difficile à rejoindre et dite vulnérable, tout en poursuivant un processus participatif déjà amorcé.

Voici les **objectifs spécifiques** articulés selon trois axes :

1.1.1. Enjeux contextuels

- S'approprier le contenu des recherches préliminaires effectuées sur le projet.

- Répertorier les projets de recherche en cours ou planifiés à Montréal et Toronto sur l'accès aux soins pour les MSP par des entrevues avec des chercheurs.

- Observer l'intervention de MdM et d'autres acteurs sociaux pour les MSP à Montréal.

- Explorer l'intervention et la recherche en cours à Toronto.

1.1.2. Enjeux participatifs

- Dégager les défis, les facteurs facilitants et les dispositifs favorisant la participation dans un contexte de recherche sur/avec les MSP ou des populations vulnérables et difficiles à rejoindre.

- Déterminer les objets de recherches, le type de recherche, les questions de recherche et les dispositifs participatifs.

- Renforcer la collaboration avec Médecins du Monde.

- Créer des liens avec les acteurs importants qui agissent sur cette problématique à Montréal (recherche, action communautaire et militante).

1.1.3. Enjeux méthodologiques

- Déterminer les méthodes pertinentes pour répondre aux questions de recherche.

- Évaluer la faisabilité de tenir des groupes de discussion auprès de la population cible.

1.2 Livrables

1.2.1. Enjeux contextuels

- Trois notes de recherche portant sur 1- la théorie de l'intervention; 2- la cartographie conceptuelle des défis de l'intervention et 3- les entrevues sur les défis de l'intervention.

- Présentation orale des résultats des entrevues qualitatives sur les défis de l'intervention au colloque de bioéthique.

1.2.2. Enjeux participatifs

- Rapport synthèse sur l'atelier participatif

- Présentation d'une affiche comprenant les résultats de la phase préliminaire et de l'atelier participatif aux Journées annuelles de santé publique (JASP).

1.2.3 Enjeux méthodologiques

- Production de recommandations sur les méthodes de recherche à favoriser.

2. CONTEXTE DU STAGE

Le stage a été réalisé au CR-CHUM, axe de santé mondiale, sous la supervision du Dr.Valéry Ridde.

2.1 Description des activités de recherche préliminaires

Comme précédemment mentionné, des activités de recherche avaient déjà été menées au préalable afin de comprendre l'intervention du *''Projet Migrants''* de MdM et de déterminer la faisabilité d'une évaluation. Voici la description des quatre méthodes de la phase pré évaluative, qui ont été réalisées entre mars et septembre 2013:

1. Modèle logique : Un atelier participatif avec dix intervenants a été organisé pour décrire le modèle logique de l'intervention.

2. Cartographie conceptuelle : Un exercice participatif de cartographie conceptuelle auprès de dix-neuf intervenants a permis de créer, de prioriser et d'organiser une liste des défis de l'intervention.

3. Entrevues : Treize entrevues individuelles ont été réalisées pour obtenir le point de vue des intervenants de MdM sur les défis de l'intervention.

4. Analyse statistique de la base de données : Cette étape n'a pu être réalisée en raison du taux de non-réponse trop élevé pour la majorité des items répertoriés dans la base de donnés clinique internationale de MdM.

2.2 Définition de la population cible

Dans le présent rapport, la définition de migrants à statut précaire (MSP) de Brabant et Raynault (2012) est utilisée :

> « Individus nés à l'extérieur du Canada, qui pour des raisons variées, n'ont pas de statut légal, ou ont un statut précaire qui n'est ni permanent, ni garanti. Les MSP peuvent être des demandeurs d'asile, des travailleurs migrants temporaires, des personnes venues avec le programme des aides familiaux résidants, des victimes de la traite humaine, des personnes provenant de pays sous moratoire ou des personnes sans-papiers» (traduction libre, (3), p.331).

L'**annexe I** présente un glossaire complet des termes inclus par cette définition. Dans le présent rapport, des appellations plus précises sont parfois employées, faisant référence à un statut migratoire précis, et non de l'ensemble des MSP. Cette distinction est parfois nécessaire puisqu'il s'agit d'un groupe très hétérogène et que certains travaux de recherche ont été réalisés sur un sous-groupe spécifique (ex. demandeurs d'asile, personnes sans-papiers, etc.). Toutes ces catégories de migrants ont comme point commun un accès difficile aux soins de santé en raison d'une absence de couverture médicale, d'une couverture médicale limitée ou dépendant d'une tierce personne (4).

2.3 Initiatives de santé à Montréal

Bien que Médecins du Monde Canada soit l'initiative de santé la plus importante pour les MSP à Montréal, d'autres organisations ou individus offrent des services. Lorsqu'ils ont des besoins en services de santé ou sociaux, les MSP peuvent s'adresser à différents organismes qui ne demandent pas de pièce d'identité comme la Clinique Communautaire de Pointe-Saint-Charles, À deux mains, Solidarité sans Frontières, la Maison Bleue ou le CLSC des Faubourgs. De plus, certains intervenants travaillant en CLSC dans des quartiers avec une population immigrante importante acceptent d'offrir des services aux MSP. Il est à noter que cette situation est particulièrement fréquente au

CSSS Montréal-Nord, CSSS Bordeaux-Cartierville et CSSS de la Montagne. Aussi, certains médecins travaillant dans les hôpitaux acceptent d'offrir des services gratuitement ou à faible coût à un nouveau patient MSP, ou à des patients en traitement lorsque ceux-ci perdent leur couverture médicale. Ainsi, la prise en charge par les professionnels et les médecins n'est pas formalisée et elle dépend de la sensibilité des professionnels à cette problématique.

2.4 État de la situation et enjeux de santé publique

En Europe et aux États-Unis, la problématique de l'accès aux soins des « *undocumented* » (sans papiers) a été étudiée et fait déjà l'objet de débats publics depuis plusieurs années. Des enquêtes ont été réalisées sur l'état de santé et l'accès aux soins (5–7). Les différentes politiques publiques de santé, l'accès aux soins et les initiatives de santé ont également été documentés (1,2,8,9). Dans le cas européen, des comparaisons entre différents pays ont même été faites (1,9). Au Canada, la recherche porte sur l'accès aux soins pour des MSP. La plupart des études adoptent des méthodes qualitatives (4,10–18), bien que quelques articles quantitatifs ont été répertoriés (14,19–21). Les problématiques des femmes enceintes et des enfants sont le plus fréquemment abordées (12,14,15,18–22). Aucun article sur une intervention de santé pour les MSP au Canada n'a été répertorié.

L'accès aux soins de cette population est perçu comme un enjeu de santé publique, et ce mondialement (1,9,23). Au Canada, la problématique n'est pas discutée sur la scène publique (24), bien que selon des estimations, jusqu'à 500 000 personnes seraient sans statut légal (25) principalement à Toronto, Montréal et Vancouver. En 2013, la Santé

Publique de Toronto a émis des recommandations pour l'accès aux soins des résidents sans couverture médicale (dont principalement les MSP). Parmi ces dernières, les problématiques de santé suivantes sont prioritaires: la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, les conditions de santé requérant des soins urgents, les maladies infectieuses (notamment la tuberculose et le VIH), les maladies chroniques et la santé des enfants et des jeunes (26). À Montréal, la Direction de la santé publique (DSP) a complété une étude exploratoire sur le portrait de cette population en 2008 (4). La DSP est consciente de la problématique d'accès aux soins pour les MSP, mais sans toutefois émettre de recommandations. En effet, la DSP ne mentionne que la vulnérabilité des MSP dans son rapport de 2011 sur les inégalités sociales de santé à Montréal (27).

3. SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES PERTINENTES

3.1 Modèle sous-tendant la démarche de stage

Le rôle occupé pendant le stage se rapporte à la fonction d'interface décrite par Bernier (28). Dans des projets de recherche partenariale, cette fonction est considérée comme l'un des éléments de succès. La personne qui occupe cette fonction : *« porte une attention à la fois aux interactions entre les acteurs et au contenu », « recherche l'équilibre entre les intérêts et les idées des chercheurs et des différents acteurs de terrain », « à une bonne connaissance du milieu, des acteurs en présence, et de l'historique des rapports entre eux »* (28). Cette fonction intervient aux trois niveaux suivants :

1-Cognitif : le développement d'une vision partagée de la recherche en utilisant la délibération entre les acteurs, les résultats préliminaires et la synthèse de connaissances pertinentes. 2- Stratégique : le développement et le maintien de l'intérêt et des liens avec les partenaires pour la recherche nécessitent : 1) la prise en compte des intérêts et préoccupations divergentes de ces derniers; 2) l'échange de connaissances d'expertise et d'expérience; 3) une prise de position quant à l'équilibre des pouvoirs dans le processus. 3- Logistique : il s'agit d'une multitude de tâches afin de suivre les activités et d'animer les différents dispositifs de participation. Ce volet inclut différentes activités de communication et d'échange de connaissances.

La **figure 1** montre une modélisation de la fonction d'interface.

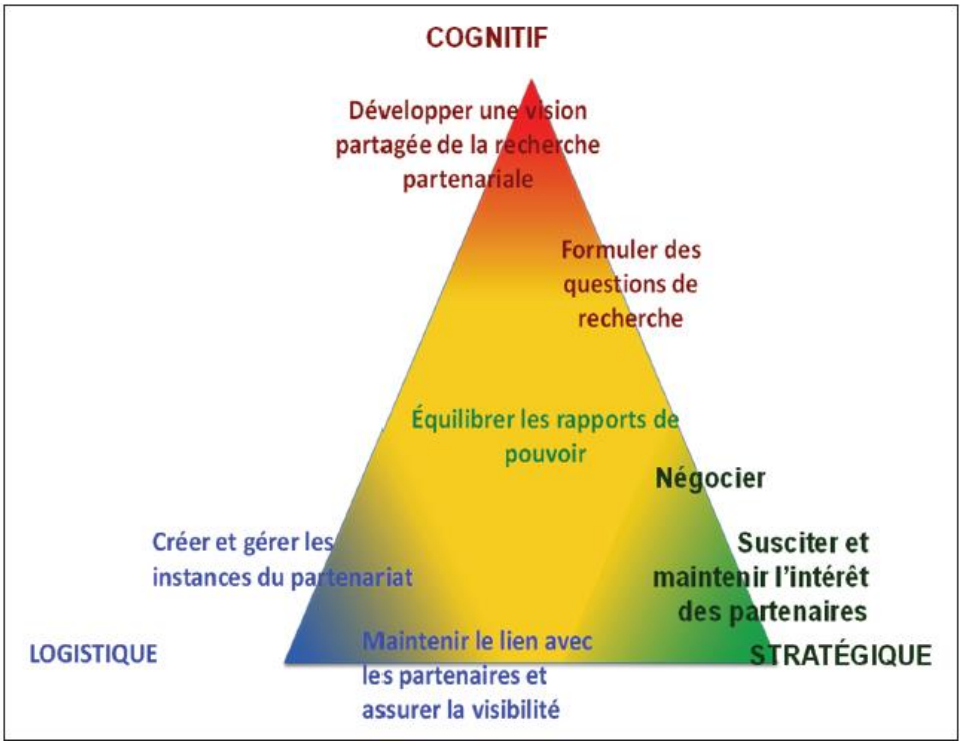


Figure 1: Composantes de la fonction d'interface, tirée de Bernier (2014) p.61 (28)

Ce modèle a été choisi puisqu'il regroupe la diversité des activités du stage : la planification de la recherche, le développement des relations entre le chercheur et le milieu et la gestion du partenariat.

3.2 Démarche de revue des connaissances

Une recension des écrits scientifiques a été effectuée pour dégager les leçons apprises sur la participation et la méthodologie dans des projets de recherche en santé sur des populations vulnérables et/ou immigrantes. Plus précisément, il s'agit de relever les différents défis rencontrés, les facteurs facilitants, les dispositifs de participation utilisés ainsi que les méthodologies employées. Les bases de données en santé publique consultées comprennent : PubMed et Medline. D'autres sources suggérées par les chercheurs lors des entrevues et certains articles pertinents cités dans les sources primaires ont également été incluses. La recherche a été effectuée avec les mots-clés suivants : *«Community based participatory research» OR «patient participation »AND «Health »AND «vulnerable populations» OR« immigrant and emmigrants»*.

Les critères d'inclusion utilisés sont les suivants: 1) cités dans PubMed ou Medline 2) publiés entre 2009-2014. Le choix s'est porté sur ses dates pour obtenir les connaissances les plus actuelles. 3) cités dans les références d'un article sélectionné par le biais de ces bases de données 4) portent sur les leçons apprises d'un projet de recherche partenariale et communautaire 5) portent sur les personnes migrantes, issues de communautés culturelles ou vulnérables. Ici, une recherche sur les MSP n'aurait pas été appropriée puisque le terme est utilisé principalement au Canada. La recherche a donc été faite sur la base de critères plus généraux de migration dans le but d'obtenir un maximum d'articles. Les principaux critères d'exclusion sont : 1) articles publiés avant

2009, 2) articles présentant seulement les résultats d'un projet de recherche partenariale et communautaire, 3) articles ne portant pas sur les populations migrantes ou issues de communautés culturelles ou vulnérables.

