

Université de Montréal

**Accès aux soins de santé : expériences de migrants sans  
assurance maladie à Montréal, Canada**

Par Fatimata Pilabré

École de santé publique

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé

Mémoire présenté

En vue de l'obtention du grade de maîtrise

En administration des services de santé

Option santé mondiale

Septembre 2018

© Fatimata Pilabre, 2018

## Résumé

L'amélioration de l'accès aux soins est un élément essentiel dans la performance de tout système de santé et une des préoccupations majeures des gestionnaires des services de santé et des décideurs. Cependant, l'accès aux soins des populations migrantes pose un certain nombre de défis et les limites des études à ce sujet, surtout pour les migrants sans assurance maladie, nous ont conduit à réaliser cette recherche. L'objectif de l'étude est de décrire la situation d'accès aux soins des migrants sans assurance maladie dans la ville de Montréal.

Cette étude qualitative a utilisé des guides d'entretien semi-directifs auprès de seize personnes. La technique d'échantillonnage par contraste a été appliquée à notre population d'étude afin d'avoir un ou deux cas types par groupe de communautés migrantes. La situation d'accès aux soins a été décrite selon les cinq domaines du cadre conceptuel de Lévesque et al (2013) : l'accessibilité ; l'acceptabilité ; la disponibilité ; le caractère abordable et la pertinence. L'analyse thématique a permis l'émergence de nouvelles informations.

L'accès aux soins de santé des migrants sans assurance maladie est jugé plus critique dans trois domaines : la disponibilité, « l'abordabilité » et la pertinence. En effet, même s'ils n'ont pas de difficultés à identifier les services de santé ni à y accéder physiquement, il subsiste des obstacles importants concernant la prise en charge : le manque d'assurance maladie, les coûts directs des soins, la pauvreté. D'autres obstacles, tels que les longs délais de prise en charge et de diagnostic, la non-continuité et l'observance des soins, réduisent considérablement la pertinence de soins. Ces obstacles d'accès aux soins provoquent des conséquences négatives sur la santé physique et mentale de ces personnes, mais aussi des dépenses énormes dans les services d'urgence des hôpitaux.

**Mots-clés** : accès aux soins de santé, migrants sans assurance maladie, Montréal, services de santé, recherche qualitative.

## **Abstract**

Improving access to care is an essential element in the performance of any health system and a major concern for health managers and decision-makers. Access to care for migrant populations results a number of challenges. The limitations of studies on access to health care for migrants, especially without health insurance, led us to carry out this research. This study purposes to describe the situation of access to health care for migrants without health insurance in the Montreal city.

This qualitative study used semi-structured interview guides from sixteen (16) participants. The contrast sampling design was applied to our study population in order to have one or two typical cases per community group (migrant) as suggested by Pires. The access to care situation was described according to the five areas of Levesque's conceptual framework and new information were emerged from this thematic analysis.

Access to health care for migrants without health insurance is considered more critical in three areas of the framework including availability, abortion and relevance. Indeed, even if there are no difficulties in identifying health services or accessing them physically, there are obstacles that are linked to care. The lack of health insurance, the direct costs of care, the unavailability of specialized doctors, poverty are the main constraints observed in this study. Other barriers, such as long care and diagnosis delays, non-continuity and adherence to care, significantly reduce the appropriateness of care. These constraints to care access might impact negatively on the target groups physical and mental health, as well as huge expenditures in hospital emergency departments.

**Keywords:** access to health care, migrant without health insurance, experiences, Montreal, health services, qualitative research.

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des figures .....	vi
Liste des sigles et abréviations.....	vii
Remerciements.....	ix
Introduction : mise en contexte de la recherche.....	1
L'origine du projet de recherche.....	1
Définitions des concepts .....	2
Définition du concept immigrant/migrant .....	2
Définition du concept accès aux soins .....	3
L'immigration et ses défis au Canada et au Québec.....	3
Le statut migratoire et l'offre de services médicaux aux migrants sans assurances maladie à Montréal.....	5
Chapitre 1 : Problématique, questions de recherche et revue de littérature.....	8
1.1 Problématique .....	8
1.2 L'objectif principal et les questions de recherche.....	9
1.3 Recension des écrits : que sait-on de la santé et l'accès aux soins des personnes migrantes ?.....	10
L'effet du « migrant en bonne santé » et la dégradation de leur état de santé.....	10
La question de l'accessibilité aux soins de santé .....	11
Les conséquences liées aux difficultés d'accès aux soins des migrants .....	14
Chapitre 2 : Méthodologie .....	16
2.1 La stratégie et le devis de recherche .....	16
2.2 Cadre conceptuel.....	17
Choix du cadre conceptuel.....	17
Définition du cadre conceptuel .....	18

Définition des concepts (domaines) du cadre conceptuel.....	19
2.3 Contexte et population d'étude .....	22
2.4 Collecte des données.....	22
2.5 Analyse thématique des données .....	25
2.6 Éthique de la recherche.....	28
Chapitre 3 : Les résultats de l'analyse .....	29
3.1 Descriptions des participants à l'étude .....	29
3.2 L'élément marquant de la trajectoire migratoire : le statut migratoire .....	31
3.3 La situation d'accès aux soins.....	35
Accessibilité.....	35
Acceptabilité .....	37
Disponibilité.....	39
Le caractère abordable .....	42
Pertinence.....	46
Les obstacles à l'accès aux soins .....	49
Les impacts liés à l'accès aux soins.....	53
Chapitre 4 : discussion .....	56
4.1 Un accès aux soins parsemé d'obstacles.....	56
4.2 Les implications théoriques et pratiques des résultats .....	62
4.3 Regard critique sur la cadre conceptuel .....	63
4.4 Critères de scientificité.....	64
Crédibilité .....	64
Pertinence et transférabilité.....	64
4.5 Les difficultés rencontrées et les limites de l'étude .....	65
Conclusion .....	67
Bibliographie.....	69
Guide d'entrevue.....	i
Fiche de collecte des données socio-démographiques.....	iii
Consentement.....	i

Liste des tableaux

Tableau I.	Caractéristiques socio-démographiques.....	29
Tableau II.	Synthèse des résultats .....	52

## Liste des figures

Figure 1. Cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé de Lévesque et al..... 19

## Liste des sigles et abréviations

MdM :	Médecin du Monde
MSAM :	Migrant sans Assurance Maladie
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non-Gouvernementale
PFSI :	Programme Fédéral de Santé Intérimaire
UdeM :	Université de Montréal
RAMQ :	Régime d'Assurance Maladie du Québec
ESPUM :	École de Santé Publique de l'Université de Montréal
MIDI :	Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion
DSP :	Direction de la santé publique
AME :	Aide Médicale d'État
CMU :	Couverture Maladie Universelle





## Remerciements

Merci à mon directeur de recherche pour sa disponibilité et ses vifs conseils tout au long de la rédaction de ce document. Merci à mon codirecteur pour son accompagnement, ses commentaires constructifs ainsi que sa participation à la collecte des données.

Merci à toute l'équipe de recherche pour leurs contributions à la réalisation de ce document. Merci à Magalie Benoit pour sa participation à la collecte des données. Merci infiniment aux participants pour leur disponibilité et leurs apports à la réalisation de ce mémoire.

Merci aux assistants de recherche et aux étudiants qui ont participé au recrutement des participants lors de la phase quantitative.

Enfin, j'adresse mes sincères remerciements au programme de bourse Leader Africain de Demain (LAD) du Bureau Canadien de l'Éducation Internationale (BCEI) qui m'a permis de réaliser mes études.

Merci à la chaire RÉALISME pour son aide financière (bourse) lors des activités de recherche (la collecte des données).

## **Introduction : mise en contexte de la recherche**

Dans cette partie, nous avons procédé à la mise en contexte de notre sujet d'étude dont l'origine a été décrite. Nous avons également défini les concepts phares de l'étude et présenté la situation migratoire au Canada et au Québec.

### **L'origine du projet de recherche**

La recherche sur la santé et l'accès aux soins des migrants sans couverture médicale à Montréal a été initiée par un groupe de chercheurs (1). Ce programme a débuté en 2013, avec la collaboration des chercheurs d'université (ESPUM, MCGILL), de la Direction de santé publique de Montréal et Médecins du Monde (MdM). L'objectif principal est de mieux comprendre et mesurer la santé et l'accès aux soins des migrants sans assurance médicale à Montréal ainsi qu'analyser les initiatives de soins sur le terrain afin d'améliorer leur condition dans une perspective de santé publique. Le programme comprend trois volets, dont la compréhension de l'état de santé et d'accès aux soins, l'analyse des initiatives d'accès aux soins des migrants sans assurance maladie (MSAM) et le point de vue des décideurs. Pendant la phase préparatoire du projet, divers ateliers participatifs ont permis de réaliser un modèle logique de l'intervention et une cartographie conceptuelle des défis de la mise en œuvre du projet (2). Les échanges avec les intervenants du projet ont confirmé l'absence de recherche interventionnelle sur le sujet et ainsi légitimer le besoin de réaliser le projet. Les outils de collecte de données ont été également testés dans cette phase. Ce programme de recherche se pose trois principales questions, dont :

1. Quels sont l'état de santé, l'accès aux soins et leurs déterminants pour les MSAM ?
2. Quelles sont les conditions de santé et leurs déterminants pour la clientèle des MSAM prise en charge par la clinique de MdM à Montréal ?
3. Comment peut-on améliorer l'accès aux soins des MSAM à Montréal ?

Ce présent projet d'étude de maîtrise concerne l'aspect qualitatif du volet d'accès aux soins de santé des MSAM qui s'intéresse aux expériences des migrants sans assurance maladie en quête de soins de santé. Notre étude qualitative, qui a constitué son échantillon dans la population participante à l'étude quantitative, vient fournir plus d'explication à la problématique

d'accès aux soins des MSAM à travers les faits et significations donnés par les participants. Les résultats de l'étude qualitative apporteront plus d'explication aux données quantitatives afin de mieux comprendre le phénomène étudié et ainsi permettre une meilleure intervention dans ce domaine de la santé

## **Définitions des concepts**

### **Définition du concept immigrant/migrant**

Le terme migrant “international” est défini « *comme des personnes qui se déplacent à travers une frontière internationale loin de leur lieu de résidence habituelle, quelles que soient les causes du mouvement ou le caractère volontaire de leur décision* » {traduction} (2, page 1). Le terme migrant/immigrant, quant à lui, est défini historiquement comme « *tout individu qui a quitté son pays/sa région de naissance ou de résidence pour s'installer, temporairement ou durablement, dans un pays/une région autre. Le terme “immigré”, connoté négativement en France, depuis les années 1970-80, a eu tendance à être remplacé par celui de “migrant”* » (3, page 5).

Dans sa définition du terme migrant, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) fait la distinction entre migrant régulier et migrant irrégulier en ces termes : « *Les migrants en situation régulière ou disposant de papiers sont des personnes dont l'entrée, la résidence et, le cas échéant, l'emploi dans un pays d'accueil ou dans un pays de transit ont été reconnus et autorisés par les autorités officielles de l'État. Les migrants en situation irrégulière ou “sans-papiers” — sans titre de séjour — (parfois désignés sous l'appellation erronée de migrants/immigrants “illégaux”) sont des personnes qui sont entrées dans le pays d'accueil sans une autorisation légale ou qui sont restées au-delà de la période autorisée, comme, par exemple, les étrangers de passage, les touristes, les étudiants étrangers ou les travailleurs sous contrat temporaire.* » (4, page 9).

Dans le cadre de cette étude, nous utiliserons les termes migrant/immigrant en tenant compte du fait qu'ils représentent la même signification.

## **Définition du concept accès aux soins**

Le concept d'accès aux soins de santé est une notion complexe. Cette diversité de conceptualisation se situe au niveau des caractéristiques qui sont prises en compte dans sa définition.

En référence à la définition de l'Institut de médecine des États-Unis, l'accès aux soins est l'utilisation des services de santé en temps utiles par les individus afin d'atteindre le meilleur résultat possible en santé (6). Dans la même conceptualisation, Waters réduit ce concept d'accès aux soins en concept d'utilisation des soins de santé (7). Ce terme utilisation est défini par certains auteurs comme le résultat de l'interaction entre le comportement de l'individu qui recourt aux soins de santé et le comportement du professionnel qui oriente l'individu dans le système ; elle est la réponse institutionnelle à une demande exprimée par un individu (8). Frenk et White définissent l'accès aux soins selon les caractéristiques de la population. Ainsi pour ces auteurs, l'accès aux soins désigne la capacité de la population à rechercher et obtenir des soins (9).

Dans le cadre de notre étude, nous adoptons la conceptualisation de Lévesque qui définit l'accès comme « *la possibilité d'identifier les besoins en soins de santé, de demander des soins de santé, d'accéder aux ressources de soins de santé, d'obtenir ou d'utiliser des services de soins de santé et de bénéficier de services appropriés aux besoins de soins* » {traduction}(9, page1).

## **L'immigration et ses défis au Canada et au Québec**

Dans le contexte canadien, le phénomène de migration est en pleine croissance d'année en année et venant de divers horizons. Le nombre de migrants internationaux dans le monde est de 232 millions, dont environ 136 millions dans les régions dites « développées » et chiffrées à 7,3 millions en 2013, au Canada (11). La loi canadienne sur l'immigration facilite l'entrée des visiteurs, étudiants et travailleurs temporaires qui viennent au Canada dans le cadre d'activités commerciales, touristiques, culturelles, éducatives, etc. (12). Statistique Canada a enregistré dans la période du 1<sup>e</sup> juillet 2015 au 30 juin 2016, 323 173 migrants internationaux (13). Pour l'année 2015, la part du Québec, dans l'immigration canadienne, est de 18 % (14). En janvier

2016, le nombre de résidents non permanents a été évalué à 110 686 au Québec (14). Un document du Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI) indique en janvier 2017, une admission permanente de 496 490 migrants de 2006 à 2015, au Québec, dont 368 565 détenaient des cartes d'assurance maladie valides et 78 041 avec des cartes expirées (15). En 2011, dans la ville de Montréal, l'enquête nationale auprès des ménages avait identifié 846 645 migrants, dont 58 620 migrants résidents non permanents (16). Ce terme de résident non permanent est défini par Statistique Canada comme : « *une personne originaire d'un autre pays qui est titulaire d'un permis de travail ou d'un permis d'études, ou qui revendique le statut de réfugié, ainsi que tout membre de sa famille né à l'extérieur du Canada vivant avec elle au Canada.* » (16).

Que ce soit pour l'immigration permanente ou temporaire, le Gouvernement du Canada reconnaît la contribution des migrants, au développement économique du Canada, tant sur le plan de l'emploi que de la consommation des biens et services (17). Les candidats à l'immigration économique sont sélectionnés selon leur capital humain, pouvant apporter des avantages économiques (17). La population immigrante et présente au Québec en 2017, représentait 230 435 migrants, dans la catégorie économique, contre 88 545 dans la catégorie de regroupement familial et 42 911 dans la catégorie réfugiée et affiliée (15). Ces chiffres viennent indiquer l'importance du volet économique, dans la politique migratoire au Québec en particulier et au Canada en général.

Bien que les migrants contribuent au développement économique, ce fort taux d'immigrants apporte un certain nombre de défis d'intégration dans la société québécoise. Une fois dans les pays d'accueil, certains migrants rencontrent des conditions de vie difficiles qui les placent dans des situations de précarité (17, 18). La précarité est non seulement liée aux conditions de vie, mais aussi aux contextes politique et juridique qui ne leur sont pas favorables (19, 20). En effet, dans le contexte montréalais, des auteurs soulignent l'alourdissement des procédures règlementaires de statut qui augmente la précarité des migrants (20). La complexité et les retards, dans les procédures de règlementation de statut légal, créent ainsi l'illégalité (22). Au-delà des contraintes législatives de l'accès aux soins de santé, les migrants sans statut rencontrent également d'autres obstacles comme les limites financières, la discrimination et la

peur de l'expulsion (23). Ce manque de statuts les prive souvent à l'accès aux soins de santé et autres services sociaux (24).

## **Le statut migratoire et l'offre de services médicaux aux migrants sans assurances maladie à Montréal**

Au Québec, comme dans les autres provinces canadiennes, il existe deux formes d'immigration, soit permanente, soit temporaire. La migration permanente est définie en ces termes : « *les résidents permanents sont des personnes qui ont été autorisées à vivre en permanence au Canada et qui bénéficient du droit d'y travailler et d'y faire des études, mais qui n'ont pas obtenu la citoyenneté canadienne.* » (16, page 3). Cette catégorie de migration regroupe les volets économique, familial et humanitaire/réfugiés. La migration temporaire est, quant à elle, composée des travailleurs étrangers temporaires, d'étudiants étrangers et des visiteurs (motifs personnels ou commerciaux) (17).

Que ce soit le statut permanent ou temporaire, les personnes arrivant de l'extérieur du Canada pour le Québec doivent observer un délai de carence d'une période d'attente pouvant aller jusqu'à trois mois avant d'être couvert par le régime d'assurance maladie publique RAMQ (25) et pour avoir accès au système de santé. L'admissibilité à la RAMQ est soumise à des conditions, excluant les visiteurs, les étudiants de pays qui n'ont pas conclu d'entente de sécurité sociale avec le Québec, et certains travailleurs étrangers temporaires et leurs dépendants, les enfants nés de parents non-admissibles à la RAMQ, les migrants sans statut légal et les demandeurs d'asile (qui bénéficient du Programme fédéral de santé intérimaire) (25). Certains peuvent être couverts par la RAMQ mais perdre ensuite leur admissibilité à cause de l'expiration du visa ou du permis de résidence temporaire. L'admissibilité à la RAMQ, la couverture médicale et l'accès aux soins sont donc en partie liés au statut migratoire. Tout comme l'immigration apporte des défis d'intégrations économique, sociale et culturelle pour les nouveaux arrivants, l'absence d'assurance maladie contribue aux inégalités d'accès aux soins. En effet, Simich et ses collaborateurs soutiennent que le manque d'assurance maladie occasionne des soins de santé médiocre, de mauvais résultats de santé et des problèmes de santé mentale dans une ville comme Toronto (26).

En ce qui concerne l'offre de services médicaux aux migrants sans assurance maladie, nous n'avons pu en répertorier que trois à Montréal : À deux mains /head and hands, la maison bleue et Médecins du Monde. À deux mains /head and hands offre des services de santé aux jeunes de 12 à 25 ans sur la santé sexuelle, la grossesse, le traitement hormonal, la nutrition et la santé générale, et cela pour les personnes avec ou sans assurance maladie (27). Certains services occasionnent des frais de 30 \$ (consultation d'un médecin) ou de 20 \$ (gel contraceptif), pour les personnes sans assurance médicale (27). À la différence de « A deux mains », la clinique médicale de Médecins du Monde (MdM) offre gratuitement des soins de santé à la population sans assurance maladie, ni moyens financiers vivant à Montréal (28). La caractéristique commune à ces organismes à but non-lucratif est qu'ils fonctionnent en majorité grâce aux donations et aux travailleurs bénévoles. Les jours et heures d'ouverture restreints de ces services médicaux témoignent des limites de leur disponibilité (26, 27). La clinique mobile de MdM, qui est une branche de la clinique médicale, tente de rejoindre les bénéficiaires dans leurs milieux (rue, parc, refuge, etc.) afin d'offrir des soins de proximité. Bien qu'elle essaye de référer et de reconnecter les MSAM au système de santé public par des accompagnements, l'organisme fait face à un certain nombre de défis importants. Un groupe de chercheurs a travaillé avec les intervenants de Médecins du Monde, dans le cadre de l'accès aux soins des migrants, afin d'identifier les défis rencontrés par la structure (29). Ce travail participatif a permis de les classer en trois catégories, dont les plus importants, les plus urgents et les plus importants/urgents (29). Les défis catégorisés concernent le quotidien du personnel, les ressources limitées du projet ainsi que les multiples et complexes besoins des migrants (tel le nombre croissant des bénéficiaires et des cas d'urgence) (29). La maison bleue intervient auprès des femmes enceintes en situations vulnérables (pauvreté et statut migratoire précaire) (30). Elle est localisée dans trois endroits à Montréal, soit Côtes-des-Neiges, Parc-Extension et Saint-Michel. La structure offre des suivis médicaux pendant la grossesse mais aussi des suivis pour le bien-être de la famille et le développement de l'enfant jusqu'à ses cinq ans (30). L'équipe est composée de médecins de famille et de personnel employé par le CIUSSS, soutenue par des stagiaires et bénévoles.

Pour mieux cerner la situation d'accès aux soins des migrants sans assurance maladie, il est alors essentiel de faire recours aux écrits antérieurs. Notre travail est constitué en quatre



grands chapitres dont le premier aborde la problématique sur l'accès aux soins des migrants sans statut, les questions de recherche et le second chapitre traite de la méthodologie de la recherche. Les deux derniers chapitres présentent les résultats de l'étude et la discussion des résultats ainsi que des critères de scientificité de la recherche.

# **Chapitre 1 : Problématique, questions de recherche et revue de littérature**

Tout au long de ce chapitre, il sera question d'aborder la problématique de recherche et présenter l'objectif ainsi que les questions de recherche. La grande partie de ce chapitre sera consacrée à la revue de la littérature.

## **1.1 Problématique**

Assurer un accès équitable aux services de santé est une préoccupation constante des planificateurs et des décideurs de tout système de santé. L'accès aux soins est un élément essentiel dans la performance des services de santé de tout pays. Déjà en 1986, le gouvernement canadien adepte de l'approche globale de la santé a été un acteur clé dans la réalisation de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (31). Cette charte vise l'équité en matière de santé et dont le but est de donner les moyens nécessaires à tous les individus afin de réaliser leurs besoins en santé (32). La couverture universelle du système de soins de santé est financée par les impôts (33).

