

Université de Montréal

Le programme de liaison de la Clinique Mauve : quel futur pour ce projet d'intervention collective pour personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal ayant émergé en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19?

Par

Sébastien Chehaitly

École de travail social, Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maitre ès sciences

en travail social, option mémoire

Août 2023

© Sébastien Chehaitly, 2023

Université de Montréal

École de travail social, Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé

Le programme de liaison de la Clinique Mauve : quel futur pour ce projet d'intervention collective pour personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal ayant émergé en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19?

Présenté par

Sébastien Chehaitly

A été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes

Emmanuelle Khoury
Présidente-rapporteuse

Edward Ou Jin Lee
Directeur de recherche

Roxane Caron
Codirectrice

Yann Zoldan
Membre du jury

Résumé

Au printemps 2020, une équipe interdisciplinaire (travail social, médecine et psychologie, notamment) et intersectorielle met sur pied la Clinique Mauve, un point de services intégrés pour personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal (Canada). Parmi les services offerts, on trouve le programme de liaison, un projet innovateur d'intervention collective ayant pour but de réduire les impacts de la crise sociosanitaire sur cette population. Dans le cadre de ce mémoire, je cherche à 1) documenter l'expérience réalisée et 2) déterminer les leçons qu'on peut tirer de cet usage de méthodologies d'intervention collective dans un contexte de crise sociosanitaire. Pour y arriver, j'utilise principalement deux cadres théoriques : la typologisation de l'intervention collective de Bourque *et al.* (2007b) et le modèle de résilience communautaire de Kirmayer *et al.* (2009). J'inscris ma démarche de recherche dans deux approches évaluatives : l'évaluation axée sur l'utilisation (Patton et Campbell-Patton, 2022) et l'évaluation descriptive en contexte de développement (Marceau, 2022 ; Rey *et al.*, 2022). L'analyse des résultats met en lumière les forces et les limites de l'intervention collective, de l'intervention multilingue et culturellement adaptée et du soutien socio-économique et matériel en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19. Elle permet aussi de découvrir les nombreux défis qui ont ponctué la réalisation de cette expérience dans un contexte hors du commun. Une série de recommandations visant les responsables de la Clinique Mauve conclut ce mémoire.

Mots-clés : intervention collective, résilience communautaire, personnes LGBTQI+ migrantes, COVID-19, évaluation axée sur l'utilisation, évaluation en contexte de développement, programme de liaison, innovation sociale en santé, intervention multilingue, intervention culturellement adaptée.

Abstract

In spring 2020, an interdisciplinary and intersectoral team (including social work, medicine, and psychology) established the *Clinique Mauve*, an integrated service point for LGBTQI+ migrants persons in Montreal, Canada. Among the services offered is the outreach program, an innovative collective intervention project aimed at mitigating the impacts of the socio-health crisis on this population. In the context of this thesis, I am seeking to 1) document the experience undertaken and 2) determine the lessons that can be drawn from the use of collective intervention methodologies in a socio-health crisis context. To achieve this, I primarily employ two theoretical frameworks: Bourque *et al.*'s typology of collective intervention (2007b) and Kirmayer *et al.*'s community resilience model (2009). My research approach aligns with two evaluative approaches: utilization-focused evaluation (Patton and Campbell-Patton, 2022) and descriptive evaluation in a development context (Marceau, 2022; Rey et al., 2022). The analysis of the results highlights the strengths and limitations of collective intervention, multilingual and culturally adapted intervention, and socio-economic and material support in the context of the COVID-19 socio-health crisis. It also reveals the numerous challenges encountered during the implementation of this experience in an extraordinary context. A series of recommendations for the leaders of the *Clinique Mauve* concludes this thesis.

Keywords : collective intervention, community resilience, LGBTQI+ migrants, COVID-19, utilization-focused evaluation, development context evaluation, outreach program, social innovation in healthcare, multilingual intervention, culturally adapted intervention.

Table des matières

Résumé.....	5
Abstract.....	7
Table des matières.....	9
Liste des tableaux	15
Liste des figures	17
Liste des sigles et abréviations	19
Remerciements.....	23
Introduction.....	25
Chapitre 1 – Problématique.....	27
1.1 Parcours migratoires des personnes LGBTQI+ migrantes : réalités pré, péri et postmigratoires .	28
1.1.1 Destination Canada? Réalités des parcours pré et péri-migratoires	28
1.1.2 Arriver au Canada? Le caractère (structurellement) déterminant du statut d’immigration	30
1.1.2.1 La voie de la demande d’asile.....	30
1.1.2.2 La voie des visas.....	31
1.1.2.3 Une possible voie de sortie : être « sans statut »	33
1.1.3 S’établir au Canada? Enjeux structurels et psychosociaux rencontrés lors de l’installation	34
1.1.3.1 Discursivités hostiles.....	34
1.1.3.2 Un accueil défailant, des services inadaptés	35
1.1.3.3 Barrières socio-économiques	36
1.1.3.4 Santé mentale.....	37
1.1.4 Persévérer au Canada? Forces, résiliences et stratégies de résistance.....	37
1.2 Le choc de la COVID-19 : impacts sur les personnes LGBTQI+ migrantes au Québec et au Canada et implications pour l’intervention.....	38
1.2.1 Impacts sur les personnes migrantes ou racisées au Québec ou au Canada	39
1.2.2 Impacts sur les personnes LGBTQI+ au Québec ou au Canada	40
1.2.3 Interventions et réponses à donner à ces impacts.....	41

1.3 La réponse du leadership LGBTQI+ migrant montréalais : émergence de la Clinique Mauve et de son programme de liaison	42
1.3.1 Présentation en survol de la Clinique Mauve	43
1.3.2 L'objet de recherche de ce mémoire : le programme de liaison de la Clinique Mauve	44
1.4 Questions, objectifs et justification de la recherche de ce mémoire.....	46
Chapitre 2 – Cadre conceptuel.....	49
2.1 Conceptualisation dominante de l'intervention collective en travail social au Québec	49
2.2 Vers un modèle de résilience communautaire en contextes LGBTQI+ migrants?	51
2.2.1 La résilience	53
2.2.2 La communauté.....	54
2.2.3 La résilience communautaire, le soutien social et le capital social	56
2.2.4 Quelle(s) résilience(s) communautaire(s) en contextes LGBTQI+ migrants?	58
Chapitre 3 – Méthodologie.....	61
3.1 Les approches évaluatives employées	61
3.1.1 Une approche générale : l'évaluation axée sur l'utilisation (ÉAU)	61
3.1.2 Une approche complémentaire : l'analyse descriptive en évaluation en contexte de développement ...	62
3.2 Présentation des données.....	64
3.2.1 Modalités de collecte de données du volet qualitatif du projet parent.....	65
3.2.1.1 Groupe A : les personnes accompagnées par la Clinique Mauve	65
3.2.1.2 Groupe B : les intervenant.e.s de la Clinique Mauve.....	66
3.2.2 Échantillon retenu pour cette évaluation (groupes A et B)	67
3.2.3 Deux sources de données complémentaires : la littérature grise de la Clinique Mauve et des échanges formels et informels avec le chercheur principal	68
3.3 Analyse des données et mise en forme des résultats	68
3.4 Considérations éthiques.....	70
3.5 Autoréflexion critique.....	71
3.6 Limites méthodologiques de ce mémoire	72
Chapitre 4 – Résultats.....	75

4.1 Étude de la raison d’être : une multiplication des situations de crise affectant les communautés LGBTQI+ migrantes.....	75
4.2 Étude de la conception : élaboration des modèles d’intervention de la Clinique Mauve.....	77
4.3 Étude de la mise en œuvre du programme de liaison de la Clinique Mauve	78
4.3.1 Présentation descriptive des ressources	79
4.3.1.1 Le financement	79
4.3.1.2 L’équipe de travail et les principes d’organisation du travail	80
4.3.1.3 Les partenariats	81
4.3.2 Les activités et leurs « extrants »	82
4.3.2.1 Activité #1 – L’évaluation de l’intérêt et des besoins des personnes à rejoindre	83
4.3.2.1.1 Rétroactions des participant.e.s	83
4.3.2.1.2 Rétroactions des intervenant.e.s	84
4.3.2.2 Activité #2 – Envoi de matériels informationnels et de référencement	84
4.3.2.2.1 Rétroactions des participant.e.s	85
4.3.2.2.2 Rétroactions des intervenant.e.s	86
4.3.2.3 Activité #3 – Les cartes-cadeaux.....	86
4.3.2.3.1 Rétroactions des participant.e.s	87
4.3.2.3.2 Rétroactions des intervenant.e.s	89
4.3.2.4 Activité #4 – Les sacs-cadeaux : distribution de matériel de réduction des méfaits	90
4.3.2.4.1 Rétroactions des participant.e.s	91
4.3.2.4.2 Rétroactions des intervenant.e.s	92
4.3.2.5 Activité #5 – Autosoin psychosocial individuel et collectif en situation de crise sociosanitaire.....	93
4.3.2.5.1 Rétroactions des participant.e.s	95
4.3.2.5.2 Rétroactions des intervenant.e.s	96
4.3.2.6 Activité #6 – Atelier virtuel sur la COVID-19 et la vaccination	98
4.3.2.6.1 Rétroactions des participant.e.s	99
4.3.2.6.2 Rétroactions des intervenant.e.s	102
4.3.3 Présentation des rétroactions des intervenant.e.s sur les ressources	102
4.3.3.1 Difficultés créées par le contexte pandémique	103
4.3.3.2 Défis liés au travail dans un projet innovant, inédit et en contexte de crise sociosanitaire	104
4.3.3.3 Sentiment vif que le travail au programme de liaison n’était pas utile	105
4.3.3.4 Malgré tout, une expérience de travail éminemment positive	106
Chapitre 5 – Discussion	109

5.1 Les méthodologies d'intervention collective : forces et limites de leur emploi	109
5.1.1 Forces	110
5.1.1.1 La communauté, le lien et la solidarité sociale : des vecteurs et des finalités puissantes de l'intervention	110
5.1.1.2 « Joindre les personnes difficiles à joindre » : la mission réussie par le programme de liaison	114
5.1.1.3 La Clinique Mauve, un joyau auquel tout le monde tient. Première réflexion sur la mobilisation de son capital social	117
5.1.2 Limites	118
5.1.2.1 L'intervention collective : une méthodologie mécomprise et insuffisamment valorisée?	118
5.1.2.2 Communautés traumatisantes, anxiété sociale et environnements sécurisants	119
5.1.2.3 Le manque de résultats du service de référencement et d'information sans accompagnement direct	123
 5.2 « Les quatre langues du programme de liaison » et intervention culturellement adaptée : joies et misères observées	 124
5.2.1 « Les quatre langues du programme de liaison » : bénéfices et lourdeurs logistiques	124
5.2.2 Adapter culturellement une intervention en un claquement de doigts : ceci n'est pas un mode d'emploi	125
5.2.3 Le français est la « langue officielle et commune du Québec », <i>are you understanding?</i>	127
 5.3 Comment développer une intervention prometteuse et innovante en contexte de crise sociosanitaire sans précédent tout en répondant à ses impacts sur la population LGBTQI+ migrante montréalaise sans se fatiguer	 128
5.3.1 Éléments de la réponse de crise les plus appréciés	128
5.3.1.1 Importance du soutien matériel et socioéconomique	128
5.3.1.2 Appréciation du soutien à la prévention contre la COVID-19 et des activités de groupe	130
5.3.1.3 Une attention proactive accordée à la santé des intervenant.e.s	131
5.3.2 Défis logistiques les plus importants rencontrés	132
5.3.2.1 Complexité et ambition du projet; une communication institutionnelle à revoir	132
5.3.2.2 Une structure décisionnelle et organisationnelle à définir	133
5.3.2.3 Des outils évaluatifs à raffiner	134
 5.4 Quelques pistes de recommandations préliminaires	 135
 Conclusion	 139
 6.1 Le programme de liaison résumé en moins de trois pages	 139

6.2 « Les colonnes du temple vont shaker »	141
<i>Références bibliographiques</i>	143
<i>Annexe I – Grille d’entretien avec le groupe A</i>	165
<i>Annexe II – Grille d’entretien avec le groupe B.....</i>	168
<i>Annexe III – Certificat d’autorisation éthique.....</i>	170
<i>Annexe IV – Infographie d’autosoin.....</i>	175

Liste des tableaux

Tableau 1. –	Modalités de collecte des données qualitatives du projet parent (groupes A et B)	65
Tableau 2. –	Caractéristiques du groupe des personnes accompagnées (groupe A, n=11) ..	67
Tableau 3. –	Caractéristiques du groupe des intervenant.e.s (groupe B, n=10)	68
Tableau 4. –	Constitution de l'équipe de liaison, périodes de travail et supervision clinique prévue	81
Tableau 5. –	Constitution de l'équipe clinique, périodes de travail et supervision clinique prévue	81
Tableau 6. –	Fiche descriptive de l'activité #1 – évaluation des participant.e.s	83
Tableau 7. –	Fiche descriptive de l'activité #2 – informations et référencement	85
Tableau 8. –	Fiche descriptive de l'activité #3 – cartes-cadeaux.....	87
Tableau 9. –	Constitution des sacs-cadeaux et donateurs des contenus.....	90
Tableau 10. –	Fiche descriptive de l'activité #4 – sacs-cadeaux.....	91
Tableau 11. –	Fiche descriptive de l'activité #5 – auto-soin	93
Tableau 12. –	Statistiques de participation à l'atelier de groupe.....	95
Tableau 13. –	Fiche descriptive de l'activité #6 – atelier sur la COVID et la vaccination	99

Liste des figures

Figure 1. –	Arbre thématique déductif de la grille d'analyse.....	70
Figure 2. –	L'outil « ON SE DONNE UNE CHANCE : prendre soin de soi durant la pandémie »	
(v.f.)	94	

Liste des sigles et abréviations

CAQ : Coalition Avenir Québec

CISR : Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada

CISSS: Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

CM : Clinique Mauve

COVID-19 : Maladie du coronavirus 2019

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DSPQ : Direction de la santé publique du Québec

DSS : Déterminants sociaux de la santé

EDI : Équité, diversité, inclusion

FAFM : Fondation pour l'avancement de la médecine familiale

FAMC : Fondation de l'Association médicale canadienne

FRQSC : Fonds de recherche du Québec – Société et culture

GMF-U : Groupe de médecine familiale universitaire

HARSAH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes

ILGA: Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bissexuelles, trans et intersexuées

INSPQ : Institut nationale de la santé publique du Québec ISS : Inégalités sociales de la santé

IU SHERPA : Institut universitaire SHERPA

LGBTQI+ : Lesbienne, gai, bisexuel.le, trans, queer, intersexe et autres

LIPR : Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés

NGP : Nouvelle gestion publique

PdL : Programme de liaison

PRAIDA : Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile QS : Québec solidaire

SI : Soins intensifs

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

*À toutes les personnes qui bâtissent nos communautés,
qui refusent de laisser le statu quo nous limiter,
qui cassent des œufs pour faire des omelettes.*

Merci pour ce que vous faites.

*Merci de ne pas abandonner
et de nous montrer la voie à suivre.*

Remerciements

Mes premiers remerciements, je rêve de les écrire depuis des années, bien avant que j'entame mes études de 2e cycle. Je me disais que si je me rendais là un jour, vous seriez les premières que je voudrais remercier : Steph et Marie, merci d'avoir cru en moi et d'avoir redoublé d'efforts et d'attention à un moment où bien des gens m'encourageaient à être raisonnable et soulignaient que des études universitaires, ce n'était pas nécessairement pour tout le monde, et qu'il n'y avait pas de déshonneur à choisir une autre voie. Ce n'était pas faux, mais vous m'avez rappelé les capacités que vous voyiez en moi et vous m'avez convaincu de ne pas lâcher. Je ne crois pas que j'aurais pu me rendre jusqu'au bout sans votre travail et votre investissement, alors je vous remercie du fond du cœur pour ce que vous avez fait pour moi!