Un total de 1002 articles correspondait à ces critères. Après la lecture du titre et du résumé, cinquante-quatre articles ont été sélectionnés. Trente articles ont été retenus après une lecture complète et cinq ne provenant pas des bases de données ont été ajoutés. Les informations recueillie dans les articles quant à la participation a été classée sous forme de tableau et ce, en considérant les éléments suivants : nom du premier auteur et année de publication, pays, population à l'étude, partenaires, défis, solutions, leçons apprises. Pour ce qui est des articles sur la méthodologie de recherche, les informations suivantes ont été retenues : premier auteur et année de publication, population à l'étude, étape de recherche (planification, collecte de données, analyse des résultats et transfert des connaissances) et résultats/ leçons apprises.

3.3 Résultat de la synthèse des connaissances

3.3.1 La participation des MSP à la recherche

Seuls trois articles de recherche abordent la participation des MSP au processus de recherche. Le **tableau 1** présente les défis reliés à cette participation ainsi que les moyens employés afin la faciliter.

Tableau 1:Défis et facteurs facilitant la participation dans le cadre de travaux de recherche «avec» les MSP.

Défis	Facteurs facilitant
Ne pas augmenter leur vulnérabilité (sociale, économique) (29,30)	Personnel de recherche qui a été confronté au système d'immigration
Vécu d'exclusion des MPS au Canada (30,31)	Soutenir des initiatives qui sont perçues comme importantes par les MSP
Impliquer les MSP dans les discussions (29)	Facilitateur (travail individuel avant les rencontres de groupe)

Source : Revue des connaissances

3.3.2 La participation dans des projets de recherche sur des populations migrantes ou vulnérables

D'autres articles ont abordé les défis, les solutions ainsi que les leçons apprises lors de la participation à la recherche de populations issues de communautés ethniques ou migrantes (n= 12) et de populations vulnérables (autochtones, personnes en situation de pauvreté) (n=10). Ces principaux défis, accompagnés des suggestions pour faciliter le processus de recherche sont présentés dans le **tableau 2.**

Tableau 2: Défis et facteurs facilitant la participation dans le cadre de travaux de recherche sur des populations vulnérables.

Défis	Facteurs facilitant
Maintien de la participation et respect des échéanciers : temps et ressources limités des communautés (31–43)	Flexibilité horaire, lieux et échéanciers doivent être choisis afin de réduire le déséquilibre de pouvoir
	Retombées tangibles pour les communautés
	Rémunération des organismes communautaires
Attentes, intérêts et visions divergentes (31,32,34,36,37,40,43–45)	Établir le cadre de partenariat au début du processus (rôles, responsabilité, processus)
	Définir les concepts, discuter les divergences et utiliser les conflits
	Supporter des initiatives des partenaires communautaires, être disponible
Expériences de recherche et formation variables (32,41,46,47)	Formation des partenaires à toutes les étapes, il faut y porter une attention constante
	Apprentissage mutuels
Compréhension linguistique, culturelle ou de la recherche (30–32,35,43,47,48)	Avoir un consultant en approches interculturelles ou du personnel de recherche multiethnique
	Maintenir une communication constante
	Créer un environnement de respect mutuel et d'ouverture, travailler les attitudes et préjugés
	Organisation d'activités conjointes en dehors du volet recherche pour une meilleure connaissance mutuelle
	Comité aviseur composé de membres académiques et communautaires
Peur et méfiance envers la recherche (34,40,49,50)	Discuter les craintes et dynamiques de pouvoir
	Présence sur le terrain afin de bâtir la relation de confiance
	S'assurer de la représentativité dans les réunions et comités

Source : Revue des connaissances.

3.3.3 Dispositifs de participation

Onze des vingt-deux articles mentionnent des dispositifs de participation, mais très peu de détails sont disponibles sur le mode de fonctionnement et la composition de ces dispositifs.

Le *comité aviseur* doit être composé de partenaires communautaires et académiques (38,39,48), et dans certaines situation de MSP (29,30,36). Si l'objectif est l'atteinte d'une participation équitable, alors l' inclusion de MSP dans le comité aviseur présente un défi (30). Bien que peu détaillés, les objectifs du comité aviseur permettent d'utiliser les différentes expertises, de partager la direction de certaines initiatives et de résoudre de potentiels problèmes pouvant survenir au cours de la recherche (29,38,48).

Deux auteurs mentionnent un deuxième espace de coordination de la recherche, le *comité de pilotage*, qui suit plus régulièrement l'évolution de la recherche. Le dispositif peut plus facilement inclure des personnes vulnérables car moins d'experts y sont présents, ce qui facilite l'expression d'enjeux de la part des MSP (29,30).

Enfin, le *guide de partenariat* est défini comme plan de partage de pouvoirs qui utilise au maximum les forces de chacun des partenaires : ressources, capacités et connaissances (33). L'importance de ce document écrit pour souligner, la vision, les valeurs, les rôles, les responsabilités et la propriété des données est préconisé par certains auteurs (33,37,38,43,46,48,50).

3.3.4 Planification et méthodologie dans des projets de recherche participatifs sur des populations migrantes

Seize articles abordent certains aspects de la planification et de la méthodologie de recherche dans des projets avec/sur des populations immigrantes ou de diverses

communautés ethniques. Les recherches effectuées adoptent une méthodologie quantitative ou qualitative. Le **tableau 3** résume les constats effectués par les chercheurs.

Tableau 3: Leçons apprises sur la planification et la méthodologie de recherche dans le cadre de projets avec/sur des populations immigrantes ou issues de diverses communautés ethniques.

1. Planification du projet de recherche (32,51–55)
-L'implication de la communauté dans les phases préliminaires à la recherche est une composante clé dans le succès d'un projet de recherche. - L'apport des leaders des communautés s'est avéré essentielle pour surmonter les défis de la recherche. -Les instruments de collectes de données doivent être discutés et modifiés par les partenaires en incluant les enjeux linguistiques. -Il est important de prendre le temps de connaître les différentes cultures. - Les lieux de recrutement publics plusieurs doivent être visités plusieurs fois pour obtenir la confiance des personnes responsables.
2. Collecte des données (32,49–51,54–61)
Recrutement : -Le recrutement par des membres de la communauté provenant du même pays d'origine a été la stratégie la plus efficace. -Il est nécessaire d'avoir des stratégies et sites de recrutement multiples. - Afin de réduire la méfiance, il faut offrir des options aux participants et développer des stratégies pour les rassurer. - Des incitatifs tangibles (argent, cadeau) et non tangibles (nourriture et breuvages, gardiennage pour les enfants) peuvent faciliter le recrutement. *Contexte de la collecte de données :* -Les lieux préférés : domicile, églises ou restaurants. - Malaise et méfiance lorsqu'il y avait enregistrement et entrevues téléphoniques. - Problèmes d'alphabétisation pour certains participants. -Des membres de la communauté dans l'équipe de recherche donne de la crédibilité. - Les enquêteurs qui sont originaires de la communauté étudiée facilitent le recrutement, l'obtention des réponses justes. *Suggestions en lien avec différentes méthodes de recherche :* -Pour des entrevues multiples, la mobilité des participants est une réalité. - Il est nécessaire d'avoir des plages en dehors des heures de bureau et d'être flexible. -Les participants sont hésitants à partager certaines informations en groupe.

3. Analyse des résultats (32,41,51,55)
-La culture et la signification contextuelle sont des éléments essentiels dans l'interprétation des résultats.
4. Diffusion des résultats/ transfert des connaissances (TC) (32,51,55,62)
-Les partenaires communautaires doivent être impliqués dans le TC.

Source : Revue des connaissances

Les recherches répertoriées ont principalement été effectuées au États-Unis (23/35). Le contexte politique, l'accès aux soins et la mobilisation des MSP étant différent, il est difficile de tirer des conclusions applicables au contexte montréalais. Il est ainsi nécessaire d'approfondir la connaissance du contexte de recherche et d'intervention, des enjeux participatifs et des méthodes déjà utilisées pour la recherche sur cette population.

4. DÉMARCHE

Une partie des méthodes ont été déterminées au début du stage, alors que d'autres ont découlés d'informations recueillies lors des observations faites sur le terrain (entrevues à Toronto et groupe de discussion).

4.1 Enjeux contextuels

4.1.2 Rédaction des notes de recherche

Afin de réaliser les notes de recherche, la maîtrise les méthodes et résultats de la phase pré-évaluative était indispensable. Le modèle logique de l'intervention ainsi qu'une dernière étape de la cartographie conceptuelle ont été validés par la gestionnaire et la chargée de projet de MdM. Ensuite, le modèle logique final a été présenté au comité de soins, responsable de la direction médicale, lors d'une présentation au début du mois

d'octobre 2013. Pour la mise en page, une collaboration a été nécessaire avec la chargée des communications de MdM, puis avec la graphiste de MdM. Les notes de recherche sont disponibles à l'adresse internet suivante : www.equitesante.org/projet-migrants/. Elles ont été distribuées par courriel à l'ensemble des bénévoles de MdM et en format papier lors des JASP.

4.1.2 Présentation scientifique

Une communication orale, d'une durée de 15 minutes, intitulée : *Les défis engendrés par la limite des ressources du projet de Médecins du Monde (MdM) en faveur des migrants à statut précaire (MSP)*, a été présentée lors du colloque de bioéthique, le 15 novembre 2013. Ce fut l'occasion de diffuser les résultats des entrevues qualitatives de la phase pré-évaluative. La présentation est disponible sur le lien suivant : http://fr.slideshare.net/valery_ridde/les-dfis-engendrs-par-la-limite-des-ressources-du-projet-de-mdecins-du-mdm-en-faveur-des-migrants-statut-prcaire-montral. Pour préparer cette présentation, il a été nécessaire de lire les verbatim des entrevues et de rencontrer la personne ayant réalisé les entrevues.

4.1.3 Observations terrain

La plupart des activités terrain ont été réalisées entre la mi-septembre et la fin novembre. Six séances de bénévolat à l'accueil des cliniques médicales de MdM ont permis d'approcher la population étudiée dans la salle d'attente et de comprendre le fonctionnement interne. D'autres activités ont aussi permis d'observer l'ensemble des volets de l'intervention de MdM: séance d'information avec les infirmières bénévoles au triage, triage téléphonique, repérage proactif dans la communauté (dans deux quartiers), séance d'information pour les femmes enceintes, repérage proactif dans un organisme communautaire (dépistage/vaccination hépatites), réunion d'équipe clinique, rencontre

du comité protection à la table de concertation pour les personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) (à deux reprises), réunion du Comité de soins (à deux reprises).

En complément, d'autres observations ont été réalisées en dehors du réseau de MdM afin de mieux comprendre l'ensemble des besoins des MSP et l'action des groupes militants en leur faveur. Ainsi, les deux colloques sur la régularisation des migrants et sur l'établissement d'un réseau d'entraide, organisés par des groupes militants (Mexicains Unis pour la régularisation (MUR) et Solidarité sans Frontières (SSF)) ont été visités. Une coopération a permis la création d'un groupe visant à améliorer l'accès aux soins pour les MSP au sein de l'organisme SSF. Le comité, composé de professionnels de la santé, de chercheurs et de personnes ayant eu un statut précaire, se réunit une fois par mois depuis janvier 2014.

Le contexte de l'intervention médicale de Toronto a été exploré par le biais d'entrevues, d'une durée d'une heure auprès de professionnels de la santé travaillant dans deux cliniques médicales: la non-insured walk-in clinic et la Scarbourough clinic. Elles ont été choisies puisqu'elles sont les principales offrant des soins de santé à cette population sur Toronto, bien que d'autres initiatives de santé existent.

4.2 Enjeux participatifs

4.2.1 Entrevues avec des informateurs clés de Montréal

Le choix des informateurs clés à Montréal s'est d'abord fait en concertation avec le superviseur de stage et avec Médecins du Monde. Les personnes choisies avaient au moins une des caractéristiques suivantes : elles ont effectué des projets de recherche sur la santé des migrants à statut précaire, elles ont une expérience de la recherche participative auprès de populations vulnérables, ou encore, elles ont une expérience

clinique ou communautaire auprès des MSP. Les informateurs-clés identifiés initialement devaient suggérer d'autres personnes ayant ces caractéristiques. Il s'agit donc d'un échantillon en chaîne (63). L'objectif des entrevues était de dégager des informations sur la recherche en cours, les questions pertinentes, les défis et dispositifs de la participation afin de susciter la discussion lors de l'atelier participatif (démarche présentée ultérieurement). Une invitation par courriel a été envoyée aux personnes sélectionnées en précisant le sujet de la recherche, la personne ayant suggéré de le contacter, et l'objectif de l'entrevue en lien avec l'expertise de la personne. Au total, dix-sept personnes ont été contactées et seize ont acceptées de réaliser l'entrevue. L'échantillon final comprend quatre chercheurs travaillant sur l'accès aux soins de santé pour les MSP, sept chercheurs académiques ou communautaires ou professionnels de la santé publique ayant fait des projets auprès de populations vulnérables et trois personnes travaillant dans le milieu communautaire auprès de cette population. Une entrevue n'a pu être réalisée en raison d'un conflit d'horaire qui n'a pu être résolu. Avant chaque entrevue, une recherche internet étaient faite afin de déterminer l'expertise de chacun. Les entrevues semi-dirigées comprenaient les aspects suivants : les défis et stratégies de la recherche partenariale; les dispositifs participatifs; les projets de recherche sur les MSP en cours et les questions de recherche pertinentes; la participation des personnes vulnérables à la recherche et les enjeux éthiques. Le guide d'entrevue est à l'**annexe II** et la liste des informateurs clés à l'**annexe III**. Des notes ont été prises durant les entrevues et ont été retranscrites. Les entrevues, d'une durée variant entre une et deux heures ont été réalisées entre la fin septembre et la fin octobre 2013.