Ainsi au niveau fédéral, le gouvernement veille au respect des normes nationales de la loi canadienne sur la santé et fournit des financements pour les soins aux provinces et territoires (34). Dans le souci de répondre aux besoins de soins des réfugiés et des demandeurs d'asile, le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) a été créé (35). Ce programme offre une protection limitée et temporaire aux personnes (réfugiées, demandeurs d'asile) qui ne bénéficient pas d'une couverture provinciale et territoriale d'assurance maladie (36). Ce mécanisme rencontre d'énormes difficultés administratives, surtout dans le traitement des dossiers et dans la couverture des services essentiels (35). Dans chaque province ou territoire, des soins médicaux d'urgence gratuits doivent être offerts aux personnes sans assurance maladie, mais il existe des restrictions selon le statut d'immigration (33).

Au niveau provincial et territorial, chaque entité possède son régime d'assurance maladie, mais géré selon les principes de la loi canadienne sur la santé (33). Ainsi au Québec, dans les années 1970, le gouvernement a mis en place un système d'assurance maladie et en

1996, l'assurance médicaments afin de promouvoir l'accès aux soins de santé de ses résidents (37). Au Québec, le droit à l'assurance maladie après l'inscription est assujéti à une période d'attente pouvant aller jusqu'à trois mois pour les personnes venant de l'extérieur du Canada (25). Il existe également des restrictions pour les touristes, les enfants nés de parents vivant au Québec comme touristes, d'étudiants non boursiers du programme officiel du ministère de l'Éducation et des réfugiés, qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance (25). Dans ce contexte de système de santé, il faut reconnaître que la problématique d'accès aux soins reliée à l'ampleur du phénomène de migration pose un certain nombre de défis excluant les individus des systèmes de soins de santé auxquels ils ont droit en tant qu'êtres humains.

La recension des écrits permettra de faire un point sur l'état de santé des migrants, la situation d'accès ainsi que les conséquences qui en découlent. Cette revue de littérature nous permettra de mieux comprendre la situation d'accès aux soins des migrants sans statut et ainsi souligner l'importance à s'intéresser aux migrants sans assurance maladie. Ainsi l'objectif de l'étude ainsi que les questions de recherche énumérées ci-dessous nous guidera tout au long de notre revue.

## **1.2 L'objectif principal et les questions de recherche**

Comme nous le verrons, l'accès aux services médicaux pour les migrants est déterminé par un certain nombre de facteurs, comme les aspects culturels et religieux, les éléments politiques et linguistiques, les aspects économiques et sociaux (38). D'autres déterminants, comme la disponibilité de l'information, le temps d'attente, le statut migratoire, la distance, la région d'origine ainsi que la situation économique viennent expliquer l'utilisation des services de santé (39). Au Québec, la difficulté d'accès à l'assurance maladie vient accroître le nombre d'obstacles de l'accès aux soins.

Il est essentiel d'étudier le cas de Montréal car elle est une ville métropolitaine accueillant des milliers de migrants chaque année, et dont une partie possède un statut précaire notamment par le fait de leur non-admissibilité à l'assurance maladie (RAMQ) dont les conséquences pour leur santé peuvent être importantes. À ce jour, les connaissances à propos de la situation médico-sanitaire de ces personnes et leur accès aux soins dans le contexte spécifique montréalais sont très limitées. Comme nous l'avons suggéré, très peu d'acteurs

institutionnels sont engagés dans l'offre de soins de santé à cette population exclue de la RAMQ. Ainsi, en plus des résultats des données quantitatives qui seront disponibles dans le futur, il est apparu important d'explorer plus en profondeur, par le biais d'une étude qualitative, les obstacles et facteurs facilitants leur accès aux soins ainsi que les impacts sur la santé de ces personnes. Il est aussi important d'en savoir plus concernant cette problématique afin d'informer les acteurs politiques, institutionnels et communautaires à Montréal.

L'objectif principal de ce mémoire est de mieux comprendre l'accès aux soins des migrants sans assurance maladie (MSAM), résidant à Montréal, en s'appuyant sur leurs expériences de soins. Nous répondrons aux questions de recherche suivantes :

- Que peut-on dire de l'accès aux soins des MSAM ?
  - Quels sont les facteurs favorisant ou limitant l'accès aux soins des MSAM ?
  - Quelles sont les conséquences liées au manque ou retard d'accès aux soins ?

Déjà, nous pensons qu'il est intéressant de retracer l'état de santé des migrants à travers le concept « *effet de migrant en bonne santé* ».

### **1.3 Recension des écrits : que sait-on de la santé et l'accès aux soins des personnes migrantes ?**

Il est important de donner des éléments en rapport avec l'état de santé de la population concernée selon le concept du migrant en bonne santé. Par la suite, il est essentiel de s'imprégner des études antérieures sur l'accès aux soins et de ses multiples facteurs. Les conséquences liées à l'accès aux soins seront également recensées.

#### **L'effet du « migrant en bonne santé » et la dégradation de leur état de santé**

Au Canada, la loi sur l'immigration a pour objet de protéger la santé et la sécurité publiques de la société canadienne (12) ; ainsi des candidats à l'immigration sont soumis à des examens médicaux.

Les études sur l'état de santé des migrants ont la plupart souligné que les immigrants qui arrivent nouvellement dans les pays d'accueil sont en meilleure santé que les personnes qui y sont nées. L'enquête de Clarkson sur l'état de santé des groupes d'immigrants récents signale qu'ils se présentent globalement en meilleur état de santé que la population québécoise (40). Également, une étude au Canada (41) a validé l'« effet de l'immigrant en bonne santé » et a conclu que l'état de santé des migrants s'aggrave avec le séjour prolongé dans le pays d'accueil. Cet effet de migrant en bonne santé est également confirmé par un groupe d'auteurs au Canada qui signalent que les migrants récents (moins de 20 ans passés au Canada) sont moins susceptibles que les Canadiens de naissance de recevoir un diagnostic de maladie chronique (42). Cet effet du « migrant en bonne santé » a été également confirmé dans les pays européens (43).

Newbold, en examinant l'état de santé de la population immigrante du Canada, vient nuancer cette idée du « migrant en bonne santé », en indiquant dans son étude que l'état de santé n'était pas significativement différent entre la population migrante et la population née au Canada, en ce sens que 10,1 % des immigrants ont déclaré un état de santé passable ou mauvais contre 9,1 % des natifs (44). Il soutient que l'état de santé de la population migrante décline au cours du temps pour des raisons sociales et économiques, culturelles et linguistiques, et la présence d'obstacles aux soins de santé (44). L'étude de Clarkson explique que l'état de santé des migrants au Québec est aussi tributaire des habitudes de vie (40). Dans un contexte français, l'état de santé auto-déclaré peut également s'expliquer par le biais des habitudes de vie, du statut migratoire et des conditions socio-économiques (45). Le parcours migratoire, les conditions de travail et de logement ainsi que la situation financière affectent l'état de santé selon une étude réalisée en France (46).

## **La question de l'accessibilité aux soins de santé**

Dans la littérature sur l'accès aux soins de santé des migrants, les études antérieures ont déterminé plusieurs facteurs pouvant expliquer cet accès. Des études comparatives ont été utilisées afin d'étudier l'accès aux soins entre migrants et population native.

En effet, un groupe de chercheurs, qui a examiné les expériences vécues par les immigrants vivant dans un petit centre urbain (Niagara, Canada), est arrivé à la conclusion qu'il existe bien une difficulté d'accès aux soins de santé des migrants et qu'elle est quasiment la

même que ce soit dans une petite ou dans une grande ville (47). L'étude de Cherba sur les expériences d'utilisation des services de santé par les immigrants russophones d'ex- URSS installés à Montréal montre qu'il est difficile d'avoir accès aux soins spécialisés, mais aussi aux soins préventifs au Québec, Canada (48). Cette difficulté d'accès est encore plus accentuée pour les migrants sans statut qui sont plus désavantagés dans le domaine de recherche de soins que les résidents permanents et les demandeurs d'asile dans la ville de Toronto, Canada (49). Cette différence d'accès est signalée dans l'article de Lebrun qui a synthétisé les recherches sur l'accès aux soins des immigrants au Canada et qui signale que l'ensemble des études indiquent que les immigrants rencontrent plus d'obstacles que les Canadiens de souche pour accéder aux soins de santé (38). D'autres études, dans le contexte canadien, ont confirmé l'existence de ces obstacles culturels, linguistiques et socio-économiques qui entravent l'accès aux soins de santé des immigrants au Canada, et ont également mentionné des facteurs géographiques (50). La discrimination a été également rapportée par les immigrants musulmans qui ont constaté un manque de compréhension de leurs croyances et pratiques religieuses dans les milieux médicaux au Canada (38). Les éléments politiques qui limitent l'accès aux services médicaux font référence à la législation dans certaines provinces du Canada (l'Ontario, le Québec), qui imposent une période d'attente de trois mois aux nouveaux arrivants avant d'accéder à l'assurance santé provinciale. En effet, le manque de couverture maladie constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins dans le contexte canadien pour certains (20). Une autre étude explorant l'expérience des migrantes chinoises sur l'accès aux soins obstétricaux à Toronto a signalé l'importance culturelle et linguistique dans l'identification et le choix d'un obstétricien, mais a aussi mentionné l'importance de la disponibilité de l'information sur les sites d'internet qui a souvent facilité cette identification (51). Toujours à Toronto, les migrants sans papiers rencontrent des difficultés à accéder aux soins de santé primaire, aux urgences médicales et aux médicaments et cela s'explique une fois de plus par le manque d'assurance maladie, la peur d'être dénoncé et déporté, les barrières linguistiques ainsi que le statut d'immigration (52). En analysant l'influence de la durée du séjour sur l'utilisation des services de soins de santé primaires par les immigrés récents résidents dans le quartier Côtés-des-Neiges à Montréal (Canada), Leduc et Proulx ont montré que l'utilisation des services de soins est fortement liée à la durée de séjour et de l'expérience de la migration (53). Pour ces derniers auteurs, les familles apprennent à mieux connaître l'organisation du système de soins et à s'y adapter avec le temps.

Le manque de contact social a été mentionné comme obstacles, en indiquant que le réseau social est un déterminant clé dans l'accès et l'utilisation des soins de santé primaires dans la région de Niagara, Canada (47). Au-delà de ces obstacles, d'autres auteurs y ajoutent des obstacles liés aux prestataires de soins d'un côté, en signalant l'accueil des migrants dans les services de santé comme un défi à la bonne prestation des soins de santé (54). Il faut mentionner également, les obstacles propres aux migrants sans papiers (Toronto, Canada) qui renoncent aux soins de santé par peur ou crainte d'être dénoncés aux autorités et d'être déportés (49). L'étude de Leduc et Proulx à Montréal (Canada) indique que les facteurs qui influencent les perceptions et les comportements des migrants récents sur leur utilisations des services de soins sont le milieu de vie (proximité, mais aussi le voisinage), l'organisation des services de soins et les services d'orientation des immigrants (53). Le choix des services de soins est fortement influencé par les sources d'information, comme les amis, la famille, le voisinage et en moindre partie par les professionnels de santé (53).

Dans le contexte européen, le constat est le même. Une étude comparative de l'accès aux soins prénataux entre des femmes migrantes sans assurance et les natives de Genève en Suisse, relèvent que les premières utilisent peu les mesures préventives (frottis cervical, examen des seins...) et sont plus exposées aux discriminations que les secondes (55). Une « *scoping review* » qui décrit les données primaires disponibles sur la santé et l'accès aux soins pour les « sans-papiers », dans l'Union européenne, a décrit les barrières culturelles et linguistiques comme réduisant la capacité de ces migrants à négocier des options de traitement, compromettant potentiellement la qualité des soins (56). Elle a également mentionné les obstacles financiers à l'accès aux soins secondaires et l'accès aux soins primaires en indiquant que les coûts ont empêché de nombreux migrants d'accéder aux soins ou aux médicaments (56). Le manque de sensibilisation aux droits légaux tant chez les sans-papiers que chez les prestataires de soins de santé a souvent été cité, ainsi que l'absence de lignes directrices sur les options de traitement qui a contribué à l'incertitude parmi les professionnels de la santé (56). Ces mêmes obstacles (linguistiques, administratives discriminations liées aux statuts...) sont constatés en France (46) (57), en Espagne (manque de ressources humaines et matérielles, l'absence de réseau social...) (54) et en Suisse (absence de connaissance et du moyen financier) (55).

## **Les conséquences liées aux difficultés d'accès aux soins des migrants**

La difficulté d'accès ou le manque d'accès aux soins de santé a occasionné des conséquences à bien des divers niveaux. Ainsi, une étude au Canada a montré que l'accès limité aux services en raison du statut affecte le bien-être de tous les membres de la famille, à tel point que les migrants, qui ont assisté à un refus ou retard d'accès aux soins des services d'urgence en raison de l'incapacité de payer, ont exprimé des sentiments d'inquiétude comme l'anxiété et de la difficulté à dormir la nuit (24). Les immigrants sans couverture médicale en Ontario (Canada) sont plus susceptibles d'être diagnostiqués parmi les catégories les plus sévères dans les services médicaux et de développer des problèmes de santé mentale (21). Une étude en Allemagne note l'influence négative de la limitation d'accès aux soins par les politiques sur la santé de la mère et l'enfant, en citant le recours tardif aux soins, la non-continuité des soins, ainsi que la difficulté d'obtenir un approvisionnement régulier des médicaments (58). Le retard d'accès aux soins de santé accroît le nombre de cas critiques dans les urgences, entraînant ainsi des coûts élevés de prise en charge dans les hôpitaux en Ontario, Canada (21) mais aussi dans le contexte européen (52).

En effet, le recours tardif aux soins de santé des migrants au Canada engendre des factures énormes que les patients ne peuvent acquitter et cela entraîne des charges financières dans les hôpitaux (60). Ces difficultés d'accès aux services de santé participent ainsi à la détérioration de l'état de santé et peuvent conduire les migrants à recourir aux soins dans leur pays d'origine, comme signalées par Wang et Kwak (50). Selon ces auteurs, des migrants sud-coréens à Toronto (Canada) utilisent des stratégies transnationales (voyages en Corée du Sud pour des examens médicaux ou des traitements, importation de médicaments et consultation de services de santé par téléphone ou par courriel), afin de pouvoir s'adapter aux barrières d'accès aux soins de santé (50). Les barrières d'accès aux soins de santé peuvent également conduire les migrants à rechercher des sources de soins de santé informelles (herboristes), selon une étude à Toronto, Canada (49).

Il ressort de cette lecture qu'il existe une panoplie d'études qui se sont intéressées à la problématique d'accès aux soins des migrants. Les études se sont orientées vers l'identification des éléments d'obstacles ou facilitant l'accès aux soins des migrants. D'autres se sont intéressées aux expériences d'accès aux soins des migrants afin de mieux



comprendre le phénomène, mais sans mettre l'accent sur les immigrants sans assurance maladie. Ainsi, les études se sont basées sur les points de vue des professionnels de la santé (58, 59). D'autres ont procédé à des revues de littérature sur les obstacles d'accès aux soins des migrants dans divers contextes (22, 2). Les études antérieures, qui ont mis l'accent sur les expériences d'accès aux soins du point de vue des migrants dans un contexte canadien (Toronto), se sont plus intéressées aux migrants sans papiers (25, 47).

Les lignes qui suivent feront l'objet d'une présentation de la méthodologie de recherche afin de répondre aux questions que nous nous sommes posées dans notre problématique et ainsi atteindre l'objectif de l'étude.

## **Chapitre 2 : Méthodologie**

La recherche qualitative a pour but principal d'aider à mieux comprendre le phénomène étudié en mettant l'accent sur les expériences, les significations et les points de vue des participants (63). La recherche qualitative en santé s'intéresse de façon particulière aux déterminants sociaux de la santé, aux expériences de la maladie et aux divers points de vue des patients (64). Compte tenu de l'objectif de notre étude, une approche qualitative nous aidera assurément à mieux comprendre l'accès aux soins de santé des migrants sans assurance médicale.

Marshall nous dit que les qualités d'une bonne recherche qualitative résident dans la transparence des procédures de collecte et d'analyse des données ainsi que de la présentation des résultats (65). Ainsi, c'est dans ce contexte que nous présenterons les étapes de cette recherche de la manière la plus claire et précise possible.

### **2.1 La stratégie et le devis de recherche**

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative qui se veut exploratoire et qui répond à des besoins identifiés par la Direction de la Santé Publique (DSP) de Montréal, l'organisation non gouvernementale Médecins du Monde, ainsi que de nombreux organismes communautaires, qui souhaitent mieux comprendre la situation d'accès aux soins des MSAM (1).

La méthode de recherche descriptive qualitative permet d'obtenir les faits et les significations que les participants donnent aux événements vécus tout en restant proches des données (66). Tout en étant moins interprétative que les autres méthodes descriptives, comme la phénoménologie, la méthode descriptive qualitative ne s'éloigne pas des données dans la présentation des faits relatés et procède par la validation précise des significations attribuées par les participants à ces événements (66). Elle est la mieux adaptée à notre étude dans le sens où la finalité est d'obtenir des résultats descriptifs, simples, du contenu informatif et qui correspond au mieux aux données.

Cette méthode donnera plus confiance et l'opportunité aux MSAM de raconter leurs expériences, de revenir sur leurs conditions de vie, leurs visions des soins de santé et enfin leurs expériences d'accès aux soins.

## **2.2 Cadre conceptuel**

### **Choix du cadre conceptuel**

Dans la littérature, nous avons pu relever notamment trois cadres théoriques susceptibles de nous aider à mieux comprendre l'accès aux services de santé. Nous avons le cadre d'étude de l'accès aux soins médicaux (framework for the study of access to medical care) de Aday et Anderson de 1974 (67), le modèle comportemental de l'utilisation des services de santé (the Behavioral Model and Access to Medical Care) de Andersen de 1995 (68) et le cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé (conceptual framework of access to health care) de Lévesque (10).

Le premier examine le concept d'accès aux soins en partant des caractéristiques de la politique de santé, des systèmes de santé et de la population à risque jusqu'aux résultats ou extrants (utilisation des services de santé et satisfaction des consommateurs) (67). Ce cadre met l'accent sur les objectifs politiques de la santé (distribution des ressources humaines et financières, assurance maladie) qui conditionnent ensuite les caractéristiques du système de santé et les caractéristiques de la population à risque. Il nécessite aussi pour la mesure des résultats des descriptions objectives et subjectives. En somme, le cadre prône la prise en compte des aspects organisationnels et économiques afin d'évaluer le succès de la politique de santé dans le contexte des États-Unis.

Le second est le modèle comportemental de l'utilisation des services de santé qui est une réplique de l'auteur suite aux critiques adressées au modèle précédent, notamment celui de 1973 avec Newman cité par Pineault (8). Le modèle permet d'expliquer l'utilisation des services de santé à travers l'environnement (système de soins et environnement social), les caractéristiques de la population et le comportement en matière de santé (praticiens et de l'utilisation des services de santé) qui conduisent aux résultats (satisfaction du consommateur, perception et évaluation du statut de santé) (68). Selon ce modèle, les résultats à leur tour peuvent influencer les facteurs prédisposants, les besoins perçus en services et le comportement en matière de santé. Le

but principal de ce modèle est d'aider à mieux comprendre le comportement en matière d'utilisation des services de santé.

Le dernier cadre conceptuel, qui est celui de l'accès aux soins de santé de Lévesque et al (10), explique l'accès aux soins de santé par le biais de cinq dimensions : l'accessibilité, l'acceptabilité, la disponibilité, le caractère abordable et la pertinence. Il combine pour cela les caractéristiques des services de santé et les capacités de la population. Le cadre permet d'expliquer l'accès aux soins, mais aussi d'identifier les habiletés de la population, dans sa recherche de soins.

Ces trois modèles ne sont pas spécifiquement réservés aux populations migrantes, mais sont utilisés pour toute description, analyse ou à des fins prédictives du phénomène d'accès des soins de santé et d'utilisation des services de santé de tout patient. Nous avons opté pour la perspective théorique de Lévesque et ses collègues. Dans la conceptualisation de leur cadre, ils se sont basés sur les concepts des cadres antérieurs (10), traitants des caractéristiques ou des déterminants de l'accès aux soins ou de l'utilisation des services de santé. Il est adapté aux objectifs de cette étude, car il est centré sur le patient, il met l'accent sur l'analyse du processus réel de recherche de soins, et également, sur les différentes étapes que le patient doit franchir pour recevoir les soins dont il a besoin. Les rares études qui se sont centrées sur le processus de recherche de soins du patient y ont eu recours (67, 68). « *Le cadre s'appuie sur des conceptualisations antérieures de l'accès... et est en constante évolution avec des propositions qui prennent en compte les dimensions sociales et sanitaires de l'accès dans une perspective d'équité* » (68,page 3).