Un immense merci à mon directeur, Edward Ou Jin Lee. Ton investissement personnel dans mon parcours a été hors pair. Tu avais des choses à me transmettre et je me sens chanceux d'avoir reçu ces enseignements. Merci pour ta patience, particulièrement en début de parcours, quand je ne comprenais pas ce que tu t'efforçais de m'enseigner, en particulier pour ces choses que « je ne savais pas que je ne savais pas ». Grâce à tes enseignements, je me sens capable d'apprécier des tonnes de choses que je n'aurais pas pu apprécier auparavant. Merci d'avoir autant cru en moi et de m'avoir intégré dans tes nombreux projets, de m'avoir placé dans autant de situations d'apprentissages que possible, d'avoir renforcé ta présence dans les moments les plus difficiles de mon parcours, d'avoir tout fait pour minimiser mon stress financier et de m'avoir soutenu lorsque j'ai voulu présenter les résultats de mes travaux à l'étranger. Je ressors tellement grandi de cette aventure, grâce à tout ce que tu as fait!

Je remercie ma co-directrice, Roxane Caron, pour sa présence chaleureuse, enthousiaste et intéressée dans mon cheminement. Merci, Roxane, pour tes lectures attentives, tes commentaires généreux, ta curiosité et les nombreux échanges que nous avons eus. Merci aussi pour ta patience, ta douceur, ta bienveillance et pour la confiance et l'estime dont tu me faisais preuve. Je me sens reconnaissant pour tous les apprentissages que j'ai fait grâce à toi et d'avoir pu « profiter » du « feu de ta passion »!

Je tiens à saluer les membres de la Clinique Mauve qui m'ont appuyé ou qui ont facilité la rédaction de ce mémoire. Catherine et Abelardo, merci pour votre collecte de données dont je bénéficie dans ce mémoire. Ahmed, merci pour tes suggestions qui m'ont permis de structurer mon analyse et ma rédaction au début de ma démarche. Marianne, merci pour tes offres renouvelées d'accompagnement à la fin pour m'aider à traverser la ligne d'arrivée, mais surtout, merci pour ton estime et ta confiance. T'avais le don de me faire sentir comme un *king* quand je t'écoutais parler et ça, ça n'a pas de prix!

J'aimerais aussi remercier mes camarades d'aventure de maîtrise pour leur compagnie. Jeanne, merci pour l'estime que tu me manifestais et ta motivation à nous faire vivre l'aventure universitaire en groupe. C'est dommage que la COVID-19 se soit mise dans notre chemin, mais j'ai l'intuition que nos chemins vont se croiser! Pier-Luc, merci de m'avoir ouvert les yeux sur des perspectives que je ne connaissais pas et que je gagnais à connaître. Merci aussi pour ton écoute, ton intérêt et toutes nos discussions! Mireille, merci de m'avoir laissé embarquer dans tes péripéties et d'avoir été là dans les moments où j'en avais besoin. Laisse-moi te dire que la maîtrise aurait été bien plus *plate* sans toi! J'ai hâte de continuer à suivre tes travaux et tes prochaines aventures.

Merci à toi, Loïs, de m'avoir laissé entrer dans la fin de ton parcours de thèse. Tu m'as montré des pièges à éviter et tu m'as soutenu quand je les rencontrais quand même!

Enfin, je souhaite remercier le Fonds de recherche du Québec – Société et culture, la Chaire de recherche du Canada sur les sexualités, les genres et les migrations, ERASME, le Peer Navigator Project, le Club Saint-Denis et le Fonds des Mille et un métiers pour avoir financé mon parcours. Franchement, je ne vois pas comment cette maîtrise aurait pu être complétée autrement!

C'est maintenant fini! Je me sens infiniment chanceux et reconnaissant d'avoir pu vivre cette aventure. Merci à tout le monde que j'ai croisé durant mon parcours de maîtrise pour ce que vous m'avez apporté. À la prochaine!

Introduction

La pandémie de la COVID-19 a bouleversé la planète de manières qui semblaient insoupçonnables avant son déclenchement. Au moment d'écrire ces lignes, elle avait provoqué, à l'échelle mondiale, près de 7 millions de décès (Organisation mondiale de la santé, 2023). Le Québec fait partie des régions à avoir été lourdement affectées. Durant la première vague de la pandémie, la province affichait parmi les plus hauts taux de contamination et de décès dans le monde (Alami *et al.*, 2021 ; Breton et Hudon, 2020 ; INSPQ, 2023 ; Vitale, 2022). La pandémie n'a pas affecté que la santé physique; elle a aussi eu de lourds impacts sur la santé psychosociale et mentale des gens. Ces impacts étaient provoqués non seulement par la crainte de contracter le virus, mais aussi par les effets des mesures sociosanitaires mises en place pour mitiger sa propagation. Au Québec, les mesures instaurées avaient été décriées, par certain.e.s expert.e.s, pour leur caractère répressif et leur manque de considération des pluralités des réalités sociales (Cossette et Simard, 2022 ; Fallu, 2022 ; Jean et Simard, 2022).

Très tôt durant la pandémie, des chercheuses ont exprimé des inquiétudes de voir la crise sociosanitaire affecter plus durement les populations et les groupes déjà marginalisés et vulnérabilisés de la société (Chatterjee *et al.*, 2020 ; Schmitz *et al.*, 2020 ; Tircher et Zorn, 2020). Dans ce contexte, l'intervention sociale et le travail social étaient appelés à intervenir, autant pour contribuer à réduire les impacts de la crise sur les populations que pour participer à l'éducation sur le virus et les moyens de s'en protéger (AIFRIS, 2022).

Dans le cadre de ce mémoire de recherche de maîtrise en travail social, j'ai choisi de m'intéresser à l'utilisation de méthodologies d'intervention collective avec des populations marginalisées et vulnérabilisées en contexte de crise sociosanitaire. Plus précisément, je me suis intéressé à leur emploi avec les personnes et les communautés LGBTQI+ migrantes à Montréal. L'objet de recherche choisi pour ce mémoire est le programme de liaison de la Clinique Mauve, un projet d'intervention collective visant à réduire les impacts de la crise sociosanitaire de la COVID-19 sur les personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal. Celui-ci a opéré principalement de décembre 2020

à août 2021. La Clinique Mauve est un point de services intégrés en santé psychosociale, médicale et sexuelle pour personnes LGBTQI+ à Montréal, ayant émergé en mai 2020.

Au cours de ce mémoire, composé de cinq chapitres, je présente la démarche de recherche suivie pour y arriver. Dans le premier chapitre, je présente la problématisation que je fais du sujet de recherche, en le situant scientifiquement et socialement, et en formulant les questions et les objectifs de recherche choisis. Dans le chapitre 2, je présente le cadre conceptuel constitué pour permettre l'analyse de l'objet de recherche. Dans le chapitre 3, j'expose le devis méthodologique développé pour effectuer la recherche. Dans le chapitre 4, je présente les résultats découlant de la recherche. Dans le chapitre 5, je discute de ces résultats, en les mettant en dialogue avec le cadre conceptuel développé et la littérature recensée. J'y présente également des éléments de réponses aux questions de recherche énoncées. Je conclus le mémoire en formulant des recommandations à l'intention des responsables de la Clinique Mauve.

Chapitre 1 – Problématique

Au cours de ce chapitre, la problématique au cœur de ce mémoire est exposée, soit l'intervention collective avec les personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal en contexte de crise sociosanitaire de la COVID-19. Pour ce faire, la présentation se déploie en quatre temps. Le premier sert à présenter les réalités des parcours migratoires des personnes LGBTQI+ migrantes durant les phases pré, péri et postmigratoires. Le deuxième cherche à présenter les impacts de la crise sociosanitaire de la COVID-19 sur les personnes LGBTQI+ à Montréal, au Québec et au Canada. Le troisième expose la réponse du leadership LGBTQI+ migrant montréalais à la crise et une des méthodes d'intervention employée par celui-ci pour ce faire, le *programme de liaison*. Le quatrième pose le problème de recherche au cœur de ce mémoire et définit les questions, les objectifs et la justification de la recherche.

Ce chapitre comporte quelques limites dont le lectorat devrait être averti. D'abord, les réalités « LGBTQI+ » sont la plupart du temps présentées comme un « bloc », et je m'attarde peu aux faits qui les distinguent. Je pense, en particulier, aux réalités trans, intersexuées et à celles des femmes (trans et cis), qui mériteraient une plus grande analyse différenciée. Les perspectives critiques autochtones ne sont pas suffisamment non plus intégrées, alors que l'analyse des réalités en territoires colonisés canadiens ne devrait se permettre cette économie. Un plus grand dialogue avec la littérature émanant des Sud aurait pu être effectué, dans une perspective transnationale. Une partie de la littérature empirique qui sera citée comporte, par ailleurs, des biais similaires à ceux qui viennent d'être nommés; notamment, les données étaient souvent collectées auprès d'hommes cis gais plutôt que chez l'ensemble des personnes LGBTQI+. Dans le cadre de cet exercice de mémoire de maîtrise, je suis forcé d'afficher une posture d'humilité et de reconnaître que je n'échappe pas aux limites qui s'imposent parfois malgré nous. Je pense notamment aux injonctions de productivité et d'efficacité, où il faut produire rapidement ce à quoi on s'attend de nous. Je pense aussi aux efforts qu'il faut investir pour produire des savoirs à contre-courant. Dans ce contexte, il faut voir ce mémoire comme une étape dans la production d'un savoir sur

l'intervention collective auprès des personnes LGBTQI+ migrantes, en contexte de crise ou non, qui devrait être idéalement repris et complété à travers le temps.

1.1 Parcours migratoires des personnes LGBTQI+ migrantes : réalités pré, péri et postmigratoires

Dans cette section, les réalités entourant l'ensemble des parcours migratoires des personnes LGBTQI+ migrantes sont présentées sommairement. La phase prémigratoire réfère aux réalités prédépart. La phase périmigratoire renvoie à la période de déplacement entre le pays d'origine et le pays de destination désiré. La phase postmigratoire aborde le moment suivant l'arrivée dans le pays visé, moment qui équivaut rarement tout à fait avec la fin du processus migratoire.

1.1.1 Destination Canada? Réalités des parcours pré et périmigratoires

Les migrations des personnes LGBTQI+ sont régulièrement représentées comme des mouvements de personnes fuyant des pays des Sud « rétrogrades » et « barbares » (Bilge, 2010) en matière de sexualité ou de genre pour trouver refuge dans des pays des Nord, qui seraient, à l'opposé, « progressistes » et « modernes » en la matière (Bilge, 2010 ; Gingras-Dubé, 2020 ; Jenicek *et al.*, 2009 ; Lee, 2018 ; Murray, 2015 ; Puar, 2013 ; Roy, 2012). Parmi ces derniers, le Canada est perçu comme des plus particulièrement accueillant et sécuritaire (Gingras-Dubé, 2020 ; Jenicek *et al.*, 2009 ; Lee, 2018 ; Murray, 2015 ; Roy, 2012). S'il est vrai que la plupart des pays pratiquant « l'homophobie d'État », tel que rapporté par l'Association internationale des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexuées (ILGA World *et al.*, 2020), se trouvent dans les Sud, et que les personnes LGBTQI+ migrantes rapportent y fuir des formes de persécutions graves, telles que la brutalité policière, l'ostracisation familiale et sociale ou la tentative d'assassinat (Alessi *et al.*, 2021a), ces migrations ne peuvent être interprétées sans prendre en considération plusieurs autres facteurs complexes et interconnectés. Parmi ceux-ci, on y dénombre : la répression et l'effacement historique des sexualités et genres non hétérocisnormatifs indigènes par les puissances colonisatrices européennes; la guerre; la violence politique; la dictature; la domination économique; et les désastres environnementaux (Haas *et al.*, 2020 ; Lee, 2018).

Par ailleurs, si un pays des Nord (comme le Canada) est souvent la destination souhaitée, une partie importante des personnes migrantes (LGBTQI+ ou non) n'y met jamais les pieds ou rencontre des obstacles importants pour y arriver (Alessi *et al.*, 2018 ; Caron *et al.*, 2022 ; Lee, 2019 ; Zimmerman *et al.*, 2011). Les parcours de migration sont la plupart du temps longs, dangereux et non linéaires (Alessi *et al.*, 2018 ; Caron *et al.*, 2022 ; Zimmerman *et al.*, 2011). Ils peuvent inclure de longs séjours dans des pays de transit, dans des conditions peu sécuritaires (notamment dans des camps de réfugié.e.s) (Alessi *et al.*, 2018 ; Caron *et al.*, 2022 ; Zimmerman *et al.*, 2011). Certains parcours s'arrêtent dans l'un de ces pays de transit pour une durée indéterminée, sans permettre aux personnes de sortir de l'état de réfugié.e, à la fois légalement et émotionnellement (Alessi *et al.*, 2018 ; Caron *et al.*, 2022 ; Zimmerman *et al.*, 2011). Durant la phase périmigratoire, on dénote également un risque accru pour les personnes LGBTQI+ de vivre des agressions sexuelles (Alessi *et al.*, 2021a). Elles peuvent avoir davantage recours au travail du sexe dans des contextes peu sécuritaires, afin de s'assurer un revenu (Alessi, 2016 ; Alessi *et al.*, 2021a ; Alessi et Kahn, 2017). Les personnes trans sont davantage exposées à ces risques, mais les études citées ne précisent pas leur genre (Alessi *et al.*, 2021a). L'interception, la détention et la déportation peuvent aussi attendre les personnes migrantes aux pays de destination visés (Alessi *et al.*, 2021a ; Cleveland *et al.*, 2013 ; Lee, 2018 ; Lee *et al.*, 2020a ; Lee et Brotman, 2011 ; Nakache, 2013 ; Zimmerman *et al.*, 2011). Cela peut causer des traumatismes, particulièrement chez les personnes migrantes qui s'attendent à avoir enfin atteint une terre d'accueil, de refuge et d'espoir, et les symptômes négatifs peuvent subsister longtemps après la libération; ces observations s'appliquent par ailleurs particulièrement dans le cas du Canada (Alessi *et al.*, 2021a ; Cleveland *et al.*, 2013 ; Lee et Brotman, 2011 ; Nakache, 2013 ; Zimmerman *et al.*, 2011). Pour des personnes LGBTQI+ migrantes qui se font déporter, le retour « à la maison » peut être particulièrement dangereux et violent. Certaines rapportent avoir été alors violées ou agressées (Alessi *et al.*, 2021a). Cela peut les plonger dans un état sévère de désespoir et favoriser l'idéation suicidaire. Pour ces personnes, la seule solution apparente peut s'avérer être de fuir et de tenter sa chance à nouveau (Alessi *et al.*, 2021a).

Les personnes migrantes LGBTQI+ qui arrivent à demeurer au Canada apprécient en général la sécurité qu'elles y trouvent et la plus grande liberté d'exprimer leurs sexualités et leurs genres

(Alessi, 2016 ; Alessi *et al.*, 2021a ; Chehaitly *et al.*, 2020 ; Lee, 2017 ; Murray, 2015). Cela peut susciter chez elles des sentiments d'exaltation et de grande reconnaissance envers leur pays de refuge (Alessi, 2016 ; Alessi *et al.*, 2021a ; Chehaitly *et al.*, 2020 ; Lee, 2017 ; Murray, 2015). Toutefois, à plus long terme, la joie du début peut laisser place à la désillusion (Lee, 2017, 2018 ; Murray, 2015). L'arrivée au Canada ne garantit pas que l'asile sera accordé non plus et que l'intégration sera facile. Tout un dispositif sécuritaire et légal vient patrouiller l'accès au pays. La prochaine section présente les différents statuts permettant – et limitant – l'immigration et leurs impacts structurels sur l'installation au Canada.