4.2.2 Atelier participatif

Un atelier participatif d'une demi-journée a été proposé à MdM lors d'une rencontre du comité de soins. L'ensemble de la planification (contenu, méthodes, aspects logistiques) de l'atelier participatif a été réalisé avec la contribution du superviseur de stage.

L'atelier a débuté par une présentation qui a permis aux participants de se familiariser avec les connaissances scientifiques disponibles sur l'accès aux soins des MSP au Canada et sur quelques projets de recherche actuellement en cours à Montréal. Les deux méthodes suivantes ont été utilisées pour atteindre les différents objectifs de l'atelier : la technique du groupe nominal (pour déterminer les objets et les questions de recherche) et une discussion en grand groupe (pour déterminer le type de recherche et dispositifs participatifs). Une rapide présentation des chercheurs a précédé chacun des exercices pratiques collectifs. L'atelier a été co-animé avec le superviseur.

Pour plus de détails sur le contenu présenté lors de l'atelier, consulter : http://fr.slideshare.net/valery_ridde/suite-de-la-planification-du-projet-de-recherche-sur-les-migrants-statut-prcaire-montral. Un rapport synthèse de l'atelier a été envoyé aux personnes présentes lors de l'atelier pour recueillir leurs commentaires/suggestions. Ce document n'est pas inclut en annexe puisque son contenu est présenté dans le présent rapport. Une communication affichée (**Annexe IV**) comprenant les résultats préliminaires ainsi que la démarche participative a été présentée aux JASP avec la gestionnaire de projet de MdM.

4.3 Enjeux méthodologiques

4.3.1 Entrevues avec des informateurs clés de Toronto

Plusieurs chercheurs de Toronto ont utilisés des approches participatives pour la recherche sociale et de santé avec les MSP. À Toronto, les informateurs-clés ont été choisis puisqu'ils travaillent en recherche sur l'accès aux soins des MSP. Il s'agit d'un échantillon par critère (63). Huit chercheurs ont été approchés par courriel et/ou téléphone et six ont accepté une entrevue en personne (n=2) ou par Skype (n=4). Les entrevues semi-structurées, d'une durée approximative d'une heure, ont été réalisées entre la mi-février et la fin mars 2014. Les thèmes abordés sont : les projets de recherche en cours, la méthodologie de recherche effectuée, les impressions sur les questions de recherche et la méthodologie envisagée dans le projet à Montréal, le contexte de recherche et de l'accès aux soins pour les MSP à Toronto. Le guide d'entrevue est en **annexe V** et la liste des informateurs-clés en **annexe VI.**

4.3.2 Groupe de discussion

Un groupe de discussion a été organisé en collaboration avec le Projet Refuge-Maison Haidar, le Comité d'aide aux réfugiés et Action Réfugiés Montréal, suite à une rencontre du comité protection de la TCRI. Le sujet du groupe de discussion est les barrières et les facteurs facilitant l'expression de son expérience comme demandeur d'asile, à différentes personnes (organismes communautaires, journalistes, chercheurs, etc.). L'objectif de cette implication était d'évaluer le processus de recrutement et le déroulement du groupe de discussion pour en tirer des apprentissages pour le projet. Trois rencontres ont été organisées pour planifier l'ensemble de la méthodologie. Le recrutement s'est fait par le biais d'une affiche sur le projet qui a été envoyé à l'ensemble des organismes communautaires du comité protection de la TCRI. Les

intervenants communautaires qui étaient impliqués ont aussi tenté de recruter des participants à partir de leur réseau. Le groupe de discussion, d'une durée de deux heures trente, a eu lieu à la mi-avril 2014. Un consentement verbal a été obtenu et aucun enregistrement n'a été effectué dans le but de protéger les participants. Les sept participants ont reçu une compensation financière provenant des fonds de recherche du superviseur.

5. RÉSULTATS

5.1 Enjeux contextuels

5.1.1 Le contexte de l'intervention de MdM

MdM est le seul acteur de santé à Montréal qui offre des soins médicaux aux personnes MSP. Cette clinique a un financement instable puisqu'il provient principalement d'une fondation et d'une congrégation religieuse. Le manque de ressource à un impact sur la provision des soins, le local loué est petit et suffit à peine pour l'ensemble des professionnels présents. L'organisation des cliniques médicales en souffre. Plusieurs professionnels sont bénévoles chez MdM (médecins, infirmières, etc.) dans l'ensemble des services offerts. Ce fonctionnement nécessite une personne attitrée à la gestion des bénévoles et a un impact sur l'intervention puisque certains bénévoles n'ont pas une vision d'ensemble des activités. MdM éprouve de la difficulté à donner des soins pour les personnes ayant une maladie chronique, les femmes enceintes, et les personnes nécessitant certains tests diagnostiques coûteux. L'accès au système de santé public est difficile puisqu'il dépend lui aussi de médecins favorables à cette population, ou de la capacité financière limitée des MSP. De plus, certains cas ne peuvent être suivis à la

clinique de MdM puisqu'ils excédent la capacité de prise en charge (VIH, tuberculose, cancer, etc.). Il est parfois impossible d'offrir une option dans le système de santé.

5.1.2 La situation des MSP qui consultent à MdM

Il est possible d'approcher les MSP dans la salle d'attente de la clinique. Il est plus facile de commencer à discuter superficiellement et souvent les personnes donnent spontanément des éléments en lien avec leur parcours de vie ou leurs problèmes actuels. La confiance peut facilement être établie entre les chercheurs et les MSP par le biais de la clinique de MdM. Certains MSP sont très occupés et travaillent de nombreuses heures alors que d'autres sont sans emploi et aimeraient avoir une activité significative. Souvent, la communauté ici et la famille au pays n'est pas au courant de l'absence de régularisation de leur statut migratoire et de l'ampleur des difficultés rencontrées par les MSP. Un sentiment d'isolement était souvent présent. En ce qui a trait aux problématiques de santé, l'accès aux médicaments pour les personnes atteintes de maladies chroniques est un réel casse-tête et leur l'état de santé est souvent instable. Les femmes enceintes vivent beaucoup de peur et d'incertitude en raison des frais médicaux liés au suivi prénatal, qui ne se fait souvent pas, et à l'accouchement. Elles craignent également de perdre leur hébergement, déjà à capacité maximale, chez des amis ou de la famille une fois qu'elles auront accouché. Des symptômes d'anxiété sont décrits par les femmes lors d'un atelier d'information.

5.1.3 Le contexte des interventions de Toronto

Le ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario prévoit, à travers certaines cliniques médicales, un budget pour les personnes sans couverture médicale afin de payer les tests diagnostiques, les laboratoires et les médecins. Par contre, les frais hospitaliers sont facturés aux MSP. Ce sont surtout les centres de santé communautaires

(CSC) qui ont le mandat de donner des soins aux personnes réfugiées et immigrantes, par exemple la non-insured walk-in clinic. Au moins trois autres cliniques médicales offrent des services aux MSP : Scarbourough clinic, IMAGINE, Women's health in women's hands. Le modèle d'intervention, les ressources et le type de financement sont différents d'un endroit à l'autre. Par contre, il y a une liste d'attente importante pour obtenir des soins de santé pour les MSP, les cas doivent donc être priorisés. Une autre difficulté à trait à la complexité des références dans le système hospitalier et vers des médecins spécialistes (frais, refus de traitement, etc.). La situation des femmes enceintes MSP en Ontario est différente de celle du Québec puisque les sages-femmes sont impliquées dans les suivis de grossesses et qu'elles sont financées pour donner des services à toute personne résidant sur le territoire.

5.1.4 Le contexte des groupes communautaires et militants à Montréal

Les activités réalisées en dehors de MdM ont permis de comprendre quels sont les acteurs militants en faveur des MSP, leur champ d'activité ainsi que leurs demandes. Ainsi, les principales revendications des organisations sont : les droits des travailleurs, l'accès à l'éducation et à la santé. Certaines organisations soutiennent directement les MSP comme SSF et MUR, tout en militant pour les droits de ces personnes. En comparaison à ces organisations, MdM s'inscrit dans une orientation clinique et n'a pas développé d'activités de plaidoyer formelles. Une liste des organismes et/ou personnes œuvrant dans le domaine social et de la santé des MSP, ainsi que leur champ de travail spécifique a été établi.

Ces observations amènent une réflexion sur de l'implication d'une seule organisation dans le processus de recherche, et ce, en fonction des questions de recherche, puisque des acteurs diversifiés posent des actions, avec des approches différentes et

complémentaires à ce que MdM réalise. Ces organismes travaillent auprès de tous les MSP et pas uniquement auprès de ceux ayant un problème de santé.

5.2 Enjeux participatifs

5.2.1 La participation des MSP à la recherche

La question de la participation des migrants à statut précaire à la recherche a été abordée. Les avis étaient cependant partagés, certains soulignant la valeur ajoutée de leur implication : *«Il n'y a rien comme leur parole, leur histoire, leur analyse d'où se situent les problèmes, les injustices et de comment on arrive à les surmonter*», alors que d'autres n'en voient pas la nécessité : *« les groupes communautaires sont de bons représentants, ça suffit »*. Il faut retenir que cette volonté de participation ne doit pas être pensée par les chercheurs uniquement : *«C'est aux MSP de voir s'ils veulent participer, on est mal placé pour répondre à leur place»*. L'objectif de recherche est l'un des éléments majeurs à prendre en considération pour décider du bien-fondé de cette participation : *«Ça dépend de votre objectif, mais si votre objectif est la transformation sociale, il faut que les MSP soient au cœur du processus».*

Le **tableau 4** présente les principaux défis que cela représente ainsi que certaines façons d'engager les MSP dans la recherche.

Tableau 4: Défis et facteurs facilitant la participation des MSP à la recherche

Défis	Facteurs facilitant
Ne pas augmenter leur vulnérabilité (sociale, économique)	Personnel de recherche qui a été confronté au système d'immigration
	Utilisation d'espaces mixtes et non mixtes
	Présence à part égale dans les comités
	Créer les conditions de participation (rémunération, garderies, horaire)
	Inclusion dans le comité aviseur
	Personnes déjà impliquées dans l'action collective
Vécu d'exclusion des MPS au Canada	Soutenir des initiatives qui sont perçues comme importantes par les MSP
	Redonner du pouvoir aux MSP
Impliquer les MSP dans les discussions	Facilitateur (travail individuel)

Source : auteure

5.2.2 La participation dans des projets de recherche avec des populations vulnérables

Plusieurs défis de la participation ont été mentionnés dans le contexte de recherche sur/avec des populations vulnérables. Le **tableau 5** résume à la fois les défis rencontrés et les solutions qui sont suggérées afin de faciliter le processus de recherche.

Tableau 5: Défis et facteurs facilitant la participation dans le cadre de la recherche avec des populations vulnérables

Défis	Facteurs facilitant
Maintien de la participation et respect des échéanciers : temps et ressources limités des communautés	Flexibilité de l'horaire, lieux et des échéanciers
	Retombées tangibles
	Rémunération des organismes communautaires
Attentes, intérêts et visions divergentes	Cadre de partenariat au début du processus
	Discuter les divergences et utiliser les conflits
	Supporter des initiatives des partenaires communautaires, être disponible
Expériences de recherche et formation variables	Formation à toutes les étapes, y porter une attention constante
Compréhension linguistique et culturelle	Consultant en approches interculturelles/ personnel de recherche multi-ethnique
	Communication constante
	Créer un environnement de respect mutuel et d'ouverture, travailler les attitudes et préjugés
Peur et méfiance envers la recherche	Discuter les craintes et dynamiques de pouvoir
	Présence sur le terrain (relation de confiance)
	S'assurer de la représentativité lors des réunions

Source : auteure

5.2.3 Dispositifs de participation

Différents dispositifs de participation ont été décrits, suggérant qu'il n'existe pas un modèle et des objectifs uniques pour la participation de personnes vulnérables à la recherche (**Tableau 6**).

Tableau 6: Les dispositifs de participation : dénomination et objectifs.