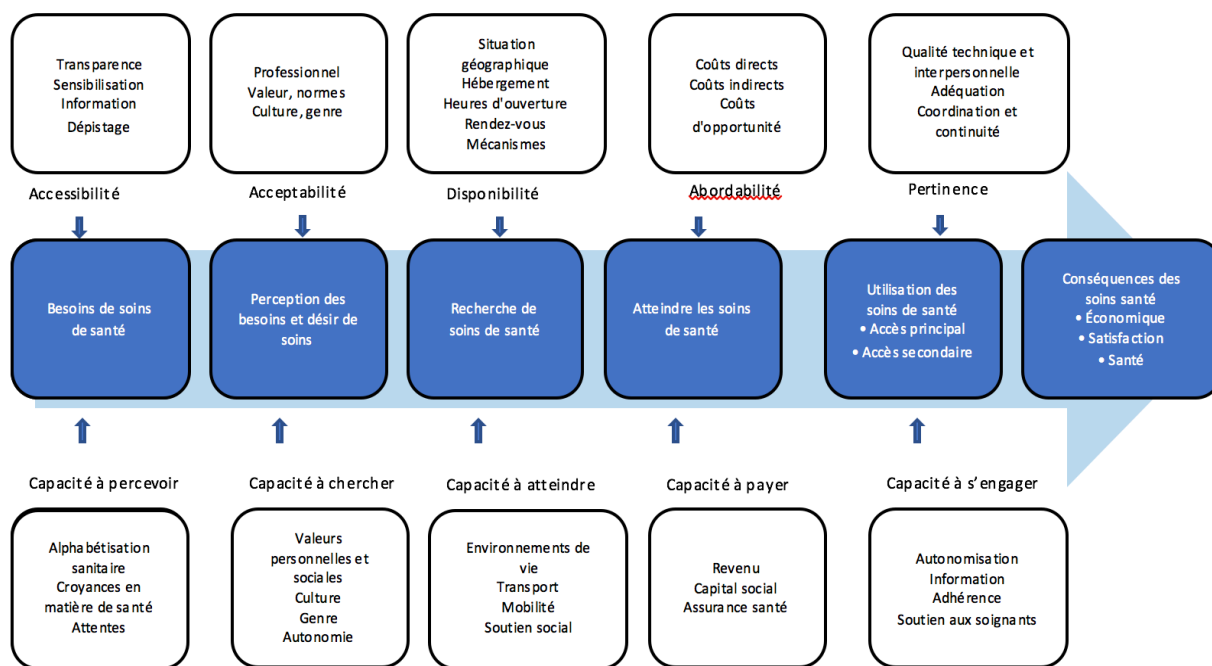
## **Définition du cadre conceptuel**

Cette étude repose sur le cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé de Lévesque et al (10) qui analyse le phénomène en cinq dimensions, dont 1) accessibilité ; 2) acceptabilité ; 3) disponibilité ; 4) le caractère abordable; 5) pertinence. Ces cinq dimensions s'alignent sur cinq habiletés des potentiels utilisateurs à accéder aux soins de santé qui sont : 1) capacité à percevoir ; 2) capacité à chercher ; 3) capacité à atteindre ; 4) capacité de payer ; et 5) capacité à s'engager, donnant ainsi cinq dimensions appariées. Le cadre s'intéresse aux aspects liés aux capacités des patients avec lesquelles les caractéristiques des services de santé interagissent

pour fournir un accès aux soins dans le continuum de la recherche de soins de santé. Les différents domaines identifiés dans ce cadre d'accès aux soins ne sont pas intégralement indépendants, en ce sens qu'au cours d'un épisode de soins, ils peuvent s'influencer les uns des autres.

Le cadre décrit le processus de soins qui débute dès l'identification du besoin de soins jusqu'aux résultats (santé, satisfaction et économique).

Figure 1. Cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé de Lévesque et al (2013)



Traduction du cadre de Lévesque et al (10)

## Définition des concepts (domaines) du cadre conceptuel

Les définitions des concepts ci-dessous sont fournies selon Lévesque et al (10).

### L'accessibilité

Selon les auteurs, on parle d'**accessibilité** lorsqu'une personne confrontée à des besoins de santé peut identifier l'existence d'un service de santé, qui peut être atteint et avoir un impact sur sa santé. Ils signalent que les activités de sensibilisation, les informations sur le traitement, la disponibilité des services ainsi que la transparence sont autant d'éléments qui peuvent

améliorer l'accessibilité. Cette notion d'accessibilité est complémentaire à la notion de **capacité à percevoir des utilisateurs** qui traduit l'habileté des personnes à identifier leurs besoins de soins. Cette capacité à percevoir est liée aux connaissances sur la santé, les croyances sur la maladie et la santé ainsi qu'à la littératie en santé.

La littérature en santé fait référence aux compétences en matière de santé qui est définie par l'OMS comme « Aptitudes cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations d'une façon qui favorise et maintienne une bonne santé » (69, page 22).

### **L'acceptabilité**

Cette notion d'**acceptabilité** est définie comme la possibilité pour les personnes d'accepter les services de soins selon les facteurs sociaux et culturels déterminants. Il s'agit de déterminer la possibilité des personnes à accepter les aspects de soins selon les croyances, le groupe social des prestataires et le sexe. Dans ce domaine d'accès aux soins, le défi de veiller à ce que les soins répondent aux besoins de différentes populations culturelles, socio-économiques et vulnérables est essentiel. L'acceptabilité est associée à **la capacité à demander ou à rechercher des soins de santé** afin de déterminer les intentions des personnes à obtenir des soins. Cette intention d'obtenir des soins de santé peut être déterminée par l'autonomie de la personne, sa capacité à choisir de demander des soins et ses connaissances sur les options de soins de santé.

### **La disponibilité**

Pour les auteurs du cadre, la **disponibilité** fait référence au fait que les services de santé peuvent être atteints physiquement et en temps opportun. Cette disponibilité peut être déterminée par les caractéristiques des installations, le contexte urbain (décentralisation, système de transport) ainsi que les caractéristiques des prestataires (qualification, présence du personnel de santé).

La **capacité à atteindre les soins de santé** qui s'aligne à la notion de disponibilité fait référence aux facteurs qui permettent à une personne d'atteindre physiquement les prestataires de soins.

Cette capacité peut être décrite par la mobilité de la personne, sa flexibilité professionnelle, la disponibilité des moyens de transport et ses connaissances des services de santé.

### **Le caractère abordable**

Ce domaine d'accès aux soins de santé traite de la capacité économique des personnes à consacrer des ressources et du temps pour utiliser les services de santé. Cette notion liée au caractère abordable résulte des coûts directs des services, des dépenses connexes, et du comportement des prestataires.

Au niveau de l'accès aux soins, il fait directement référence à la **capacité à payer** pour les soins de santé. La capacité à payer qui décrit ici l'aptitude de la personne à générer des ressources économiques par le biais de revenus, épargnes, emprunts/prêts afin de payer les services de santé sans occasionner des dépenses catastrophiques. Ainsi, des facteurs comme la pauvreté, l'endettement et l'isolement social peuvent limiter la capacité à payer les services de santé nécessaires.

### **La pertinence**

La **pertinence** signale l'adéquation entre les services et les besoins du client. Il s'agit de déterminer la rapidité d'exécution du service, la quantité de soins que les services utilisent pour évaluer le problème de santé et ainsi identifier le bon traitement. Elle concerne la pertinence et la qualité des services de soins offerts et leur nature intégrée et continue. Ce domaine aborde également la possibilité pour une personne de choisir des services acceptables et efficaces pour ses besoins de santé.

**La capacité à s'engager dans les soins de santé** qui s'aligne à cette notion de pertinence se réfère ici à l'habileté du patient à participer et à s'impliquer dans les discussions de prise de décision et du traitement qui lui est offert. Cette capacité à s'engager dans les soins peut être expliquée par les compétences et la motivation à participer aux soins et s'engager dans l'achèvement du processus de soins enclenché.

En résumé, il convient de signaler que selon Lévesque et al, les cinq domaines sont largement interdépendants et qu'ils peuvent s'influencer les uns les autres pour agir ou impacter l'accès aux soins à des moments différents au cours d'un épisode de soins ou de maladie. Ces

dimensions regroupent les barrières ou les facilitateurs qui peuvent intervenir lors de la recherche de soins ou lors d'un épisode de soins.

## **2.3 Contexte et population d'étude**

Ce mémoire est issu d'un programme de recherche sur la santé et l'accès aux soins des migrants sans couverture médicale à Montréal (1). Il concerne l'aspect qualitatif du volet d'accès aux soins de santé des MSAM dont l'aspect quantitatif a été déjà effectué. Par conséquent, cet aspect qualitatif ayant pour finalité d'approfondir l'étude du phénomène d'accès aux soins des MSAM, retient pour population d'étude, les participants de l'étude quantitative. Environ 850 personnes issues de diverses communautés ont été jugées éligibles et ont accepté de participer à l'enquête quantitative. Les analyses de cette étude quantitative sont en cours.

Bien que nous ne prétendions pas utiliser une méthode mixte dans le cadre de cette étude, il est intéressant de signaler l'interrelation au niveau de la collecte des données entre cette étude et l'enquête quantitative, qui la précède. Ce point d'interrelation ressemble bien à la conception séquentielle explicative des méthodes mixtes, selon Creswell et Clark (72). Mais notre cas se limite à l'utilisation de la population d'étude de la méthode quantitative pour l'échantillonnage et la collecte des données. L'interprétation des résultats de notre étude n'est pas basée sur ceux de l'étude quantitative. Ainsi, notre échantillon est niché de la population de l'étude quantitative et nous avons collecté les données sur la même unité d'analyse (individu).

## **2.4 Collecte des données**

L'entrevue individuelle a été l'unique procédure de collecte des données. Selon Poupard, l'entrevue individuelle est vue comme une méthode valable et efficace pour l'obtention de point de vue des membres d'un groupe spécifique sur leurs croyances et pratiques (73). C'est aussi une procédure qui permet de : « *produire des données à base de discours pour rendre compte du point de vue de l'acteur, de son expérience, de son vécu, de ses savoirs, de ses savoir-faire, de ses croyances, sans porter des discours de jugement, de valeur, ni d'appréciation normative, quant à leur qualité ou leur niveau.* » (63, page 83).

### **Le guide d'entrevue**



L'étude a utilisé un guide d'entrevue semi-directif afin de circonscrire les thèmes de recherche et ainsi collecter des données de qualité qui cadrent bien avec les objectifs de l'étude (74). À ce titre, Imbert signale que le guide n'est pas un recueil de questionnaires qu'il faut appliquer à la lettre, mais bien un recueil de thèmes que l'on désire aborder afin de garder un fil conducteur lors de l'entrevue (74).

Le guide construit en lien avec l'objectif, les questions de recherche et le cadre conceptuel de l'étude a permis de diriger les entrevues. Dans le guide d'entrevue, nous avons abordé trois grands thèmes, soit la situation migratoire, la santé et l'accès aux soins, et un thème sur les conséquences liées à l'accès. Le premier thème permet aux participants de revenir sur leurs expériences de migration au Canada afin de saisir leurs statuts migratoires réels ainsi que leurs situations socio-économiques. Dans le second et le troisième thème sur la santé et l'accès aux soins qui occupent une grande partie du guide d'entrevue, l'occasion a été fournie aux participants de relater leurs problèmes de santé, leurs expériences dans la recherche de soins ainsi que la liberté d'aborder des facteurs qui ont marqué leurs parcours d'accès aux soins. La partie sur les conséquences leur donne la parole sur les impacts dont l'accès aux soins a pu résulter.

### **Échantillonnage**

Le terme échantillon est défini comme « *une petite quantité de quelque chose pour éclairer certains aspects généraux du problème : c'est l'idée d'extrapoler, de déplacer, de transcender, de mettre en rapport, ou encore de donner une idée ou un éclairage sur quelque chose d'autre, à l'aide d'un ou de plusieurs éléments pouvant s'y rapporter* » Pires (73, page 19). Savoie- Zajc déclare que le type d'échantillon dépend de l'objectif et de la problématique de recherche ainsi que des intentions et des critères contextuels recherchés dans l'étude (76).

Dans le cadre de cette recherche, la technique d'échantillonnage par contraste a été appliquée à notre population d'étude afin d'avoir un ou deux cas types par groupe de communautés migrantes, comme le suggère Pires (75). Le cas type par groupe signifie qu'il faut s'assurer qu'au moins un représentant d'une communauté de migrant participe à l'échantillon. Le principe de diversification a guidé notre stratégie d'échantillonnage. La diversification a

concerné le genre et la région de naissance. Les participants communautaires font références à des personnes issues des communautés migratoires dans le contexte de l'étude.

Les critères de sélection pour l'entrevue qualitative étaient, en plus d'avoir participé au volet quantitatif ;

- i. Avoir eu recours aux services d'urgence ou à une hospitalisation depuis qu'ils sont sans assurance médicale,
- ii. Avoir au moins une maladie chronique,
- iii. Avoir reçu plusieurs diagnostics médicaux.

Pires signale que la représentativité statistique de l'échantillon qualitatif n'est pas significative et qu'il faut s'assurer de la présence d'un ou de deux cas ou exemples par groupe (75).

### **Procédures de recrutement**

Les participants étant déjà recrutés pendant la phase quantitative du projet d'étude à laquelle est rattachée cette recherche, nous avons procédé, dans un premier temps, aux appels téléphoniques des vingt (20) potentiels participants afin de valider leur volonté à participer à l'étude qualitative. Ensuite, nous avons procédé à une prise de rendez-vous selon la disponibilité des participants. La date et le lieu des entrevues ont été choisis par les participants.

### **Déroulement des entrevues**

Nous avons pu effectuer seize (16) entrevues sur vingt (20) candidats qui étaient recrutés au départ. Nous avons eu des difficultés à rentrer en contact avec les quatre (4) autres candidats qui n'ont pas pu participer. La plupart des entrevues se sont déroulées chez les participants à leur demande, et cela nous permettait ainsi de réaliser des entrevues dans un cadre privé et confidentiel. Les entrevues ont débuté conformément aux enjeux liés au consentement ; par une séance d'information sur la confidentialité des données et des discussions sur les attentes en ce qui concerne l'étude (77).

Les entrevues ont été réalisées par les membres de l'équipe de recherche (chercheurs et étudiants). Dans le cadre de cette collecte, mon codirecteur de mémoire a également réalisé cinq (5) entrevues, que ce soit au domicile des participants ou au sein de l'ESPUM. En tant

qu'étudiante et collaborant dans le projet, j'ai réalisé deux entrevues. D'autres étudiants ou assistants de recherche ont été associés au recrutement et aux collectes des données, compte tenu de la diversité de la langue, au sein de la population migrante.

Au début de chaque entrevue, les objectifs ainsi que les modalités et aspects éthiques de l'étude étaient signifiés aux participants. Des auteurs soulignent à ce titre que la qualité de l'entrevue dépend en partie de la relation de confiance établie avec le participant et que pour accroître une bonne interaction en entrevue, il faut bien situer l'objet de l'étude, expliquer ses contours et rassurer au mieux le répondant (74). Ce processus a été accompagné par la remise d'un guide d'information sur l'étude aux participants.

La durée minimum des entrevues a été de 30 minutes (dont un maximum de 120 minutes pour la plupart des entrevues nécessitant la présence d'un interprète et il y avait la possibilité de reconduire une seconde entrevue si le besoin se présentait, bien que cela n'ait pas été nécessaire.

### **Transcription des données**

Dans une première étape, les entrevues enregistrées ont été transcrites intégralement (dont deux réalisées par moi-même). Les entrevues enregistrées dans d'autres langues que le français et l'anglais ont été traduites et transcrites par des collaborateurs du projet de recherche. Les membres de l'équipe de recherche, qui ont participé à la collecte des données, ont également participé à la transcription des entrevues réalisées. En effet, il est recommandé que la personne qui a réalisé l'entrevue soit à même d'effectuer la transcription afin de fournir un corpus juste et complet (64).

Nous avons procédé à une vérification intégrale des transcriptions à travers la relecture des verbatims avec l'appui des enregistrements (anglais, français) afin de renforcer la validité.

## **2.5 Analyse thématique des données**

Dans la recherche en santé, la spécificité de l'analyse qualitative est qu'elle reste « *Ouverte aux sens et aux interprétations, dont les personnes enquêtées donnent à leurs propres pratiques* » (63, page 162). Elle s'avère particulièrement appropriée pour saisir le sens de l'expérience vécue des participants.

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé l'analyse thématique afin de dégager les aspects caractérisant les expériences d'accès aux soins des MSAM, et cela conformément aux domaines du cadre. Selon Paillé, l'analyse qualitative est la méthode d'analyse la plus adaptée à une expérience ou un phénomène (78). L'analyse thématique est définie comme un procédé systématique qui consiste à repérer des thèmes abordés dans un corpus afin de les analyser et elle est une méthode qui privilégie la compréhension du contexte et n'a pas pour but de dégager un invariant objectif (78). Un thème est défini comme « *ce qui est abordé dans l'extrait d'un corpus correspondant, tout en fournissant des indicateurs sur les teneurs des propos* » (79). Thématiser ne se limite pas à la recherche de mots pour synthétiser des propos recueillis, mais va davantage vers un travail d'analyse en relation avec les questions soulevées dans l'étude (79).

Ainsi, selon les domaines du cadre conceptuel d'accès aux soins de santé de Lévesque (10), une analyse thématique a été réalisée avec l'aide du logiciel QDA Miner.

Lors de la phase de transcription, les entrevues ont été codées afin de préserver l'anonymat. Dans le but de mieux nous imprégner des entrevues, une double lecture de chaque entrevue a été effectuée. Cette étape nous a permis d'avoir une compréhension détaillée de leur contenu et de procéder à une première liste de thèmes.

La démarche de codification a permis de déterminer les unités de sens dans un premier niveau sur la base de thèmes généraux préexistants qui sont directement liés aux cinq domaines du cadre conceptuel de l'étude. Dans un second temps, elle a permis également d'appliquer l'approche ouverte qui prend en compte les nouvelles informations non contenues dans la liste préétablie.

Ces domaines du cadre sont considérés comme des thèmes généraux du fait qu'à travers leurs définitions, ils regroupent des notions tant du côté de l'offre que de la demande. Cette combinaison des éléments de l'offre et la demande permet de juger l'alignement des caractéristiques des services et des fournisseurs avec les capacités des utilisateurs afin d'offrir un meilleur accès aux soins de santé (10).

Liste préétablie de codes/catégories :

**Accessibilité** : le domaine aborde les éléments à propos de l'identification des services de santé ainsi que les sources d'information par le participant. Il fait aussi référence aux aspects qui montrent l'identification du besoin de santé par le répondant, à partir de ses compétences en santé.

**Acceptabilité** : ce domaine décrit les facteurs soulignés par les participants qui expliquent l'adéquation des soins aux besoins des participants tant sur le niveau social et culturel. Il faut également rapporter des informations fournies par les participants qui démontrent leur autonomie, leur capacité à choisir de demander des soins et leurs connaissances sur les options de soins.

**Disponibilité** : ici, il est question de faire ressortir les faits ou récits des participants qui font référence à la disponibilité des services de soins au niveau géographique, des installations et la disponibilité du prestataire de service. Aussi, au niveau du participant lui-même, il faut relever sa disponibilité à travers sa mobilité, sa flexibilité au travail pour pouvoir recourir aux soins.

**Le caractère abordable** : regroupe les facteurs comme le prix des services, le comportement des prestataires et d'autres dépenses liées à l'accès aux soins. Les aspects au niveau du participant comme son revenu, l'endettement et son capital social viennent renforcer l'explication du caractère abordable de l'accès aux soins de santé.

**Pertinence** : fait référence aux informations rapportées par le participant sur le temps d'attente et la qualité des services. Ce code concerne également l'implication du participant dans les prises de décision du traitement offert et sa motivation à s'engager dans les soins.

Ainsi, nous avons effectué la codification en référence aux notions ou concepts composant le cadre théorique. Ces notions ou concepts nous ont permis de faire une première codification qui a consisté à repérer les extraits de texte qui peuvent expliquer le phénomène d'accès aux soins. Par la suite, les codes émanant de l'analyse du corpus ont été organisés et intégrés selon leur appartenance aux domaines du cadre conceptuel. La lecture a permis d'identifier les segments de texte qui ont un sens (80). L'analyse a été effectuée en repérant des mots-clés et des expressions qui peuvent avoir des liens avec l'accès aux services de santé des migrants dans la recherche de soins.

## 2.6 Éthique de la recherche

Cette étude est enregistrée sous l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (15-154-CERES-P [1] du 31 mai 2017). Il faut signaler qu'aucun changement ou modification n'a été effectué aux diverses étapes de la recherche depuis l'obtention de l'approbation.

Nous avons expliqué l'origine du projet et aussi l'accent a été mis sur la confidentialité et l'anonymat. De façon orale et écrite, nous avons expliqué les objectifs de la recherche, l'importance de la participation au courant de l'étude tout comme la pertinence de la recherche. Le consentement, pour les entrevues individuelles approfondies, a été obtenu à l'oral et une signature fictive pour rentrer en possession de la compensation de 20 \$ qui témoignent aussi d'un acte de consentement. Le consentement oral de l'interviewé à participer à l'étude ainsi que son approbation à l'enregistrement audio de l'entrevue étaient obtenus avant que celui-ci ne soit effectué. Conformément au guide d'information sur le consentement du comité d'éthique de recherche en santé et autres, nous avons appliqué les conditions et les modalités nécessaires pour l'obtention des consentements. Le formulaire de renseignement ainsi que celui du consentement sont référés à l'annexe.

Compte tenu des émotions fortes que pouvait soulever ce type d'entrevue, nous avons souligné aux participants qu'ils pouvaient en tout temps interrompre l'entrevue, ou même la reprogrammer à une date ultérieure si cela s'avérait nécessaire.

En ce qui concerne la gestion des enregistrements d'entrevues, des transcriptions et les notes de recherche, ils sont conservés par le directeur de recherche et sécurisés. Les données ne seront informatisées sur aucun serveur. Les membres de l'équipe, qui ont participé aux collectes ainsi qu'à la retranscription des entrevues, ont signé des formulaires d'engagement et de confidentialité.

Dans la partie présentation et discussion des données, les noms des organisations ainsi que des participants à l'étude ont été représentés par des codes.

## Chapitre 3 : Les résultats de l'analyse

Dans cette partie, il est question de décrire le point de vue des participants à propos de l'accès aux soins de santé. Avant cela, il s'agit de décrire les caractéristiques socio-démographiques ainsi que les conditions de vie des participants, selon les données recueillies. L'identification des répondants a été mentionnée par des prénoms fictifs afin de préserver l'anonymat.

L'utilisation de la troisième personne du singulier dans les verbatims signifie que les entrevues ont été réalisées dans d'autres langues que le français et l'anglais, donc dirigées avec un traducteur.