1.1.2 Arriver au Canada? Le caractère (structurellement) déterminant du statut d'immigration

Les conditions d'existence des personnes LGBTQI+ migrantes au Canada, tout comme les autres personnes migrantes, sont hautement déterminées et structurées par leur statut légal de migration (Lee, 2019 ; Lee et Brotman, 2013 ; Caron *et al.*, 2022 ; Caron, 2012). L'intervention doit donc être conçue en conséquence. Dans cette section, je présente d'abord les deux voies qui permettent d'obtenir un statut au Canada : la voie de la demande d'asile et la voie des visas. En cas d'échec ou de problèmes dans le processus, je présente une troisième voie, qui peut correspondre en fait à une voie de sortie, c'est-à-dire celle des « sans statut ». Pour chacune de ces catégories, je présente les principales caractéristiques légales, les conséquences sur les conditions de vie et les implications pour l'intervention.

1.1.2.1 La voie de la demande d'asile

Selon la *Convention de Genève relative au statut de réfugié*, dont le Canada est signataire, une personne demandeuse d'asile est une « personne qui revendique le statut de réfugié hors de son pays parce qu'elle craint d'y être persécutée » (Trosseille *et al.*, 2019, p. 12). Selon la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés du Canada (LIPR), les craintes de la personne doivent l'empêcher de retourner dans son pays (*Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, 2022, L.C. 2001, ch. 27). Une demande d'asile ne peut être déposée que si l'on se trouve sur le sol canadien (*Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, 2022, L.C. 2001, ch. 27). En cas

contraire, un visa doit être demandé et obtenu, comme nous le verrons dans la prochaine section (1.1.2.2) de ce mémoire.

Une personne obtenant le statut de demandeur.e d'asile obtient le droit temporaire de résider au Canada, en attendant que sa demande soit traitée par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR). Ce délai tourne autour des deux années (Bureau du vérificateur général du Canada, 2019 ; Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, 2023). Cette attente est souvent vécue péniblement par les personnes demandeuses d'asile à cause de l'incertitude qu'elle génère (Alessi et Kahn, 2017 ; Bastien *et al.*, 2022 ; Lee et Brotman, 2013). De plus, le processus comporte plusieurs formalités juridiques et bureaucratiques à suivre scrupuleusement, le rendant complexe, exigeant et absorbant pour les personnes qui le suivent (Lee et Brotman, 2013 ; Trosseille *et al.*, 2019). Il implique aussi l'obligation de révéler, avec beaucoup de détails et de profondeur, les expériences de violences physiques, psychologiques et sexuelles subies pour justifier sa demande (Alessi *et al.*, 2021a ; Kahn et Alessi, 2018 ; Lee *et al.*, 2020a ; Lee et Brotman, 2011). Cette obligation amène un haut risque de retraumatisation (Beaudry, 2017, 2018 ; Kahn et Alessi, 2018 ; Lee *et al.*, 2020a ; Lee et Brotman, 2011).

De par la place que prend le processus juridico-administratif, les besoins psychosociaux et de santé sont à risque d'être mis au rancart, en attendant la fin du processus (Alessi *et al.*, 2020 ; Lee et Brotman, 2011). De plus, l'accès aux services de santé, sociaux et communautaires est complexifié par le refus de prestataires de santé de prendre en charge le régime d'assurance-maladie fédéral des personnes demandeuses d'asile – le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) (Lee et Brotman, 2013 ; Trosseille *et al.*, 2019). En effet, leur participation au programme est facultative (Trosseille *et al.*, 2019).

Si la demande d'asile est acceptée, la personne obtient le statut de réfugié.e et la résidence permanente devient accessible via une formalité bureaucratique. En 2020-2021, le taux d'acceptation des demandes d'asile était de 58% (CISR, 2021).

1.1.2.2 La voie des visas

Les personnes réfugiées – au sens de la Convention de Genève – souhaitant demander l'asile au Canada, et se trouvant hors de son territoire, doivent obtenir un visa de réfugié.e au préalable

(*Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, 2002, L.C. 2001, ch. 27). Pour ce faire, une personne ou un regroupement doit se porter garant financièrement de leur installation au Canada, habituellement via un programme de réunification familiale ou de parrainage privé (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019 ; Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, 2021). Ces conditions peuvent être plus difficiles à rencontrer pour les personnes LGBTQI+, qui sont plus à risque d'être désaffiliées socialement et précarisées socioéconomiquement (Alessi *et al.*, 2021a ; Lee, 2019). Les délais encourus dans ce genre de démarches sont indéterminés ou de l'ordre de plusieurs années (Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, 2023). Le nombre de places disponible y est, par ailleurs, très limité, et de nombreux critères restreignent de manière importante l'accessibilité (Caron *et al.*, 2022 ; Lee, 2019). Toutefois, les personnes qui parviennent à se rendre au bout du processus sont accueillies au Canada avec, en poche, un statut de résidence permanente (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019 ; Trosseille *et al.*, 2019).

Considérant les nombreuses embuches entourant les processus d'obtention d'un statut de réfugié.e au Canada, des personnes migrantes (LGBTQI+ ou non) tentent leur chance autrement, en visant plutôt l'acquisition d'un visa de résidence temporaire – p. ex. visa de tourisme, de travail temporaire, d'études, etc. – dans l'espoir de trouver une solution plus pérenne par la suite (Lee, 2019). Si les critères de sélection pour ces visas restreignent normalement l'accès au Canada à des personnes nanties en capital financier ou social, celles plus défavorisées multiplient les stratégies pour y répondre malgré tout. Réussir s'agit pour elles parfois d'une question de vie ou de mort (Caron *et al.*, 2022 ; Lee, 2019).

En intervention, il ne faut pas croire automatiquement que les personnes détenant des statuts temporaires sont nécessairement plus privilégiées que celles en processus de demande d'asile. Certain.e.s optent pour cette voie faute de choix, par question de survie. Les personnes avec un statut temporaire, sauf exception, n'ont pas accès à un régime d'assurance maladie public et, dépendamment de leur situation, leurs conditions de séjour sur le territoire peuvent être très précaires (Lee, 2019 ; Trosseille *et al.*, 2019). Les personnes qui sont reçues à titre de réfugié.e.s accepté.e.s par le Canada, pour leur part, ont accès au régime d'assurance-maladie de leur province d'accueil, tout comme les autres résident.e.s permanent.e.s (Trosseille *et al.*, 2019). Peu importe le statut des personnes migrantes, LGBTQI+ ou non, les conditions d'installation peuvent

demeurer difficiles en raison de nombreux enjeux, qui seront abordés à la section 1.1.3. L'obtention d'un statut permanent ne mène donc pas nécessairement à la fin des besoins en intervention.

1.1.2.3 Une possible voie de sortie : être « sans statut »

Les personnes dites « sans statuts » ou « sans-papiers » sont des personnes ne détenant pas de statut légal leur permettant de séjourner, de manière temporaire ou permanente, au Canada, et sont de ce fait particulièrement à risque d'être visées par un ordre de déportation (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019 ; Lee, 2021 ; Trosseille *et al.*, 2019). Il peut s'agir de personnes ayant tenté d'obtenir la résidence permanente par des voies régulières, mais dont la demande a été refusée (p. ex. une demande d'asile rejetée), ou de personnes ayant commis des erreurs dans leur processus les disqualifiant (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019 ; Lee, 2021). Il est à noter toutefois que certains processus peuvent permettre la régularisation du statut (p. ex. une demande de considération d'ordre humanitaire ou solliciter le pouvoir discrétionnaire du ministre de l'Immigration du Canada), mais ceux-ci demeurent dans l'ordre de l'extraordinaire (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019).

Les personnes sans statut peuvent avoir à vivre dans le secret et à se cacher des autorités. Elles ne bénéficient habituellement d'aucune assurance maladie publique ni de permis d'étude ou de travail (Caron *et al.*, 2022 ; CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019 ; Lee, 2021). Il s'agit, de loin, de la situation légale la plus vulnérabilisante et précarisante. Pour toutes ces raisons, les réalités des personnes « sans statut » au Canada sont peu documentées dans la recherche, et celles des personnes LGBTQI+ le sont encore moins (Lee *et al.*, 2020b). En intervention, l'investissement dans la construction d'un lien de confiance solide n'en devient donc que plus capital. Les intervenant.e.s devraient également s'assurer que les personnes qu'elles rencontrent connaissent leurs droits. Les références devraient être faites, autant que possible, vers des partenaires qui connaissent leurs réalités spécifiques et complexes (Lee et Brotman, 2011, 2013).

1.1.3 S'établir au Canada? Enjeux structurels et psychosociaux rencontrés lors de l'installation

Après avoir survolé les réalités pré et péri-migratoires ainsi que les impacts structurels du statut d'immigration sur les personnes LGBTQI+ migrantes à leur arrivée au Canada, nous explorons, dans cette section, les enjeux entourant l'installation des personnes.

1.1.3.1 Discursivités hostiles

Des discours forts, émanant à la fois des autorités gouvernementales et de groupes sociaux, circulent, associant l'accueil des personnes migrantes, de leurs cultures et de leurs religions d'origine, à des fardeaux ou des menaces à la nation (Bilge, 2010 ; Cleveland *et al.*, 2021 ; Gingras-Dubé, 2020). Au Québec, ces discours sont particulièrement renforcés par une fragilité (blanche) identitaire québécoise, qui voit l'immigration non francophone comme une menace à la survie du « fait français en Amérique » et aux soi-disant « valeurs québécoises » telles que la « laïcité », « l'égalité hommes-femmes » ou même « l'ouverture aux identités LGBTQI+ » (Gingras-Dubé, 2020)¹. Pourtant, dans l'espace médiatique, il s'avère que ce sont souvent les mêmes personnes craignant l'immigration qui dénoncent la démarginalisation de discours féministes et LGBTQI+ (Bilge, 2010 ; Gingras-Dubé, 2020). Ces discursivités hostiles – qui, nommons-le, sont des manifestations de racisme et d'hétéronormativité, participent à la déshumanisation et à l'altérisation des personnes migrantes – LGBTQI+ ou non – au Québec. Cela a pour résultat de les fragiliser et de les exposer à des discriminations de toutes sortes, comme nous continuerons de le voir dans les prochaines sections.

¹ La « fragilité blanche » est un concept développé par la chercheuse blanche Robin DiAngelo (2011), qui renvoie « aux réactions défensives des personnes blanches lorsque confrontées à leur racisme ou leur position privilégiée en tant que blancs et blanches [...] » (DiAngelo, 2011, p.54, citée dans Dumas-Kemp, 2018, p. 4-5). Certain.e.s argumenteront, à raison, que la fragilité blanche, au Québec, découle d'un rapport d'oppression historique exercé par le régime colonialiste britannique, qui a infériorisé la population canadienne-française en Amérique du Nord (Gingras-Dubé, 2020 ; Potvin, 2010). Toutefois, c'est précisément cette justification qui est instrumentalisée et mobilisée au Québec pour justifier les réactions défensives et les actions répressives envers des faits ou des groupes sociaux qui deviennent altérisés et associés à la dangerosité. Comme le dénote Gingras-Dubé (2011, p.3), « [l]a construction du peuple québécois blanc comme étant fragile et la construction du danger d'être envahi.e-s dans l'imaginaire national peuvent être vus comme des éléments qui « aide[nt] à maintenir le racisme en place [traduction libre] » (DiAngelo, 2018, p. 4) et à exempter les québécois.e-s blanc.he-s d'être confronté.e-s en lien avec leurs privilèges. »

1.1.3.2 Un accueil défailant, des services inadaptés

L'arrivée des personnes migrantes, au Canada, se fait dans des conditions loin du *homecoming* qu'elles peuvent s'imaginer (Beaudry, 2017, 2018 ; George, 2010, 2012 ; Murray, 2015). Comme nous venons tout juste de constater, des actrices sociales d'importance manifestent beaucoup d'hostilité envers l'accueil des personnes migrantes. Si certains services existent et peuvent opérer selon un mandat précis (p. ex., le Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile – PRAIDA), la réalité est que les services d'accueil et d'intégration sont manquants ou inadaptés, particulièrement en ce qui concerne les personnes LGBTQI+ (El-Hage et Lee, 2016 ; Lee *et al.*, 2020b).

Les participant.e.s LGBTQI+ migrantes à une étude torontoise (Yee *et al.*, 2014) portant sur l'utilisation de services généraux (*mainstream*) d'accueil et d'installation partagent des malaises importants à leur propos. Iels les trouvent froids, peu accueillants et les font sentir « comme un numéro » (Yee *et al.*, 2014). L'administration des services, dans un style de nouvelle gestion publique (NGP) (Bentayeb et Goyette, 2013 ; Yee *et al.*, 2014), renforce, chez elles, le malaise lié à la demande de services, et le sentiment de stigmatisation qui peut en découler (Yee *et al.*, 2014). Les auteures de l'étude dénoncent l'utilisation excessive d'une approche orientée vers les solutions, dans une perspective apparente d'efficacité des services, qui se concentre sur des succès superficiels et individuels. Iels critiquent, par ailleurs, le manque de mise en lien des personnes entre elles-mêmes, avec la collectivité ou avec la défense et la promotion de leurs droits. On constate également que ces services manquent d'adaptations culturelles (p. ex., par le vocabulaire utilisé) et que les intervenant.e.s manquent de connaissances sur leurs réalités, lorsqu'iels ne font pas carrément preuve de racisme ou d'hétérocinormativité (El-Hage et Lee, 2016 ; Yee *et al.*, 2014).

Pour pallier au manque de services adaptés et à la discrimination, les personnes LGBTQI+ et les personnes migrantes ont tendance à se tourner, lorsqu'elles en sont capables, vers leurs communautés respectives (p. ex., les communautés LGBTQI+ ou les communautés diasporiques) pour se protéger, s'entraider ou même riposter (Chenhaitly *et al.*, 2020 ; El-Hage et Lee, 2016 ; Fuentes Bernal, 2022 ; Lee et Brotman, 2013 ; Yee *et al.*, 2014). Cela dit, les personnes LGBTQI+ migrantes peuvent vouloir éviter leurs communautés diasporiques, de peur d'y revivre le même

type de violences qui les ont menés à fuir leurs pays à l'origine; elles peuvent tout autant vouloir éviter les communautés LGBTQI+, qui ne sont pas nécessairement adaptées à leurs réalités (Chehaitly *et al.*, 2020 ; El-Hage et Lee, 2016).

Le positionnement social particulier des personnes LGBTQI+ migrantes complique leur accès aux services d'accueil et d'intégration leur étant destinés. Par exemple, des personnes LGBTQI+ migrantes ont rapporté des expériences de discrimination hétérocisnormative lors de leurs cours de langue d'accueil (p. ex. de francisation, lorsqu'au Québec) (Alessi *et al.*, 2021a). Des personnes LGBTQI+ migrantes refusent de recourir à des services d'interprètes, de peur que ceux-ci se révèlent être des personnes hétéronormatives les connaissant, et de risquer ainsi un dévoilement non désiré de leur identité minorisée (Alessi *et al.*, 2021).

1.1.3.3 Barrières socio-économiques

Comme nous l'avons vu dans la section 1.1.2, le statut d'immigration d'une personne migrante structure considérablement ses conditions de vie au Canada. Celui-ci peut restreindre l'accès aux études et le type de travail pratiqué. Des conditions peuvent être imposées, telles que le maintien d'un emploi avec un employeur précis, pour que le statut soit maintenu (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019 ; Cleveland *et al.*, 2021 ; Lee, 2019 ; Trosseille *et al.*, 2019). Pour joindre les deux bouts, des personnes migrantes peuvent choisir d'occuper des emplois généralement évités par les citoyen.ne.s canadien.ne.s, possiblement plus dangereux ou moins valorisant, et offrant de moins bonnes conditions de travail (Henaway, 2022 ; Lee, 2019). Elles exposent aussi des personnes migrantes à l'abus d'employeurs malveillants, surtout celles connaissant moins leurs droits (Henaway, 2022 ; Lee, 2019). Ces restrictions peuvent entraîner la précarisation socio-économique, qui peut se manifester par de la pauvreté, de l'insécurité alimentaire et de la difficulté à accéder à des logements adéquats (CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019 ; Cleveland *et al.*, 2021 ; Lee, 2019 ; Trosseille *et al.*, 2019).