Dénomination	Objectif
Comité de pilotage	*«C'est un espace de négociation où les décisions pour l'action sont prises».*
Comité aviseur	Conseille l'action à la lumière d'expertises différentes *« Quand on est dedans, on ne voit plus clair».*
Cadre de partenariat	*«Ça sert pour voir comment le processus peut nourrir les intérêts de chacun»* *«mettre sur la table les valeurs, la structure décisionnelle et de solidifier les liens».*

Source : auteure

Deux types d'approche participative ont été développés. Dans l'approche intégrative, les personnes vulnérables qui participent à la recherche sont incluses dans le dispositif de participation, car *«on cherche l'intégration, la participation, il faut pouvoir travailler différemment ensemble»*. Une autre approche propose d'intégrer des espaces mixtes et non mixtes. Il y a ainsi l'espace de recherche, un espace spécifique pour les personnes vulnérables et un espace commun. L'idée est qu'un travail préparatoire est nécessaire pour les personnes dites vulnérables : *«Le travail en groupe de pairs est essentiel pour que les gens puissent réfléchir librement».*

5.2.4 Projets de recherche en cours ou à venir

Quelques chercheurs s'intéressant à l'accès aux soins pour les MSP ont fait part des travaux de recherche en cours et prévus. *Anita Gagnon*, chercheuse à l'Université McGill au département d'obstétrique et de gynécologie travaille sur deux projets de recherche. Le premier est une étude descriptive qui aura lieu dans des hôpitaux à Montréal afin de décrire les soins de santé offerts aux femmes qui accouchent selon leur statut d'immigration (n=2400). Le deuxième projet est une étude de cohorte rétrospective sur l'impact du statut migratoire sur la mortalité et la morbidité des

femmes et des enfants (toutes les naissances entre 1987 et 2013). *Janet Cleveland*, chercheuse au CSSS de la Montagne a débutée à l'automne 2014 un projet nommé : Accessibilité et coûts des soins de santé pour les demandeurs d'asile suite aux changements au Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI)**.** Cette étude utilisera des données administratives et financières de quatorze institutions de Montréal et de Toronto pour la période 2007-2015. *Jill Hanley,* chercheuse de l'Université McGill au département de travail social est en train d'analyser les résultats d'une recherche sur les expériences du système de soins et la recherche de soins des MSP. Elle a utilisé un devis mixte, soit un sondage (n=200) et des entrevues individuelles (n=40). À Toronto, *Rupaleem Bhuyan,* chercheuse de la Faculté de Travail Social de l'Université de Toronto a mis en place un projet de recherche-action pour comprendre comment les femmes ayant un statut précaire au Canada vont chercher à éviter les abus et à obtenir le soutien nécessaire pour leur sécurité et celle de leurs enfants. *Manavi Handa*, de la Faculté d'Éducation des Sages-femmes de l'Université Ryerson travaille sur plusieurs projets en lien avec la prise en charge médicale lors de la grossesse pour les femmes sans couverture médicale. Une étude descriptive est en cours sur les résultats de l'accouchement de deux cent femmes sans couverture médicale. Une étude sur la perception de cinquante professionnels de la santé travaillant dans les CSC sur les femmes enceintes sans couverture médicale, les soins offerts et les références effectuées. Une autre étude porte sur une initiative de collaboration entre des sages-femmes et deux CSC pour le suivi de grossesse. L'étude vise à évaluer les résultats de cette initiative et le coût-efficacité d'une prise en charge par les sages-femmes plutôt que par les obstétriciens. *Jenna Hennebry* et *Janet McLaughlin* de l'Université Sir Wilfrid Laurier, sont à l'étape de diffusion des résultats d'une enquête sur l'accès aux soins pour les

travailleurs agricoles temporaires. *Denise Gastaldo*, de la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Toronto a travaillé sur les conditions de santé et de travail des travailleurs sans papiers, mais n'a aucun projet en cours pour le moment.

5.2.5 Questions de recherche pertinentes

La question de recherche la plus importante selon les chercheurs qui travaillent dans le domaine est : quelle est l'ampleur de la problématique de l'accès aux soins pour les MSP? D'autres questions sont proposées, mais elles ne font pas l'unanimité : 1) Comment influencer les politiques publiques concernant les MSP? 2) Quel est l'impact financier et sur la santé de la provision de soins urgents seulement aux MSP? 3) Qu'est-ce qui pourrait être perçu comme équitable en termes d'accès aux soins par la population, les gestionnaires et les professionnels de la santé? 4) Comment peut-on faire pour réglementer la facturation des soins par les médecins aux MSP? 5) Quelles sont les contraintes qui affectent les gestionnaires des établissements dans l'accès aux soins pour les MSP? 6) Quelles leçons peut-on tirer des politiques publiques et des initiatives de santé qui sont mises en place aux États-Unis et en Europe?

5.2.6 Résultats de l'atelier participatif

Participants : Seize personnes étaient réunies pour cet atelier, d'une durée de 3 h 30, dont trois personnes du milieu de la recherche, quatre du milieu communautaire/migrant à statut précaire et neuf de MdM (une gestionnaire, une chargée de projet, trois employées, deux stagiaires et deux médecins bénévoles).

Objet de recherche : Le principal objet de recherche sera les MSP et leurs réalités multiples. Les autres objets de recherche sont présentés dans la **figure 2**. Comme il y avait consensus dans le groupe quant aux objets de recherche après la discussion initiale

en groupe, la priorisation des objets de recherche n'a pas été effectuée tel que le prévoit le processus du groupe nominal (64).

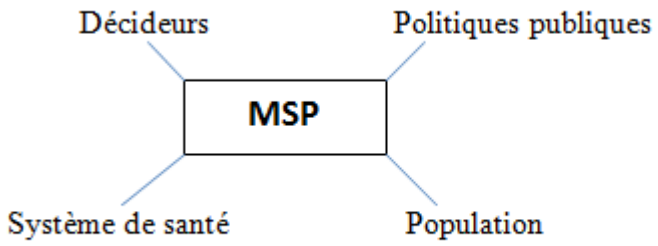


Figure 2: Schéma représentant les objets de recherche.

Questions de recherche : Avec la méthode du groupe nominal, les participants ont nommés un total de vingt et une question de recherche. Par la suite, certaines ont pu être regroupées pour obtenir un total de dix-neuf questions dont, treize ont été jugées prioritaires (**Tableau 7**).

Tableau 7:Questions de recherche priorisées par la technique du groupe nominal.

Priorité	Question de recherche	Résultat
1	Quelles sont les conséquences des problèmes d'accès aux soins?	39
2	Comment améliorer l'accès au système de santé public pour les MSP?	37
3	Qui sont les MSP (nationalité, statut, problème santé, nombre)?	37
4	Quelles sont les barrières à la régularisation des statuts?	19
5	Quelle est l'opinion publique par rapport aux MSP?	17
6	Est-ce que la pratique des cliniciens avec les MSP est conforme avec les principes éthiques et déontologiques?	17
7	Quelle est la prise en charge médicale et sociale des enfants de parents sans papiers?	14
8	Comment influence-t-on les décisions qui mènent à une modification des politiques publiques en lien avec la santé des MSP?	10
9	Quelles stratégies d'adaptation les MSP mettent en place (système D)?	9

10	Qu'est-ce qui entraîne une situation d'illégalité ?	9
11	Quelles sont les conséquences du manque de soins pour les femmes enceintes?	8
12	Comment prendre en charge les maladies chroniques avant qu'elles ne se détériorent?	6
13	Quel est le coût financier et social de ne pas donner de soins aux MSP?	2

Source : auteure

*Chaque participant devait prioriser 5 questions, pour un total de 15 points par participant. Nous avons obtenus un résultat total de 224 points pour les 16 participants alors que nous aurions dû obtenir un total de 240 points.

Les questions de recherche prioritaires (Q1 à 3) sont des questions qui ne sont pas abordées dans la recherche effectuée au Canada. D'autres questions importantes sont en lien avec le contexte macro (Q5, 8, 13). Plusieurs questions concernent plutôt la prise en charge médicale (Q6, 7, 11, 12). Il s'agit de problématiques que les intervenants rencontrent au quotidien et auxquelles ils ne peuvent apporter de réponse satisfaisante puisqu'ils ne peuvent offrir que des suivis médicaux ponctuels. Quelques questions touchant l'immigration ont été apportées par les personnes MSP (Q4, 10). Les questions de recherche priorisées touchent les différents objets de recherche proposés, principalement les MSP, mais aucune ne concerne spécifiquement les décideurs.

Type de recherche : Trois types de recherche ont été présentés aux participants : l'évaluation de type *empowerment*, la recherche-action et la recherche interventionnelle. Après une discussion en grand-groupe, les participants ont opté pour réaliser une recherche de type interventionnelle. La recherche interventionnelle utilise des méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur des politiques, programmes ou évènements qui ont le potentiel d'améliorer la santé d'une population et de réduire les

inégalités (65). Le projet sera construit à partir de l'intervention de MdM pour les MSP, mais vise également à élargir les acteurs impliqués (décideurs, professionnels de la santé, acteurs communautaires, MSP). La recherche interventionnelle permet ainsi de réunir des disciplines et connaissances diversifiées et tire sa force de la multiplicité créée (65). L'*empowerment* évaluation aurait été difficile à mettre en œuvre dans le contexte puisque cela nécessite une participation longue et intense de toutes les parties prenantes (66), ce qui n'est pas possible pour le moment pour MdM étant donné le contexte de ressources limitées. De plus, les questions de recherches ne visent pas à comprendre l'intervention de MdM, donc son évaluation n'est pas jugée comme pertinente. La recherche-action participative n'était pas appropriée puisque son objectif ultime est d'améliorer la pratique tout en produisant des connaissances (67), alors que très peu de questions de recherches priorisées étaient en lien avec la pratique de MdM. Il est à noter que les participants se sont appuyés sur l'expertise du chercheur et que peu de temps a été utilisé pour cette prise de décision.

Dispositifs participatifs : Les participants ont retenu deux dispositifs parmi ceux qui leur ont été présentés.

Le *comité de pilotage* de la recherche sera constitué à partir du comité de soins de MdM. Ce comité se rencontre toutes les six semaines. Il est constitué de médecins bénévoles, des infirmières employées, de la stagiaire en travail social et de la gestionnaire de projet. L'objectif de ce comité sera d'orienter le processus de recherche au plan stratégique.

Le *comité aviseur* de la recherche sera constitué d'acteurs ayant un intérêt ou une influence sur l'accès aux soins des MSP : migrants à statut précaire, société civile, bénévoles de MdM, professionnels de la santé, organisations communautaires,

gestionnaires du système de santé, représentants politiques de niveau municipal, provincial et fédéral. Plutôt qu'un comité restreint, les participants souhaitaient qu'il puisse prendre la forme d'un forum communautaire ouvert, afin d'être le plus inclusif possible. Il a pour objectif d'offrir un regard extérieur et multidisciplinaire sur le processus de recherche. Les membres du comité aviseur et le processus d'organisation des forums restent à discuter.

Les dispositifs participatifs retenus sont ceux qui ont été le plus fréquemment mentionnés dans les entrevues et dans la recherche. Le type de recherche et les dispositifs de participation n'ont pu être approfondis dû à un manque de temps.

5.3 Enjeux méthodologiques

5.3.1 Groupe de discussion

Le contenu du groupe de discussion ne sera pas abordé puisque l'objet de la démarche est de dégager certains constats méthodologiques.

1. Recrutement :

Sept demandeurs d'asiles provenant de la République démocratique du Congo (n=5) ou de l'Angola (n=2) ont été recrutés, en 3 mois, par bouche à oreille à partir du Centre Afrika. Une affiche y a été installée, mais un individu de confiance a facilité la participation. Le recrutement par le biais d'affiche dans un centre communautaire est donc possible, mais ardu. Les méthodes de recrutement en personne sont à envisager puisque la confiance n'est pas accordée facilement à des inconnus et qu'il y a méconnaissance du processus de recherche. D'ailleurs, les participants à ce groupe de

discussion n'avaient pas d'attitudes négatives envers la recherche. Par contre, leur expérience négative avec les médias au pays les rend réticents à partager leur expérience avec les médias au Québec. L'expérience antérieure est donc un facteur qui influence le désir de participer. Un objectif de recherche qui vise à améliorer le vécu d'autres personnes dans la même situation est perçu comme étant un motif de participation à la recherche valable. Il est possible que d'autres communautés aient des motivations et attitudes différentes vis-à-vis la recherche (52,55). Il faut aussi retenir que l'approche des chercheurs, dans les premiers contacts, y est pour beaucoup dans l'instauration de la confiance. Il faut respecter le rythme des participants, expliquer clairement les objectifs de la recherche et allégeances.

2. Collecte de données :

Comme le groupe constitué était très homogène, les points communs de l'expérience pré et post migratoire ont facilités le partage et la discussion. Une certaine méfiance était présente envers les membres de leur communauté à Montréal, qui pourraient transmettre certaines informations au pays d'origine, mettant leur famille à risque, ou ici, ayant un impact sur l'obtention du statut. . Si le groupe avait été plus hétérogène ou si des questions plus personnelles avaient été abordées, il y aurait probablement eu de la censure. Dans un autre ordre d'idée, l'expression des frustrations qu'a engendré l'arrivée au Canada a été essentielle préalablement à une discussion sur le contenu suggéré par les chercheurs. Il peut s'avérer nécessaire de permettre aux participants de ventiler en les laissant s'exprimer sur un sujet de leur choix au début des groupes de discussion/ entretiens individuels.