### 3.1 Descriptions des participants à l'étude

Les migrants qui ont participé à notre étude viennent d'horizons divers, dont l'Afrique du Nord, l'Afrique de l'Est, l'Afrique Central, l'Afrique de l'Ouest, l'Amérique du Sud, l'Amérique du Nord, les Antilles, l'Europe et le moyen orient. L'âge des participants est compris entre 30 à 67 ans. Nous avons rencontré plus de femmes que d'hommes, soit onze femmes sur les seize participants. Dans l'ensemble, leurs statuts matrimoniaux varient de célibataire au statut marié et de divorcé et seulement une seule personne se trouve dans la catégorie de veuves. En ce qui concerne le niveau d'étude, la grande majorité ont un diplôme secondaire, suivis par ceux qui ont un diplôme post-secondaire (non universitaire) et un diplôme universitaire (1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycle). Nos participants sont généralement arrivés au Canada avec un visa d'étudiant ou de visiteur. Ces aspects socio-démographiques peuvent être regroupés dans un tableau.

Tableau I. Caractéristiques socio-démographiques

Prénom	Genre	Age	Région de naissance	État matrimonial	Niveau d'étude	Problème de santé	Durée de migration
Naas	Homme	37	Afrique du Nord	Marié	Universitaire (1er cycle)	Problème grave-Accidentel	1 ans

<b>Amy</b>	Femme	38	Afrique du Nord	Célibataire	Secondaire	Gynécologique	2 ans
<b>Jean</b>	Homme	59	Antilles	Célibataire	Secondaire	Maladies chroniques	42 ans
<b>Nasser</b>	Homme	46	Moyen Orient	Divorcé	Secondaire	Santé mentale	9 ans
<b>Tania</b>	Femme	38	Moyen Orient	Mariée	Universitaire (1er cycle)	Maladies chroniques	6 ans
<b>Sophie</b>	Femme	50	Antilles	Célibataire	Secondaire	Maladies chroniques	18 ans
<b>Anna</b>	Femme	57	Amérique du Nord	Divorcée	Post- secondaire non universitaire (études professionnelles)	Santé mentale	9 ans et demi
<b>Julie</b>	Femme	31	Afrique de l'Ouest	Célibataire	Secondaire	Maladie infectieuse chronique	6 mois
<b>Mia</b>	Femme	32	Amérique du Sud	Divorcée	Universitaire (2° cycle)	Maladie Chronique	6 ans et demi
<b>Francis</b>	Homme	67	Amérique du Nord	Marié	Secondaire	Maladie chronique	9 ans
<b>Marie</b>	Femme	40	Europe	Célibataire	Post- secondaire, non universitaire (études professionnelles)	Maladie chronique	6 ans
<b>Ella</b>	Femme	62	Amérique du Nord	Célibataire	Post- secondaire, non universitaire (études professionnelles)	Santé mentale	7ans
<b>Marthe</b>	Femme	38	Afrique de l'Est	Mariée	Post- secondaire, non universitaire (études professionnelles)	Gynécologique	2 ans
<b>Marc</b>	Homme	-	Afrique Central	Marié	Primaire	Maladie chronique	7 ans
<b>Viviane</b>	Femme	43	Amérique du Sud	Divorcée	Secondaire	Santé mentale, problème musculo-squelettique, maladie infectieuse	1 ans
<b>Berthe</b>	Femme	37	Afrique de l'Ouest	Veuve	Universitaire (2° cycle)	Obstétrique	9 ans

Au-delà de ces aspects descriptifs des participants à l'étude, nous avons analysé des éléments essentiels de leur parcours de vie, dans le but de mieux comprendre leurs conditions de vie.



## **3.2 L'élément marquant de la trajectoire migratoire : le statut migratoire**

Les points abordés dans cette partie sont la perte du statut d'immigration ainsi que les conditions de vie des participants qui peuvent aider à expliquer leurs capacités à accéder aux soins de santé.

### ***Les raisons de l'immigration***

Plusieurs motifs ont guidé le choix des participants à migrer au Canada. D'abord comme visiteurs ou comme étudiants, ils ont, par la suite, décidé d'y résider. Une rencontre ou des opportunités ont guidé ces choix. D'un autre côté, il y avait des répondants qui ont, dès le début, décidé de migrer et s'installer au Canada, pour des raisons d'union familiale, de recherche de vie meilleure et sécuritaire. Par exemple, les lignes suivantes témoignent du besoin sécuritaire : « *C'est par rapport à mon orientation, comme je vous l'ai dit, j'ai des problèmes. Parce que mon orientation, chez nous..., ça, on ne le permet pas... et c'est de l'abomination. Voilà, mais arrivée en France, c'est pire. Ce n'est pas interdit en France, mais pourvu qu'il y ait ma famille là, et ils ont eu ces nouvelles de moi, et je suis mal vue.* », nous a confié Julie. En effet, c'est en raison de son orientation sexuelle que Julie a dû fuir la discrimination, la stigmatisation, ainsi que des répressions de sa famille et son entourage, et se rendre au Canada.

Néanmoins, une fois arrivés sur leur terre d'accueil (Canada), les répondants racontent avoir été confrontés à un certain nombre de difficultés d'ordre divers.

### ***Les facteurs conduisant à la perte d'assurance maladie***

En effet, ces personnes se trouvent dans diverses situations qui les conduisent dans des processus de régularisation interminable. Elles assistent à l'expiration de leur statut légal et se retrouvent sans statut légal et donc dans une situation d'irrégularité. Cette situation les conduit à la perte des droits à une assurance maladie.

Les réponses témoignent ainsi des difficultés rencontrées qui ont conduit à la perte de leur statut légal. D'abord, dans la catégorie des visas d'étude, ce sont les difficultés d'ordre économique qui ont conduit le plus souvent à la perte du statut migrant. En effet, le manque de moyens financiers a conduit la plupart de ces répondants hors du système éducatif :

*« J'étais...en statut étudiante. Oui, initialement. Mais normalement j'ai... je devais encore suivre deux sessions pour finir mes études jusqu'à la fin, mais je n'ai pas pu finir, faute de moyens donc j'ai dû arrêter mes études, et c'est là, ça devient un problème maintenant pour... un nouveau statut d'immigration. »* Marthe. À l'image de Marthe qui était venue étudier, accompagnée par son mari et ses deux enfants, et a fini par abandonner les études au profit de « petits boulots » afin de pouvoir aider à nourrir sa famille.

Ensuite, il y a ceux qui entrent avec des visas visiteurs, que ce soit pour le tourisme ou pour accompagner leur conjoint (généralement étudiant). Ces catégories de répondants perdent leur statut de migration, dû au fait de ne plus ressortir du Canada dans les délais accordés pour une visite touristique. Également, les motifs de divorce peuvent conduire à la perte de statut pour ceux qui sont venus sous la couverture d'un conjoint comme le cas de Mia: *« Je suis venue avec un visa de touriste..., nous nous sommes mariés en décembre et je suis venue ici en janvier... Peu à peu je me développais, mais ma relation a commencé à se détériorer et nous avons décidé de nous séparer »*. Cette jeune femme de 32 ans, venue sous la couverture de son conjoint étudiant, a vu ses papiers d'immigration non renouvelés après son divorce.

Enfin, certains détenaient un statut de résidence permanente après plusieurs années de migration et ont vu leur statut retiré suite à des problèmes juridiques. *« Je suis sur un ordre de déportation depuis 2002, justement ça a rapport avec les crimes que j'ai commis... donc je me suis caché pendant pratiquement 10 ans. Donc aujourd'hui... je suis en demande de cause humanitaire, pour pouvoir continuer à vivre au Canada »* Jean.

Ce sont autant de raisons qui expliquent la perte du statut légal des migrants, et en même temps la perte des droits à l'assurance maladie pour ceux qui y avaient droit. Quels qu'en soient les justificatifs, la perte du statut d'immigrant a des répercussions sur les conditions de vie des participants.

### ***Les conditions de vie et de travail associées à l'absence de statut migratoire légal***

Les données montrent que certaines personnes ont des conditions de vie défavorables et cela les place dans des processus d'intégration plus difficiles à la vie montréalaise. En effet, la plupart des difficultés rencontrées se trouvent dans la recherche d'emploi, de logement ainsi qu'au niveau du revenu.

D'abord, il y a les difficultés à trouver un emploi pour ces personnes. Des répondants ont mentionné leurs recherches infructueuses d'emploi à cause de l'absence de statut légal. Des verbatims soulignent l'ennui de certains à ne pas pouvoir aller au travail et à ne pas pouvoir gagner de quoi vivre : « *Je me réveille le matin, je me balade, ou je me promène, je fais le tour de Saint-Laurent, je me promène, je reviens à la maison, pour ne pas dire que je reste sur place. Je suis là, clouée à la maison, même si j'ai besoin de 1 \$, je ne peux pas le trouver* » Julie et « *I'm also not working yet, so if I was working and I was earning and then all these things would not have been an issue* » Berthe. Au-delà de l'absence de statut qui ne leur permet pas de trouver du travail, il y a aussi la barrière de la langue, comme le souligne Tania : « *she wasn't able to find a job because of the language barrier, ... she couldn't find a job. She started finding jobs at daycare with Iranians and she would be getting like very low wages like 5 \$ an hour and so.* ». Ainsi, le manque de travail ou la difficulté d'en trouver vient indiquer l'absence ou la faiblesse de revenu pour cette population.

Ensuite, il y a la faiblesse de revenu pour ceux qui arrivent à trouver un emploi. La plupart des travaux trouvés par les participants sont instables et non sécurisants. Les répondants, qui ont voulu évoquer leur salaire, ont mentionné de faibles niveaux de paye, malgré des heures de travail plus longues parfois (plus de 8 h de travail par jour). À l'image de Jean qui, vivant de « petits boulots », nous dit : « *Disons, l'été, exemple quand il faisait beau, bien j'allais dans les fermes pour faire la cueillette des pommes puis des affaires de même (d'autres petits boulots). Mais ce n'était pas d'argent assez pour payer un loyer... Ouais, j'ai fait différents travaux, j'ai touché à presque tous les domaines. Pour 10 ans, pas aucun revenu dépassant 100 \$. Quand je le faisais, une journée de pommes, c'est 40 \$, 60 \$ puis des fois rien.* » Tout comme Jean, Nasser aussi mentionne l'instabilité de son travail et le faible niveau de rémunération : « *He currently works at a car wash. The hours are ...; depends on the weather. No work on a rainy day. He works for 12 hours, and he gets paid 10 \$ an hour. So, it's 120 \$ per day, but ... irregular days* ». Viviane, quant à elle, nous signale le non-respect des règles de travail et le manque de protection dans son lieu de travail en ces mots : « *Si j'ai un statut j'ai droit à 15 minutes de pause toutes les quatre heures, mais comme je suis sans statut, il n'y a aucune mesure de protection, je travaille de 8 à 12 heures sans arrêt* ». En effet, le manque de statut impacte négativement sur l'accès

aux opportunités, comme avoir un emploi stable et protégé. Il impacte aussi sur le niveau de salaire et est aussi source de manque de mesure de protection sur leur lieu de travail.

Enfin, viennent s'ajouter les difficultés de trouver un logement, faute de papiers et même de moyens financiers : *« la recherche de l'appartement était très difficile. Enfin, je pourrais trouver quelqu'un qui a accepté un dépôt de plusieurs mois pour pouvoir avoir l'appartement sans bail. »* Viviane. D'autres, par manque de moyens financiers, dorment dans les dortoirs ou dans la rue : *« Parce que quand tu vis dehors, je veux dire, tu n'as pas de résidence fixe là, c'est moralement... Nous sommes des centaines de personnes à coucher dans un dortoir... Puis souvent, je me rappelle même une fois, une fois, je n'ai pas pu trouver un lit, donc j'ai décidé de dormir dehors »* Jean.

En résumé, nous pouvons mentionner que la perte du statut légal vient compliquer les conditions de vie des migrants, qui les placent dans des situations encore plus précaires. Ces conditions de vie sont bien reliées à l'absence de statut légal comme le dit si bien Francis : *« Tout est relié, c'est un cercle vicieux. Et comme ils n'ont plus maintenant de papier, le travail qu'ils faisaient avant, c'est maintenant moins rémunéré, avant ils faisaient jusqu'à 18 \$ de l'heure. Maintenant, c'est 10 ou 11 \$, avec plus de travail, donc ils vont travailler plus pour avoir moins d'argent »*. Dans le même sens, Viviane a donné une définition du terme « sans statut » en ces mots : *« Cela signifie le fait de perdre son travail, la possibilité d'aller chez le médecin, vous ne pouvez pas louer des logements pour vivre, c'est comme si vous avez disparu (Silence). C'est comme si on avait complètement disparu de la société. Vous ne pouvez pas aller à la banque... C'est terrible... quand nous avons perdu notre processus, nous avons automatiquement perdu nos droits. Il n'y a rien pour nous, nous n'avons rien. »*. Cette définition du terme « sans statut » par cette dame, montre bien qu'au-delà du revenu, de l'emploi et du logement, cette population migrante est aussi confrontée à d'autres difficultés telles que l'accès aux soins de santé. Les conditions de vie précaires (logement, faible revenu, travail précaire) ainsi que les barrières de langue sont autant de déterminants de la santé pouvant aussi expliquer la difficulté à avoir accès aux soins de santé.

### 3.3 La situation d'accès aux soins

Les résultats sur l'accès aux soins de santé seront présentés à la lumière des cinq domaines du cadre conceptuel, mais aussi selon les thèmes émergents de notre analyse de données. Cela permettra de mieux décrire le phénomène à partir des points de vue des participants.

#### Accessibilité

Ce domaine stipule que les individus, une fois les besoins de soins identifiés, doivent pouvoir percevoir les services de santé nécessaires. Divers éléments, comme la transparence, la disponibilité des services et l'information sur le traitement peuvent aider à expliquer ce thème qu'est l'accessibilité. Lors de notre analyse, nous avons fait ressortir les trois sous-thèmes qui expliquent au mieux l'accessibilité selon nos données.

##### *Identification du problème de santé et besoin de soins*

Avant de parler d'accessibilité des services de santé, il faut bien qu'un besoin de soins puisse être identifié. Problème de santé et besoin de soins sont deux des notions dépendantes. Dans le cadre de cette étude, le besoin de soins est vu comme un désir d'améliorer son état de santé actuel jugé déficient par l'individu. Les participants à cette étude ont démontré leur capacité à identifier leur(s) problème(s) de santé ainsi que le besoin de recevoir des soins de santé à l'image de Sophie qui nous: « *The only thing that I do have now it is the hypertension. Like as I told you, it was ... My head and like the two sides of my temples were beating fast and then my eyes will be like... it wants pop out so... I knew this is not normal.* ». Cette plainte médicale, comme tant d'autres, vient témoigner de la nécessité à recourir aux soins de santé.

##### *Identification des services de santé*

La notion d'identification des services renvoie à la capacité des individus à rechercher l'information sur les services de santé. Elle fait aussi référence à la disponibilité de l'information produite par lesdits services. Des répondants ont indiqué avoir pu repérer des services de santé : « *Au centre-ville, ... un peu plus loin que l'hôpital, c'est là (clinique médicale) qu'ils doivent lui passer un examen* » Francis et « *I've been treated for here, just prescribed medications for ... in Canada as well. Mostly I went to the clinics, one clinic that catered the tourist and another*

*they are just there. It is near Mont-Royal ...* » Ella. Les participants à cette étude ont été capables d'identifier les services de soins existants pour leurs besoins de soins. Toutefois, identifier un service de santé ne signifie pas avoir la capacité à y accéder. Ces identifications ont été possibles grâce à certaines sources d'information.

### *Sources d'information*

Parmi les facteurs pouvant améliorer l'accessibilité aux services de santé, la disponibilité de l'information occupe une grande place. Ainsi dans cette étude, il est essentiel de pouvoir déterminer les sources d'information utilisées par les participants dans leurs recherches de services de soins existants.

Les services publics ou privés de santé ont été identifiés généralement par les répondants grâce à leur proximité des milieux d'habitation. Néanmoins, certains participants ont eu besoin de rechercher des informations sur l'existence d'un certain type de services (services de santé pour migrants sans assurance ou services gratuits, par exemple). Les sources d'information privilégiées ont été plus l'entourage, le cercle d'amis : « *C'est un ami, parce que je ne pouvais pas aller à l'Hôpital, puis quelqu'un m'a dit : appelle le service Médecin du monde, eux, ils vont te voir* » Jean. C'est en discutant de leur problème de santé et de leurs difficultés à accéder aux soins que les participants ont souvent reçu des informations sur l'existence de la clinique de Médecin du Monde. Cet exemple indique l'importance du réseau social dans la recherche des services de soins de santé.

Le service internet (les sites web d'association) a été utilisé également afin de pouvoir repérer le service adéquat au besoin de soins exprimé comme dans le cas de Berthe: « *nobody knew the services that were available for people without medical insurance here in Montréal. We searched on the internet, I think. I think it's information of what the available services are for people without insurance* ». Le fait de ne pas savoir à qui s'adresser a conduit certains participants à consulter internet et rechercher des informations sur l'accès aux soins de migrants sans assurance. Néanmoins, l'utilisation de cette source d'information peut occasionner des frais que la plupart des participants ne peuvent se permettre, compte tenu de leurs conditions de vie.

En résumé, l'accessibilité dans l'accès aux soins de façon générale, dans le cadre de cette étude, a été résumée dans l'aspect physique en ces termes : « *Il n'y a aucune difficulté d'accessibilité physique parce que vous avez partout le service de santé, mais seulement vous ne pouvez pas passer à travers la porte... vous passez et vous devez expliquer, payer.* » Mia. Malgré cette accessibilité physique, il faut savoir que ce domaine n'est que la première étape vers l'obtention des soins dont les individus ont besoin. Cette dernière illustration de Mia sur l'accessibilité nous interpelle sur cette distinction entre la capacité de pouvoir accéder physiquement aux services de santé et la capacité à obtenir des soins. Il paraît alors pertinent d'analyser les éléments, pouvant expliquer l'acceptabilité des services existants.

## **Acceptabilité**

Elle fait référence aux normes et valeurs professionnelles ainsi qu'à la capacité des personnes à demander et à recevoir les soins de santé conformément à leur culture, le genre, leur autonomie et leurs valeurs sociales. Dans cette étude, nous n'avons pas identifié des facteurs culturels, du genre ou même de valeurs sociales qui puissent expliquer ce thème d'acceptabilité. Par contre, des facteurs tels que les connaissances et les croyances, sur l'origine du problème de santé, et l'autonomie dans la demande des soins de santé peuvent aider à expliquer la capacité des gens à recevoir les soins offerts.

### *Connaissances et croyances sur le problème de santé*

Les connaissances et croyances sur le problème de santé dans cette étude déterminent les causes possibles que les participants attribuent à leur maladie. Nous jugeons que l'attribution des causes autres que sur le plan médical aux problèmes de santé peut signifier des facteurs, pouvant limiter le recours ou l'intention de recevoir les soins d'un service de santé. Ainsi, plusieurs causes ont été identifiées pour leurs problèmes de santé.

Les causes des problèmes de santé identifiées ont été attribuées aux conditions de vie. Les conditions de logement et de travail précaires viennent expliquer l'apparition de certains problèmes de santé. Ainsi, pour sa maladie de peau, Jean nous dit : « *Mais ça, j'habitais dans une maison de chambres où il y avait beaucoup de punaises, des affaires de même. Puis apparemment c'est avec les morsures* » et aussi pour ses douleurs de dos, Jean ajoute ceci :

*« Les maux de dos, c'est parce que tu vois, j'ai travaillé beaucoup pour des agences, des agences de placement...Ils t'envoient faire toutes sortes de travaux. Mais j'ai fait beaucoup de chargement et déchargement de camions ».*

Le processus de régularisation de statut ou même les nouvelles négatives sur leur statut de migration ont été les causes de problèmes de santé pour certains, tels que le relate Viviane : *« Je me sens très mal, psychologiquement, ma vie est finie. C'était quand j'ai reçu la nouvelle de la déportation, si ce n'était pour un ami je me serais suicidé. Dans le stress de mon changement de statut, mes défenses ont été abaissées et ma dent a été infectée. »*. En effet, les sentiments d'angoisse et de détresse lors de leur processus de régularisation de statut ont provoqué des crises de dépression ou encore ont contribué à les rendre plus vulnérables à la dépression et à d'autres maladies (cardio-vasculaires).

Le facteur héréditaire est aussi attribué aux problèmes de santé, comme l'hypertension artérielle ou des maladies virales : *« Because in my family, my brother suffers from hypertension »* et *« J'ai toujours eu un contact avec le virus parce que mon père l'avait, mais je ne l'avais jamais développé »* Mia. Même si des répondants, comme Amy, ont attribué leur(s) problème(s) de santé à des origines divines : *« Des kystes j'en ai partout dans mon corps. C'est la malédiction »*, ils ne sont pas restés inaptes à recourir aux soins de santé. Ces personnes sont même conscientes de leur(s) problème(s) de santé et de son (leur) impact et Amy nous le fait savoir en ces mots : *« En plus de la période des règles, qui est spécialement prolongée à cause des fibromes, le problème... c'est que ça prend très vite... Ça grossit très vite et ça se multiplie aussi »*.

En somme, les causes attribuées aux problèmes de santé correspondent aux déterminants de la santé, que sont le contexte politique et législatif (processus de régularisation), les caractéristiques biologiques et génétiques, le milieu de vie (logement et travail), ainsi que le système du marché à l'emploi. Ces facteurs sont plus reliés à leurs conditions de vie sociales que des aspects culturels et n'entravent en rien l'acceptation des services médicaux existants. Néanmoins, cette partie ne peut expliquer en elle seule, l'acceptation des soins offerts par les services de santé, il est alors nécessaire d'analyser l'autonomie de ces personnes, dans leur décision de demander les soins de santé.



*Autonomie/choix de demander des soins.*

Choisir de demander des soins traduit ici la capacité des personnes à recourir aux soins. Prendre la décision de demander des soins, de façon autonome, est considéré dans cette étude comme un facteur pouvant expliquer l'acceptabilité des soins.