L'hostilité envers la non-conformité dans le genre s'avère être aussi une barrière d'accès importante à l'emploi, et même à un logement (Alessi *et al.*, 2021a ; Tourki *et al.*, 2018). Les personnes visiblement non conformes dans le genre sont plus à risque d'être exposées à des

comportements discriminatoires, que ce soit au travail ou dans la société (Alessi *et al.*, 2021a ; Beaudry, 2017, 2018 ; Lee *et al.*, 2020a).

1.1.3.4 Santé mentale

Les personnes LGBTQI+ migrantes sont plus à risque de vivre des enjeux de santé mentale, tels que la dépression, l'anxiété, le trouble du syndrome post-traumatique (TSPT), l'isolement social, l'idéation suicidaire ou la difficulté à contrôler, comme la personne concernée le souhaiterait, la consommation de substances (Alessi *et al.*, 2021a ; Lee *et al.*, 2020a). Ces enjeux de santé mentale peuvent être considérés comme des répercussions des abus et de la maltraitance subis, de la phase prémigratoire à postmigratoire (Alessi *et al.*, 2021a ; Lee *et al.*, 2020a). Cela aurait pour conséquence d'alourdir le poids des enjeux globaux avec lesquelles les personnes LGBTQI+ migrantes doivent composer, et de rendre plus complexe leur résolution (Alessi *et al.*, 2021a ; Lee *et al.*, 2020a). Au moment d'intervenir, il importe donc de garder en considération la présence potentielle de ces enjeux et d'éviter, par ailleurs, la réactivation de traumatismes (Alessi *et al.*, 2021a; Beaudry, 2017, 2018 ; Lee *et al.*, 2020a).

1.1.4 Persévérer au Canada? Forces, résiliences et stratégies de résistance

Malgré les difficultés rencontrées lors du parcours migratoire et les obstacles à l'installation au Canada, les personnes LGBTQI+ migrantes apprécient généralement le Canada pour la sécurité que celui-ci leur apporte et la possibilité d'y vivre et d'y exprimer sa sexualité ou son genre minorisé (Chehaitly *et al.*, 2020 ; El-Hage et Lee, 2016 ; Lee et Brotman, 2011). Par ailleurs, les personnes LGBTQI+ migrantes ne font pas que subir de la violence et des rapports d'oppression; elles résistent, luttent, font preuve de résilience, s'entraident et bâtissent des réseaux et des communautés (Beaudry, 2017, 2018 ; Caron *et al.*, 2022 ; Chehaitly *et al.*, 2020 ; El-Hage et Lee, 2016 ; Fuentes Bernal, 2022 ; Lee, 2019 ; Lee et Brotman, 2013). Elles sont également soutenues par des personnes et des communautés alliées tout au long de leur parcours (Caron *et al.*, 2022 ; Lee, 2019). De plus en plus de chercheur.e.s, d'intervenant.e.s et de militant.e.s appellent à ne pas se concentrer exclusivement sur les problèmes rencontrés, et à bâtir les interventions autour des forces, des résiliences et des résistances des personnes LGBTQI+ migrantes (Alessi et Kahn, 2017 ; Caron *et al.*, 2022 ; George, 2010, 2012 ; Lee, 2019). Dans le cadre de ce mémoire, je ne

me contenterai pas simplement de nommer ce souhait; mon cadre conceptuel sera construit autour des stratégies que les personnes et les communautés LGBTQI+ migrantes emploient déjà (Alessi, 2016 ; Beaudry, 2017, 2018 ; Chbat *et al.*, 2023 ; Fuentes Bernal, 2022 ; Jacmin-Park *et al.*, 2022 ; Lee, 2019 ; Lee et Brotman, 2013 ; McConnell *et al.*, 2018) et sur les méthodologies d'intervention collective (Bourque *et al.*, 2007b ; Kirmayer *et al.*, 2009), c.-à-d. les manières de développer et renforcer ces communautés. Le tout sera présenté plus en profondeur dans le chapitre 2, portant sur le cadre conceptuel employé dans ce mémoire.

1.2 Le choc de la COVID-19 : impacts sur les personnes LGBTQI+ migrantes au Québec et au Canada et implications pour l'intervention

Dans cette section, je tente, dans un premier temps, d'établir les impacts potentiels de la crise sociosanitaire de la COVID-19 sur les personnes LGBTQI+ migrantes au Québec ou au Canada durant la période couverte par l'étude, c.-à-d. depuis l'avènement du virus au Québec (fin février 2020) à la fin du programme de liaison (août 2021). Pour ce faire, je m'appuie sur une revue de la littérature effectuée principalement mi-2022, à un moment où la littérature sur le sujet était beaucoup plus mince qu'au moment du dépôt initial de ce mémoire (été 2023). J'avais choisi de recenser les études empiriques portant sur les impacts pour les personnes migrantes ou racisées, d'une part, et sur les personnes LGBTQI+, d'autre part, car il n'existait pas alors, à ma connaissance, d'articles publiés ou soumis pour publication portant sur les personnes LGBTQI+ migrantes au Canada. Certaines études portaient, par ailleurs, à la fois sur les personnes migrantes et les personnes racisées, de manière parfois un peu confuse. J'avais également choisi de circonscrire la recension aux territoires québécois et canadien. Ce choix était motivé par les différences importantes des réalités locales avec les autres régions du monde. Notamment, les politiques migratoires apparaissaient comme moins sévères ici en comparaison avec, par exemple, les États-Unis (Alessi *et al.*, 2022a) et le Royaume-Uni (Di Giuseppe, 2021); des mesures de soutien financier plus généreuses, telles que la *Prestation canadienne universelle* (PCU), avaient été créées et répondaient à des enjeux socioéconomiques qui étaient soulevés ailleurs (Alessi *et al.*, 2022a); et les mesures sociosanitaires québécoises étaient réputées parmi les plus sévères dans le monde (Cossette et Simard, 2022 ; Couture-Ménard *et al.*, 2022 ; Simard, 2022).

Une autre limite à la revue présentée ici mérite d'être soulevée : elle ne présente que des impacts négatifs de la crise. Or, des impacts positifs ont existé et mériteraient d'être davantage considérés.

Après avoir exposé les impacts, je présente, sommairement, les recommandations émises pour y répondre et le travail d'intervention réalisé à Montréal par des organismes (principalement communautaires) travaillant avec les personnes migrantes.

1.2.1 Impacts sur les personnes migrantes ou racisées au Québec ou au Canada

Durant la première vague², les personnes migrantes et racisées étaient particulièrement vulnérabilisées face à la COVID-19. En effet, les arrondissements montréalais les plus habités par des personnes migrantes ou racisées affichaient les taux de contamination les plus élevés au Canada (Alami *et al.*, 2021 ; Breton et Hudon, 2020 ; Henaway, 2022 ; Passos-Castilho *et al.*, 2022 ; Vitale, 2022). Elles étaient également surreprésentées dans les taux d'hospitalisations montréalais, mais leur taux de décès était plus faible en comparaison avec les personnes blanches et nées ici (Passos-Castilho *et al.*, 2022). Il est à noter que certaines sous-catégories affichaient de plus grandes vulnérabilités que d'autres; p. ex, les personnes est-asiatiques et afro-caribéennes étaient davantage (en termes proportionnels), admises aux soins intensifs (Passos-Castilho *et al.*, 2022). En outre, plus le statut de migration des personnes était précaire, plus la précarisation face au virus devenait importante (Bastien *et al.*, 2022 ; Henaway, 2022 ; Torres et Asselin, 2022 ; Vitale, 2022).

Deux facteurs de risque principaux ont été constatés. Le premier était l'incapacité pour des personnes migrantes ou racisées à appliquer les mesures de protection sociosanitaires, même lorsqu'elles le souhaitaient ardemment (Henaway, 2022 ; Vitale, 2022). En cause principale était le fait que celles-ci composaient en grande partie le personnel des travailleuses essentielles, leur compliquant ainsi la possibilité de s'isoler comme le restant de la population (Henaway, 2022 ; Passos-Castilho *et al.*, 2022 ; Vitale, 2022). Au début de la première vague, ils devaient,

² Du 25 février au 11 juillet 2020, tel que déterminé par l'INSPQ (2022)

de surcroît, travailler sans équipement de protection individuelle (EPI) et sans distanciation, malgré la vive protestation de certain.e.s (Henaway, 2022). D'autres préféraient ne pas soulever de vagues, de peur de compromettre leur statut de travailleuse au Canada, malgré leurs inquiétudes (Henaway, 2022). Le deuxième facteur était le moins bon accès à l'information pour se protéger. Les communications des autorités se faisaient principalement en français au début de la pandémie et peu d'adaptations étaient réalisées pour s'assurer que les messages se rendent à toutes (Bastien *et al.*, 2022 ; Heck *et al.*, 2022 ; Henaway, 2022). La stigmatisation et l'association au virus à des populations est-asiatiques et noires (Bastien *et al.*, 2022 ; Miconi *et al.*, 2021 ; Torres et Asselin, 2022) pouvaient également agir comme barrières à l'application d'une approche de réduction des risques et de santé publique globale (Fallu, 2022).

De plus, les mesures sociosanitaires ont eu des impacts disproportionnés sur les conditions de vie et la santé mentale des personnes migrantes ou racisées. Notamment, des travailleuses communautaires ont rapporté des « délais hors contrôle » (Bastien *et al.*, 2022, p. 31) dans le traitement des demandes d'immigration par les autorités, accentuant le mal-être lié à l'attente des personnes migrantes attendant de savoir à quoi pourrait bien ressembler leur futur. Les personnes migrantes et racisées rapportaient, par ailleurs, un plus grand sentiment d'isolement, particulièrement celles nouvellement arrivées ou ne maîtrisant pas le français (Bastien *et al.*, 2022 ; Torres et Asselin, 2022). Les personnes devant se confiner dans des environnements qui leur sont violents ou hostiles (p. ex. femmes vivant de la violence conjugale, enfants LGBTQI+ de parents hétéronormatifs) étaient particulièrement vulnérabilisées (Torres et Asselin, 2022 ; Torres et Michaud, 2022). Enfin, le couvre-feu a été un facteur de stress considérable pour les personnes sans statut devant travailler la nuit, qui risquaient à tout moment un contrôle policier lors de leurs déplacements (Henaway, 2022).

1.2.2 Impacts sur les personnes LGBTQI+ au Québec ou au Canada

La pandémie a eu des impacts disproportionnés sur la santé psychosociale des personnes LGBTQI+ en comparaison à la population hétérosexuelle cisgenre. Les personnes LGBTQI+ ont rapporté, entre autres, un sentiment d'isolement plus fort, un abus de substance plus élevé et davantage de symptômes de dégradation de la santé mentale (Benoit et Torres, 2022 ; Goodyear

et al., 2021 ; Jacmin-Park *et al.*, 2022 ; Slemon *et al.*, 2022). Cela inclut l'anxiété, la dépression, les idéations suicidaires et l'automutilation (*self-harm*) (Jacmin-Park *et al.*, 2022 ; Slemon *et al.*, 2022). La présence d'enjeux de santé mentale préexistants constituait un facteur de risque considérable (Alessi *et al.*, 2022b ; Slemon *et al.*, 2022).

Le gouvernement du Québec tenait à imposer des mesures sociosanitaires dans une approche la plus uniforme possible, à la manière « *one size fits all* » (Fallu, 2022). Cela a fait en sorte que ces mesures étaient largement réfléchies en fonction des besoins des modes de vie présumés « majoritaires », c.-à-d. hétéronormatifs et centrés sur la famille nucléaire (Fallu, 2022). Les modes de vie et les structures socioaffectives alternatives, comme, par exemple, le polyamour, les « familles choisies » (qui seront davantage définies à la section 2.2) ou la culture de la nuit, ont été largement déconsidérées, contribuant par ce fait même à renforcer leur marginalisation (Fallu, 2022 ; Madden, 2021).

1.2.3 Interventions et réponses à donner à ces impacts

Après avoir effectué une revue rapide de la littérature sur les interventions et les réponses à donner aux impacts de la crise sociosanitaire sur les personnes migrantes ou LGBTQI+, trois thèmes principaux ont émergé. Le premier est *l'intersectionnalité* et les *inégalités sociales de la santé* (ISS). Estelle Carde, sociologue de la santé montréalaise, définit les ISS comme étant les « différences de santé observées entre plusieurs groupes sociaux et qui résultent du ou des rapport(s) de pouvoir entre ces groupes » (2020, p. 461). Des approches populationnelles, adaptées aux positionnements intersectionnels des principaux concerné.e.s, sont mises de l'avant pour y faire face (Carde, 2020 ; Gagnon-Dufresne *et al.*, 2022 ; Monnais *et al.*, 2021 ; Smith *et al.*, 2021). Le deuxième est le *renforcement des liens sociaux*. Le besoin des personnes de vivre des liens d'interdépendance et de solidarité est souligné, dans un contexte d'atomisation de la société (Kirmayer *et al.*, 2009 ; Kouri-Towe, 2020 ; Parenteau *et al.*, 2022). En réponse, les auteures encouragent le renforcement du soutien social et émotionnel et l'appui aux initiatives d'entraide mutuelle (Kirmayer *et al.*, 2009 ; Norris *et al.*, 2008 ; Parenteau *et al.*, 2022). L'implication bénévole, engagée ou militante, lorsque c'est possible, est aussi perçue comme favorisant le bien-être des personnes (Parenteau *et al.*, 2022). Enfin, le troisième thème est *l'adoption d'approches*

informées par la résilience et les traumatismes. Le soutien à la résilience est une approche traditionnellement employée auprès de populations affectées par des traumatismes ou des situations de catastrophe (King *et al.*, 2022 ; Kirmayer *et al.*, 2009 ; Norris *et al.*, 2008). L'adoption d'une approche de résilience communautaire, qui dépasse le cadre de la résilience individuelle, et qui mise sur la force des liens sociaux, est particulièrement encouragée (Alessi *et al.*, 2022b ; Kirmayer *et al.*, 2009 ; Norris *et al.*, 2008 ; Parenteau *et al.*, 2022). Cette approche sera par ailleurs au centre du cadre conceptuel de ce mémoire, tel que nous le verrons au chapitre suivant.

À Montréal, Bastien *et al.* (2022) ont documenté les réponses données par des organismes œuvrant auprès des populations migrantes, principalement dans le secteur communautaire. Ils parlent de « prouesses hors normes » (2022, p. 31) de leur part pour répondre aux appels à l'aide qui se multipliaient. On souligne également le travail d'organismes de Montréal-Nord, qui ont loué camions et porte-voix pour transmettre des messages de santé publique traduits, qui ne se rendaient pas aux populations concernées (Bastien *et al.*, 2022 ; Heck *et al.*, 2022). Les intervenant.e.s effectuaient ce travail dans un contexte où les impacts de la pandémie pouvaient les affecter grandement également. Cela est remarquable, dans le contexte où ces intervenant.e.s pouvaient partager, dans bien des cas, des positionnements sociaux intersectionnels similaires à ceux des personnes avec qu'ils venaient en aide (Heck *et al.*, 2022).