3 .Aspects éthiques:

Il y une crainte que les informations transmises aux chercheurs soient retenues contre eux lors de l'évaluation de leur demande d'immigration. Pour cette raison, il est primordial de pouvoir assurer le respect de la confidentialité. C'est sous cette condition que les participants se sentent suffisamment protégés pour parler de leur histoire. La prise de note plutôt que l'enregistrement a contribuée à délier la parole dans le groupe. Les participants ne savaient pas ce qu'est le consentement et il a fallu leur expliquer avant de procéder à un consentement verbal. S'il avait fallu qu'ils apposent une signature sur un document, il aurait été nécessaire de fournir plus d'explications en raison de leur méfiance.

En somme, il apparaît plus efficace de réaliser des entrevues individuelles que des groupes de discussion. Cela permet de recueillir de l'information transparente et de favoriser la confiance envers la recherche. De plus, il peut être difficile de réunir les MSP au même endroit, certains travaillant de nombreuses heures et avec des horaires variés.

5.3.2 Informateurs-clé de Toronto

Les entrevues réalisées avec les chercheurs de Toronto (n=6) mettent en évidence les leçons apprises à travers la recherche auprès des MSP. Les méthodes de recherche utilisées par les chercheurs sont principalement qualitatives, mais une enquête quantitative a été réalisée. Une approche participative a été menée par une chercheuse.

1. Planification :

Il faut investir du temps pour bâtir sa crédibilité et créer le lien de confiance en s'impliquant avec les organismes qui travaillent auprès de cette population. Ce

processus, qui a nécessité jusqu'à 3 ans dans certains projets, est considéré comme un facteur important de succès.

2. Recrutement :

Le recrutement peut facilement se faire par le biais des organisations communautaires, des cliniques médicales, des banques alimentaires, des épiceries et des marchés. Tous les lieux publics que les MSP fréquentent couramment sont à envisager. Il faut d'abord passer du temps sur place afin de créer un lien avec les personnes responsables des lieux.

3. Collecte de données :

Il est préférable de mener les entrevues dans la langue maternelle. Aussi, le fait d'avoir du personnel de recherche qui parle la langue, qui a la même culture et qui a de l'expérience en organisation communautaire est un atout. Cela permet de créer un climat de confiance où la personne se sent en sécurité pour parler. Pour certains chercheurs, il s'agit du facteur de succès le plus important : *«You only know from insiders, community-based organisation's participation is the most important».* Les entrevues individuelles sont recommandées, mais doivent être de courte durée car il y a généralement une diminution de la performance après 30 minutes. Des entrevues multiples permettent d'aller plus en profondeur quant au matériel recueilli. Les entretiens doivent être menés en personne, plutôt qu'au téléphone en raison de la méfiance des MSP. Il est aussi suggéré d'éviter les groupes de discussion puisqu'il y a une stigmatisation associée à l'absence de statut et qu'il est difficile de garantir la confidentialité.

4. Aspects éthiques :

Il est important d'assurer aux MSP que les informations recueillies dans le cadre de la recherche ne seront pas transmises à l'immigration. Pour analyser les implications éthiques et migratoires, un avocat peut être consulté. Les approches suivantes ont été utilisées dans les différents projets afin d'assurer la protection des participants: 1) ne pas enregistrer les contacts téléphoniques ou les rendre accessibles seulement aux assistants de recherche, 2) ne pas collecter certaines informations permettant de reconnaître les participants (nom, pays d'origine), ou les modifier. La plupart des projets ont offert une compensation pour la participation sous différentes formes: cartes d'appel de 5$, aide pour remplir des documents, cours d'anglais, séances d'informations légales. Lorsque la participation des MSP à des réunions était requise, ils étaient rémunérés au même titre que les représentants communautaires. Au-delà d'une compensation directe, il est important que le projet puisse appuyer des initiatives pour les MSP qui peuvent émerger de la participation. Le projet doit aussi soutenir les participants qui vont révéler des informations difficiles (violence conjugale, évènements traumatisants, parcours migratoire, etc.). Certains projets ont engagé des professionnels de la santé, infirmières, travailleurs sociaux ou psychologues, qui étaient disponibles sur place ou sur appel.

Les principales recommandations méthodologiques (**Tableau 8**) proviennent de la revue des connaissances, de l'expérience de recherche auprès de cette population et de l'analyse du contexte montréalais.

Tableau 8: Questions de recherche priorisées par la technique du groupe nominal.

1. Planification du projet de recherche
- Des entrevues avec les leaders des communautés sont nécessaires afin de déterminer l'adéquation de l'approche proposée par les chercheurs. -Les organismes communautaires devront être approchés afin de déterminer leur intérêt et les incitatifs pouvant soutenir leur participation. -Les instruments de collectes de données doivent être approuvés par les partenaires. -Un pré-test doit être fait pour déterminer la compréhension linguistique et sémantique. Un groupe de discussion de personnes MSP provenant de différentes régions du monde pourrait aussi permettre ce travail de validation. -La participation des MSP à la recherche est possible, mais elle requiert une réflexion sur le comment de cette participation et dépendra des méthodes de recherche retenues.
2. Collecte des données
Recrutement : -Nécessité d'avoir une équipe de recherche multiethnique. -Stratégies et sites de recrutement multiples et selon l'origine ethnique. *Contexte de la collecte de données :* -En personne, par des enquêteurs plutôt que des questionnaires d'auto-administrés. -Plusieurs options doivent être données aux participants pour le lieu de l'entrevue -Développer en collaboration avec les partenaires des stratégies pour rassurer les MSP quant à l'impact de leur participation. *Suggestions en lien avec différentes méthodes de recherche :* -Favoriser une méthode transversale plutôt que longitudinale. -Éviter les groupes de discussion. -Des données quantitatives, de type exploratoires, pourraient permettre de répondre en partie aux questions de recherche prioritaires, sur l'ampleur de la problématique, tout en comblant un manque dans la recherche scientifique sur le sujet au Canada.
3. Analyse des résultats
-L'analyse des résultats doit être faite avec l'équipe de recherche multi-ethnique.
4. Diffusion des résultats/ transfert des connaissances
-Développer un plan de transfert des connaissances en collaboration avec les chercheurs du domaine et les organismes communautaires.

Source : Auteure

5.4 Analyse de l'atteinte des objectifs

Généralement, les objectifs du stage ont été atteints et les livrables produits. Par contre, l'ajout d'objectifs et de méthodes en cours de stage a retardé la fin du stage. Par exemple, le groupe de discussion a dû être retardé (planifié pour février et réalisé à la mi-avril), en raison des difficultés à recruter les participants et de la participation d'organismes communautaires déjà débordés. Pour les entrevues à Toronto, elles ne permettent pas de connaître l'ensemble des projets de recherche en cours et de comprendre l'étendue de ce qui est fait en raison d'un travail réalisé non exhaustivement et de la non-réponse de certains chercheurs. Certaines entrevues qui devaient être réalisées en personnes ont dû être faites par Skype étant donné la non-disponibilité des chercheurs lors de la visite à Toronto à la mi-mars. Les entrevues réalisées par Skype étaient plus brèves et moins complètes que celles réalisées en personne. Les entrevues à Toronto et le groupe de discussion n'ont pas été planifiés au cours du mandat. Les résultats obtenus sont pertinents, mais la démarche était moins bien planifiée. Nous pouvons donc dire que les objectifs sur la compréhension du contexte et les méthodes de recherche sont partiellement atteints, avec de meilleurs résultats dans le contexte montréalais, ou plus de temps a été investi. Les objectifs en lien avec la participation ont été atteints. La participation des parties prenantes à l'atelier participatif a été possible grâce aux observations terrains auprès de MdM et d'autres acteurs militants. Les livrables ont été réalisés dans les délais convenus.

5.5 Principales retombées

L'ensemble du mandat a contribué au développement, par les chercheurs du projet, de méthodes de recherche innovantes à partir des questions déterminées avec la

participation des acteurs, de l'expérience du terrain et des leçons tirés d'expérience de recherche auprès de cette population. Une demande de subvention pour effectuer la rédaction du protocole de recherche a pu être réalisée suite à ce travail de planification. Le financement a été obtenu et la rédaction du protocole de recherche a débuté en juillet 2014.

6. RÉFLEXION CRITIQUE SUR SA PRATIQUE

Les domaines de réflexion de Flemming (68) seront abordés : 1) le soi : les attributs personnels comme les habilités, les valeurs, les croyances et la motivation; 2) le contexte : les valeurs, principes, théories et modèles qui sous-tendent l'intervention/ le programme et 3) le processus : les résultats attendus et non attendus.

6.1 Soi

Mes contacts avec MdM ont été relativement faciles puisque j'ai une expérience clinique significative. Mon expérience de travail antérieur, auprès d'une population marginalisée et dans l'humanitaire, m'a permis d'obtenir la confiance de l'organisation dès le début de mon stage. Certaines de mes connaissances (comme la langue créole, techniques de gestion du stress) ont été mises au profit de l'organisation à plusieurs reprises (repérage proactif dans Montréal Nord, groupes de femmes enceintes). Ainsi, les activités d'observation terrain servaient les intérêts de la recherche tout comme ceux de l'organisation. Étant une personne très proactive, j'ai aussi offert mon aide à MdM à quelques reprises (référence d'un médecin bénévole, traduction d'un livret d'information

en créole). J'adhère aux valeurs de justice sociale et de renforcement de la capacité d'agir que promeut l'organisation.

Les prises de contacts avec des personnes MSP et avec des organisations communautaires ont été un peu plus difficiles. Lors des cliniques médicales, je parlais informellement à certains MSP de leurs parcours migratoires. Par contre, au début, je n'ai pas eu le réflexe d'utiliser ces moments pour maximiser la planification de la recherche. Par contre, les discussions avec les personnes travaillant dans les organismes communautaires étaient essentiellement basées sur leur intervention, mais je ne mentionnais pas d'emblée le projet. Ce qui, au départ, a limité les occasions de réseautage et de promotion du projet. Il est arrivé plusieurs fois de dépasser le cadre du stage, par des activités de socialisation avec les membres du MUR pour pouvoir gagner leur confiance. Ainsi, leur présence à l'atelier participatif a été très enrichissante.

Lors des premières entrevues, avec des chercheurs et professionnels de la santé publique, n'étant pas suffisamment au fait du sujet de recherche, la discussion était linéaire. Ce qui n'a pas permis de tirer le maximum de ces entretiens. Je compensais donc en préparant les entrevues et en lisant des articles publiés par la personne que j'allais rencontrer. Au fur et à mesure que ma connaissance de la problématique s'est accrue, j'ai trouvé la réalisation des entrevues plus aisée puisque je pouvais alimenter les questions à partir d'une vision plus large. Et les entretiens devenaient moins linéaires.

N'ayant aucune expérience dans l'animation d'un atelier participatif, l'exercice a été difficile, mais enrichissant. Plus spécifiquement, il a été ardu de prendre la distance nécessaire pour adapter ce qui a été planifié et reformuler les propos énoncés lors du groupe nominal. La co-animation avec le superviseur de stage a ainsi été essentielle à la

réussite de cet atelier. Ayant eu des contacts avec différents milieux : recherche, santé publique et communautaire, je remarque il m'est plus aisé d'adapter mon approche et mon discours en fonction du public cible. Mes habilités de rédaction écrite sont à perfectionner. Ainsi, la contribution du superviseur de stage et de membres de MdM ont été nécessaires à la production d'un travail de qualité suffisante pour la publication (notes de recherche, affiche scientifique). Par contre, la communication orale s'est bien déroulée puisque j'étais suffisamment préparée.

6.2 Contexte

MdM est le seul organisme qui offre des soins aux MSP dans un contexte de ressources limitées. Les médecins et la grande majorité des personnes impliquées sont bénévoles. Ainsi, le travail est réalisé par des gens hautement motivés et qui adhèrent fortement aux principes de justice sociale, d'équité et de défense des droits des personnes marginalisées. Le modèle biomédical est celui qui prédomine dans l'organisation qui a d'abord un mandat de santé. La collaboration dans la planification a donc dû être constamment négociée, en raison de la priorité accordée à l'intervention clinique. La participation a pu être possible puisqu'elle a été présentée comme nécessaire à la réalisation du projet de recherche qui est dans l'intérêt de MdM.

La recherche sur les MSP est peu développée au Canada. Les chercheurs travaillent en équipe sur ces enjeux (groupe de travail à Toronto, projets conjoints Montréal-Toronto). Il y avait une ouverture et une collaboration de leur la part. Il faut dire qu'ils ont été approchés dans l'optique de ne pas dupliquer le travail réalisé et avec une transparence quant à nos intentions. Cela a probablement limité le sentiment de compétition qui aurait pu être présent.

Les organismes communautaires qui offrent du soutien aux MSP sont peu ou pas financés. La plupart des personnes qui travaillent dans ces organismes ont vécu cette problématique ou sont encore dans une situation de vulnérabilité en lien avec leur situation légale ou économique.