Même si les participants ont dû retarder leurs recours aux soins de santé, selon un certain nombre de raisons (manque d'assurance, manque de revenu, sans statut), ils ont, dans l'ensemble, choisi de recevoir des soins médicaux pour leurs problèmes de santé. Anna décide de chercher de l'aide pour ses problèmes de santé dont elle souffre depuis plus de 5 ans : « *Elle a cherché de l'information pour avoir un rendez-vous avec un gastroentérologue* ». Conscients que leurs cas s'aggravent à force de retarder leurs recours aux soins de santé, ils ont décidé d'aller demander des soins malgré l'absence d'assurance maladie. Cette volonté de recevoir des soins est encore plus remarquable lorsque les participants indiquent leur persistance auprès des agents de santé, afin d'être pris en charge, lorsqu'ils se sont sentis oubliés ou délaissés : « *À insister que là, il faut qu'on me prenne en charge, parce que je sentais que je n'étais pas pris en charge.* » Naas.

Ainsi, cette volonté autonome à rechercher les soins ainsi que les croyances sur les causes des problèmes de santé viennent souligner l'absence de facteurs personnels, de croyances culturelles ou sociales pouvant entraver l'acceptation des services offerts. Nous verrons ce que cela implique en termes de coût, de pouvoir consulter un médecin sans avoir une assurance maladie au niveau du caractère abordable. Avant, il est utile de voir la situation de disponibilité des services de soins ainsi que des participants à recevoir les soins.

## **Disponibilité**

La description de la situation d'accès aux soins passe par la disponibilité des services de santé, tant au niveau géographique que sur le plan des installations, mais également, par la disponibilité des prestataires des soins. Au-delà de ces facteurs propres aux services de santé, la disponibilité peut être vue du côté des participants et être liée à la flexibilité de leur emploi ou à leur mobilité.

*Disponibilité des personnes à rechercher les soins de santé*

Avant de parler de la disponibilité des services de soins, il est important de voir celle des personnes qui désirent recevoir les services offerts. Il s'agit d'identifier les facteurs qui réduiraient la disponibilité des personnes à rechercher les services de santé.

En ce qui concerne la mobilité physique des participants, seule une personne en état tétraplégique (Marc) avait des difficultés à pouvoir accéder aux services. Néanmoins, il avait le soutien de son fils qui pouvait l'accompagner afin de bénéficier des soins.

Quant à la flexibilité de l'emploi dans leur recherche de soins, il faut signaler que dans la partie présentant les conditions de vie des participants, nous avons mentionné la difficulté des personnes à trouver de l'emploi. Les emplois effectués ne sont pas stables, souvent dépendants de la météo, comme le signale Nasser : « *he currently works at a car wash. The hours are haphazard; depends on the weather. No Works on a rainy day.* ». Ainsi, à cause de l'absence de travail ou de la précarité des emplois, aucune difficulté à rechercher les soins de santé par manque de temps lié à l'emploi n'a été signalée. Au-delà de cette disponibilité, il est alors essentiel de mentionner la situation de celle des services de santé.

#### *Disponibilité des services de santé*

Les services sont disponibles lorsqu'ils peuvent être accessibles physiquement par les individus. Cette disponibilité est vue ici par la proximité géographique et la présence des prestataires.

L'étude ne signale aucune difficulté liée à la situation géographique des services de santé dans l'ensemble. Les services sont généralement proches des domiciles d'habitation, comme le soulignent ces deux participantes :

« *Seulement il n'y a aucune difficulté d'accessibilité physique parce que vous avez partout le service de santé* » Mia et « *Il y a le centre Y juste à côté aussi et donc que... on a vraiment remercié le ciel parce que c'était vraiment comme à côté de chez nous.* » Marthe.

En revanche, les données indiquent des problèmes de distances à parcourir pour accéder à certains services, comme la clinique Médecins du Monde, ainsi que les heures et les jours d'ouverture qui limitent vraiment leurs disponibilités : « *La clinique Médecin du Monde n'est pas ouverte tout le temps, c'est juste le mardi et le jeudi et tu dois attendre là, si ce n'est pas mercredi et jeudi tu dois attendre la semaine prochaine* » Marthe. Et « *Après j'ai eu le contact*

*de Médecin du Monde et eux ils ouvraient deux jours la semaine et c'était très loin de là où j'étais pour aller.* » Marc. La clinique de Médecin du Monde est pratiquement la seule initiative d'accès aux soins gratuits dans la ville de Montréal à laquelle les participants peuvent recourir. Compte tenu de la faiblesse de ses ressources et la forte demande de ses patients, elle n'est pas en mesure de fournir des soins de proximité à ses bénéficiaires, et à assurer la permanence des soins tous les jours.

Par ailleurs, une chose est de pouvoir accéder physiquement aux services de santé et une autre est d'être pris en charge. En effet, même si les participants arrivent à atteindre physiquement les services de santé dans l'ensemble, l'étude indique des difficultés de prise en charge, ainsi que les longs délais d'attente. En effet, comme tant d'autres, Nass nous mentionne ses difficultés : *« je sentais que je n'étais pas pris en charge. Quand même franchement, ..., c'est quand même assez grave... »*. Cette difficulté de prise en charge hospitalière, pour ce cas grave, s'explique aussi par la non-disponibilité du spécialiste dont il avait besoin. Au-delà, les difficultés sont plus liées aux manques de moyens financiers pour les coûts directs de soins et d'assurance maladie qui occasionnent des obstacles administratifs et limitent ainsi la prise en charge.

Les personnes qui disent avoir été prises en charge rapidement sont, pour la plupart, celles qui sont arrivées dans les hôpitaux, avec des états de santé aggravés, dont certains en soins intensifs : *« Aux soins intensifs, mais aussi dans une aire restrictive parce que les médecins pensaient au début que c'était une épidémie, parce que ce n'était pas clair. »* Francis. Et *« Elle n'a pas trouvé un seul rendez-vous. Donc elle a décidé parce qu'elle se sentait trop mal. Immédiatement, elle a été admise. Avec les tests, ils lui ont dit qu'elle devait subir une chirurgie pour enlever la vésicule biliaire et elle est restée une semaine »*. Anna. La prise en charge rapide de ces patients, dans les soins d'urgence, s'explique, d'une part, car l'état de santé de ces personnes menaçait leur survie et, d'autre part, le personnel de santé avait des suspicions de maladie épidémique. Ces prises en charge ont été facturées ultérieurement aux patients, à défaut de le faire sur place.

Au-delà de cette difficulté de prise en charge vient s'ajouter la non-disponibilité des prestataires de soins, dans certains cas. Ainsi, les réponses signalent que les participants, qui avaient besoin d'avoir accès à des médecins spécialistes, ont trouvé leurs besoins non comblés :

« Dans la Clinique sans rendez-vous, vous n'avez pas d'accès à un gynécologue. J'ai été deux ans sans voir un gynécologue. Deux ans pour une femme ! C'est impensable. » Mia et « I think I would have wanted to see a gynecologist then, but I never saw one. I only saw emergency doctors. » Berthe. Ces révélations de Berthe confirment la situation des besoins de soins de santé non comblés.

Ainsi, les participants n'indiquent aucune difficulté à accéder physiquement aux services de santé. Par ailleurs, les difficultés d'être pris en charge surtout par des spécialistes sont fortement déplorées. Il ressort aussi un enjeu d'accès lié aux cas plus sévères qui sont davantage pris en charge rapidement, généralement pour des motifs d'éthique en santé. Ainsi, il est plus que nécessaire d'apporter les éléments qui expliqueraient que des migrants sans assurance maladie arrivent à consulter des médecins. Ces éléments font références aux facteurs qui démontreraient la capacité des personnes à pouvoir s'acquitter des coûts des soins dont elles ont besoin.

## **Le caractère abordable**

Ce domaine dans l'accès aux soins est lié à la capacité des gens à mobiliser les ressources nécessaires, afin de pouvoir bénéficier des soins de santé. Plusieurs facteurs, comme le manque d'assurance maladie, les coûts directs et indirects, les comportements des prestataires de services ainsi que le soutien social indiqueraient si les soins de santé sont abordables ou non.

### *L'absence d'assurance maladie*

Dans un système de santé assurantiel, l'assurance maladie est une ressource essentielle qui permet de bénéficier des soins de santé dont les individus ont besoin. Le manque d'assurance maladie vient limiter la capacité de mobilisation de ressources des participants à l'étude. Ainsi, à défaut d'assurance maladie, il leur faut faire face aux coûts directs des soins s'ils veulent bénéficier d'une prise en charge. La plupart du temps, les prix sont discutés avant que les actes de soins ne débutent : « Quand je suis allé aux urgences de X, déjà eux ils me disent que je n'ai pas d'assurance, le jour c'est 3500 \$, déjà ça, c'est le début qu'on me dit, » Marc. L'absence d'assurance maladie constitue une barrière en soi, mais aussi un élément déclencheur des coûts directs des soins de santé.

### *Coûts directs et indirects des soins*

Il est clair que le facteur financier constitue un obstacle à l'accès aux soins des personnes migrants sans assurance maladie. Les coûts directs et indirects des soins de santé représentent les frais (consultations, examens, médicament, transport...) que les individus doivent déboursier pour pouvoir accéder aux soins désirés. À Montréal, les migrants, qui vivent sans assurance maladie, sont confrontés à des coûts directs de soins de santé, cela concerne toutes les personnes que nous avons rencontrées qui limitent ainsi leur accès.

*« She was only able to have a blood test, which cost 650 \$, she says like a simple visit with the doctor cost 600 \$, so it would never be enough, to really follow-up. Ok, so around the same amount for that hospitalization, that visit to the hospital, 900\$. For that reason, I don't want to go to the hospital and at any clinics. » Tania et « J'ai dépensé seulement pour les antibiotiques et les médicaments autour de 500 dollars. J'ai changé plusieurs fois de médicaments, mais je pense cela m'a coûté autour de 300 dollars avec les consultations (psychologiques). » Viviane.*

Même si certains décident de s'endetter pour pouvoir payer leurs soins de santé, d'autres, par contre, sont souvent contraints d'abandonner leurs recherches de soins et voir ainsi leurs besoins de soins non satisfaits : *« Le coût de la chirurgie a été 650 et avec les médicaments, je pense que les dépenses ont été d'environ 1100 à 1200. Une fois, on m'a dit (le médecin) que je devais payer 800 \$ et je suis sortie et pleuré, je suis rentrée chez moi et j'ai pris ce que j'avais comme un médicament. » Mia.*

Lorsque nous rapportons les coûts pris en charge par les répondants à leur niveau de revenu, nous pouvons parler de "dépenses catastrophiques" du fait qu'ils peuvent aller jusqu'à s'endetter ou même se priver de combler d'autres besoins primaires pour pouvoir se soigner.

### *Pauvreté et endettement*

Les soins sont abordables si les individus parviennent à payer les frais sans tomber dans la pauvreté ou s'endetter. Nous avons noté que la plupart des migrants vivent avec de faibles revenus ou même sans revenu. Cette situation financière rend compte de leur faible capacité à mobiliser les ressources financières nécessaires. Ainsi, pour faire face à leurs besoins de soins, les répondants sont souvent obligés de recourir à des emprunts/prêts et ainsi s'appauvrir

davantage : *« they are still paying off, it is getting deducted from M. credit card, 50\$ every month. we didn't pay... Already we didn't pay for rent and for bill you know. I didn't pay for rent, for bills, for everything. And now it is 2 months, we have to pay for the rent and bills, we don't have a lot of money for paying for example the test of blood. »* Tania et *« So, my family friend had to loan me the money because I didn't have any money on me. »* Berthe. Ces dettes peuvent aller au-delà de 10 000 \$, comme le signale Marc qui a dû contracter une dette de 15 000\$ dans le cadre de la prise en charge intégrale des soins d'un AVC (Accident vasculaire cérébral) : *« J'ai signé une décharge, où je dois payer 15 000 \$ donc je fais un paiement 500 \$ chaque mois jusqu'à quand je finirais les 15 000 \$. »*. Les éléments expliquent clairement que compte tenu de l'absence de revenus ou de la faiblesse de revenus, les participants à l'étude font face à des dépenses catastrophiques qui les maintiennent plus dans la pauvreté. Il leur est difficile d'aborder les coûts des soins de santé dans de telles conditions de vie.

Au-delà de ces facteurs, il en existe d'autres qui aident à la mobilisation des ressources et soulagent ainsi les participants concernés du fardeau financier. Parmi ces facteurs, nous avons l'appui de certains personnels de la santé.

#### *Comportements solidaires des prestataires*

Les prestataires de services jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des soins des migrants sans assurance maladie. Il arrive que des participants reçoivent des soins dont ils ont besoin sans payer, et cela grâce à l'intervention d'ONG militant pour l'accès aux soins des migrants. Dans ces conditions, les migrants sont accompagnés par le personnel de ces structures dans leur recherche de soins, en intervenant auprès des prestataires de soins : *« Le médecin, docteur X, bien elle m'a consulté puis elle a dit : "Tu es plus malade que tu le penses". Elle m'a donné des papiers pour aller faire une IRM, puis par chance ça ne m'a rien coûté... Mais pour le lichen plan, ce n'est pas docteur X qui l'a découvert, parce qu'elle est interniste, il a fallu que j'aille voir un dermatologue à l'Hôpital qui a accepté de me voir sans payer. Quand je voulais voir le docteur X, Médecin du monde envoyait quelqu'un avec moi »* Jean.

Certains prestataires de soins ont décidé de leur propre initiative d'aider à soulager le fardeau financier des MSAM en renonçant aux frais de consultations tout en réduisant la facture à payer : *« La première chose que je lui ai dite c'est que je n'ai pas d'assurance, que je suis*

*sans statut, je lui ai dit de m'aider. Le dentiste m'a beaucoup aidée, il est Colombien aussi, il m'a donné un prix inférieur à ce qu'il coûterait normalement. J'ai dépensé 3 500 \$, mais ça m'aurait coûté 7500 \$, c'était une chirurgie maxillo-faciale, avec plusieurs suivis.* » Viviane. Au-delà de cet exemple, d'autres prestataires de soins ont apporté leur aide à des migrants sans assurance maladie sans tenir compte de la communauté d'origine.

Ainsi, le rôle du prestataire de soins, dans la prise en considération de la condition de vie des individus dans la gestion des coûts de soins, est un facteur favorisant l'accès. En plus de ce facteur, nous avons le soutien social qui aide aussi à aborder les soins.

### *Soutien social*

Dans le domaine de l'accès aux soins de santé des migrants sans assurance maladie, le facteur soutien social est un élément essentiel. Il correspond ici aux soutiens financier et moral des proches (amis, famille, parent, réseau social). Les aides venant des amis et des membres de famille ont contribué à leur accès aux soins de santé.

En effet, le soutien pour certains vient de leur communauté ou leur cercle d'amis : « *En fait j'ai eu de la chance aussi, la communauté X, elle est quand même assez solidaire. Les gens m'ont beaucoup aidé. Oui, ça m'a un peu aidé. Il y a le centre culturel X qui m'a aidé* » Naas. Ce soutien de la communauté d'origine est tributaire de la socialisation et de l'intégration de l'individu à sa communauté ou son cercle d'amis. Il peut également venir des organismes ou de la communauté religieuse à laquelle les individus sont affiliés. Les amis contribuent aussi à la recherche de ressources en recommandant aux répondants à des prestataires qu'ils connaissent afin d'en réduire les coûts. Les soutiens venant des membres de la famille sont les plus souvent financiers, mais aussi moraux, et cela surtout pour les personnes qui gardent de bonnes relations familiales. Ainsi, la réception d'argent de leur famille, depuis leur pays d'origine, est fréquente :

*« One time when she was getting really bad cramps in her stomach, she was sent 3 000 \$ by her father to follow up on the medical procedures. »* Tania.

Dans ce domaine d'accès aux soins, il est clair que l'absence d'assurance maladie ainsi que le facteur coût direct des soins, confrontés aux revenus instables ou au manque de revenu des MSAM constituent des obstacles à l'accès aux soins. La situation de pauvreté des

répondants, occasionnant l'endettement, vient souligner que les soins ne sont pas abordables. Certes, même s'ils bénéficient de soutiens de la part des prestataires de soins et de leur réseau social, il est important de se demander si ces moyens contribueraient jusqu'à la fin de l'épisode de soins. Bien que certains participants arrivent à établir un contact avec un personnel soignant, avec les coûts que cela occasionne, il est important d'analyser la pertinence des soins reçus.

## **Pertinence**

La pertinence concerne l'adéquation entre les services fournis et les besoins de soins exprimés. Cette adéquation peut être décrite par la rapidité d'exécution, c'est-à-dire le temps d'attente ainsi que la rapidité du diagnostic. Des facteurs comme la continuité et l'observance aux soins ainsi que la perception de la qualité des soins reçus indiquent la pertinence des services offerts.

### *Temps d'attente et rapidité dans le diagnostic*

Les répondants ont estimé que le temps d'attente pour avoir une consultation a été relativement long, et cela conformément à la gravité du problème de santé. « *Aux urgences, j'ai été... J'avais vraiment l'espoir qu'on me réimplante mes doigts, mais je suis resté 6 heures avant de voir le premier médecin* » Naas. Également, le temps mis pour diagnostiquer la maladie a pris un certain nombre d'exams, mais aussi beaucoup de temps avant de poser un diagnostic certain. « *C'était difficile de découvrir la maladie, parce qu'on m'avait dit ...on m'a donné beaucoup de maladies, beaucoup de choses qui n'étaient pas ça, puis je pense que ça a pris 2 ans avant que le dermatologue diagnostique que c'était le lichen plan* » Jean. Les longs délais de diagnostic sont parfois dus à l'absence d'assurance maladie et aux coûts des soins qui ne permettent pas de suivre le processus normal de l'épisode maladie. Par faute de moyens, certains prennent énormément de temps pour effectuer les exams médicaux demandés. Au-delà de cet aspect, la pertinence peut aussi être évaluée par le recours à l'engagement dans les soins de santé.

### *Engagement dans les soins de santé*

L'engagement concerne la continuité des soins de santé et l'observance du traitement, dans le cadre de cette étude. L'observance du traitement passe par le respect des rendez-vous



médicaux, la prise de médicament ainsi que les habitudes de vie. Les données indiquent que certains participants se sont vraiment engagés dans la résolution de leur(s) problème(s) de santé autant qu'ils le peuvent : « *Il devait prendre souvent sa pression, alors ils ont acheté un appareil pour pouvoir calculer la pression à domicile. Elle a commencé à noter les résultats et à les montrer à l'infirmière qui leur a recommandé d'augmenter la dose des médicaments.* » Francis. La plupart des participants qui ont pu s'investir pour une continuité des soins ainsi que l'observance du traitement ont eu recours aux soins à l'ONG Médecins du monde, comme c'est le cas de Sophie : « *I just take my medication. But the last time I went, it was not too bad. You know, when I went at 'Médecins du Monde', yeah.* ». Les entrevues démontrent des implications dans le changement des habitudes de vie de certains participants, surtout ceux souffrant de dépression, qui ont essayé de faire des exercices physiques, de sortir plus de leur logement.

Néanmoins, l'observance, dans le respect des rendez-vous médicaux et la prise régulière des médicaments prescrits, est le plus souvent entravée par le manque d'argent à y faire face.

« *Pour le traitement de canal... Elle n'a pas pu continuer ça pour le traitement de canal, donc ça lui aurait coûté 2 000 \$, elle n'avait pas.* » Amy et « *But the medication for depression and insomnia he is not taking anymore. He needs a lot of medication that he can't pay.* » Nasser. À cela s'ajoute la continuité des soins qui a été remise en cause dans des services de santé, du fait de l'incapacité du patient à s'acquitter des frais de santé ; « *And then ... I was told to come back the next day to do a transvaginal ultrasound at the Radiology because they wanted a more detailed... from ultrasound results. So, it was when I got to the Emergency that I was told that I had to pay another 689 \$, before I could be seen again by the doctor ... but I was totally rejected, and I just didn't have another six hundred to pay so I decided to leave* » Berthe. Cette non-continuité s'observe également, dans la non-réactivité de certains services de santé, c'est-à-dire le manque de suite dans les soins de santé après des examens et diagnostics du problème de santé, comme le déplore Julie atteinte du VIH qui n'a plus eu de retour depuis ses prélèvements sanguins pour la détermination de soins adéquats.

En résumé, même si des efforts sont faits par les participants dans l'engagement des soins de santé, des obstacles, comme les coûts directs de soins, leur faible capacité de paiement ainsi que la non-réactivité des services de santé pour donner suite aux soins de santé subsistent.

Tous ces éléments poussent les participants à forger leurs propres représentations sur la qualité des soins reçus.

### *Perception de la qualité des soins reçus*

La perception des soins fait référence aux points de vue des acteurs sur la qualité et la satisfaction des soins qu'ils ont obtenus. Le terme pertinent ressort dans les propos des répondants pour décrire leur perception de la qualité des soins reçus.

D'un côté, l'accueil ainsi que l'acte de consultation, dans les services de santé, ont été dans l'ensemble négativement appréciés du fait que les utilisateurs ne se sentaient pas écoutés et aussi ne se sentaient pas pris en charge. « *the doctor, and I was talking with her and she ... I explained to her ... just she checked I think every 10 seconds her phone and she writes a message. She was feeling disregarded ... And then at the same time she is texting and receiving and reading and meanwhile she has to be explaining her problems. She didn't feel listened to.* » Tania. En effet, ces répondants pensent qu'ils n'ont pas eu l'attention pendant les soins du fait qu'ils manquent d'assurance maladie.