1.3 La réponse du leadership LGBTQI+ migrant montréalais : émergence de la Clinique Mauve et de son programme de liaison

En réponse aux impacts observés de la crise sociosanitaire, le leadership LGBTQI+ migrant montréalais s'est organisé pour tenter de les amenuiser. La constitution de ce leadership, ainsi que l'essor et le déploiement de cette réponse, seront présentés plus en détail aux sections 4.1 et 4.2 de ce mémoire. Pour le moment, je me contente de présenter un premier survol de l'organisme développé grâce à cette réponse, c.-à-d. la *Clinique Mauve*. Je présente également une brève revue de la littérature portant sur une des méthodes d'intervention employée, et au cœur de ce mémoire, le *programme de liaison*.

1.3.1 Présentation en survol de la Clinique Mauve

Au moment de son lancement, en septembre 2020, la Clinique Mauve était un projet-pilote de point de services intégrés en santé physique, psychosociale et sexuelle pour personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal. Les responsables du projet étaient des professeur.e.s universitaires se connaissant au préalable. Il s'agissait d'Edward Ou Jin Lee, professeur à l'École de travail social de l'Université de Montréal, ainsi que de Pierre-Paul Tellier et Vania Jimenez, médecins et professeur.e.s à l'Université McGill. Edward Ou Jin Lee est reconnu pour son expertise en intervention et en recherche auprès des personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal et au Canada. Pierre-Paul Tellier a un historique de pratique médicale avec les personnes LGBTQI+. Vania Jimenez était au cœur de l'émergence de la Maison Bleue, un centre de santé sociale périnatale communautaire à Montréal, dont la Clinique Mauve s'est inspirée pour concevoir son modèle organisationnel (Aubé *et al.*, 2019). La Clinique Mauve a été mise sur pied en partenariat étroit avec AGIR, un organisme communautaire montréalais *par et pour* les personnes LGBTQI+ migrantes. La Clinique Mauve a pu être créée grâce à un financement d'exception offert par la Fondation pour l'avancement de la médecine familiale (FAFM) et la Fondation de l'Association médicale canadienne (FAMC). Celles-ci offraient des subventions à des médecins à la tête de projets visant des populations plus à risque face à la COVID-19. La Clinique Mauve était intégrée au CIUSSS Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, plus précisément au sein du GMF-U Village Santé, des CLSC Parc-Extension et Côte-des-Neiges et de l'Institut universitaire SHERPA. Ses objectifs principaux étaient 1) d'offrir aux personnes LGBTQI+ migrantes un parcours de soin interdisciplinaire et intégré, adapté à leurs réalités et besoins et 2) de réduire les inégalités d'accès aux soins et les impacts provoqués par la pandémie. La Clinique comportait quatre volets :

- 1) le volet *clinique*, qui offrait des soins individuels intégrés et interdisciplinaires en santé psychosociale, médicale et sexuelle;
- 2) le *programme de liaison*, qui était présenté comme étant un projet d'intervention collective, qui « vis[ait] à soutenir, sensibiliser et informer les personnes LGBTQI+ migrantes et racisées afin de répondre aux conséquences de la COVID-19 sur ces dernières » (Clinique Mauve, 2021a).

- 3) le volet *formation*, qui offrait aux professionnel.le.s de la santé et des services sociaux des formations sur l'intervention auprès de personnes LGBTQ+ migrantes;
- 4) le volet *évaluation*, qui cherchait à évaluer les trois autres volets. L'évaluation des services développés était une condition à l'octroi des financements accordés.

Les personnes desservies par la Clinique Mauve devaient être, sauf exception, référées par AGIR. Les personnes référées étaient celles jugées comme devant composer avec le plus d'obstacles d'accès aux services sociaux et de santé et pour lesquelles AGIR parvenait le plus difficilement à répondre aux besoins. Ces personnes, généralement, ne parlaient ni français, ni anglais, étaient généralement hispanophones ou arabophones, avaient un statut d'immigration précaire ou étaient trans et parvenaient difficilement à recevoir des soins d'affirmation dans le genre. Elles avaient également généralement émigré ici en tant qu'adultes.

1.3.2 L'objet de recherche de ce mémoire : le programme de liaison de la Clinique Mauve

Le projet de recherche de ce mémoire fait partie du volet *évaluatif* de la Clinique Mauve, qui cherchait à évaluer les trois autres volets de la Clinique Mauve (clinique, projet de liaison, formation). Le volet évaluatif constitue en soi un « grand » projet de recherche, intitulé *Clinique Mauve : Évaluation du point de services pour les personnes LGBTQI+ (lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queer, intersexes) migrantes à Montréal*. Dans le cadre de ce mémoire, je me référerai à ce « grand » projet sous le nom de « projet parent ». Son chercheur principal est mon directeur de recherche, Edward Ou Jin Lee. Le projet de mémoire que vous lisez en ce moment s'intègre à ce projet parent. L'objectif principal qui est poursuivi dans ce projet de mémoire est de répondre à un des objectifs de recherche du projet parent, qui est d'évaluer le volet *programme de liaison* de la Clinique Mauve, qui s'est déroulé de décembre 2020 à août 2021.

Afin de mieux cerner ce qu'est un « programme de liaison », j'ai effectué une brève revue de la littérature empirique sur le sujet (Gosselin *et al.*, 2019a, 2019b ; Kåks *et al.*, 2022 ; Melendez *et al.*, 2013 ; Sabin *et al.*, 2019 ; Stimpert, 2020 ; Stone *et al.*, 2021). Je me suis intéressé aux programmes qui comportaient trois caractéristiques similaires au programme de liaison de la Clinique Mauve (comme nous le verrons plus en détail au cours du chapitre 4), c.-à-d. : 1) qu'ils

étaient conçus dans une approche communautaire ou collective; 2) qu'ils misaient sur des pair.e.s pour réaliser l'intervention; et 3) qu'ils cherchaient à améliorer l'accès aux soins de santé et services sociaux. Quatre éléments principaux ressortaient de leurs modèles d'intervention. Le premier était *l'importance primordiale du partenariat communautaire*. En effet, toutes les interventions misaient sur des partenariats étroits avec des leaders ou des organismes établis depuis longtemps, avec ou au sein des populations ciblées, et entretenant avec elles une excellente relation de confiance (Gosselin *et al.*, 2019a, 2019b ; Kåks *et al.*, 2022 ; Melendez *et al.*, 2013 ; Sabin *et al.*, 2019 ; Stimpert, 2020 ; Stone *et al.*, 2021). Le deuxième était de *percevoir la paire-intervention comme facteur de succès principal de l'intervention*. En effet, les aspects réussis des interventions étaient largement attribués à la capacité des pair.e.s-intervenant.e.s à créer et à maintenir des relations de confiance (Gosselin *et al.*, 2019a, 2019b ; Kåks *et al.*, 2022 ; Melendez *et al.*, 2013 ; Sabin *et al.*, 2019 ; Stimpert, 2020). Comme un participant à une des études citées l'avait mentionné : « *If it's a white woman who comes with her files, it's not going to work* » (Gosselin *et al.*, 2019a, p. 4). La sélection des pair.e.s devait refléter la pluralité de la population ciblée et afficher une diversité de profil (Kåks *et al.*, 2022). Le troisième était *la créativité et la flexibilité nécessaire dans le choix des lieux de l'intervention*. En effet, ces derniers devaient être choisis en fonction de là où se trouvait la population ciblée, mais il fallait également tenir compte du fait que les personnes ne sont pas statiques et ne se retrouvent pas nécessairement dans un quartier délimité. Elles peuvent se trouver dans un ensemble disparate de lieux, à des moments variés, ou être rassemblées pour des événements précis (Gosselin *et al.*, 2019a, 2019b ; Kåks *et al.*, 2022 ; Sabin *et al.*, 2019 ; Stimpert, 2020). Le quatrième était la nécessité de *personnaliser au maximum l'intervention*. Pour réussir à joindre les personnes, on insistait sur l'importance d'avoir l'intention de répondre à leurs besoins réels, variés et tels que formulées par elles (Gosselin *et al.*, 2019a ; Kåks *et al.*, 2022). On ne devait donc pas se restreindre à répondre aux objectifs souhaités par l'intervention elle-même (p. ex. réduire des comportements sexuels à risque), qui pouvaient différer des besoins qui préoccupaient le plus les personnes (p. ex. trouver un logement abordable et adéquat) (Gosselin *et al.*, 2019a ; Kåks *et al.*, 2022). Ces besoins étaient souvent « matériels », « concrets » et « tangibles », comme, p. ex., favoriser l'accès à des mesures de soutien financier (Gosselin *et al.*, 2019a ; Kåks *et al.*, 2022). Les

programmes de liaison recensés évoquaient régulièrement l'inégalité dans les déterminants sociaux de la santé (DSS) comme au cœur de leur raison d'être (Gosselin *et al.*, 2019a, 2019b ; Kåks *et al.*, 2022 ; Sabin *et al.*, 2019 ; Stimpert, 2020 ; Stone *et al.*, 2021).

1.4 Questions, objectifs et justification de la recherche de ce mémoire

À la lumière de cet état des faits, et en accordance avec les objectifs poursuivis par le volet évaluatif de la Clinique Mauve, je cherche, dans le cadre de ce mémoire, à répondre à la question de recherche large suivante :

- *Quelles leçons peut-on tirer de l'usage de méthodologies d'intervention collective dans le contexte d'interventions sociales de crise sociosanitaire et auprès de populations marginalisées?*

Considérant que le programme de liaison de la Clinique Mauve est l'objet d'étude de ce mémoire, je cherche, de façon spécifique, à répondre à la question suivante :

- *Quelles leçons peut-on tirer de l'expérience du programme de liaison de la Clinique Mauve, un projet d'intervention collective ayant cherché à réduire les impacts de la crise sociosanitaire de la COVID-19 sur les personnes et les communautés LGBTQI+ à Montréal?*

Pour répondre à ces questions, je me fixe les objectifs de recherche suivants :

1. Produire une description détaillée du programme de liaison, tel qu'il s'est réalisé;
2. Déterminer les principales forces, défis et limites du programme de liaison.

Ces questions et objectifs de recherche ont été élaborés en étroite collaboration avec la direction de la Clinique Mauve, en cohérence avec l'emploi d'une approche d'évaluation axée sur l'utilisation (ÉAU) (Patton et Campbell-Patton, 2022) (qui sera présentée plus en détail à la section 3.1.1). Le choix de ces questions et objectifs est motivé par les raisons suivantes :

- À la lumière de l'exploration de la littérature effectuée, le recours à des méthodologies d'intervention collective en contexte de crise sociosanitaire semble sous-étudié et sous-considéré;

- La Clinique Mauve souhaite évaluer ses services pour en améliorer leur pertinence et leur efficacité;
- Le programme de liaison ayant été réalisé dans le contexte agité de la crise sociosanitaire de la COVID-19, la Clinique Mauve a le besoin d'éclaircir l'histoire de son émergence, de sa conception et de sa mise en œuvre;
- L'évaluation des services de la Clinique Mauve était une condition à l'octroi d'un financement par ses bailleurs de fonds.

Pour effectuer ce travail, je compte employer principalement deux cadres théoriques : la typologisation de l'intervention collective de Bourque *et al.* (2007b) et le modèle de résilience communautaire de Kirmayer *et al.* (2009). Ces cadres sont présentés au cours du chapitre suivant, portant sur le cadre conceptuel employé dans ce mémoire.

Chapitre 2 – Cadre conceptuel

Dans le cadre de ce chapitre, je présente les outils conceptuels que j'utiliserai pour analyser et évaluer le programme de liaison de la Clinique Mauve. Dans un premier temps, je pose, au point 2.1, le cadre méthodologique d'intervention dans lequel le programme de liaison s'inscrivait, c.-à-d. *l'intervention collective* (Bourque *et al.*, 2007b). J'estime cet exercice nécessaire pour que le lectorat – et moi-même – comprenions dans quelle logique le programme de liaison s'inscrivait. J'enchaîne en présentant, au point 2.2, un modèle conceptuel que je greffe à ce premier cadre, la *résilience communautaire* (Kirmayer *et al.*, 2009). Je fais ce choix, car j'estime qu'il enrichira l'analyse et l'évaluation du programme de liaison. Toujours au point 2.2, je présente des éléments conceptuels supplémentaires permettant d'adapter ce modèle de résilience communautaire aux contextes LGBTQI+ migrants. Une fois assemblé, j'espère que ce cadre conceptuel permettra de mieux comprendre l'intervention qu'a été le programme de liaison.

2.1 Conceptualisation dominante de l'intervention collective en travail social au Québec

L'intervention collective est définie comme étant le « travail professionnel d'intervenants qui visent à influencer l'action collective et le changement social pour contribuer au développement de la société et des groupes qui la composent » (Bourque, 2012, p. 2). Dans leur ouvrage majeur sur le sujet, Bourque *et al.* (2007b) typologisent l'intervention collective selon quatre approches, qui peuvent se recouper entre elles dans une même intervention :

1. *l'approche sociopolitique*, qui cherche à provoquer des changements sociaux en faveur de groupes sociaux opprimés, en mobilisant ceux-ci et en organisant des moyens de pression dirigés contre les forces sociales, politiques et économiques dominantes;
2. *l'approche de développement local*, qui mise sur la concertation entre les différent.e.s actrices sociales et les citoyen.ne.s, dans une optique de résolution de problèmes;
3. *l'approche socioinstitutionnelle*, qui vise à adapter les programmes et services publics aux populations concernées, pour en favoriser leur efficacité et leur accessibilité;

4. *l'approche sociocommunautaire*, qui a pour but de créer ou renforcer des liens sociaux et des solidarités de proximité, ainsi que d'outiller les personnes sur leurs pouvoirs d'agir (Bourque, 2012, p. 3-5).

Au Québec, les travaux conceptuels de Bourque *et al.* (2007b) dominent largement lorsqu'il est question de conceptualiser et de définir l'intervention collective. Le Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CISSS et CIUSSS (RQIIAC, 2020) a officiellement choisi ce cadre pour définir leur profession et celui-ci sert largement de référence lorsque l'intervention collective est enseignée dans les écoles de travail social de la province (Berthiaume *et al.*, 2022).

Toutefois, tout comme Bergeron-Gaudin (2019) et Berthiaume *et al.* (2022), je considère que ce cadre théorique comporte des limites importantes. La première est qu'il nécessite une réactualisation. En effet, celui-ci s'appuie principalement sur un corpus de travaux remontant aux années 1990 et 2000. Ce corpus, par ailleurs, est demeuré beaucoup en dialogue avec lui-même, réticent en général à se laisser imprégner de travaux effectués hors Québec ou en anglais à cause du « caractère distinct » supposé de l'intervention collective du Québec (Berthiaume *et al.*, 2022 ; Bourque *et al.*, 2007a ; Comeau *et al.*, 2018). Il demeure aussi centré sur le travail réalisé en CLSC (puis en CSSS et en CISSS/CIUSSS, au fil des réformes du système de la santé et des services sociaux). La deuxième est que la théorisation de Bourque *et al.* (2007b) ne prend pas réellement en considération les rapports sociaux différenciés qui traversent la société (p. ex. le genre, la race). L'intervention est conçue plutôt en suivant une approche territoriale, où un territoire donné est à risque d'être traité comme un bloc homogène. Les perspectives intersectionnelles ne sont pas non plus intégrées dans les cadres d'analyse. Cette approche est cohérente avec celle adoptée par l'État québécois, qui limite, sauf exception, les interventions de ses CLSC, CISSS et CIUSSS à un territoire rigidement délimité. Cette façon de faire pose problème lorsqu'on intervient avec des populations marginalisées, qui ne sont pas statiques et qui ne se retrouvent pas nécessairement enclavées dans des quartiers précis – ni même dans des provinces ou des États, dans le cas des personnes migrantes (Arsenault, 2010 ; Caron *et al.*, 2022 ; Vatz Laaroussi et Bolzman, 2010). Enfin, une des critiques les plus fortes de Bergeron-Gaudin (2019) et de Berthiaume *et al.* (2022) est la mise au rancart du conflit comme stratégie d'intervention

collective, et son confinement à une banale « approche sociopolitique ». J'exprime toutefois des réserves par rapport à cette critique, car à la lumière de mon exploration actuelle de la littérature, l'intervention collective me semble centrée, en excès, autour du rapport à l'État, que celui-ci soit contestataire ou concertationniste. Or, il m'apparaît aussi essentiel de réfléchir aux rapports que les actrices sociales non étatiques entretiennent entre elles, en dehors des rapports à l'État, bien que je reconnaisse le caractère structurant contemporain des États sur les rapports sociaux.