Les problèmes des MSP sont vus par ceux-ci sous plusieurs angles: accès à l'éducation, au logement, à la santé, à des conditions de travail décentes. Et leur approche est basée sur les droits humains. Les moyens d'action sont nombreux : manifestations, sensibilisation de la population, groupes d'entraide. La participation de ces organismes à la recherche est possible si le projet sert les intérêts de l'organisation et permet d'accroitre les ressources. Cette interaction avec des personnes d'organismes communautaires a permis d'élargir la vision et les enjeux pour les MSP. Cette compréhension est essentielle pour un intervenant de santé publique qui doit prendre en compte l'ensemble des déterminants sociaux dans son action.

6.3 Processus

Le processus du stage a été très interactif et évolutif, comme tout travail de recherche partenarial (1). Les premières activités ont été les entrevues, les observations terrain avec MdM et l'écriture des notes de recherche. Ces activités étaient préalables à d'autres dont les dates ont été fixées au début du stage (atelier participatif, présentation d'une affiche au JASP). Les observations terrains des différents volets de l'intervention de MdM se sont avérées essentielles, à la fois pour être en contact avec des MSP, pour comprendre le contexte difficile de l'intervention et pour bâtir la confiance nécessaire pour favoriser la participation des intervenants au développement de la recherche. D'autres activités n'avaient pas été planifiées, mais ont découlées du travail terrain: groupe de discussion,

participation à des activités communautaires, présentation au colloque de bioéthique, entrevues avec les chercheurs et intervenants de Toronto. La compréhension du contexte de l'action communautaire a nécessité un investissement de temps plus important, avec la participation dans des évènements et le réseautage, formel comme informel. Il était très important pour les acteurs communautaires de comprendre mes valeurs personnelles afin que la confiance ne puisse être établie. La revue des connaissances a été réalisée à la fin du stage puisqu'il y avait moins d'activités qu'en début de stage. Les activités qui ont été ajoutées ont permis d'élargir considérablement la vision du contexte, de la problématique, des méthodes de recherche et de la participation. Il est essentiel d'adapter l'horaire de travail afin de pouvoir mieux collaborer avec le milieu communautaire.

6.4 Compétences de santé publique

Parmi les sept catégories de compétence en santé publique (69), trois ont été davantage sollicitées dans le cadre du stage : 1) partenariat, collaboration et promotion; 2) diversité et inclusion et 3) communication.

La compétence principale, liée aux multiples interactions et à la consolidation du partenariat est celle d'*«utiliser les habilités de partenariat telles que la mobilisation, la négociation, la gestion des conflits et l'animation de groupe»* (69, p.6). La mobilisation et la négociation ont régulièrement été nécessaires, alors que l'animation de groupe s'est faite à une reprise. Par contre, aucun conflit n'a émergé de la participation.

L'autre compétence développée est

> d'«*appliquer des approches interculturelles en collaboration avec des membres de groupes issus de milieux culturels, de niveaux de scolarité et de niveaux socio-économiques différents, et d'individus, peu importe l'âge, l'orientation sexuelle et l'état de santé ou d'incapacité*» (69, p.6).

Cette compétence s'est développée dans les interactions et les groupes de travail en dehors de MdM et lors de l'atelier participatif. Ces personnes provenaient principalement du Mexique et des Philippines. Il est nécessaire de porter une attention particulière aux enjeux de pouvoirs afin d'en diminuer l'impact sur les personnes.

La dernière qui a été sollicitée est l'*«adaptation de l'information aux différentes clientèles telles que les professionnels, les non professionnels et les intervenants communautaires»* (69, p.7). Des informations écrites et orales ont été transmises à différents publics (chercheurs, professionnels de la santé publique, professionnels de santé, personnes à statut précaire) et de différentes façons (discussions informelles, présentations orales officielles, atelier, affiche, notes de recherche). Il est important d'adapter le discours ou les écrits en fonction du public cible et du contenu à diffuser. Il est essentiel que le discours scientifique soit adapté pour faire sens auprès des partenaires communautaires et MSP. Il se doit également d'être suffisamment rigoureux lors des discussions avec les chercheurs.

5.4 Limites et suggestions

Les entrevues effectuées et la revue de la littérature abordant plusieurs aspects (questions de recherche, participation, dispositifs participatifs, méthodes de recherche),

il a été impossible d'aborder l'ensemble des thématiques avec tous les participants et d'aller en profondeur sur certains aspects qui auraient mérités une réflexion plus approfondie ou une recherche plus poussée. Le présent travail comportant plusieurs activités observation terrain, l'aspect théorique du projet n'a pu être pensé qu'après la réalisation de la plupart des activités.

Il est recommandé d'utiliser de manière optimale le temps avec les MSP et acteurs communautaires, ne pas hésiter à approcher les gens et à présenter le projet. Il faut également réaliser la revue des écrits avant de commencer la rédaction du guide d'entrevue afin de mettre l'accent sur l'information qui n'est pas disponible dans les écrits scientifiques lors des entrevues. Il est préférable de discuter de différentes possibilités d'ajuster les activités planifiées lors d'un atelier avec le co-animateur. Et enfin, il faut prioriser les activités à réaliser plutôt que de saisir toutes les occasions qui se présentent. Une analyse préalable des acteurs et institutions clés aurait permis d'avoir une vision plus globale pour orienter le choix des activités.

7. CONCLUSION

Les objectifs de ce stage comprenaient trois axes distincts, soit l'étude des enjeux contextuels, participatifs et méthodologiques. En ce qui concerne les enjeux contextuels, l'ensemble des activités entourant la clinique de MdM a permis de mieux comprendre les défis et la complexité d'une intervention de santé auprès de cette population cachée. Il est à retenir pour le projet de recherche que les méthodes sélectionnées devront respecter le peu de temps et d'espace dont disposent les professionnels lors des cliniques médicales. De plus, les MSP devront idéalement être approchés dans leur langue et en

personne pour favoriser un lien de confiance de cette population méfiante. L'intervention des acteurs clés ainsi que la perspective de chercheurs de Montréal ont également été explorées. À Montréal, bien que MdM soit le principal acteur qui agit sur la santé, de nombreux organismes soutiennent les MSP et militent pour le respect de leurs droits. Les chercheurs qui travaillent à propos de la santé des MSP effectuent leurs projets principalement concernant la santé des femmes et/ou dans le milieu hospitalier. Une recherche sur l'ampleur de la problématique de santé et d'accès aux soins est suggérée par les chercheurs. Il était également prévu de répertorier les projets de recherche et les interventions en cours à Toronto. Ainsi, l'action pour la santé des MSP est plus développée en Ontario, grâce à un soutien financier du provincial, à l'appui de la Santé Publique et à la mobilisation de professionnels et de chercheurs. À Toronto, les projets de recherche concernent principalement les travailleurs agricoles saisonniers et la santé sexuelle et reproductive des MSP. Aucun projet de recherche n'est prévu sur l'ampleur de la problématique, ce qui rend le projet actuel novateur.

Quant aux enjeux participatifs, ils ont été abordés théoriquement, par la revue de la littérature et empiriquement lors d'entrevues et de l'atelier participatif avec les acteurs de terrain. Pendant l'atelier participatif, certains aspects méthodologiques ont été déterminés, dont les questions de recherche et le modèle de gouvernance qui sera employé. Les questions de recherche priorisées portent sur l'ampleur de la problématique et les possibilités pour améliorer l'accès aux soins. Pour répondre à cette première question, une enquête quantitative pourra être réalisée. Deux comités, un de pilotage et un aviseur sont les dispositifs de participation retenus, et ils correspondent à ce qui est habituellement fait dans les projets de recherche sur les MSP. La conduite de l'atelier participatif, de même que des contacts réguliers avec différents membres de

MdM ont maintenu l'intérêt pour la recherche et sont des gages d'une implication future. L'implication possible des MSP à la recherche a été explorée. La participation des MSP comporte plusieurs défis puisqu'il y a un risque d'augmenter leur vulnérabilité en raison d'un vécu d'exclusion au Canada. L'atelier organisé a impliqué des MSP, ce qui démontre leur désir de s'impliquer. Lors de la mise en œuvre de la recherche, certaines organisations travaillant auprès de MSP peuvent les inviter à participer, comme enquêteur ou au sein de l'un des dispositifs de gouvernance. La participation d'organismes communautaires et de groupes militants qui sont de bons représentants des MSP est également souhaitable.

Enfin, les enjeux méthodologiques ont été explorés, soit la pertinence de réaliser des groupes de discussion et les méthodes permettant de répondre aux questions de recherche priorisées. Afin de réaliser une enquête quantitative auprès de cette population, l'équipe de recherche doit être multiethnique, les lieux de recrutement multiples et ciblés pour rejoindre l'ensemble des communautés affectées par la problématique. Il est aussi préférable que les entrevues soient réalisées en personne et dans un lieu au choix des participants. Il est aussi important de ne pas demander d'informations permettant d'identifier les personnes. Étant donné la nature cachée du statut migratoire, il est peu recommandé de réaliser des groupes de discussion auprès de MSP. Ce format peut limiter l'expression, car les participants craignent que l'information divulguée circule dans la communauté ou porte préjudice à leur demande d'immigration.

Bien que les enjeux éthiques n'ont pas été suffisamment explorés dans ce travail, il est nécessaire de le faire lors de projets de recherche sur des populations MSP, puisque ces enjeux sont complexes (56). La prochaine étape à réaliser est la rédaction du protocole

de recherche. Il faudra donc développer l'ensemble des méthodes afin de répondre aux questions de recherche, tout en s'assurant de la pertinence scientifique du projet. Il est à prévoir de rencontrer des responsables d'organismes communautaires, des leaders communautaires ou religieux afin de déterminer leur intérêt à participer à la recherche. Ultimement, les informations obtenues une fois le projet de recherche réalisé contribueront à améliorer les connaissances disponibles sur cette population peu étudiée. La recherche permettra aussi, dans une certaine mesure, de réduire les inégalités de santé pour cette population doublement vulnérable : immigrante et invisible (24).

RÉFÉRENCES

1. Bjorgen-Cuadra C. Policy toward undocumented migrants of the EU27. Austria: Omninum; 2012.

2. Luque JS, Castañeda H. Delivery of Mobile Clinic Services to Migrant and Seasonal Farmworkers: A Review of Practice Models for Community-Academic Partnerships. J Community Health. avr 2013;38(2):397‑407.

3. Brabant Z, Raynault M-F. 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.

4. Brabant Z, Raynault M-F. Health of migrants with precarious status: results of an exploratory study in Montreal--Part B. Soc Work Public Health. 2012;27(5):469‑81.

5. Chavez LR. Undocumented immigrants and their use of medical services in Orange County, California. Soc Sci Med. mars 2012;74(6):887‑93.

6. Marshall KJ, Urrutia-Rojas X, Mas FS, Coggin C. Health Status and Access to Health Care of Documented and Undocumented Immigrant Latino Women. Health Care Women Int. 2005;26(10):916‑36.

7. Ortega AN, Fang H, Perez VH, et al. HEalth care access, use of services, and experiences among undocumented mexicans and other latinos. Arch Intern Med. 26 nov 2007;167(21):2354‑60.

8. Martinez O, Wu E, Sandfort T, Dodge B, Carballo-Dieguez A, Pinto R, et al. Evaluating the Impact of Immigration Policies on Health Status Among Undocumented Immigrants: A Systematic Review. J Immigr Minor Health. 28 déc 2013;1‑24.

9. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. Health Policy Plan [Internet]. 16 août 2013; Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23955607

10. Bernhard JK, Goldring L, Young J, Berinstein C, Wilson B. Living with precarious legal status in Canada: Implications for the well-being of children and families. Refuge. 2007;24(2):101‑14.

11. Campbell R, Klei AG, Hodges B, Fisman D, Kitto S. A Comparison of Health Access Between Permanent Residents, Undocumented Immigrants and Refugee Claimants in Toronto, Canada. J Immigr Minor Health [Internet]. 2012; Disponible sur: http://opurl.bib.umontreal.ca:9003/sfx_local?sid=Entrez%3APubMed&id=pmid%3A23124632

12. Gagnon AJ, Carnevale FA, Saucier JF, Clausen C, Jeannotte J, Oxman-Martinez J. Do referrals work? Responses of childbearing newcomers to referrals for care. J Immigr Minor Health. août 2010;12(4):559‑68.

13. Goel R, Bloch G, Caulford P. Effects of Ontario's 3-month waiting period for OHIP on landed immigrants. Can Fam Physician. 2012;59:e269‑75.

14. Gagnon AJ, Dougherty G, Wahoush O, Saucier JF, Dennis CL, Stanger E, et al. International migration to Canada: the post-birth health of mothers and infants by immigration class. Soc Sci Med. janv 2013;76(1):197‑207.

15. Munro K, Jarvis C, Kong L, D'Souza V, Graves L. Perspectives of family physicians on the care of uninsured pregnant women. J Obstet Gynaecolocy Can. 2013;35(7):599‑605.

16. Simich L, Wu F, Nerad S. Status and health security: an exploratory study of irregular immigrants in Toronto. Can J Public Health. 2007;98(5):369‑73.

17. Ter Kuile S, Rousseau C, Munoz M, Nadeau L, Ouimet M-J. The universality of the canadian health care system in question: barriers to services for immigrants and refugees. Int J Migr Health Soc Care. 2007;3(1):15‑26.

18. 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(0):78‑85.