D'autre part, les données indiquent une appréciation de l'accueil dans certains services de santé, comme la clinique de Médecins du monde, spécialisée dans les soins gratuits des personnes migrantes. « *Yeah, she has to pay the extra, and she paid, and they check, they looked after me. But it was ok, they treated me well, you know. Yeah* » Sophie. La qualité des soins, au niveau de la clinique de Médecins du monde, a été vraiment appréciée dans l'ensemble, même si le manque de ressources nécessaires, pour la prise en charge intégrale des soins, a été signalé. Cette différence d'appréciation des autres services de santé s'expliquerait par le fait que cette clinique offre des services adaptés aux conditions de vie de la population d'étude en leur offrant des soins gratuits et des agents sociaux à leur écoute.

En ce qui concerne la qualité des soins reçus, elle a été remise en cause du fait que l'ensemble des participants ont déclaré ne pas être satisfaits des résultats des soins reçus dans les services de santé autres que la clinique de MdM. Certains participants ont même essayé de mesurer l'adéquation entre les coûts déboursés pour leurs soins et les résultats obtenus afin de justifier leurs insatisfactions. « *Ce qu'on me donnait comme médicament, ça ne passait pas. Je me demandais si ça en valait la peine... d'y retourner puisque je n'avais pas vraiment les*

*résultats et puis... Enfin, les médecins n'arrivaient pas à trouver un diagnostic malgré les radios, malgré ce que je leur donnais comme indication sur les symptômes que j'éprouvais, mais on ne me disait pas ce que j'avais. Le physio, ça n'a pas donné vraiment de résultat, ça a été plus douloureux, donc j'ai fait en tout quatre séances et c'était 36 \$ la séance » Marie. Cette mise en relation de coût-efficacité du traitement pour ainsi montrer son insatisfaction vient contribuer à remettre en cause, la pertinence de la prise en charge des MSAM.*

La pertinence des soins de santé a été jugée non atteinte du fait que les services offerts n'ont pas pu produire les résultats attendus des utilisateurs. Également, le facteur financier limite fortement la continuité et l'observance du traitement.

Dans l'ensemble, les domaines du cadre conceptuel utilisés ont permis de décrire les diverses étapes de l'accès aux soins des migrants sans assurance maladie. Le cadre conceptuel a également permis de voir les enjeux liés à chaque étape de l'accès et de nous situer sur le domaine qui constitue le plus d'obstacles à l'accès aux soins. Néanmoins, les données de cette étude indiquent que le facteur assurance maladie est un élément omniprésent dans tout le processus de l'accès aux soins, mais qui n'est pris en compte par le cadre conceptuel que dans le caractère abordable. Aussi, le facteur sans statut, qui n'est pas mentionné dans le cadre, intervient dans l'explication de l'accès aux soins. Ces deux facteurs qui ne sont pas explicités, dans le cadre conceptuel, peuvent être dus à la non-spécificité du cadre aux populations migrantes. Ainsi, dans les lignes qui suivent, nous verrons l'intervention de ces facteurs dans l'explication de l'accès aux soins des MSAM.

## **Les obstacles à l'accès aux soins**

Les entrevues ont relevé deux facteurs essentiels qui jouent un rôle presque à tous les niveaux du processus de recherche de soins, tout au long du continuum proposé par Levesque et al. Il s'agit de l'absence de statut légal migratoire et de l'assurance maladie.

### *Les barrières associées à l'absence de statut migratoire*

Le fait de vivre sans statut légal constitue un obstacle à la recherche de soins de santé. La peur d'être dénoncés ou même d'être pris et rapatriés oblige les MSAM à retarder souvent leurs recours aux soins de santé. *« Au début, j'avais peur parce que je n'ai pas de papiers, mais*

*par la suite j'ai eu peur pour ma santé... j'étais affectée et j'ai imaginé le pire. Donc j'ai décidé d'aller consulter. Donc je suis allée voir le médecin avec la peur au ventre. J'ai dit qu'ils vont voir le passeport, appeler la police. Il y'a des dénonciations avec des récompenses jusqu'à 1000 \$. Il y'a des personnes qui ont été prises en photos et dénoncées. » Amy.*

De la même façon que l'absence de statut limite la recherche de soins, elle représente également un obstacle à la continuité des soins et aux suivis médicaux. Des répondants ont mentionné ne pas respecter les rendez-vous de contrôle pour éviter de fréquenter le même service de santé une seconde fois par peur d'être dénoncés et se faire prendre par le service d'immigration. *« Ils ont dit sur la date de suivi médical pour essayer de toucher le cœur de l'Immigration pour qu'ils reportent un peu la date de renvoi pour pouvoir au moins voir ce médecin-là. Mais ce n'était pas possible. Et c'est pour ça qu'ils ne sont pas allés à la clinique. » Francis.* En effet, les personnes sous ordre de déportation mentionnent être très méfiantes vis-à-vis des lieux et des gens qu'elles fréquentent.

Ainsi, les données de l'étude ont indiqué que le facteur absence de statut limite la recherche et le recours aux soins et, qu'également, il constitue une entrave à la pertinence de soins. C'est un facteur clé dans le cadre de cette étude, il contribue non seulement à rendre les conditions de vie des migrants, précaires, mais aussi à les priver du droit d'accès à l'assurance maladie.

#### *L'absence d'assurance maladie*

L'assurance maladie est un second élément important dans l'accès aux soins de notre population d'étude. Elle est présente dès la phase d'identification des services de santé jusqu'à l'appréciation des résultats des soins reçus. L'absence d'assurance maladie est un facteur qui occasionne des coûts directs énormes des soins.

En effet, dès l'identification des services de santé, certains participants conscients des difficultés d'accès aux services de santé sans une assurance maladie, ont plus ciblé des services comme MdM. *« I found that it was difficult for me to have access to a doctor and so a friend of my husbands also now found out Medecins du Monde. » Berthe.* Tout comme Berthe, le fait de ne pas avoir une assurance maladie a incité des participants à rechercher des informations

sur des services où ils peuvent recevoir des soins, sans se soucier du problème de manque d'assurance.

La décision de recourir aux services de santé est souvent retardée par manque d'assurance maladie. « *If you have to go the hospital, if you have to go to emergency, how you gone go if you don't have the Medicare.* » Sophie. Même lorsqu'ils essayent d'accéder physiquement aux services à travers la prise de rendez-vous par téléphone, il leur a été impossible d'obtenir un seul rendez-vous par manque de référence de la carte d'assurance maladie. « *Quand vous appelez au 'super hôpital', vous devez donner le numéro de votre carte RAMQ si vous n'avez pas, vous ne pouvez pas obtenir une consultation.* » Mia. Ceci dit, le manque d'assurance influence négativement la décision de recourir aux soins de santé dans les plus brefs délais et constitue aussi une barrière d'accès aux soins, et cela même lors de la prise de rendez-vous médical pour lequel le numéro de la carte d'assurance est exigé.

Lorsque les MSAM décident de se rendre sur place dans les services de santé, ils sont confrontés à des problèmes d'ordre administratif ou même de refus. « *Il a fait un AVC..., arrivé aux urgences, on ne nous a pas reçus parce qu'il n'avait pas d'assurance.* » Marc et « *La réceptionniste ne voulait pas que je voie le docteur, elle trouvait que je n'avais pas ma carte, je n'avais pas de carte d'assurance maladie.* » Jean. En effet, une fois dans les services de santé, l'absence d'assurance de ces patients occasionne des difficultés aux niveaux administratifs, telles les difficultés d'enregistrement sans un numéro de référence et des difficultés à évaluer leur solvabilité.

Le manque d'assurance maladie serait également un élément essentiel dans la décision de l'option de soins qui est souvent fonction de la capacité à payer des utilisateurs. « *Si j'avais eu l'assurance... le médecin ne se serait pas posé de question si l'on réimplante ou pas, parce que ça prend 10 jours... Elle m'aurait fait hospitaliser sur place et elle aurait essayé de réimplanter (doigts coupés). Parce qu'elle avait dit que si ça ne marchait pas, on pouvait toujours amputer.* » Naas. Il est évident que le choix sur l'option le moins coûteux pour ce patient laisse percevoir que le manque d'assurance a eu un effet sur ce choix, compte tenu des coûts directs que le participant devra prendre en charge.

Enfin, c'est par manque d'assurance maladie que les besoins de soins de santé ont été non comblés ou insatisfaits. Il a été une des raisons qui explique la non-continuité des soins et l'inobservance au traitement. Les répondants les justifient en ces termes : « *Si j'avais la carte d'assurance médicale, ma situation ne serait pas la même. Je ne serais pas dans cette souffrance, je ne serais pas dans cette situation. J'aurais fait mon opération, je n'aurais plus de problème (santé) et puis j'aurais dépassé ce stade.* » Amy et « *So yes, it would have helped if I had medical insurance. Because I wouldn't have worried about the money that I would need to pay to have that sorted out, yes because I would have simply seen the doctor the next day, at the emergency again. So yes, it affected that. It delayed.* » Berthe. Ne pas avoir une assurance maladie a conduit à ce que beaucoup de participants ne respectent pas les rendez-vous médicaux pour la continuité des traitements.

Selon les réponses, le facteur assurance maladie est l'un des éléments majeurs qui permet de comprendre l'accès différentiel aux soins de santé des MSAM. Ce facteur est présent dans tous les domaines et est l'élément générant les coûts directs des soins, l'absence de disponibilité des services, et l'absence d'engagement dans les soins, etc. Les facteurs découlant des domaines du cadre conceptuel, pour expliquer l'accès aux soins de santé, ainsi que les facteurs propres à notre population d'étude, peuvent être synthétisés dans le tableau suivant :

Tableau II.Synthèse des résultats

Domaines d'accès aux soins de santé				
Accessibilité	Acceptabilité	Disponibilité	Caractère abordable	Pertinence
Les besoins de soins sont identifiés.	Les causes attribuées aux problèmes de santé relèvent du domaine médical : - conditions de vie - processus de régularisation statut - héréditaires	- L'ensemble des MSAM disposent du temps (manque d'emploi), pour recevoir les soins.  - Il y'a pas de problème de mobilité physique empêchant l'accès aux soins.	Les MSAM sont contraints de faire face aux coûts directs des soins qui limitent ainsi l'accès.	Ce facteur coût direct constitue aussi un obstacle à l'observance et la continuité des soins.
Les services de santé sont perçus.	Les MSAM manifestent leur volonté à recevoir les soins offerts.	- Les services peuvent être atteints physiquement. -Difficultés d'accéder aux médecins spécialistes.	Le manque d'assurance maladie rend les soins moins abordables.	La continuité des soins est souvent entravée par ce manque d'assurance maladie.
Sources d'information - proximité	Le recours ou l'acceptation des soins est parfois entravé	Les MSAM rencontrent des problèmes d'ordre administratif	Les MSAM, avec de faibles revenus ou même sans revenu fixe, sont obligés de	Les longs délais d'attente et de diagnostic remettent en cause la pertinence des soins.

- cercle d'amis - services internet	par le manque d'assurance maladie.	ou de refus d'admission par manque d'assurance maladie.	s'endetter pour payer les coûts des soins.	
Les informations sur les services de santé offerts des soins aux sans assurance sont recherchés.	Pauvreté et endettement : Le manque d'argent peut inciter à ne pas recourir aux soins ou à refuser les soins.	—.	Comportement solidaire du personnel de santé : - des prestataires aident à réduire les coûts en renonçant à leurs honoraires. - l'accompagnement de certains organismes non gouvernementaux.	La continuité et l'observance de soins sont entravées par la non-réactivité des services de santé et la pauvreté.
L'aide des amis est aussi présente dans l'identification des services de santé.	Absence de statut : La peur d'être dénoncé ou même rapatrié constitue un obstacle à la recherche de soins.	—	-la référence des amis à des compagnons médecins aide à réduire les coûts à payer - l'appui financier des parents et de la communauté d'appartenance aide à aborder les coûts des soins.	Perception de la qualité des soins : Les soins reçus n'ont pas produit les résultats attendus.
—	—	—	—	Absence de statut : La peur d'être identifié ou se faire prendre par les services d'immigration incite à ne pas respecter des rendez-vous de suivi médical.

Ce tableau résume l'ensemble des facteurs qui expliquent la situation d'accès aux soins des MSAM. Chaque facteur vient expliquer l'accès aux soins de santé selon son appartenance aux domaines du cadre conceptuel. Cette situation d'accès n'est ni abordable ni pertinente pour les MSAM et occasionne des dépenses énormes chez les utilisateurs, mais aussi dans les hôpitaux. Elle laisse également ses empreintes sur la santé physique et mentale des MSAM.

## Les impacts liés à l'accès aux soins

Nous avons pu identifier des impacts liés à l'accès aux soins des migrants sans assurance maladie. En effet, pour les participants, les difficultés d'accès aux soins ont laissé leurs empreintes non seulement sur leur santé physique et mentale, mais aussi sur d'autres aspects, comme le recours à des solutions de soins en dehors du système de santé. L'impact sur l'aspect économique concerne l'état des dépenses au niveau de l'individu, mais aussi des services de santé.

Tout au long de notre description, nous avons relevé que l'accès aux soins évoqué par les migrants entraîne des effets négatifs sur leur état de santé mentale. Le fait de ne pas avoir l'assurance maladie et de manquer de revenu(s) pour subvenir aux besoins de soins occasionne un stress, des frustrations et des angoisses permanentes pour les MSAM. Également, le fait de ne pas être parfois reçus par les services de santé crée un mal-être : « *Peut-être que les gens le vivent normalement, parce qu'ils ont une assurance maladie, mais pour des gens qui n'en ont pas, c'est vraiment une angoisse en permanente* » Marthe.

Les impacts sur la santé physique des MSAM sont encore plus perceptibles. Le recours tardif aux soins signalés ne fait qu'aggraver le problème de santé des MSAM. Également, la difficulté liée à la disponibilité de médecins spécialisés pour les besoins de soins qui le requièrent laisse des problèmes de santé sans traitement. Dans la description de l'accès aux soins, les répondants ont signalé que leur problème de santé n'a pas été résolu ou que leur état de santé s'est dégradé. Au niveau de la pertinence des soins, nous avons remarqué que le fait de ne pas pouvoir accéder aux soins convenablement et de ne pas observer une continuité des soins tout au long de l'épisode maladie affecte le résultat des soins offerts, et cela donne des résultats insatisfaisants pour les patients.

Les difficultés liées aux domaines de la disponibilité et du caractère abordable des services incitent certains participants à rechercher d'autres solutions hors du système de santé. Lévesque a signalé dans la description de son cadre que le recours à des services ou des fournisseurs non formés ne peut être vu comme des soins appropriés (2). Les données ont indiqué que certains répondants ont tenté de recourir à des herboristes pour leurs besoins de soins non comblés auprès des services de santé. « *Une fois, je suis allée voir une herboriste chinoise. Juste pour les herbes. Elle m'a dit 200 \$ chaque semaine et le résultat n'est pas garanti, car tout dépend de la grosseur des fibromes* » Amy. D'autres ont eu recours à l'internet dans le but de faire leurs propres diagnostics et tenter de trouver des solutions à leurs problèmes ou encore la consultation par téléphone depuis le pays d'origine.

« *But during this time, she was just managing it by herself, she is going on the Internet looking at the symptoms, consulting friends, consulting doctors over the phone.* » Tania.



Il est aussi arrivé que des répondants préfèrent retourner dans leur pays d'origine afin de bénéficier des soins de santé dont ils ont besoin ou encore de se faire envoyer des médicaments (antibiotiques) par le biais des parents afin de soulager leurs douleurs.

Les impacts au niveau des dépenses sont observés à travers la capacité à payer les soins. Les participants étant en manque de revenu sont obligés de s'endetter pour pouvoir acquitter les frais de soins. Ces dépenses touchent les économies de toute une famille lorsque les MSAM sont obligés de recevoir de l'argent d'un parent de leur pays d'origine.

Au-delà des individus, les hôpitaux font face à des factures impayées dont ils doivent prendre la charge. En effet, certains répondants ont indiqué ne pas pouvoir s'acquitter des coûts des soins reçus dans les hôpitaux. C'est dans ce sens, qu'en référence à sa facture d'hôpital, Naas nous dit ceci : *« je l'ai reçue, il y a comme un mois, puis je ne l'ai pas payée d'ailleurs »*. Ces factures non payées alourdissent les dépenses des hôpitaux. Les participants sont parfois victimes de rappels incessants, que ce soit par courriel ou par téléphone, afin qu'ils remboursent la somme due.

## Chapitre 4 : discussion

Dans ce chapitre, les résultats de l'étude expliquant l'accès aux soins des migrants sans assurance maladie sont discutés à la lumière de la littérature dans ce domaine. Ensuite, nous proposons une réflexion critique du cadre conceptuel de Lévesque et al., et discutons des critères de scientificité de la présente étude. Les éléments pouvant constituer des limites à cette étude sont également discutés.

### 4.1 Un accès aux soins parsemé d'obstacles

Cette étude vient contribuer aux connaissances apportées par les rares études sur l'accès aux soins des migrants sans assurance maladie. Les études antérieures ont montré qu'il est difficile d'avoir accès aux soins spécialisés, et aux soins préventifs au Québec (48). Dans le cadre de cette étude, les données ont permis d'étudier l'accès aux soins des migrants sans assurance maladie, en dégageant les principaux obstacles.

Les résultats de l'étude suggèrent que l'accès aux soins de santé des personnes que nous avons rencontrées est moins compromis au niveau de l'accessibilité et de l'acceptabilité. En effet, le domaine d'acceptabilité n'a pas relevé d'obstacles personnels ou sociaux, dans le cadre de cette étude. Cela est dû au fait qu'aucun refus d'ordre social de services offerts n'a été constaté dans l'ensemble, même si certains ont parfois consulté des médecins de même nationalité, dans le but d'accroître leur chance d'accès aux soins. Cette étude n'a pas permis de mettre en évidence les éléments culturels, religieux et éthiques, comme le soulignent d'autres auteurs sur les obstacles d'accès aux soins de santé des migrants (49). Néanmoins, l'étude a pu démontrer que les soins sont acceptés, et cela à travers le choix autonome des participants à demander des soins et les causes qu'ils attribuent à leurs problèmes de santé.

En ce qui concerne les domaines d'accessibilité et de disponibilité, les services de santé ont été identifiés facilement par les utilisateurs ou par leur entourage. L'internet et le réseau social sont les sources d'identification des services de santé et cela avait été déjà rapporté par d'autres études sur l'accès aux soins des migrants, dans des contextes canadiens (53, 54,45). Néanmoins, il faut signaler que les frais d'utilisation de l'internet peuvent occasionner des limites d'accès à l'information, pour une population avec des conditions de vie précaires.

Contrairement aux études antérieures (50), la barrière géographique n'a pas constitué un obstacle d'accessibilité ni de disponibilité des services de santé publics et privés, sauf dans le cas de la clinique de Médecins du monde, qui n'a pas la possibilité d'offrir des soins (gratuits) de proximité aux migrants. Cette situation de disponibilité des services publics et privés dans l'ensemble peut être expliquée du fait que l'étude est restreinte à la ville de Montréal, minimisant ainsi les enjeux d'accès géographique aux services de santé.

Un autre point de la discussion concerne les facteurs liés aux domaines de la pertinence et du caractère abordable qui sont les plus critiques dans cette étude. Ces deux domaines présentent des obstacles importants qui entravent la bonne marche du processus de recherche de soins des MSAM. En ce qui concerne la pertinence des soins, elle n'est pas seulement propre aux MSAM. En effet, les Québécois rencontrent également des problèmes de prise en charge à travers les longs délais d'attente, les difficultés d'accès aux médecins ainsi que l'accès rapide aux tests diagnostiques qui demeurent problématiques (81). Certes, même si des facteurs comme le soutien social et le comportement de certains professionnels de la santé aident à rendre les soins plus abordables, il n'en demeure pas moins que d'autres facteurs limitent l'accès et la continuité de soins. Le manque de confiance ou la non acceptation du diagnostic établi par le personnel soignant peut limiter la continuité des soins, comme souligné aussi par une étude antérieure (43). Il est également question des coûts directs des soins et du manque d'assurance maladie qui rendent les soins difficilement abordables. Ces facteurs ont été soulignés dans les études antérieures au Canada (38) et dans l'Union européenne (56). Dans le cadre de cette étude, les comportements de certains soignants peuvent être vus comme des facteurs facilitants ou comme des obstacles à l'accès aux soins des MSAM. Ces facteurs ont été perçus comme des barrières à l'accès aux soins par certains participants en faisant référence au mauvais accueil, au refus de soins et à la discrimination. En effet, les professionnels soignants jouent un rôle important dans l'accès aux soins des migrants sans assurance maladie. Certains rapportent que des prestataires de soins, par leur accueil, peuvent constituer des obstacles à l'accès aux soins (54). Aussi, la discrimination selon le statut dans l'offre de soins pose un certain nombre de difficultés dans l'accès et la continuité des soins (46). Ce sentiment de discrimination est souvent perçu par les migrants qui se sentent mal reçus et mal traités du fait de leur absence de statut migratoire légal (52). Par ailleurs, d'autres données indiquent qu'en Italie, en Allemagne ou en

Suède, des personnels soignants ont déclarés avoir traité des migrants sans assurance maladie (59) . À Toronto, au Canada, des médecins ont accepté de donner des soins de santé à des migrants sans assurance maladie et les aider à obtenir les médicaments requis (52). En Espagne, malgré un décret royal visait la restriction de l'accès aux soins des migrants aux soins urgents, des professionnels de la santé ont continué à fournir des soins aux migrants sans papiers par devoir éthique (82). Le personnel de santé peut donc jouer un rôle facilitant l'accès aux soins en aidant à rendre les soins abordables, en acceptant de les soigner à moindre coûts ou sans frais.