Malgré ces critiques, je ne propose pas de rejeter les conceptualisations de Bourque *et al.* (2007b); je compte même les utiliser pour évaluer le programme de liaison. J'argue surtout qu'elles ont besoin d'être mises à jour et réactualisées, et qu'elles m'apparaissent insuffisantes pour analyser les interventions collectives d'aujourd'hui, particulièrement celles concernant des populations marginalisées par de multiples rapports d'oppression. Je choisis donc de faire un pas de côté et d'enrichir ma compréhension de l'intervention collective en y adjoignant un modèle théorique supplémentaire, conçu spécifiquement autour des réalités de populations marginalisées, qui est présenté dans la section suivante.

2.2 Vers un modèle de résilience communautaire en contextes LGBTQI+ migrants?

Pour accompagner l'analyse de l'intervention collective du programme de liaison de la Clinique Mauve, je choisis comme outil conceptuel le modèle de *résilience communautaire* proposé par Kirmayer *et al.* (2009). Ce choix est informé par la revue de littérature présentée au chapitre 1, où le renforcement de la résilience et des liens communautaires est identifié comme une piste de solution pour améliorer les conditions de personnes et de populations affectées par des traumas ou des situations de catastrophe (c.f. section 1.2.3). Comme nous l'avons vu, les personnes LGBTQI+ migrantes sont plus à risque de vivre avec des traumas et la crise sociosanitaire de la COVID-19 a eu sur celles-ci des impacts disproportionnés. Ceci dit, malgré ces recommandations, la littérature nous informe peu sur les stratégies concrètes à adopter pour renforcer la résilience et le lien social, ce à quoi l'utilisation d'un modèle de résilience communautaire chercherait à remédier.

Le modèle de Kirmayer *et al.* (2009) a été conçu pour être utilisé en contextes autochtones nord-américains. Kirmayer *et al.* débutent la présentation de leur modèle en définissant de manière générale leurs concepts clés (p. ex., résilience, communauté, capital social). Ils présentent ensuite, pour chacun de ces concepts, comment ils s'appliquent en contextes autochtones. Si d'autres modèles de résilience communautaire sont conçus explicitement pour répondre à des situations de catastrophe (p. ex., Norris *et al.*, 2008), Kirmayer *et al.* préfèrent concentrer leur attention sur les violences structurelles historiques subies, qui subsistent à travers le temps, et concevoir l'intervention collective dans une perspective à long terme, qui ne se limite pas aux impacts d'une situation de catastrophe. Cet angle d'analyse me semble à privilégier dans le contexte où la crise de la COVID-19 a exacerbé des problèmes et des inégalités sociales déjà existantes, qui n'ont pas apparus avec l'avènement de la crise, et qui ne semblent pas en voie de disparaître de sitôt.

Bien que le modèle de Kirmayer *et al.* (2009) ait été conçu pour répondre aux contextes autochtones, je suis d'avis que ses principes généraux peuvent être réutilisés pour d'autres populations subissant des inégalités sociales historiques, comme les personnes LGBTQI+ migrantes. Dans le modèle conceptuel ici présenté, je reprends, dans un premier temps, la structure et les concepts-clés du modèle de résilience communautaire de Kirmayer *et al.* (2009), soit : la résilience, la communauté, le réseau social, la résilience communautaire, le soutien social et le capital social. Puis, pour chacun de ces concepts, je puise dans la littérature sur les enjeux LGBTQI+ migrants pour illustrer comment ils pourraient s'appliquer dans ces contextes, de la même manière que Kirmayer *et al.* l'ont fait pour les contextes autochtones.

Enfin, avant de procéder à la présentation des concepts-clés du modèle de résilience communautaire de Kirmayer *et al.* (2009), je souhaite reconnaître que la notion de *résilience* aurait pu être davantage approfondie dans la construction du cadre conceptuel de ce mémoire. Notamment, l'ajout des travaux de Michael Ungar (2008, 2013, 2018), qui conceptualisent la résilience sous des angles organisationnel et multi-systémique, aurait été judicieux³. Malheureusement, cet approfondissement souhaité n'a pas pu être réalisé à cause des limites

³ Je tiens à remercier les membres de mon jury d'évaluation de m'avoir aiguillé vers cette piste.

qu'impose le cadre de production académique d'un mémoire de maîtrise. J'ai donc dû me limiter à l'approfondissement théorique du modèle de Kirmayer *et al.* (2009). Cet approfondissement sera toutefois réalisé dans le cadre de production d'articles scientifiques découlant de ce mémoire.

2.2.1 La résilience

La résilience est communément définie comme l'habilité d'un individu, d'un système ou d'une organisation à répondre à des défis, à y survivre et à bien vivre malgré l'adversité rencontrée (Kirmayer *et al.*, 2009, p. 63).

En contexte de crise, Kirmayer *et al.* remarquent que cette résilience peut prendre trois grandes formes : celle de la *résistance* – où les personnes ou communautés résistent au changement et où l'adaptation se fait de manière à contrecarrer les impacts de la crise; celle du *rétablissement* – où un changement est observé pendant la période de défi, mais avec un retour aux façons de faire qui prévalaient avant; et celle de la *créativité*, où les personnes ou communautés sont transformées par l'adversité rencontrée et développent de nouvelles façons de fonctionner, qui les mènent vers de nouveaux chemins (2009, p. 72).

Pour identifier les formes que peut prendre la résilience chez les personnes LGBTQI+ migrantes, je m'appuie sur une étude qualitative d'Alessi (2016), réalisée en contextes états-unien et canadien, et une de Lee (2019), réalisée en contexte canadien. Au terme de son analyse thématique, Alessi (2016) propose cinq facteurs principaux favorisant l'émergence de résilience chez les personnes LGBTQI+ migrantes : 1) garder espoir et rester positif.ive; 2) utiliser les services communautaires et légaux à leur disposition; 3) compter sur l'appui d'ami.e.s et de proches et utiliser cet appui; 4) accepter de faire ce qui est nécessaire pour assurer sa survie, même ce qu'on n'aurait pas fait a priori; et 5) s'impliquer socialement. Lee (2019) identifie des stratégies plutôt similaires, qui sont les suivantes :

1. Chercher à obtenir, par tous les moyens possibles, un statut de résidence au Canada (tels que présentés à la section 1.1.2) – peu importe lequel. Cela comprend adapter et « traduire » ses objectifs de migration et ses narratifs aux conditions et aux langages bureaucratiques du « régime d'immigration canadien »;

2. Mobiliser tous ses réseaux existants, tant au niveau local qu'international, pour soutenir les démarches d'obtention du dit statut de résidence canadien;
3. Créer les contacts nécessaires pour réussir à atteindre ses objectifs;
4. Accepter les conditions de vie nécessaires pour maintenir sa présence au Canada. Cela peut impliquer occuper un emploi ingrat ou maintenir une relation toxique;
5. Savoir reconnaître les limites de l'acceptable et prendre les décisions nécessaires pour se sortir de situations devenant insupportables.

Il peut être utile, dans le cadre d'une intervention, de garder en tête ces stratégies et ces facteurs favorisant l'émergence de résilience pour soutenir des personnes LGBTQI+ devant composer avec une situation de crise ou à caractère traumatique. Il en va de même avec les différentes façons de réagir à une crise, qui peuvent combiner à la fois résistance, rétablissement et créativité. Dans la prochaine section, nous verrons quelle définition Kirmayer *et al.* donnent au concept de *communauté*.

2.2.2 La communauté

Kirmayer *et al.* définissent une *communauté* comme étant « un groupe de personnes qui vivent ensemble ou qui sont connectées à travers des liens émotionnels entre elles-mêmes et le groupe, à travers une connexion partagée avec des valeurs, des intérêts ou un lieu, ou à travers des activités communes et des identités » (2009, p. 104, traduction libre). Selon Kirmayer *et al.*, les personnes sont attachées à la notion de communauté, dans nos contextes contemporains, du fait que les êtres humains sont « fondamentalement sociaux » et qu'ils « vivent habituellement dans des groupes tissés serrés » (2009, p. 65, traduction libre). Ils évoquent aussi, en citant Bauman (2001), le sentiment d'isolement et de manque de connectivité ressentis par plusieurs à cause, notamment, de « l'atomisation de la société en individus » et du « rétrécissement de la famille étendue » (Kirmayer *et al.*, 2009, p. 65, traduction libre).

Au cœur des communautés se trouvent les *réseaux sociaux*, « *the very stuff of community* » (Kirmayer *et al.*, 2009, p. 73), qui sont définis comme étant les « liens entre des individus et des groupes de personnes, qui sont forgés à travers une variété de liens émotionnels, fondamentaux et pratiques » (Kirmayer *et al.*, 2009, p. 73, traduction libre).

Dans les contextes LGBTQI+ migrants, les communautés et les réseaux sociaux peuvent prendre plusieurs formes, comme notamment celle de la *famille choisie*. Cette notion réfère à « un ensemble d'individus avec lesquels une personne entretient des relations basées sur la confiance et la solidarité » et « qui s'accordent mutuellement une place prépondérante dans leur vie respective sans être nécessairement en relation amoureuse ou romantique ou encore sans être liés biologiquement ou légalement » (Weeks, 1991; Weeks *et al.*, 2011, cités dans Chbat *et al.*, 2023, p. 1). Historiquement, et de nos jours, la famille choisie a trouvé, et trouve toujours, une forte résonance dans les communautés LGBTQI+ – migrantes ou non, au Québec comme ailleurs (Beaudry, 2017, 2018 ; Chbat *et al.*, 2023 ; Doucet et Chamberland, 2020 ; Jackson Levin *et al.*, 2020 ; Kim et Feyissa, 2021). Dans leur étude qualitative, Jackson Levin *et al.* (2020) ont cherché à savoir si des personnes LGBTQI+ (dont plusieurs migrantes ou racisées) disant faire partie de familles choisies les utilisaient pour répondre à des besoins de santé ou de *care* – et si oui, de quelles manières. Trois façons ont principalement émergé de leurs analyses : 1) les personnes rencontrées s'appuyaient sur leurs familles choisies pour naviguer les systèmes formels de santé et de services sociaux; 2) les familles choisies étaient une source importante de soutien émotionnel et social; et 3) les familles choisies fournissaient du soutien mutuel matériel substantiel. Jackson-Levin *et al.* insistent par ailleurs sur l'importance qu'avait prise la famille choisie durant les années 1980, lors de la crise du sida, moment durant lequel la famille choisie était devenue une « unité de soin de base », où les personnes atteintes de la maladie recevaient principalement leurs soins.

La communauté et les réseaux sociaux peuvent être également retrouvés, dans les contextes LGBTQI+ migrants, sous la forme d'organisations plus ou moins formelles et à diverses vocations. À Montréal, par exemple, on retrouve une communauté de personnes LGBTQI+ migrantes formée autour d'AGIR, un organisme communautaire enregistré en bonne et due forme au Registre des entreprises du Québec depuis 2011 (AGIR, 2022). Plus informellement, toujours sur la scène montréalaise, de nombreuses initiatives ont pris naissance avec éclat et se sont éteintes sans trop faire de bruit, mais non sans avoir marqué leurs communautés de manière importante. Un exemple de ce genre d'initiative a été la soirée festive mensuelle *Taking What We Need*, dont l'entièreté des profits était versée intégralement chaque mois, sans condition, à une ou deux

personnes transféminines (et en particulier à celles migrantes ou racisées), pour qu'elles puissent prendre soin d'elles (Lad, 2018 ; Olsen, 2020). On peut penser aussi à *Mubaadarat* (@mubaadarat sur Instagram), une initiative communautaire pancanadienne très récente (au moment d'écrire ces lignes), qui se veut principalement « par et pour » les personnes LGBTQI+ arabophones migrantes arrivées au Canada comme adultes. Mubaadarat s'organise exclusivement en arabe et tient des événements en présentiel, au niveau local, et en ligne, à travers le pays. Un dernier exemple serait *Où sont les asiatiques?* (@ousontlesasiatiques sur Instagram), un « potluck communautaire où les queers asiatiques se retrouvent à Montréal » toujours actif au moment d'écrire ces lignes.

À travers ces exemples, on peut constater que les personnes LGBTQI+ migrantes – à Montréal et ailleurs – forment des réseaux et des communautés qui s'entraident, qui assurent des fonctions de soin, et qui s'organisent à la fois formellement et informellement. Ces formes de soin, qui sortent du cadre des professions libérales (telles que le travail social ou la psychologie), sont à reconnaître et gagneraient à être mobilisées, particulièrement dans le cadre d'interventions collectives.

2.2.3 La résilience communautaire, le soutien social et le capital social

Kirmayer *et al.* proposent deux façons d'aborder la notion de *résilience communautaire* :

1. La première part du point de vue des individus et des stratégies que ceux-ci déploient pour surmonter les facteurs de stress, traumatismes et autres défis avec lesquels ils composent, en mobilisant les ressources (culturelles, matérielles, etc.) des communautés dans lesquels ils s'inscrivent (2009, p. 66, traduction libre);
2. La deuxième s'intéresse aux stratégies déployées par les communautés en tant que telles pour répondre aux défis auxquels elles sont confrontées et restaurer leur fonctionnement (2009, p. 66, traduction libre).

Deux composantes importantes de la résilience communautaire sont le *soutien social* et le *capital social*. Le *soutien social* est « l'assistance émotionnelle, matérielle et pratique que les individus reçoivent (ou peuvent potentiellement recevoir) d'autres individus, à la fois dans le quotidien et, en particulier, en temps de crise » (Kirmayer *et al.*, 2009, p. 73, traduction libre). Le *capital social*,

quant à lui, est « un terme parapluie utilisé pour décrire des aspects des réseaux sociaux, des relations, de la confiance et du pouvoir, soit à titre de fonction d'un.e individu ou celui d'un lieu géographique [comme un quartier ou un village] » (Kirmayer *et al.*, 2009, p. 73, traduction libre). Selon Kirmayer *et al.*, la plupart des théoricien.ne.s s'entendent sur le fait que le capital social prend ancrage dans quatre principaux facteurs : 1) les réseaux; 2) les relations; 3) les normes et les valeurs; et 4) et la confiance (2009, p. 77). Le capital social peut aussi être interprété comme étant la capacité d'individus ou de groupe à avoir accès aux ressources (Kirmayer, 2007, p. 77).