19. Jarvis C, Munoz M, Graves L, Stephenson R, D'Souza V, Jimenez V. Retrospective review of prenatal care and perinatal outcomes in a group of uninsured pregnant women. J Obstet Gynaecolocy Can. 2010;33(3):235‑43.

20. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zelkowitz P, Crepeau F, et al. Access to health care for undocumented migrant children and pregnant women: the paradox between values and attitudes of health care professionals. Matern Child Health J. févr 2013;17(2):292‑8.

21. Wilson-Mitchell K, Rummens JA. Perinatal outcomes of uninsured immigrant, refugee and migrant mothers and newborns living in Toronto, Canada. Int J Env Res Public Health. juin 2013;10(6):2198‑213.

22. Merry L, Gagnon AJ, Kalim N, Bouris S. Refugee claimant women and barriers to health and social services post-birth. Can J Public Health. 2011;102(4):286‑90.

23. Van Ginneken E, Gray BH. Coverage for Undocumented Migrants Becomes More Urgent. Ann Intern Med. 5 mars 2013;158(5_Part_1):347‑8.

24. Villegas PE. Negociating the boundaries of membershp: health care providers, access to social good and immigration status. In: Goldring L, Patricia L, éditeurs. Producing and negociating non-citizenship: precarious legal status in Canada. Toronto: University of Toronto Press; 2013. p. 221‑37.

25. 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. 1 févr 2010;12(1):132‑51.

26. McKeowen D. Medically uninsured residents in Toronto [Internet]. 2013 [cité 21 juill 2014]. Disponible sur: http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-57588.pdf

27. Le Blanc M-F, Raynault M-F, Lessard R, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Québec), Direction de santé publique. Les inégalités sociales de santé à Montréal le chemin parcouru: rapport du directeur de santé publique 2011 [Internet]. Montréal, Qué.: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique; 2012 [cité 8 août 2014]. Disponible sur: http://site.ebrary.com/lib/uvic/Doc?id=10575096

28. Bernier J. La recherche partenariale comme espace de soutien a l'innovation. Glob Health Promot. 1 mars 2014;21(1 Suppl):58‑63.

29. Bhuyan R, Genovese F, Mehl R, Osborne BJ, Pintin-Perez M, Villanueva F. Building solidarity through collective consciousness in feminist participatory action research. :30p.

30. Chang C, Salvatore AL, Lee PT, Liu SS, Tom AT, Morales A, et al. Adapting to context in community-based participatory research: « participatory starting points » in a Chinese immigrant worker community. Am J Community Psychol. juin 2013;51(3-4):480‑91.

31. Van der Velde J, Williamson DL, Ogilvie LD. Participatory action research: practical strategies for actively engaging and maintaining participation in immigrant and refugee communities. Qual Health Res. sept 2009;19(9):1293‑302.

32. Brooks PE. Ethnographic evaluation of a research partnership between two African American communities and a university. Ethn Dis. Winter 2010;20(1 Suppl 2):S2‑21 ‑ 9.

33. Ponic P, Reid C, Frisby W. Cultivating the power of partnerships in feminist participatory action research in women's health. Nurs Inq. déc 2010;17(4):324‑35.

34. Tovar A, Vikre EK, Gute DM, Kamins CL, Pirie A, Boulos R, et al. Development of the live well curriculum for recent immigrants: a community-based participatory approach. Prog Community Health Partnersh. Summer 2012;6(2):195‑204.

35. Tsui E, Bylander K, Cho M, Maybank A, Freudenberg N. Engaging youth in food activism in New York City: lessons learned from a youth organization, health department, and university partnership. J Urban Health. oct 2012;89(5):809‑27.

36. Wong EC, Chung B, Stover G, Stockdale S, Jones F, Litt P, et al. Addressing unmet mental health and substance abuse needs: a partnered planning effort between grassroots community agencies, faith-based organizations, service providers, and academic institutions. Ethn Dis. Summer 2011;21(3 Suppl 1):S1‑107 ‑ 13.

37. Decker M, Hemmerling A, Lankoande F. Women front and center: the opportunities of involving women in participatory health research worldwide. J Womens Health Larchmt. nov 2010;19(11):2109‑14.

38. Katz JR, Martinez T, Paul R. Community-based participatory research and American Indian/Alaska Native nurse practitioners: a partnership to promote adolescent health. J Am Acad Nurse Pr. juin 2011;23(6):298‑304.

39. Kobeissi L, Nakkash R, Ghantous Z, Saad MA, Yassin N. Evaluating a community based participatory approach to research with disadvantaged women in the southern suburbs of Beirut. J Community Health. oct 2011;36(5):741‑7.

40. Leff SS, Thomas DE, Vaughn NA, Thomas NA, Paquette MacEnvoy J, Freedman MA, et al. Using community-based participatory research to develop the PARTNERS youth violence prevention program. Prog Community Health Partnersh Res Educ Action. 2010;4(3):207‑16.

41. Matloub J, Creswell PD, Strickland R, Pierce K, Stephenson L, Waukau J, et al. Lessons learned from a community-based participatory research project to improve American Indian cancer surveillance. Prog Community Health Partnersh. Spring 2009;3(1):47‑52.

42. Ritchie SD, Jo Wabano M, Beardy J, Curran J, Orkin A, VanderBurgh D, et al. Community-based participatory research with Indigenous communities: the proximity paradox. Health Place. nov 2013;24:183‑9.

43. Thomas LR, Rosa C, Forcehimes A, Donovan DM. Research partnerships between academic institutions and American Indian and Alaska Native Tribes and organizations: effective strategies and lessons learned in a multisite CTN study. Am J Drug Alcohol Abuse. sept 2011;37(5):333‑8.

44. Epstein J, Kadela Collins K, Bailey-Burch B, Walker-Thoth D, Pancella T. Space Scouts: a collaboration between university researchers and African American churches. J Ethn Subst Abuse. 2007;6(1):31‑43.

45. Le TN, Arifuku I, Vuong L, Tran G, Lustig DF, Zimring F. Community mobilization and community-based participatory research to prevent youth violence among Asian and immigrant populations. Am J Community Psychol. sept 2011;48(1-2):77‑88.

46. Cole CA, Edelman EJ, Boshnack N, Jenkins H, Richardson W, Rosenthal MS. Time, dual roles, and departments of public health: lessons learned in CBPR by an AIDS service organization. Prog Community Health Partnersh. Fall 2013;7(3):323‑30.

47. Lardon C, Drew E, Kernak D, Lupie H, Soule S. Health promotion in rural alaska: building partnerships across distance and cultures. Partnersh Perspect. 2007;4(1):125‑32.

48. Brush BL, Baiardi JM, Lapides S. Moving toward synergy: lessons learned in developing and sustaining community-academic partnerships. Prog Community Health Partnersh. Spring 2011;5(1):27‑34.

49. Kobetz E, Menard J, Diem J, Barton B, Blanco J, Pierre L, et al. Community-based participatory research in Little Haiti: challenges and lessons learned. Prog Community Health Partnersh. Summer 2009;3(2):133‑7.

50. Panapasa S, Jackson J, Caldwell C, Heeringa S, McNally J, Williams D, et al. Community-based participatory research approach to evidence-based research: lessons from the Pacific Islander American Health Study. Prog Community Health Partnersh. Spring 2012;6(1):53‑8.

51. Ganann R. Opportunities and challenges associated with engaging immigrant women in participatory action research. J Immigr Minor Health. avr 2013;15(2):341‑9.

52. McLean CA, Campbell CM. Locating research informants in a multi-ethnic community: ethnic identities, social networks and recruitment methods. Ethn Health. févr 2003;8(1):41‑61.

53. Pirie A, Gute DM. Crossing the chasm of mistrust: collaborating with immigrant populations through community organizations and academic partners. Am J Public Health. déc 2013;103(12):2126‑30.

54. Redwood S, Gale NK, Greenfield S. « You give us rangoli, we give you talk »: using an art-based activity to elicit data from a seldom heard group. BMC Med Res Methodol. 2012;12:7.

55. Shedlin MG, Decena CU, Mangadu T, Martinez A. Research participant recruitment in Hispanic communities: lessons learned. J Immigr Minor Health. avr 2011;13(2):352‑60.

56. Baumann A, Domenech Rodriguez M, Parra-Cardona JR. Community-based applied research with Latino immigrant families: informing practice and research according to ethical and social justice principles. Fam Process. juin 2011;50(2):132‑48.

57. De La Rosa M, Babino R, Rosario A, Martinez NV, Aijaz L. Challenges and strategies in recruiting, interviewing, and retaining recent Latino immigrants in substance abuse and HIV epidemiologic studies. Am J Addict. janv 2012;21(1):11‑22.

58. Dingoyan D, Schulz H, Mosko M. The willingness to participate in health research studies of individuals with Turkish migration backgrounds: barriers and resources. Eur Psychiatry. juin 2012;27 Suppl 2:S4‑9.

59. Horowitz CR, Brenner BL, Lachapelle S, Amara DA, Arniella G. Effective recruitment of minority populations through community-led strategies. Am J Prev Med. déc 2009;37(6 Suppl 1):S195‑200.

60. Nepal V, Banerjee D, Slentz M, Perry M, Scott D. Community-based participatory research in disaster preparedness among linguistically isolated populations: a public health perspective. J Empir Res Hum Res Ethics. déc 2010;5(4):53‑63.

61. Weeks MR, Liao S, Li F, Li J, Dunn J, He B, et al. Challenges, strategies, and lessons learned from a participatory community intervention study to promote female condoms among rural sex workers in Southern China. AIDS Educ Prev. juin 2010;22(3):252‑71.

62. Yonas MA, Burke JG, Miller E. Visual voices: a participatory method for engaging adolescents in research and knowledge transfer. Clin Transl Sci. févr 2013;6(1):72‑7.

63. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3 ed. Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2002. 598 p.

64. Pineault R, Daveluy C. La Planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies. Montréal: Editions Nouvelles; 1995.

65. Hawe P, Ruggiero ED, Cohen E. Frequently Asked Questions About Population Health Intervention Research. Can J Public Health. 6 nov 2012;103(6):e468‑71.

66. Fetterman DM, Wandersman A, éditeurs. Empowerment evaluation principles in practice. New York: Guilford Press; 2005. 231 p.

67. Bourassa B, Boudjaoui M, Skakni I, éditeurs. Des recherches collaboratives en sciences humaines et sociales (SHS): enjeux, modalités et limites. Québec: Presses de l'Université Laval; 2012.

68. Fleming P. Enhancing the empowerment agenda in health promotion through reflective practice. Reflective Pract. août 2007;8(3):315‑30.

69. Agence de santé publique du Canada, Division du perfectionnement de la main-d'oeuvre. Compétences essentielles en santé publique au Canada: version 1.0. [Ottawa]: Public Health Agency of Canada; 2008.

70. Sikka A, Lippel K, Hanley J. Access to health care and workers' compensation for precarious migrans in Québec, Ontario and New Brunswick. McGill J Law Health. 2011;5(203-269).

ANNEXE I

Glossaire des termes : MSP

Aide familiale résidente	Personne migrante qui est engagée pour prendre soin des enfants, de personnes âgées ou en situation de handicap. La personne se trouve dans la catégorie **travailleur étranger temporaire** puisqu'elle détient un visa de travail spécial de 36 mois. Ce type de visa comporte certains facteurs de vulnérabilité comme 97% sont des femmes qui ont souvent une connaissance limitée du français et de l'anglais et qui réside chez l'employeur.
Demandeur d'asile	Personne qui postule pour le statut de réfugié (tel que défini par la Convention de Genève ou comme personne nécessitant la protection). En attente de la décision pour l'obtention du statut.
Personne sans-papiers	Personne qui n'a pas la permission légale de rester dans un pays parce qu'il est entré sans autorisation de séjour, ou est resté dans le pays après l'expiration de son autorisation de séjour (souvent un visa de touriste ou quelqu'un dont la demande d'asile ou humanitaire a été refusée)
Personne provenant d'un pays sous moratoire	Personne dont le statut de résident permanent a été refusé, mais dont la déportation n'a pas eu lieu en raison de la situation dangereuse qui prévaut dans le pays d'origine. Au Canada, cinq pays font l'objet d'un moratoire : l'Afghanistan, Haïti, l'Irak, la République Démocratique du Congo et le Zimbabwe.
Touriste	Personne qui a un visa de séjour temporaire et dont la période est limitée, entre autres, selon le pays d'origine. Il n'y a pas d'autorisation de travail ou d'études et le visa peut être retiré pour des raisons variées. Souvent, des personnes prennent ce type de visa lorsqu'elles sont en attente de parrainage.
Travailleur étranger temporaire	Personne qui a un visa de travail temporaire. Au Canada, les personnes sont inscrites et acceptées dans l'un des programmes suivants : **aides familiaux résidants**, travailleurs agricoles saisonniers et professions peu spécialisées.
Victime du trafic humain	Personne transportée illégalement dans un autre pays, avec l'aide d'un trafiquant ou d'une autre personne, habituellement en échange d'une compensation (financière ou travail). Une fois arrivé, la personne est souvent laissée à elle-même. Elles sont parfois détenues à leur arrivée.
Victime de la traite humaine	Personne transportée dans un autre pays, illégalement ou non, contre son gré (parce que forcée, menacée, abusée ou autre) et destinée à un travail d'exploitation (principalement dans l'industrie sexuelle).