La pertinence des soins reçus a été également remise en cause dans cette étude du fait des longs délais d'attente et de l'insatisfaction des utilisateurs. L'étude de Cherba avait signalé en 2013, ces facteurs qui démotivent les migrants à recourir aux soins à Montréal (48). Ce facteur assurance maladie limitant l'accès aux soins des migrants avait déjà été mentionné dans une étude antérieure (20). L'assurance maladie est le point central dans le processus de recherche de soins de santé, en ce sens qu'il constitue un obstacle dès le début du processus de recherche de soins jusqu'à la décision de la continuité des soins. C'est également ce manque d'assurance maladie qui occasionne d'autres obstacles d'accès, comme les coûts directs de soins, auxquels les individus doivent faire face, tel que déjà signalé dans l'étude de Caulford et Andrade (83). Ces difficultés d'accès aux soins en temps opportun les contraignent à recourir aux services d'urgence des hôpitaux et contribuent à aggraver l'état de santé. Ces recours tardifs aux soins nécessitent la plupart des hospitalisations plus longues, dans un contexte où les lits sont limités (83). La gestion en cas de situation d'urgence entraîne non seulement des "dépenses catastrophiques" pour les migrants, mais aussi d'énormes dépenses pour les hôpitaux en ce qui concerne les frais non remboursés par les utilisateurs. Les dépenses catastrophiques sont plus reliées aux systèmes de paiement direct des soins qui conduit les plus démunis à un niveau d'appauvrissement plus élevé attribuable à la maladie (84). Ce concept est plus relié aux objectifs de la couverture maladie universelle qui cherche à mettre en place un système de financement de la santé afin que tout un chacun accède aux services sans subir de difficultés financières (84). Ces résultats avaient déjà été rapportés dans le contexte canadien par Ells, dans son évaluation de la responsabilité des hôpitaux à l'égard de la prestation des services non rémunérés (60). Malgré les prises en charge des frais par les deux parties, la pertinence et l'efficacité des soins pour cette population restent à démontrer. En ce sens, les

utilisateurs remettent en cause la qualité et la continuité des soins par leur manque de capacité à payer.

Un des points importants de cette discussion est que l'accès aux soins, pour les cas les plus urgents ou critiques, a été facilité dès leur arrivée dans les urgences hospitalières. Ces cas ont été généralement pris en charge rapidement à cause des suspicions de maladie contagieuse sauf les cas où les prestataires de soins savent qu'il n'y a aucun risque de contagion. Aussi, la Charte des droits et libertés de la personne au Québec stipule que « Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours » (85). Néanmoins, toujours est-il qu'après une prise en charge à l'urgence, les personnes concernées rencontrent toujours des difficultés au niveau de la continuité et de l'observance des soins. Ceci dit, l'autorisation d'accès aux soins en cas d'urgence ne résout pas la problématique d'accès des MSAM. En résumé, l'Union européenne dira tout simplement : « *Exclure les migrants en situation irrégulière de l'accès aux soins de santé met leur vie et leur bien-être en danger, augmente le coût de futurs soins d'urgence et peut également présenter un risque sanitaire pour l'ensemble de la population.* » (52, page 7).

Dans l'ensemble, nous avons noté une interrelation entre les facteurs expliquant l'accès aux soins de santé des migrants sans assurance maladie qui ne sauraient se dissocier entre les différents domaines du cadre de manière indépendante. En effet, lorsque nous prenons le facteur soutien social, qui est plus fréquent dans le domaine lié au caractère abordable de l'accès, il est également présent dans l'identification des services de santé ainsi que dans l'accès physique aux services de santé. Les familles, les amis jouent un rôle important dans le choix des services de santé ainsi que dans l'accompagnement à rendre les services disponibles. Le facteur coût direct des soins n'explique pas que le domaine lié au caractère abordable, il influence également la décision de rechercher des soins, ainsi que la décision de continuité et d'observance des soins. Ces facteurs, classés dans des domaines ou non, interagissent entre eux et laissent percevoir la situation critique de l'accès aux soins des migrants sans assurance maladie. Les résultats montrent que dans ce contexte de difficultés d'accès aux soins, les migrants sans assurance maladie se retournent vers les organismes offrant des soins gratuits. Dans le contexte montréalais, les initiatives d'accès aux soins des migrants sans papiers/sans assurance maladie sont quasi inexistantes et les rares sont méconnues. L'ensemble des MSAM de cette

étude ont utilisé les services de la clinique de MdM afin de répondre à leurs besoins de soins et ont trouvé que ces services (accueils et coûts) étaient adaptés à leur(s) condition(s) de vie.

Au-delà de cette discussion sur l'accès aux soins des migrants, selon les études antérieures du contexte canadien, il est intéressant d'assimiler ces données aux contextes européens qui utilisent aussi le système d'assurance maladie. La plupart des études comparées traitent de l'accès aux soins des migrants sans papiers.

Un rapport sur l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne signale cinq principaux obstacles : « *le coût des soins et la complexité des procédures de remboursement, la méconnaissance des droits par les prestataires de santé et les bénéficiaires, la peur d'être signalé auprès des autorités policières par les prestataires de santé, le pouvoir discrétionnaire des autorités publiques et de celles en charge de la santé, enfin la qualité et la continuité des soins. Souvent, certains de ces obstacles concernent également les soins de santé d'urgence* » (52, page 7).

Tout comme la RAMQ au Québec, l'accès à la CMU (Couverture Maladie Universelle) en France est aussi soumis des conditions, mais l'élément divergent est que la France possède l'AME (Assistance Médicale d'État) qui permet de prendre en charge les migrants en situations irrégulières qui n'ont pas accès à la CMU (57). En France, par exemple, le gouvernement a instauré le système d'aide médicale d'État (AME) afin d'intégrer les migrants sans papiers dans la couverture maladie universelle. Ce système offre la possibilité aux migrants illégaux d'être sélectionnés selon un certain nombre de critères, de bénéficier des soins médicaux de base. Néanmoins, des études montrent que des efforts doivent être réalisés, du fait que les migrants rencontrent encore des obstacles d'ordre administratif et linguistique ainsi que des discriminations liées à leur statut ou à leur condition de vie (44, 84). En effet, les difficultés administratives ainsi que la méconnaissance des droits limitent l'accès à l'aide médicale et occasionnent ainsi des coûts de traitement, laissant ainsi des obstacles financiers qui sont aussi similaires aux résultats de notre étude. La lourdeur administrative, dans les processus de remboursement et les critères d'accès à l'AME, limitent son utilisation ou son acceptation par les professionnels de la santé, créant ainsi des obstacles d'accès aux soins (87). Selon Batifoulier, l'idée de séparation de système couverture santé (système d'assistance d'un côté

et système d'assurance d'un autre) en France, crée des problèmes de gestion, des difficultés financières ainsi que des retards et des reports de soins (88).

Tout près de la France, en Espagne avant l'année 2002, les migrants sans papiers étaient juste autorisés à recevoir les soins médicaux en situation d'urgence dans les hôpitaux publics (89). Cette population était également confrontée aux mêmes obstacles d'accès aux soins que notre population d'étude, à savoir le manque d'assurance maladie, les coûts élevés de soins de santé ainsi que la peur d'être dénoncés (89). En 2002, les changements juridiques ont permis aux migrants, en situation irrégulière, d'avoir un accès complet aux soins de santé au même titre que les citoyens (90). En effet, l'Espagne a permis aux migrants sans papiers d'avoir accès à des cartes d'assurance maladie dans les mêmes conditions que les résidents légaux (59). Une étude sur l'utilisation des soins de santé après cette loi n'a pas trouvé de différence significative entre les migrants légaux et illégaux et a conclu que les politiques de santé publique ont des impacts positifs quant à la réduction des inégalités d'accès aux soins (90). Dans ce pays, même si des obstacles administratifs et discriminatoires existent toujours, ils ne concernent pas uniquement les migrants sans papiers (90). Malgré qu'en 2012, un décret royal ait visé la restriction de l'accès aux soins des migrants aux soins urgents, des professionnels de la santé ainsi que certaines régions ont refusé de se conformer à cette décision par devoir éthique de soigner les migrants sans papiers (82). Face au mécontentement de la population et des mouvements sociaux, ce décret royal est en phase de suppression avec le nouveau gouvernement qui ne trouve pas la pertinence et l'intérêt de cette décision pour leur système de santé (82).

Dans d'autres pays européens, à l'image du Portugal, les mêmes obstacles rencontrés que ceux de notre population d'étude ont été observés. Ainsi, l'étude d'un groupe d'auteurs sur l'accès aux soins des migrants signale des obstacles, comme les longs délais d'attente, les barrières de langues, les coûts des soins et du transport, ainsi que l'attitude des fournisseurs de soins (39). L'insatisfaction à l'égard des soins reçus dans ce contexte a été reliée à la non adaptation des services de santé aux conditions de vie des migrants. Il en est de même pour les Pays-Bas, où les migrants sans papiers sont confrontés à des obstacles liés au manque d'assurance maladie, aux coûts des soins et aux risques d'être identifiés comme migrants illégaux (91).

Lorsque nous comparons nos résultats à ceux d'autres pays d'Europe qui ont instauré un minimum de politiques de soins de santé pour les migrants sans papiers, il semble que des

obstacles persistent néanmoins dans ces pays. Ainsi, même si la France a instauré l'Aide Médicale d'État (AME), pour les migrants en situation irrégulière, ces personnes font toujours face à des obstacles administratifs, discriminatifs et mêmes financiers. L'Espagne, qui a intégré les migrants sans papiers dans son système de santé, sans utiliser des systèmes séparés à ceux de ses citoyens nationaux, a récolté plus de résultats positifs quant à la réduction des inégalités d'accès aux soins (90). Ces exemples démontrent que les mesures d'intégration des migrants dans les systèmes de santé, avec des systèmes différents, séparés de ceux des citoyens, créent encore plus de discriminations et d'obstacles administratifs à l'accès. C'est ainsi que le professeur Batifoullier recommande la fusion de l'AME dans le régime commun d'assurance santé afin d'éviter les discriminations et assurer un meilleur accès aux soins des migrants et cela, dans l'intérêt de la santé publique et des finances publiques (88).

## **4.2 Les implications théoriques et pratiques des résultats**

Cette étude vient contribuer aux connaissances sur l'accès aux soins des migrants sans papiers en général. Elle est innovante, car elle s'est intéressée, plus particulièrement, aux migrants sans assurance maladie dans le contexte montréalais et a aussi identifié les facteurs d'accès aux soins en passant par les étapes du processus de recherche des soins. L'utilisation d'un cadre conceptuel (10) détaillant les étapes de recherche de soins a permis une compréhension plus holistique des facteurs d'accès aux soins de santé de la population d'étude. Ce travail nous indique à travers chaque domaine du processus de recherche des soins, les facteurs cruciaux à prendre en compte pour une amélioration de l'accès aux soins des MSAM.

Les résultats viendront aider à mieux comprendre la situation vécue des MSAM dans leur quête de soins de santé et ainsi aider les décideurs dans la prise de mesures adéquates afin d'améliorer l'accès aux soins pour tous. La phase de collecte des données a été également un cadre d'information pour les participants sur l'existence de services de santé gratuits (Médecin du monde) auquel ils peuvent recourir pour des soins de base. L'étude vient signaler qu'au-delà des facteurs culturels, religieux et géographiques, que mentionnent la plupart des études antérieures (36, 49, 52, 53), le facteur réel limitant l'accès aux soins de santé des migrants est plus économique que tout autre. Certes, l'étude n'a pas pu fournir des stratégies d'intégration des migrants sans assurance maladie dans le système sanitaire, mais toute initiative



ou toute action dans ce sens doit prendre en compte le facteur financier qui est le réel moteur dès la prise de décision de rechercher des soins.

Afin de favoriser l'utilisation des résultats, le projet dont est issu cette étude a déjà élaboré un système de diffusion et de transfert des connaissances. La collaboration avec les intervenants communautaires et institutionnels aide à renforcer le potentiel d'utilisation des résultats.

### **4.3 Regard critique sur la cadre conceptuel**

Le cadre de Lévesque et al. (10) a été d'un grand apport dans la détermination des facteurs qui viennent expliquer l'accès aux soins de santé pour des populations vulnérables telles que les migrants sans assurance maladie. Il nous a permis de délimiter la capacité des MSAM à accéder aux soins, de voir les facteurs qui limitent ou entravent l'accès aux soins, cela permettra de mieux intervenir afin d'améliorer l'offre en fonction des besoins de cette population.

De plus, l'opérationnalisation contextuelle des concepts selon la population et le contexte d'étude, nous a permis d'identifier d'autres facteurs explicatifs qui interviennent dans les divers domaines du cadre d'accès aux soins. Ainsi, nous avons pu ajouter deux facteurs qui sont propres à notre population d'étude, qui interviennent dans le processus de recherche de soins. Le premier facteur est l'absence de statut (sans statut) qui intervient dans l'explication de l'accès aux soins des MSAM. Le second est l'absence d'assurance maladie qui, selon le cadre conceptuel, intervient au niveau du domaine lié au caractère abordable.

Néanmoins, il faut signaler que bien que le cadre explique la mise en relation des caractéristiques de l'offre et la demande, ce lien n'a pas été suffisamment explicité dans chaque domaine. Également, les définitions des domaines du cadre ne donnent pas suffisamment les notions ou les construits qui les expliqueraient. L'auteur, dans sa définition des domaines, donne plutôt des exemples de thèmes qui les décrivent sans rentrer dans la détermination exhaustive. Une étude antérieure, qui a déjà utilisé le cadre conceptuel, dans le domaine d'accès équitable des soins primaires, pour des populations vulnérables, a signalé des difficultés d'opérationnalisation, et cela, du fait du manque de clarté dans les définitions (70). L'étude a proposé d'autres travaux conceptuels afin d'améliorer son applicabilité.

Certes, la définition non exhaustive des domaines avec des construits nous a donné plus de marge de manœuvre dans la détermination des facteurs pouvant expliquer les domaines préétablis dans notre analyse des données. D'un autre côté, vu l'interdépendance des domaines du cadre, dans leurs définitions, nous avons eu des difficultés dans l'attribution des facteurs à chaque domaine du cadre.

## **4.4 Critères de scientificité**

Autour des discussions, sur la qualité de la recherche qualitative, des auteurs estiment que la rigueur de toute forme de recherche dépend de la qualité des méthodes utilisées (92). La recherche qualitative sur la santé peut être évaluée par les critères de validité et de pertinence (92).

### **Crédibilité**

Un des critères de validité est l'exposition claire des méthodes de collecte et d'analyse des données au regard de l'objet de recherche (93). Dans le cadre de cette étude, une attention a été portée au chapitre sur les méthodes. À chaque étape, nous avons expliqué le choix de chaque méthode et une explication claire et précise de chaque concept utilisé ont été énoncés. L'utilisation d'un cadre conceptuel ainsi que l'analyse thématique des données ont permis d'effectuer une codification plus fiable et globale de notre corpus.

La réflexivité a été considérée dans cette étude ; aucun préjugé n'a été décelé tout au long de l'étude pouvant entraver la crédibilité des résultats. Également, il faut noter que l'existence des séances de réflexion avec le comité du projet de recherche, dans lequel cette étude prend part, a contribué fortement à l'aspect réflexif de l'étude.

### **Pertinence et transférabilité**

La pertinence est appréciée à travers la capacité de l'étude à contribuer à la connaissance sur le sujet et la transférabilité est jugée par sa capacité à générer des résultats applicables au-delà du contexte dans lequel elle a été effectuée (92).

En ce qui concerne la transférabilité, l'un des moyens de l'assurer est de décrire le plus précisément possible la population d'étude, le contexte ainsi qu'une définition claire des

concepts utilisés et ainsi permettre une compréhension nette des résultats (94). Pires indique que : « *C'est grâce à un ensemble de caractéristiques communes, particulières à chaque groupe, que l'on peut dégager certaines tendances et généraliser à l'ensemble des individus en semblable situation* » (75, page70). Au-delà de ces aspects, il faudra tenir compte du contexte d'étude, comme le flux migratoire, le système assurantiel mis en place, la caractéristique métropolitaine de la ville qui ont pu influencer les résultats.

Ainsi, dans notre échantillon d'étude, nous avons tenu à décrire les caractéristiques des participants tout au début des résultats de la recherche avant même d'expliquer le phénomène étudié pour ainsi donner une précision sur la population concernée par les résultats.

Relevant de la pertinence de l'étude, il faut noter que cette recherche répond à des besoins identifiés par la DSP de Montréal, MDM, ainsi que de nombreux organismes communautaires souhaitant mieux connaître la situation sanitaire des MSAM (1). La recherche a été conçue et mise en œuvre en collaboration avec les intervenants communautaires et institutionnels afin de renforcer le potentiel d'utilisation des connaissances. Cette collaboration contribuera grandement à l'utilisation des résultats dans la pratique.

## **4.5 Les difficultés rencontrées et les limites de l'étude**

Dans le but de réduire au maximum les limites de cette étude, plusieurs stratégies ont été utilisées. Néanmoins, il faut signaler que des difficultés ont été rencontrées.

La majorité des documents répertoriés pour la phase de la revue de littérature ont été en anglais. La consultation d'une littérature de prépondérance anglaise nous a permis d'approfondir et mieux situer notre sujet de recherche. Néanmoins, les lacunes de compréhension en anglais ont constitué des difficultés lors de la lecture qui a demandé énormément de temps pour comprendre les textes. Des lacunes ont été également rencontrées dans la traduction des articles lus en anglais vers le français. Cette difficulté avec la langue anglaise a constitué une limite également à notre participation dans la collecte des données, dont celles réalisées en anglais. En effet, sur les seize (16) entrevues réalisées, nous avons pu en effectuer deux (2).

La représentativité de toutes les communautés de migrants vivant à Montréal n'a pas été totalement atteinte, du fait par exemple que la communauté chinoise n'a pas participé à cette étude qualitative.

## Conclusion

Cette étude nous a permis de dresser la situation de l'accès aux soins de migrants sans assurance maladie, dans une grande ville métropolitaine. Les domaines du cadre conceptuel utilisé ainsi que l'ouverture aux données émergentes ont permis d'établir la situation critique d'accès aux soins de cette population. En effet, l'accès aux soins de santé des MSAM est confronté à bien plus d'obstacles importants que des facteurs facilitants.

D'un côté, les données indiquent des facteurs qui facilitent l'accès aux soins des MSAM. Parmi ces facteurs, il y a la disponibilité géographique des services de santé, la présence de certaines sources d'information et l'expression de besoins des soins des MSAM. D'autres facteurs, comme le soutien social et l'attitude de certains professionnels de la santé contribuent à faciliter l'accès aux soins des MSAM.

D'un autre côté, nous avons des obstacles, comme la non-disponibilité des médecins spécialisés, la pauvreté, le manque d'assurance, les coûts directs des soins qui limitent l'accès aux soins. En plus de ces facteurs, les longs temps d'attente et de diagnostic, l'absence de statut, leur perception de la qualité des soins reçus, ainsi que leur engagement dans les soins entravent réellement au recours et à la continuité des soins de santé.

Ces résultats indiquent que même si les services de santé sont disponibles géographiquement et physiquement et que les besoins de soins sont exprimés, l'accès aux soins de santé des MSAM reste un réel problème. Même si certains cas urgents ont enregistré un accès rapide aux soins dans les hôpitaux, il n'en demeure pas moins que cette situation d'accès critique en général laisse des conséquences sur l'état de santé physique, mentale et économique. Tout comme les participants, les hôpitaux enregistrent aussi les conséquences économiques à travers la prise en charge des factures impayées dans les soins d'urgence.

La comparaison de cette situation d'accès aux soins des MSAM à d'autres contextes européens utilisant le système de couverture maladie pour leur population a donné des résultats de similitudes, mais aussi de divergences. Tout comme la France et l'Espagne ; le Québec et particulièrement la ville de Montréal, accueillent des milliers de migrants chaque année. En effet, un pays européen tel la France qui a mis en place un système d'accès aux soins de base ou d'urgence

pour les migrants sans papiers (AME) a continué à rencontrer des difficultés d'accès aux soins. Néanmoins, il faut noter que ces difficultés sont plus d'ordres administratifs et discriminatoires que tout autre (44, 84). Même les migrants, avec titre de séjour, qui ont accès à la CMU (Couverture Maladie Universelle) rencontrent des difficultés administratives en France (4). Par ailleurs, le cas de l'Espagne, qui a intégré les migrants sans statut dans les mêmes conditions que ses résidents légaux, limite mieux ses barrières d'accès aux soins comparativement à ceux obtenus dans notre contexte.

Afin d'améliorer la santé et le bien-être de sa population et ainsi assurer la responsabilité populationnelle de son système de santé, le Québec pourrait s'inspirer d'autres pays comme l'Espagne (90) en permettant à toutes les personnes migrantes (avec ou sans papiers), qui résident donc au Québec, l'admissibilité et la couverture à la RAMQ. Cet élargissement de l'accès à la RAMQ augmentera l'accès aux soins de santé des migrants.

À défaut, le Québec, dans son principe de couverture maladie universelle à tous les citoyens, devrait au moins octroyer la carte d'assurance maladie aux enfants nés sur le sol québécois de parents migrants sans RAMQ.