Ceci étant dit, deux critiques sont principalement formulées sur le concept de résilience communautaire. La première est que sa définition demeure vague et ambiguë (King *et al.*, 2022). La deuxième est que son analyse manquerait de caractère structurel, ce qui provoquerait le risque de poser le fardeau de régler des problèmes structurels sur les individus et les communautés, et d'ainsi désengager l'État et les forces dominantes de la lutte contre les inégalités sociales (King *et al.*, 2022 ; Kirmayer *et al.*, 2009). On peut en effet constater que l'État et des corporations cooptent le concept de résilience en encourageant de plus en plus la population à être « résiliente » face à des situations d'adversité, notamment celles provoquées par des changements climatiques (Carmen *et al.*, 2022 ; Kais et Islam, 2016 ; King *et al.*, 2022 ; Kirmayer *et al.*, 2009). Toutefois, j'avance qu'il est possible d'aborder la résilience communautaire en adoptant une approche structurelle, comme nous le verrons dans le cas de la Clinique Mauve. Par exemple, Parenteau *et al.* (2022), un groupe de chercheuses formé.e.s notamment de psychologues, proposent l'adoption d'un cadre de « résilience sociétale » pour inclure la réduction des inégalités sociales dans les approches de résilience. Iels proposent « cinq piliers » dans ce cadre : 1) l'équité et la sécurité économique; 2) l'accès aux services de santé, incluant ceux de santé mentale; 3) le combat contre les injustices raciales et pour la promotion des principes d'équité, diversité et inclusion (EDI); 4) le renforcement des services de protection familiale et de l'enfance; et 5) le renforcement de la «cohésion sociale» (c.-à-d. du soutien social et émotionnel, des communautés, des réseaux sociaux et de l'implication sociale). Par ailleurs, l'emploi du modèle de résilience communautaire de Kirmayer *et al.* (2009) vise aussi à rendre les communautés plus outillées et plus fortes pour les soutenir dans leur lutte pour l'amélioration de leurs droits, de leurs conditions d'existence et de leur accès aux ressources.

2.2.4 Quelle(s) résilience(s) communautaire(s) en contextes LGBTQI+ migrants?

Comme nous l'avons vu au tout début de la section précédente, il est possible de concevoir la résilience communautaire à partir de deux points de vue : celui des individus, qui mobilisent les ressources des communautés dans lesquels iels s'inscrivent, ou celui des communautés dans leur ensemble et des stratégies qu'elles déploient pour rétablir leur fonctionnement et affronter l'adversité (Kirmayer, 2007, p. 66). Dans la première perspective, il serait possible de concevoir la résilience collective en contextes LGBTQI+ migrants en prenant comme points de départ les facteurs recensés par Alessi (2016) et Lee (2019) favorisant l'émergence de la résilience chez les personnes LGBTQI+ migrants, tels que présentés au point 2.2.1. La résilience communautaire ne devrait pas être perçue comme étant l'addition de résiliences individuelles malgré tout. Il s'agit ici d'une stratégie pour commencer à comprendre et concevoir les résiliences collectives (Kirmayer *et al.*, 2009, p. 66).

Autrement, je n'ai pas trouvé d'articles qui s'intéressaient à la notion de résilience communautaire en contextes LGBTQI+ migrants spécifiquement, que ce soit en français ou en anglais. Meyer (2015), qui a popularisé la notion de *stress minoritaire* (2003), s'est intéressé à la résilience communautaire dans les communautés LGBTQI+ en général. Selon lui, la résilience communautaire renvoie à « comment les communautés renforcent les capacités des individus à développer et à maintenir leur bien-être » (Hall et Zautra, 2010, cités dans Meyer, 2015, p. 211, traduction libre) et à comment les communautés aident les individus à avoir accès à des ressources pour aider à s'adapter (*cope*) au stress minoritaire (Fergus et Zimmerman, 2005, cités dans Meyer, 2015). Dans cette perspective, il propose que l'accès aux ressources sociales soit la cible de l'intervention, que celles-ci soient *tangibles* (p. ex. accès à un centre communautaire LGBTQI+) ou *intangibles* (p. ex. des normes et des valeurs sociales). Pour avoir accès à ces ressources et à la résilience communautaire, il postule que les personnes LGBTQI+ doivent pouvoir s'identifier et connecter avec leur communauté :

In the most basic sense, to connect with others like you, you need to see yourself as similar and connected with them. A man who has sex with other men but who does not identify as gay or bisexual could be exposed to some similar stressors as those

experienced by a gay- or bisexual-identified man, but he will not be able to benefit from significant sources of strength that the gay or bisexual man could access. (Meyer, 2015, p. 211)

Il admet toutefois, plutôt furtivement, que « le racisme, le classisme, le sexisme, la biphobie et la transphobie » (Meyer, 2015, p. 212, traduction libre) agissent comme des facteurs d'exclusion, qui limitent la possibilité de s'identifier aux communautés LGBTQI+, et qui réduisent, de ce fait, les possibilités d'accès aux ressources communautaires.

Dans leur étude empirique quantitative, McConnell *et al.* (2018) cherchent à examiner la « résilience communautaire LGBT » chez des hommes racisés ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Iels emploient la définition de Meyer (2015) que je viens de présenter, où la résilience communautaire est définie comme la « connexion avec la communauté LGBT » (McConnell *et al.*, 2018, p. 1). McConnell *et al.* parviennent à la conclusion que la connexion avec « la » communauté LGBTQI+ joue un rôle plus central dans la mitigation des facteurs de stress et des stigmas chez les hommes blancs que chez les hommes racisés. Les processus de résilience communautaire différencieraient entre ces deux catégories. Notamment, selon les auteurices, les HARSAH racisés sont susceptibles d'articuler davantage leur connexion communautaire LGBTQI+ avec des espaces LGBTQI+ racisés. Ils pourraient également diversifier leurs connexions communautaires (p. ex. sur la base de la race, de la religion ou de la famille) et ne pas se limiter à « la » communauté LGBTQI+.

Comme nous l'avons vu dans la présentation de la problématique, les personnes LGBTQI+ migrantes sont à risque élevé de vivre de l'isolement social dû à des facteurs d'exclusion aux multiples communautés auxquelles elles pourraient en apparence appartenir (diaspora, LGBTQI+, religion, etc.). Elles ne peuvent pas non plus nécessairement s'identifier avec facilité à une identité LGBTQI+, ou même le souhaiter. Dans le cadre de l'évaluation menée dans ce mémoire, je chercherai à voir comment il est possible de favoriser l'accès à la résilience communautaire sans laisser ces réalités constituer des facteurs d'obstacle. Dans le prochain chapitre, je présenterai le devis méthodologique structurant ma démarche d'évaluation de l'objet de recherche de ce mémoire, le programme de liaison de la Clinique Mauve.

Chapitre 3 – Méthodologie

Au cours de ce chapitre, je présente le devis méthodologique déployé pour évaluer le programme de liaison de la Clinique Mauve. Je débute en présentant les approches évaluatives employées. Je poursuis avec la présentation des données utilisées pour réaliser l'évaluation, puis avec les méthodes d'analyse des données et de mise en forme des résultats. Je termine en partageant les considérations éthiques de l'étude, des éléments d'autoréflexion critique et les limites méthodologiques de l'étude.

3.1 Les approches évaluatives employées

3.1.1 Une approche générale : l'évaluation axée sur l'utilisation (ÉAU)

Dans le cadre de ce mémoire, une approche d'évaluation axée sur l'utilisation (ÉAU) (Patton, 2008 ; Patton et Campbell-Patton, 2022) est employée. On attribue la « paternité » de l'ÉAU à Michael Quinn Patton (Patton, 1978), un évaluateur états-unien ayant œuvré dans le domaine depuis plus de 50 ans (Delahais, 2022 ; Mayne, 2015 ; Turcotte *et al.*, 2021). Le principe central à l'ÉAU est d'être « entièrement organis[ée] autour des personnes qui vont être impliquées dans le processus évaluatif » (Delahais, 2022, p.167). Ce processus débute par l'identification des principaux utilisateurices de l'évaluation (Delahais, 2022 ; Patton et Campbell-Patton, 2022). L'évaluatrice cherche, par la suite, à cerner les utilisations prévues de l'évaluation et conçoit son devis évaluatif en conséquence (Delahais, 2022 ; Patton et Campbell-Patton, 2022). Le but ainsi recherché est de « renforcer leur engagement et *in fine* l'utilisation de l'évaluation » (Delahais, 2022, p.167). L'ÉAU est un processus dynamique « susceptible d'évoluer en cours de route pour préserver, renforcer ou élargir le potentiel d'utilisation » (Delahais, 2022, p.167).

L'ÉAU est une approche « axée sur des principes » plutôt que sur « des règles et des recettes » (Patton et Campbell-Patton, 2022, p. 85, traduction libre). Dans la cinquième édition du manuel phare *Utilization-Focused Evaluation*, Patton et Campbell-Patton (2022) proposent aux évaluatrice de suivre les « cinq principes minimaux » suivants pour s'assurer que leurs évaluations soient belles et bien axées sur l'utilisation : 1) personnaliser l'évaluation; 2) se

concentrer sur les utilisations prioritaires désirées de l'évaluation; 3) être « actif, réactif, interactif et adaptatif »; 4) mettre l'emphasis sur l'utilisation, du début à la fin de l'évaluation; 5) être préparé.e à changer considérablement une évaluation si un contexte l'exige.

En cohérence avec ces principes, l'ÉAU se veut méthodologiquement très peu prescriptive (Delahais, 2022 ; Patton et Campbell-Patton, 2022 ; Ramirez et Brodhead, 2013). Patton (2011) propose de construire en « *patchwork* » (courtepointe) le devis méthodologique, recommandant de simplement sélectionner les méthodes de recherche les plus appropriées pour mener une évaluation. Sans rejeter l'importance de la rigueur méthodologique, Patton et Campbell-Patton (2022) dénoncent l'attention démesurée qui lui est trop souvent accordée en évaluation de programme, au détriment de la qualité des relations avec les utilisateurices de l'évaluation.

Il est à noter que dans son article *The Sociological Roots of Utilization-Focused Evaluation*, Patton (2015) insiste sur le fait que l'ÉAU est de nature socioconstructiviste et « est, fondamentalement, de la sociologie appliquée » (Patton, 2015, p. 457, traduction libre).

3.1.2 Une approche complémentaire : l'analyse descriptive en évaluation en contexte de développement

Une des forces principales de l'ÉAU, sa souplesse méthodologique, peut aussi être considérée comme une limite. En effet, en ne préconisant pas de parcours à suivre, il peut être difficile pour une évaluatrice novice de structurer sa démarche évaluative. Pour cette raison, j'ai choisi d'adjoindre à mon devis méthodologique des éléments conceptuels d'un manuel québécois récemment publié, intitulé *L'évaluation dans un contexte de développement : approches et pratiques* (Rey et al., 2022). Cet ouvrage propose, de A à Z, une démarche pour évaluer des interventions réalisées en contexte de développement social. Dans un des chapitres, Marceau (2022) propose de structurer les évaluations en suivant une série d'études thématiques, à réaliser de façon séquentielle. Les trois premières, qui correspondent au stade où l'évaluation du programme de liaison est rendue, sont les suivantes :

1. *L'étude de la raison d'être*, qui s'intéresse à l'ensemble des raisons qui ont poussé l'élaboration de l'intervention;

2. *L'étude de la conception*, qui cherche à comprendre comment les responsables de l'intervention ont transformé leur compréhension de la raison d'être en série d'actions planifiées pour répondre à la situation;
3. *L'étude de la mise en œuvre*, qui se penche sur la mise en exécution des plans conçus et, plus précisément, ses *ressources*, ses *activités* et ses *extrants* (ces trois concepts seront définis à la section 3.3).

Pour chacune de ces études, Marceau (2022) propose de diviser le questionnement évaluatif en deux phases : l'analyse descriptive et l'analyse normative. La première cherche à établir « un contact factuel et analytique avec l'intervention », à s'interroger « sur la nature, les caractéristiques et les propriétés de l'intervention » et à « gagner en connaissances factuelles et en compréhension » (Marceau, 2022, p. 232). La deuxième phase vise essentiellement à juger de la valeur et de l'efficacité d'une intervention. Selon Marceau, l'intérêt réel à mener une évaluation est d'en arriver à un jugement normatif, mais celui-ci ne peut se faire sans s'ancrer, au préalable, dans les résultats d'une analyse descriptive rigoureuse de l'intervention. Qui plus est, les données permettant l'évaluation sont rarement prêtes à utilisation immédiate, ou collectées de façon exhaustive; il incombe donc aux évalueurices de compléter ce travail, s'il avait déjà été entamé par les responsables de l'intervention (Marceau, 2022).

Dans le cas du programme de liaison de la Clinique Mauve, les responsables ont fait un effort considérable pour documenter systématiquement leur intervention. Toutefois, le contexte de crise sociosanitaire a affecté cette capacité et une confusion et une opacité demeuraient lorsque venait le temps de définir en termes précis ce qu'a été le programme de liaison. Cette réalité a renforcé la nécessité de mener, d'abord et avant tout, une évaluation descriptive du programme de liaison, qui permettait de tracer les contours de l'intervention.

Ainsi, en somme, l'approche de l'ÉAU a servi d'approche évaluative générale au cours de cette évaluation. Ses cinq principes minimaux ont servi à me guider réflexivement dans ma démarche. Dans les moments de doute, je consultais régulièrement ces principes pour m'aider à prendre des décisions. En complémentarité, j'ai utilisé l'approche de l'évaluation en contexte de développement pour structurer mon analyse évaluative et mettre en forme les résultats de

l'évaluation. Nous verrons, plus en détail, à la section 3.3, comment cela s'est fait exactement, mais avant cela, je procède à la présentation des données de l'évaluation.

3.2 Présentation des données

Tel qu'abordé à la section 1.3.2, le projet de recherche parent, dans lequel ce projet de mémoire s'insère, cherchait à évaluer la globalité des services de la Clinique Mauve – c.-à-d. les volets clinique, programme de liaison et formation. Mon projet de recherche de mémoire, quant à lui, ne s'intéresse qu'à l'évaluation du programme de liaison. Dans cette section, je présente les aspects du devis méthodologique du projet parent pertinents pour l'évaluation du programme de liaison – et donc pour ce mémoire.

Le devis du projet parent est « mixte de type concomitant » (Clinique Mauve, 2021b, p. 9), combinant des méthodes quantitatives et qualitatives. Dans le cadre de ce mémoire, seules les données qualitatives pertinentes à l'évaluation du programme de liaison sont utilisées. Les données quantitatives ne sont pas retenues et sont analysées par des chercheuses spécialisées en méthodes quantitatives.

La méthode principale utilisée dans le volet qualitatif du projet parent est l'entretien semi-dirigé. Deux groupes de répondant.e.s étaient ciblés : a) les personnes LGBTQI+ migrantes accompagnées par la Clinique Mauve (« groupe A ») et b) les intervenant.e.s de la Clinique Mauve (« groupe B »). La taille de l'échantillon du projet parent était, au moment où j'ai réalisé l'évaluation du programme de liaison, de 30 personnes; 19 personnes accompagnées formaient le groupe A et 11 intervenant.e.s le groupe B. Il est à noter que je n'ai réalisé aucun des entretiens, qui ont été entièrement menés par quatre de mes collègues du volet évaluatif. Ceux-ci sont toutes détentrices d'un doctorat ou candidat.e.s à un doctorat en sciences sociales (ce qui inclut la psychologie). Iels s'identifiaient toutes également à une identité LGBTQI+, migrante ou racisée, ou à une combinaison de ces identités. Tous les entretiens ont d'abord été retranscrits automatiquement et en intégralité par le logiciel d'intelligence artificielle SimonSays. Ils ont été ensuite révisés et corrigés par un.e membre de l'équipe évaluative.

3.2.1 Modalités de collecte de données du volet qualitatif du projet parent

3.2.1.1 Groupe A : les personnes accompagnées par la Clinique Mauve

Pour participer à l'étude, les personnes accompagnées formant le groupe A devaient répondre à l'ensemble des trois critères d'éligibilité suivants : 1) avoir 18 ans ou plus; 2) s'auto-identifier comme LGBTQI+ migrante; et 3) avoir bénéficié des services de la Clinique Mauve (que ce soit dans le volet clinique ou de liaison). Les entretiens ont été réalisés en deux vagues, la première de janvier à mai 2022 et la deuxième en juillet et août 2022.