Source : Tiré de Brabant et Raynault, 2012 (traduction libre, (3), p.332), complété par (70)

ANNEXE II

Guide d'entrevue semi-structurée, Montréal

Est-ce que vous pourriez me décrire votre expérience dans des projets de recherche, d'évaluation ou d'intervention participative.

Défis de la recherche partenariale :

1-Dans votre pratique, quels défis en lien avec l'implication, la motivation et le travail avec les différents partenaires rencontrez-vous le plus fréquemment?

2-Quelles sont les stratégies pour diminuer l'impact de ses défis sur le projet de recherche?

3-Quels sont les enjeux spécifiques à prendre en considération lorsqu'un projet de recherche implique des populations vulnérables?

4-Quelles sont vos suggestions sur des moyens pour limiter les impacts?

Dispositifs participatifs :

1-Quels sont les dispositifs participatifs que vous mettez le plus souvent en place?

2-Expliquez-moi leur mise en place et leur fonctionnement et certains défis qui en découlent.

4-S'il y a implication de groupes vulnérables au processus de recherche, comment les dispositifs participatifs peuvent être adaptés?

Questions de recherche :

1-Sur quelles questions ou projet de recherche en lien avec la santé des migrants à statut précaire travaillez-vous présentement?

2-Selon votre connaissance des recherches effectuées sur la santé et l'accès aux soins des migrants à statut précaire au Canada, quelles sont les manques en connaissances dans la littérature et les questions qui en découlent?

3-Quelles sont les questions de recherche qui devraient être priorisées?

4-Dans le cadre du projet de recherche-action sur l'intervention de la clinique migrant de médecins du monde, qu'elles questions de recherche pourraient être posées afin de contribuer au maximum aux connaissances (pratiques, scientifiques et au plaidoyer) dans le domaine?

Participation des migrants à statut précaire :

1-Dans votre expérience antérieure, avez-vous eu à impliquer des personnes vulnérables au processus de recherche. Pouvez-vous me décrire ces expériences?

2-Quels étaient les défis et les solutions inhérentes à cette approche?

3-Est-ce que la participation des migrants à statut précaire au projet de recherche-action est faisable? Pourquoi?

4-De quelle façon est-il possible d'inclure les migrants à statut dans le processus de recherche?

5-Quels sont les bénéfices selon vous d'inclure la participation des migrants à statut précaire dans le processus de recherche?

6- Quels sont les risques d'inclure la participation des migrants à statut précaire dans le processus de recherche?

7-A quelles étapes du processus de recherche leur participation est-elle la plus nécessaire?

8-Quels sont les enjeux éthiques en lien avec l'implication des migrants à statut précaire dans le processus de recherche?

ANNEXE III

Liste des informateurs-clés de Montréal

Nom	Titre	Organisation
Santé publique		
Jocelyne Bernier	Coordonatrice Chaire approches communautaires et inégalités de santé (CACIS)	Université de Montréal
Angèle Bilodeau	Chercheuse	Direction de la Santé publique de Montréal-centre
Shelley-Rose Hyppolite	Pauvreté, Développement social et des communautés	Direction régionale de santé publique de Québec
Académique		
Monica Ruiz-Casares	Chercheuse	CSSS de la Montagne
Janet Cleveland	Chercheuse	CSSS de la Montagne
Sophie Dupéré	Professeure adjointe, faculté des sciences infirmières	Université Laval
Anita Gagnon	Professeure, école des sciences infirmières	Université McGill
Lorraine Gaudreau	Professeure en travail social	Université du Québec à Rimouski
Jill Hanley	Professeure associée en travail social	Université McGill, Centre des travailleurs migrants, MdM
Communautaire		
Sophie Boyer	Chercheuse	ATD quart-monde
Zoé Brabant	Résidente en médecine, Bénévole à MdM	MdM
Véronique Houle	Gestionnaire de projet	MdM
Vivian Labrie	Chercheuse	Indépendante
Stephan Reichhold	Avocat, directeur TCRI	TCRI

ANNEXE IV

CRCHUM CENTRE DE RECHERCHE

Université de Montréal

Planification d'une recherche interventionnelle sur l'accès aux soins des migrants à statut précaire à Montréal

Magalie Benoit [1], Véronique Houle [2], Loubna Belaid [3], Valéry Ridde [4]

[1] Étudiante à la maîtrise en santé communautaire à l'ESPUM et au CR-CHUM, UdM
[2] Gestionnaire des interventions locales, Médecins du Monde Canada
[3] Étudiante au doctorat en santé publique à l'ESPUM et au CR-CHUM, UdM
[4] Chercheur au CR-CHUM, axe santé mondiale et professeur à l'ESPUM, UdM

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

Au Canada, la recherche produite sur l'accès aux soins pour les migrants à statut précaire (MSP) est très limitée : quatorze articles de recherche, six recensions des écrits et quinze commentaires ont étés trouvés. Les articles de recherche sont de type exploratoire et utilisent une méthodologie qualitative (12/14).

À Montréal, depuis 2011, Médecins du Monde (MdM) offre des soins de santé ponctuels aux MSP et du soutien dans le respect de leurs droits. Cependant, cette intervention n'a pas encore été rigoureusement analysée. Ainsi, en 2013, un processus de recherche interventionnelle a été amorcé.

Cette affiche présente les principales étapes et les résultats du processus participatif de planification de la recherche interventionnelle.

2. PHASE PRÉÉVALUATIVE

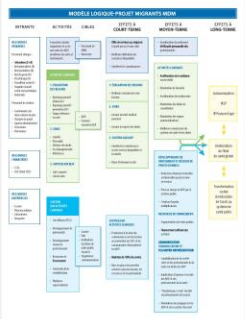
Cette première étape considère la théorie du changement de l'intervention et la disponibilité des données afin de déterminer si l'évaluation est possible et utile. Trois méthodes ont été utilisées entre janvier et octobre 2013 :

MODÈLE LOGIQUE

Il a été élaboré lors d'un atelier participatif avec 10 intervenants.

RÉSULTATS :

Même si le projet est centré sur une prise en charge médicale et sociale des MSP, il vise aussi à renforcer leur pouvoir d'agir et à participer au changement social.



CARTOGRAPHIE CONCEPTUELLE

Un exercice participatif auprès de 19 intervenants a permis de créer, prioriser et organiser une liste des défis de l'intervention.

RÉSULTATS :

107 défis ont été proposés et priorisés (côte de 1 à 5; 5 étant le plus important). Ils ont été regroupés par une analyse statistique en 12 grappes et nommés par les auteurs.

TABLEAU 1 : PRIORISATION DES GRAPPES DE DÉFIS

Titre de la grappe	Importance	Urgence
1. Pérenniser les ressources financières	4,40	4,36
2. Améliorer l'accès aux soins et la protection des MSP	4,08	3,69
3. Plaidoyer et changement social	4,03	3,31
4. Besoins complexes et en augmentation	3,91	3,72
5. Renforcer le pouvoir d'agir des MSP	3,77	3,31
6. Développer des partenariats et du réseautage	3,76	3,43
7. Respect des rôles et responsabilités des intervenants	3,64	3,53
8. Enjeux éthiques et professionnels	3,62	3,32
9. Agir en promotion de la santé et en prévention	3,53	3,12
10. Améliorer le processus de soins	3,50	3,37
11. Mobiliser et maintenir les bénévoles engagés	3,40	3,07
12. Offrir des actions de proximité	3,31	2,76

ENTREVUES

Treize entrevues individuelles ont été réalisées pour obtenir le point de vue des acteurs sur les défis de l'intervention.

RÉSULTATS :

DÉFI #1 : JOINDRE LES MSP

- Méfiance des MSP envers les services de santé publics et communautaires
- Difficultés des infirmières à joindre les MSP par téléphone
- Méconnaissance du projet

DÉFI #2 : DIFFICULTÉS D'UTILISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR LES MSP

- Difficultés bureaucratiques (triage, carte hôpital)
- Rigidité dans le fonctionnement des hôpitaux (arrangements financiers)
- Exacerbation des coûts exigés par le système de santé pour les MSP (absence d'uniformité et de règlementation)
- Inquiétude pour la sécurité des patients MSP (risque de déportation)

DÉFI #3 : RÉPONDRE AUX BESOINS DES MSP AVEC DES RESSOURCES LIMITÉES

- Impossibilité d'offrir un suivi de grossesse aux femmes enceintes
- Impossibilité d'offrir des traitements à long terme pour des pathologies complexes et chroniques (diabète, tension artérielle)

DÉFI #4 : DIFFICULTÉS À FAIRE DU PLAIDOYER POUR DÉFAIRE LES PRÉJUGÉS ET ASSURER LE RESPECT DES DROITS DES MSP

- Insuffisance des ressources financières
- Manque de temps et d'énergie (peu de ressources humaines et aucune attitrée au plaidoyer)
- Influence négative du contexte politique et sanitaire
- Manque de recherches pour comprendre la problématique de l'accès aux soins des MSP

3. PLANIFICATION PARTICIPATIVE DE LA RECHERCHE

DESCRIPTION ET PARTICIPANTS :

En octobre 2013, un atelier participatif a été réalisé avec seize personnes : chercheurs (n=3), personnel de MdM (n=9) et représentants des MSP et du milieu communautaire (n=4).

OBJECTIFS :

Déterminer l'objet et les questions de recherche, le type de recherche et les dispositifs participatifs.

MÉTHODES :

La technique du groupe nominal (objet et questions de recherche) et une discussion en grand groupe (type de recherche et dispositifs participatifs) ont été utilisées. Une présentation de l'état des connaissances a précédé chacun des exercices pratiques de groupe.

PRINCIPAUX RÉSULTATS :

OBJET DE RECHERCHE

La recherche sera centrée autour des conditions spécifiques que vivent les migrants à statut précaire.

QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Quelles sont les conséquences des problèmes d'accès aux soins?
2. Comment améliorer l'accès au système de santé public pour les MSP?
3. Qui sont les MSP (nationalité, statut, problèmes de santé, nombre, etc.)?
4. Quelles sont les barrières à la régularisation des statuts?
5. Quelle est l'opinion publique par rapport aux MSP?

TYPE DE RECHERCHE

Une recherche interventionnelle permettra de répondre aux besoins organisationnels de MdM et aux questions de recherche priorisées.

DISPOSITIFS PARTICIPATIFS

1. Un comité de pilotage sera constitué à partir du comité de soins de MdM. Il va suivre régulièrement le processus de la recherche et permettre l'orientation stratégique.

2. Un comité aviseur sera constitué d'acteurs divers concernés par l'accès aux soins des MSP. Il prendra la forme d'un forum communautaire ouvert.

4. CONCLUSION

Le processus de recherche doit s'assurer d'une participation d'acteurs diversifiés dès la phase de pré évaluation et de conception du projet. Mais, la disponibilité des parties prenantes est un défi majeur à toute participation dans un contexte de rareté des ressources, où les intervenants luttent pour le maintien de leurs services aux MSP, dont les besoins sont immenses.

PROJET MIGRANTS :

http://www.medecinsdumonde.ca

PROJET DE RECHERCHE SUR L'ACCÈS AUX SOINS POUR LES MSP:

magalie.benoit.1@umontreal.ca

REMERCIEMENTS :

Nous tenons à remercier toutes les personnes impliquées dans la planification de la recherche qui ont participé à cet exercice. Un merci spécial à tout le personnel du Projet Migrants de MdM pour sa participation dans toutes les étapes. Merci à Lydie Diabri et Ludovic Queuille pour le soutien dans la saisie des données et à Normand Péladeau, PDG de Provalis Research, pour avoir gracieusement développé un module de son logiciel pour l'analyse statistique.

ANNEXE V

Guide d'entrevue semi-structurée, Toronto

1. Could you describe research you've done with /on migrants with precarious status?
2. Could you describe the participative aspect of your project?
3. What were the challenges you encountered during the project? What solutions did you find?
4. What are the ethical challenged you were confronted to and how did you manage them?
5. What were the methodological challenges and what did you do to overcome them?
   1) recruitment, 2) data collection, 3) data interpretation and 4) utilisation of results?
6. What do you think of the research questions we are proposing?
7. What do you think about the draft of the methodology we propose to answer theses questions? What would you suggest us to make it better? What do we need to consider carefully before starting this project.

ANNEXE VI

Liste des informateurs-clés, Toronto

Nom	Titre	Organisation
Rupaleem Bhuyan	Professeur associée, Faculté de Travail Social	Université de Toronto
Denise Gastaldo	Professeur associée, Faculté des Sciences Infirmières	Université de Toronto
Manavi Handa	Assistante professeur, Faculté d'Éducation des Sages-femmes	Université Ryerson
Jenna Hennebry	Professeur associée, Director of the International Migration Research Centre (IMRC)	Université Sir Wilfrid Laurier
Janet McLaughlin	Assistante professeur, Études de Santé	Université Sir Wilfrid Laurier
Karline Wilson-Mitchell	Faculté d'Éducation des Sages-femmes	Université Ryerson