## Bibliographie

1. Ridde V, et al. Santé et accès aux soins des migrants sans couverture médicale de Montréal. 2014.
2. Benoit M. Planification d'un projet de recherche sur l'accès aux soins des migrants à statut précaire à Montréal : enjeux contextuels, participatifs et méthodologiques. 2014.
3. Diaz E, Ortiz-Barreda G, Ben-Shlomo Y, Holdsworth M, Salami B, Rammohan A, et al. Interventions to improve immigrant health. A scoping review. *Eur J Public Health*. 2017;
4. Guillou AY. Expérience migratoire et pratiques thérapeutiques des migrants à Rennes. *Rapp Rennes ADDRASRéseau Ville-Hôp*. 2005;35.
5. OMS. Migrations Internationales, santé et droits humains. Genève OMS. 2005;
6. Lombrail P. 26. Accès aux soins. In: *Les inégalités sociales de santé*. La Découverte; 2000. p. 403-18.
7. Waters HR. Measuring equity in access to health care. *Soc Sci Med*. 2000;51(4):599-612.
8. Pineault R. Comprendre le système de santé pour mieux le gérer. Montréal [Que.: Presses de l'Université de Montréal; 2014.
9. Frenk J, White KL. The concept and measurement of accessibility. In: *PAHO Scientific Publication*. Pan American Health Organization; 1992. p. 842-55.
10. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* [Internet]. 2013 [cité 5 déc 2016];12:18. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
11. Dumont J-C, Hovy B. Les migrations internationales en chiffres. OCDE - Nations Unies/DAES; 2013 oct p. 6.
12. Gouvernement du Canada. Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (L.C. 2001, ch. 27) [Internet]. 2017 [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: <http://laws.justice.gc.ca/fra/lois/I-2.5/TexteComple.html>
13. Statistique Canada. Tableau 051-0011 - Migrants internationaux, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes), CANSIM (base de données) [Internet]. 2017. Disponible sur: <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&retrLang=fra&id=0510011&&pattern=&stByVal=1&p1=1&p2=31&tabMode=dataTable&csid=>
14. Gouvernement du Québec. Immigration et démographie au Québec [Internet]. Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion; 2015. Disponible sur:

[http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Pub\\_Immigration\\_et\\_demo\\_2015.pdf](http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Pub_Immigration_et_demo_2015.pdf)

15. Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, Direction de la recherche et de la statistique. Présence et portraits régionaux des personnes immigrantes admises au Québec de 2006 à 2015 [Internet]. 2017. Disponible sur: [http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PUB\\_Presence2017\\_admisQc.pdf](http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Presence2017_admisQc.pdf)
16. Gouvernement du Canada SC. Profil de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 - Région métropolitaine de recensement/Agglomération de recensement [Internet]. 2013 [cité 30 sept 2014]. Disponible sur: <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CMA&Code1=462&Data=Count&SearchText=montreal&SearchType=Begins&SearchPR=01&A1=All&B1=All&Custom=&TABID=1>
17. Gouvernement du Canada. Rapport annuel au Parlement sur l'immigration, 2017 [Internet]. 2017 [cité 20 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/rapport-annuel-parlement-immigration-2017.html#a-proposImmCan>
18. Ulysse P. Les travailleurs pauvres: de la précarité à la pauvreté en emploi. Un état des lieux au Canada/Québec, aux États-Unis et en France. *Lien Soc Polit.* 2009;(61):81-95.
19. Pierre M. Les facteurs d'exclusion faisant obstacle à l'intégration socioéconomique de certains groupes de femmes immigrées au Québec: Un état des lieux. *Nouv Prat Soc.* 2005;17(2):75-94.
20. 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* [Internet]. juin 2012 [cité 23 févr 2017];27(4):330-44. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19371918.2011.592076>
21. Hynie M, Ardern CI, Robertson A. Emergency Room Visits by Uninsured Child and Adult Residents in Ontario, Canada: What Diagnoses, Severity and Visit Disposition Reveal About the Impact of Being Uninsured. *J Immigr Minor Health* [Internet]. oct 2016 [cité 23 févr 2017];18(5):948-56. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10903-016-0351-0>
22. Brabant Z, Raynault M-F. Health of Migrants with Precarious Status: Results of an Exploratory Study in Montreal—Part B. *Soc Work Public Health* [Internet]. 23 juill 2012 [cité 23 févr 2017];27(5):469-81. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19371918.2011.592079>
23. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 30 oct 2015 [cité 31 déc 2016];8:175-83. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4634824/>



24. 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* [Internet]. 2010;12(1):132. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-009-9280-5?no-access=true>
25. RAMQ. Immigrants et travailleurs ou étudiants étrangers: Admissibilité au régime d'assurance maladie [Internet]. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/immigrants-travailleurs-etudiants-etrangers/assurance-maladie/Pages/admissiblite.aspx>
26. Simich L, Wu F, Nerad S. Status and health security: an exploratory study of irregular immigrants in Toronto. *Can J Public Health* [Internet]. 2007;98(5):369-73. Disponible sur: [http://opurl.bib.umontreal.ca:9003/sfx\\_local?sid=Entrez%3APubMed&id=pmid%3A17985677](http://opurl.bib.umontreal.ca:9003/sfx_local?sid=Entrez%3APubMed&id=pmid%3A17985677)
27. À Deux Mains. services de santé [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://headandhands.ca/programs-services/services-de-sante/>
28. Medecin du Monde. Clinique pour les migrants à statut précaire [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.ca/fr/action-mdm/clinique-pour-les-migrants-statut-precaire/>
29. Benoit M, RIDDE V, Belaid L, Houle V. Une cartographie conceptuelle des défis de l'action de Médecins du Monde en faveur des migrants à statut précaire à Montréal. 2013.
30. La Maison bleue. Offre de soins et services intégrés [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://maisonbleue.info/soins-et-services/#offredesoins>
31. Marchildon GP. *Systèmes de santé en transition*. 2013;234.
32. OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. In 1986.
33. Gouvernement du Canada. Soins de santé au Canada [Internet]. 2017 [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/nouveaux-immigrants/nouvelle-vie-canada/soins-sante-carte.html>
34. Gouvernement du Canada. Système de soins de santé du Canada [Internet]. 2016 [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante-du-canada.html>
35. Gagnon AJ. La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants. Montr McGill Univ. 2002;
36. Gouvernement du Canada. Programme fédéral de santé intérimaire – Résumé de la couverture offerte [Internet]. Gouvernement du Canada. 2018 [cité 10 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies->

citoyennete/services/refugies/aide-partir-canada/soins-sante/programme-federal-sante-interimaire/resume-couverture-offerte.html

37. Colin C. La santé publique au Québec à l'aube du XXIe siècle. *Santé Publique* [Internet]. 2004;16(2):185-95. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-2-page-185.html>
38. Lebrun LA. Accès aux services de santé parmi les immigrants au Canada. *Can Ethn Stud*. 2010;41(3):247-60.
39. Dias SF, Severo M, Barros H. Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):207.
40. Clarkson M. La santé des immigrants récents au Québec: une intégration à adapter et à parfaire. *Santé Société Solidar*. 2005;4(1):121-8.
41. Kwak K. An evaluation of the healthy immigrant effect with adolescents in Canada: Examinations of gender and length of residence. *Soc Sci Med* [Internet]. mai 2016;157:87-95. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953616301186>
42. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* [Internet]. oct 2004 [cité 4 août 2014];59(8):1613-27. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604000516>
43. Ingleby D. La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe: Les recherches en cours. *Hommes Migr* [Internet]. 1 nov 2009 [cité 20 janv 2019];(1282):136-50. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/463>
44. Newbold KB. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Soc Sci Med*. 2005;60(6):1359-70.
45. Berchet C, Jusot F. L'état de santé des migrants de première et de seconde génération en France. *Rev Économique*. juin 2010;61:1075-98.
46. Cagnet M, Hamel C, Moisy M. Santé des migrants en France: l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe. *Rev Eur Migr Int*. 2012;28(2):11-34.
47. Lum ID, Swartz RH, Kwan MYW. Accessibility and use of primary healthcare for immigrants living in the Niagara Region. *Soc Sci Med* [Internet]. 2016;156(Supplement C):73-9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953616301241>
48. Cherba M. L'utilisation des services de santé en contexte migratoire comme expérience d'acculturation: une étude exploratoire auprès des immigrants russophones de Montréal. 2013.

49. Campbell RM, Klei AG, Hodges BD, Fisman D, Kitto S. A Comparison of Health Access Between Permanent Residents, Undocumented Immigrants and Refugee Claimants in Toronto, Canada. *J Immigr Minor Health* [Internet]. 1 févr 2014;16(1):165-76. Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9740-1>
50. Wang L, Kwak M-J. Immigration, barriers to healthcare and transnational ties: A case study of South Korean immigrants in Toronto, Canada. *Soc Sci Med*. mai 2015;340-8.
51. Lee T-Y, Landy CK, Wahoush O, Khanlou N, Liu Y-C, Li C-C. A descriptive phenomenology study of newcomers' experience of maternity care services: Chinese women's perspectives. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2014 [cité 3 mars 2017];14:114. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-114>
52. Campbell RM, Klei AG, Hodges BD, Fisman D, Kitto S. A Comparison of Health Access Between Permanent Residents, Undocumented Immigrants and Refugee Claimants in Toronto, Canada. *J Immigr Minor Health* [Internet]. févr 2014 [cité 30 janv 2017];16(1):165-76. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10903-012-9740-1>
53. Leduc N, Proulx M. Patterns of health services utilization by recent immigrants. *J Immigr Health*. 2004;6(1):15-27.
54. Sandín-Vázquez M, Larraz-Antón R, Río-Sánchez I. Immigrant Patient Care Inequalities: The Importance of the Intercultural Approach. 6th Int Conf Intercult Educ "Education Health Transcult Perspect [Internet]. 15 mai 2014;132:277-84. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814032200>
55. Wolff H, Epiney M, Lourenco AP, Costanza MC, Delieutraz-Marchand J, Andreoli N, et al. Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health* [Internet]. 19 mars 2008 [cité 6 nov 2014];8:93. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2323378/>
56. 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*. oct 2014;29(7):818-30.
57. Hoyez A-C. L'accès aux soins des migrants en France et la «culture de l'initiative locale». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales. *Cybergeog Eur J Geogr*. 2011;
58. Castañeda H. Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic. *Soc Sci Med* [Internet]. avr 2009 [cité 6 août 2014];68(8):1552-60. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953609000410>
59. European Union, Agency for Fundamental Rights. L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne. 2011.
60. Ells C. Évaluation de la responsabilité des hôpitaux à l'égard de la prestation de services non rémunérés. In Elsevier; 2006. p. 13-20.

61. Battaglini A, Chomienne M-H, Plouffe L, Torres S, van Kemenade S. La santé des immigrants au Canada: état des connaissances, interventions et enjeux. *Glob Health Promot.* 2014;21(1\_suppl):40-5.
62. Ruiz-Casares M, Rousseau C, Laurin-Lamothe A, Rummens JA, Zelkowitz P, Crépeau 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* [Internet]. 1 févr 2013 [cité 31 août 2014];17(2):292-8. Disponible sur: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10995-012-0973-3>
63. Pope C, Mays N. Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *Bmj.* 1995;311(6996):42-5.
64. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé.* Malakoff: Armand Colin; 2016.
65. Marshall et al. Designing qualitative research. Section: Demonstrating the essential qualitiveness of the questions. Thousand Oaks Sage. 2011;258---264.
66. Sandelowski M. Focus on research methods-whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health.* 2000;23(4):334-40.
67. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208.
68. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;1-10.
69. Haggerty JL, Roberge D, Lévesque J-F, Gauthier J, Loignon C. An exploration of rural–urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health Place.* 2014;28:92-8.
70. Richard L, Furler J, Densley K, Haggerty J, Russell G, Levesque J-F, et al. Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the IMPACT international online survey of innovations. *Int J Equity Health.* 2016;15(1):64.
71. World Health Organization. *Glossaire de la promotion de la santé.* 1998;
72. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research.* 2nd ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2011. 457 p.
73. Poupart J. Discours et débats autour de la scientificité des entretiens de recherche. *Sociol Sociétés.* 1993;25(2):93-110.
74. Imbert G. L’entretien semi-directif: à la frontière de la santé publique et de l’anthropologie. *Rech Soins Infirm.* 2010;(3):23-34.

75. Pires A. Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *Rech Qual Enjeux Épistémologiques Méthodologiques*. 1997;113-69.
76. Savoie-Zajc. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Rech Qual Hors Sér.* 2007;(5):99-111.
77. Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, Instituts de recherche en santé du Canada. Éthique de la recherche avec des êtres humains. In: Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains. 2014.
78. Paillé P. De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Rech Qual.* 1996;15:179-94.
79. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd. Armand Colin; 2016.
80. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual.* 2006;26(2):1-18.
81. Champagne MF, Contandriopoulos A-P. Commissaire à la santé et au bien-être: La performance du système de santé et de services sociaux québécois 2016 [Internet]. Place of publication not identified: Health and Welfare Commissioner of Quebec; 2016 [cité 10 sept 2018]. Disponible sur: <http://deslibris.ca/ID/10089161>
82. Legido-Quigley H, Pajin L, Fanjul G, Urdaneta E, McKee M. Spain shows that a humane response to migrant health is possible in Europe. *Lancet Public Health* [Internet]. août 2018 [cité 10 sept 2018];3(8):e358. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266718301336>
83. Caulford P, D'Andrade J. Soins de santé pour les immigrants et les réfugiés sans assurance médicale au Canada: À qui le problème revient-il? *Can Fam Physician.* 2012;58(7):e362-4.
84. OMS, éditeur. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2010. 120 p. (Rapport sur la santé dans la monde).
85. Légis Québec. Chapitre C-12: Charte des droits et libertés de la personne. [Internet]. 2018. Disponible sur: [http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-12?langCont=fr#ga:l\\_i-gb:l\\_iv-h1](http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-12?langCont=fr#ga:l_i-gb:l_iv-h1)
86. Cagnet M, Hoyez A-C, Poiret C. Éditorial: Expériences de la santé et du soin en migration: entre inégalités et discriminations. *Rev Eur Migr Int.* 2012;28(2):7-10.
87. Carde E. «On ne laisse mourir personne.» Les discriminations dans l'accès aux soins. *Travailler.* 2006;(2):57-80.

88. Batifoulier P. Espace Éthique: Santé des migrants, miroir de société [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=NST3rpzEh9g>
89. Torres AM, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants: should public health be concerned? *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(6):478-9.
90. Torres-Cantero AM, Miguel A, Gallardo C, Ippolito S. Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference? *Eur J Public Health*. 2007;17(5):483-5.
91. Dorn T, Ceelen M, Tang M-J, Browne JL, de Keijzer KJ, Buster MC, et al. Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. déc 2011 [cité 27 mai 2018];11(1). Disponible sur: <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-190>
92. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000;320(7226):50.
93. Gohier C. De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Rech Qual*. 2004;24(1):3-17.
94. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol* [Internet]. mars 2004 [cité 14 déc 2018];10(1):79-86. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1269176304000057>

# Guide d'entrevue

## Volet qualitatif étude MSAM

Accueil du participant et obtention du consentement

Mettre l'enregistreur en marche

### EXPERIENCE MIGRATOIRE

1. Pouvez-vous me raconter comment vous êtes arrivé à Montréal ?  
*Informations sur la trajectoire migratoire de manière générale, tenter de savoir s'il y a eu un évènement au pays qui a précipité le départ*

### SANTÉ ET ACCÈS AUX SOINS

2. Est-ce que vous pouvez me parler davantage de votre/vos problème(s) de santé ?
  - 2.1 Comment/quand votre problème de santé est-il apparu ?
  - 2.2 Comment expliquez-vous que vous ayez ce problème de santé/maladie ?
  - 2.3 Comment se problème de santé/cette maladie influence votre vie de tous les jours ? (famille, travail, relations sociales, autonomie, etc.)
  - 2.4 Qu'avez-vous fait pour résoudre votre/vos problème(s) de santé ?
    - 2.4.1 Recherche d'aide ou de soutien
    - 2.4.2 Sous quelle forme
    - 2.4.3 Après de qui (médecin, famille, amis, travailleurs sociaux, associations) ?
    - 2.4.4 Comment avez-vous pu obtenir cette aide ?
    - 2.4.5 Est-ce que le problème a été résolu ?

### Si la personne a tenté d'utiliser les soins de santé dans le système de santé :

3. Parlez-moi de votre expérience des services de santé ici ? (*Quelles sont vos impressions ? Comment s'est passé votre visite chez le médecin, CLSC, infirmier, service social ou tout autre relation de soin ?*)
  - 3.1 Quelles ont été les étapes nécessaires pour qu'il vous soit possible de consulter un professionnel de la santé ?

- 3.2 Qu'est-ce qui a été le plus facile dans votre recherche de soins ?
- 3.3 Qu'est-ce qui a été le plus difficile dans votre recherche de soins ?
- 3.4 À quels services n'avez-vous pas pu accéder dans votre recherche de soins et pourquoi ?
- 3.5 En quoi cela vous a aidé à vous soigner/sentir mieux ?

**Si la personne n'a pas tenté de recourir aux soins dans le système de santé :**

- 4. Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous empêché de consulter ou qui a retardé le moment de consultation ? (*discrimination, la peur, les coûts, le travail, la famille, les rendez-vous, autres...*)
- 5. Pouvez-vous m'expliquer où vous avez pu obtenir de l'aide pour soigner votre problème de santé ou en atténuer les conséquences ?

**CONSÉQUENCES**

- 6. Quelles ont été les conséquences d'avoir obtenu tardivement/de ne pas avoir obtenu les soins de santé nécessaires pour le problème de santé que vous avez eu ?
  - 6.1 Mentionner les conséquences de santé physique ou mentale sur la personne
  - 6.2 Mentionner les conséquences sur le réseau social et la famille
  - 6.3 Mentionner les conséquences sur les déterminants sociaux (travail, revenu, logement, etc.)
- 7. Quelles sont les conséquences pour vous ou votre famille de ne pas avoir d'assurance médicale ?
  - 7.1 Mentionner les conséquences de santé physique ou mentale sur la personne
  - 7.2 Mentionner les conséquences sur le réseau social et la famille
  - 7.3 Mentionner les conséquences sur les déterminants sociaux (travail, revenu, logement, etc.)

**PROPOSITIONS**

- 8. Grâce à votre expérience de vie, que proposeriez-vous pour améliorer l'accès aux soins des personnes immigrantes qui n'ont pas d'assurance médicale ?



## Fiche de collecte des données socio-démographiques

1. Age du participant	
2. Sexe du participant	
3. Quel est votre état matrimonial ?	1 <input type="checkbox"/> Marié(e) 2 <input type="checkbox"/> Union libre/conjoint de fait 3 <input type="checkbox"/> Veuf/veuve 4 <input type="checkbox"/> Séparé(e) 5 <input type="checkbox"/> Divorcé(e) 6 <input type="checkbox"/> Célibataire
4. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez terminé ?	1 <input type="checkbox"/> École primaire 2 <input type="checkbox"/> École secondaire 3 <input type="checkbox"/> Diplôme postsecondaire non-universitaire (ex. Diplôme d'études professionnelles, cégep, métier) 4 <input type="checkbox"/> Diplôme universitaire de 1er cycle 5 <input type="checkbox"/> Diplôme universitaire de 2e cycle ou 3e cycle (ex : maîtrise ou doctorat) 6 <input type="checkbox"/> Aucun
5. Quel est votre pays de naissance ?	
6. Depuis combien d'années vivez-vous au Québec ?	
7. Depuis combien d'années vivez-vous sans assurance médicale	1 <input type="checkbox"/> assurance privée pour les soins d'urgences 2 <input type="checkbox"/> assurance privée partielle
8. Quel est votre statut actuel ?	
9. Quel était votre statut migratoire lors du problème de santé/de la grossesse	
10. Avec qui habitez-vous ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">Nombre de...</div> 1 Partenaire/époux (se) _____ 2 Enfant(s) _____ 3 Petit (s)-enfant (s) _____ 4 Parent(s), frère(s) et sœur(s) _____ 5. Parent(s), frère(s) et sœur(s) du partenaire _____ 6. Ami (e/s) _____ 7. Colocataire(s) _____ 97. Autre, spécifiez _____
11. Quelle est votre principale occupation en ce moment ?	A <input type="checkbox"/> Prendre soin des enfants (sans revenu personnel) B <input type="checkbox"/> Congé de maternité  1 <input type="checkbox"/> travaillé et reçu un salaire 2 <input type="checkbox"/> travaillé sans être payé/bénévolat 3 <input type="checkbox"/> cherché un emploi

	4 <input type="checkbox"/> étudié 5 <input type="checkbox"/> pris soin des enfants et de la maison 6 <input type="checkbox"/> vécu de votre pension 7 <input type="checkbox"/> été temporairement incapable de travailler 8 <input type="checkbox"/> été incapable de travailler puisque vous ne pouvez plus travailler 97 <input type="checkbox"/> autre, spécifiez _____
12. Quel est le revenu mensuel net de votre famille ?	1 <input type="checkbox"/> Moins de 500 \$ 2 <input type="checkbox"/> De 501 à 1000 \$ 3 <input type="checkbox"/> De 1001 à 1500 \$ 4 <input type="checkbox"/> De 1501 à 2000 \$ 5 <input type="checkbox"/> De 2001 à 2500 \$ 6 <input type="checkbox"/> De 2501 à 3000 \$ 7 <input type="checkbox"/> De 3001 à 3500 \$ 8 <input type="checkbox"/> De 3501 à 4000 \$ 9 <input type="checkbox"/> De 4001 à 4500 \$ 10 <input type="checkbox"/> 4501 \$ et plus 98 <input type="checkbox"/> Ne sait pas 99 <input type="checkbox"/> Ne souhaite pas répondre
<b>Besoins de santé</b>	
13. <i>Dans la dernière année ou depuis que vous êtes sans assurance médicale</i> , avez-vous ressenti le besoin d'obtenir des soins de santé sans les recevoir ?	1 <input type="checkbox"/> Oui 2 <input type="checkbox"/> Non 99 <input type="checkbox"/> Pas de réponse

# Consentement

Université de Montréal

Faculté de Médecine

DMSP

## OBTENTION DU CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

### APRÈS LA LECTURE DU SCRIPT ORAL

Encerclez le document remis au participant:

Forme complete

Forme brève

### Déclaration de l'assistant technique obtenant le consentement verbal du participant

Le participant comprend qu'en participant à ce projet de recherche, il ne renonce à aucun de ses droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris le temps nécessaire pour expliquer le présent formulaire d'information et répondre à toutes les questions du participants et le participant m'a donné son consentement verbal pour participer à la recherche.

---

Prénom et nom de l'assistant technique

(Caractères d'imprimerie)

---

Signature de l'assistant technique

Date :

---