	Personnes accompagnées (groupe A)	Intervenant.e.s (groupe B)
Méthodes	Qualitatives; entretiens semi-dirigés retranscrits intégralement	
Taille de l'échantillon	n=19	n=10+1
Critères d'éligibilité	≥ 18 ans ET s'auto-identifier comme LGBTQI+ migrant.e ET avoir bénéficié des services de la Clinique Mauve	Avoir été membre de l'équipe clinique ou de liaison OU avoir été consultant.e
Périodes	1 ^{re} vague : janvier à mai 2022 2 ^e vague : juillet-août 2022	1 ^{re} vague : juillet et août 2021 2 ^e vague : février 2023
Modalités de recrutement	Personnes répondant aux critères d'éligibilité invitées à l'étude quanti (questionnaire); Personnes signifiant intérêt pour entretien quali étaient contactées.	Personnes répondant aux critères d'éligibilité invitées pour entretien. Échantillon devait être représentatif de la diversité professionnelle de l'équipe.
Modalités de l'entretien	1 ^{re} vague : distanciel (Zoom/Teams) 2 ^e vague : présentiel, avec 2m de distance	Distanciel (Zoom ou Teams)
Compensation	40\$	Entretien pendant heures de travail
Langues	Espagnol, anglais et français	Français et anglais

Tableau 1. – Modalités de collecte des données qualitatives du projet parent (groupes A et B)

Pour ce qui est des modalités de recrutement, toutes les personnes accompagnées éligibles à l'étude ont été invitées à participer en premier lieu à l'étude quantitative (administrée via un questionnaire LimeSurvey). Celles ayant accepté l'invitation pouvaient participer à l'étude quantitative, après avoir reçu les informations concernant les enjeux éthiques de la recherche et donné leur consentement éclairé. Au moment où iels répondaient à leur questionnaire, les

répondant.e.s étaient invité.e.s à signifier leur intérêt, le cas échéant, à accorder un entretien dans le cadre de l'étude qualitative du projet.

Tous les entretiens de la première vague d'entrevues ont été menés en distanciel, sur Zoom Pro ou Microsoft Teams. Ceux de la deuxième vague ont été faits en présentiel, avec une distance de deux mètres entre l'intervieweur.euse et la.e répondant.e. Les entretiens étaient enregistrés et menés en suivant une grille préparée au préalable par le chercheur principal et le coordonnateur de recherche de la Clinique Mauve (c.f. annexe I). Les répondant.e.s du groupe A recevaient une compensation de 40\$ par questionnaire rempli et entretien accordé.

3.2.1.2 Groupe B : les intervenant.e.s de la Clinique Mauve

Le seul critère d'éligibilité posé pour la participation des intervenant.e.s à l'étude était d'avoir travaillé au sein de l'équipe clinique ou de liaison ou à titre de collaborateurice. Les entretiens ont été réalisés à l'été 2021. La collecte des données se faisait exclusivement qualitativement, avec les intervenant.e.s, par entretien semi-dirigé (il n'y avait donc pas d'étude quantitative). L'équipe évaluative souhaitait former un échantillon de 10 répondant.e.s. Toutes les intervenant.e.s éligibles étaient contacté.e.s afin de signifier leur intérêt à participer. L'échantillon était formé de sorte à assurer une représentation multidisciplinaire, afin de couvrir les différentes réalités et expériences des divers champs professionnels. L'entretien se tenait durant les heures de travail en distanciel, via Zoom ou Teams.

Les entretiens étaient menés en suivant une grille d'entretien construite par le chercheur principal et le coordonnateur de recherche de la Clinique Mauve (c.f. annexe II). Les entretiens étaient enregistrés et 10 intervenant.e.s ont été ainsi interviewé.e.s.

Après avoir constaté que seulement un.e intervenant.e du groupe B avait travaillé plus de la moitié du temps au sein du programme de liaison, j'ai demandé à l'équipe évaluative de réaliser un entretien supplémentaire avec au moins un.e intervenant.e ayant travaillé principalement dans le programme de liaison, ce qui a été fait en février 2023. Cette personne est devenue le.a 11^e répondant.e de l'échantillon du groupe B.

3.2.2 Échantillon retenu pour cette évaluation (groupes A et B)

Les entretiens réalisés dans le cadre du projet parent cherchaient à évaluer plusieurs sujets, et non pas exclusivement le programme de liaison. Certaines personnes rencontrées n’y avaient pas non plus participé. De ce fait, plusieurs des entretiens n’abordaient pas du tout le programme de liaison et il a fallu procéder à un tri. Pour qu’un entretien puisse être retenu dans l’échantillon de mon étude, il devait répondre aux deux critères suivants : le.a répondant.e devait 1) avoir participé à au moins une activité du programme de liaison et 2) en avoir parlé au moins une fois durant son entretien. Ce triage a été réalisé après une lecture intégrale des 30 transcriptions, suivi d’une deuxième lecture des entretiens à exclure, pour s’assurer qu’il n’y ait pas eu erreur. Cela m’a offert l’opportunité de m’imprégner de l’ensemble des données. Les profils des échantillons retenus au terme de l’exercice sont présentés aux tableaux 2 et 3 pour les groupes A et B respectivement. En ce qui concerne les répondant.e.s du groupe A, il est à noter qu’iels se sont identifié.e.s soit à leur sexualité minorisée, soit à leur identité de genre minorisée, mais jamais aux deux en même temps. Ainsi, les personnes trans et non-binaires n’ont pas identifié de sexualité minorisée, et les personnes gaies et lesbiennes n’ont pas explicité leur cis ou transidentité.

Régions d’origine	Amérique latine = 6 Afrique subsaharienne = 3 Asie du Sud-Ouest et Afrique du Nord = 2
Sexualités ou identités de genre minorisées déclarées	Femmes trans = 4 Hommes trans = 2 Non-binarité = 1 Homosexualité = 1 Lesbienne = 1 Femmes ayant des femmes comme partenaires = 2
Statuts migratoires	Résidence permanente = 4 Demande d’asile = 4 Statut précaire non-défini = 2 « Personne protégée » = 1

Tableau 2. – Caractéristiques du groupe des personnes accompagnées (groupe A, n=11)

Rôles exercés	4 pair.e.s navigateurices 1 travailleuse social.e 1 psychologue
----------------------	---

	2 intervenant.e.s en santé mentale 1 agent.e de liaison 1 consultant.e
Racisé.e?	6
Expérience de migration?	7
LGBTQI+?	9
Affiliation principale	Clinique = 7 Programme de liaison = 2 Consultant.e = 1

Tableau 3. – Caractéristiques du groupe des intervenant.e.s (groupe B, n=10)

3.2.3 Deux sources de données complémentaires : la littérature grise de la Clinique Mauve et des échanges formels et informels avec le chercheur principal

À ces entretiens s’ajoutent deux sources de données complémentaires, mais importantes : la littérature grise de la Clinique Mauve et des échanges formels et informels avec le chercheur principal. Les documents de la littérature grise consultés ont été indispensables pour mener à bien les études de la raison d’être et de la conception (c.f. section 3.1.2). Mes échanges formels et informels avec le chercheur principal, quant à eux, m’ont permis d’orienter adéquatement la direction que prenait cette évaluation, en cohérence avec une approche d’ÉAU, et de compléter les informations manquantes.

3.3 Analyse des données et mise en forme des résultats

L’analyse des données et la mise en forme des résultats de cette évaluation sont de type thématique et narratif, et combinent une analyse à la fois déductive et inductive (Ouédraogo *et al.*, 2022). En ce sens, ma démarche analytique a débuté avec la constitution d’une grille d’analyse déductive. En son socle se trouvaient trois grands thèmes parents, qui correspondaient aux trois études thématiques évaluatives suggérées par Marceau (2022) – et présentées précédemment à la section 3.1.2, et correspondent également aux trois grandes sections constituant le chapitre 4 (*Résultats*) de ce mémoire, c.-à-d. l’étude de la raison d’être (4.1), l’étude de la conception (4.2) et l’étude de la mise en œuvre (4.3).

Je subdivise ensuite le troisième thème parent – étude de la mise en œuvre – en trois sous-thèmes, correspondant aux trois concepts suggérés par Marceau pour structurer cette étude, c.-à-d. les *ressources*, les *activités* et les *extrants* (c.f. section 3.1.2). Ces trois sous-thèmes renvoient également à des concepts régulièrement utilisés dans une approche populaire en évaluation de programmes, appelée « théorie du changement » (Connell et Kubisch, 1998 ; Funnell et Rogers, 2011 ; Mayne, 2015 ; Meyer *et al.*, 2021 ; W. K. Kellogg Foundation, 2004). Marceau ne définissant pas outre mesure ces trois concepts, j'utilise les définitions employées en approche de « théorie du changement » pour les définir :

- Les *ressources* (aussi appelées *intrants*) représentent le nécessaire pour réaliser les activités (Connell et Kubisch, 1998 ; Funnell et Rogers, 2011 ; Meyer *et al.*, 2021). Elles peuvent être matérielles (p. ex. les ressources financières ou celles dites « humaines ») ou plus abstraites (p. ex. des savoirs accumulés, un carnet de contacts). Elles peuvent être organisationnelles (p. ex. le nombre de personnes impliquées dans un organisme) ou communautaires (p. ex. le niveau de mobilisation et d'engagement d'une communauté) (W. K. Kellogg Foundation, 2004).
- Les *activités* renvoient aux actions entreprises par les actrices d'une intervention pour arriver à produire les résultats recherchés (Connell et Kubisch, 1998 ; Mayne, 2015 ; W. K. Kellogg Foundation, 2004).
- Les *extrants* (aussi appelés *produits*) sont définis de nombreuses manières, parfois contradictoires. Dans le cadre de ce mémoire, ils représentent a) la quantité de biens et de services livrés, b) le niveau d'engagement des participant.e.s avec une activité et c) les premiers effets observés de l'intervention (Meyer *et al.*, 2021 ; W. K. Kellogg Foundation, 2004).

Au terme de cet exercice déductif, l'arbre thématique de ma grille d'analyse déductive correspondait à ceci :

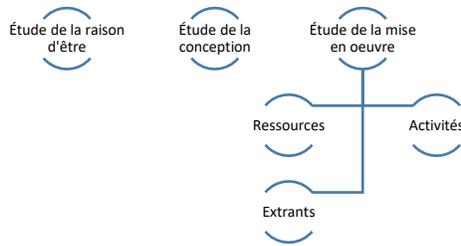


Figure 1. – Arbre thématique déductif de la grille d’analyse

Par la suite, j’ai classé en codes les données de l’étude dans cet arbre thématique. Pour ce faire, j’ai utilisé le logiciel nVivo 12. Une fois les codes rassemblés, j’ai poursuivi l’analyse de manière inductive, « en laissant les thèmes émerger du matériel » (Ouédraogo *et al.*, 2022, p. 388). Une partie de ces analyses (déductives et inductives) s’est fait de concert avec le chercheur principal, qui a effectué un contre codage. Les résultats de ces analyses déductives et inductives structurent de manière importante le chapitre 4 de ce mémoire, portant sur les résultats. Des explications accompagneront chaque sous-section du chapitre 4 pour clarifier le processus ayant mené à la production des résultats présentés.

3.4 Considérations éthiques

Le projet parent de recherche a été approuvé par le comité éthique de la recherche psychosociale du CIUSSS Centre-Ouest-de-l’île-de-Montréal (numéro de projet 2021-2562). Mon projet a également opéré sous la supervision éthique de ce comité, grâce à l’amendement porté au projet parent par le formulaire F1H-30854 (c.f. annexe III).

Pour renforcer le maintien de l’anonymat des répondant.e.s, les verbatim d’entretien auxquels j’ai eu accès étaient anonymisés. Je n’ai pas eu non plus accès aux enregistrements audio. Pour le groupe B, toutefois, à cause de mon implication avec la Clinique Mauve, j’étais capable de reconnaître qui étaient les répondant.e.s par le contenu de leurs entretiens. J’ai néanmoins continué d’analyser les données de manière systématique, en cherchant à dépersonnaliser leur contenu et en transformant les propos tenus en codes, de manière déductive et inductive, tel que décrit au point 3.3.

La Clinique Mauve étant assez petite, et les personnes y travaillant pouvant être connu.e.s des communautés LGBTQI+, il peut être facile, pour des personnes informées, de deviner l’identité

des intervenant.e.s si le degré d’anonymisation n’est pas suffisamment élevé. Pour cette raison, les intervenant.e.s sont présent.e.s, dans ce mémoire, sous des pseudonymes indiquant leur affiliation principale au volet clinique, au programme de liaison ou à l’équipe des consultant.e.s seulement. Par affiliation principale, j’entends l’équipe dans laquelle l’intervenant.e a travaillé plus de 50% du temps. Ainsi, un.e travailleuse social.e, un.e psychologue ou un.e pair.e-navigateurice (du volet clinique) est appelé.e « intervenant.e clinique 1, 2, 3, etc. ». Considérant que seulement deux intervenant.e.s de liaison ont participé à l’étude, et que le contenu de leurs témoignages pouvait être de nature sensible, j’ai choisi de les appeler toutes les deux par le même nom, soit « intervenant.e de liaison 1 ou 2 », de manière interchangeable, afin de flouer leur identité. Il aurait pu être intéressant de produire des analyses différentielles de leurs expériences, mais considérant les risques impliqués au dévoilement de leurs identités et le peu de valeur que ces analyses amenaient à l’évaluation, cela n’a pas été fait.

3.5 Autoréflexion critique

Ma posture évaluative par rapport à l’objet d’étude a été assez marquée par une positionnalité d’*insider*. Notamment, j’ai travaillé au sein du programme de liaison et j’ai été impliqué dans presque toutes ses activités. J’ai aussi vécu difficilement les impacts de la crise sociosanitaire de la COVID-19. Toutefois, tout au long de mon implication, il n’était ni prévu ni exclu que mon projet de maîtrise porte sur le programme de liaison. Par ailleurs, mon directeur de maîtrise, qui a supervisé ce mémoire, était aussi mon patron au sein du programme de liaison. D’un point de vue plus personnel, je me sentais aussi interpellé par le sujet d’étude, le soin et l’intervention collective auprès des personnes LGBTQI+ migrantes, en contexte de crise sociosanitaire. En effet, je suis né à Montréal d’une famille réfugiée et je suis impliqué, depuis plus d’une quinzaine d’années, dans les milieux LGBTQI+ et LGBTQI+ racisés à Montréal.

Ma positionnalité d’*insider* a provoqué deux défis avec lesquels j’ai eu à composer principalement. Le premier était de savoir prendre suffisamment de recul par rapport à l’objet d’évaluation, le programme de liaison. Je ne voulais pas que mon regard évaluatif soit trop teinté par mon expérience de travail et mon expérience personnelle de la pandémie. Pour y arriver, j’ai cherché à réaliser l’évaluation de la manière la plus systématique possible. J’ai aussi tenté de

mettre sur un pied d'égalité mes observations et mes ressentis avec toutes les autres données de l'étude. J'ai cherché aussi à être le plus possible à l'écoute des rétroactions de ma co-direction de recherche par rapport à l'analyse des données que je faisais. Toutefois, malgré tous les efforts déployables possibles, l'évaluation rapportée dans ce mémoire demeure produite sous un point de vue situé. J'espère, en décrivant en quoi ce point de vue consistait, que le lectorat sera mieux en mesure de situer le mémoire qu'il est en train de lire. Malgré cette limite à la positionnalité d'*insider*, celle-ci permet d'avoir un accès privilégié et « intime » à l'objet d'évaluation, qui serait beaucoup plus difficilement accessible pour un.e *outsider*. Le deuxième défi principal était de savoir composer avec la nature parfois sensible de l'évaluation. Tel que mentionné précédemment, mon directeur de maîtrise, qui a dirigé ce mémoire, était aussi mon patron dans le programme de liaison. Au cours de cette évaluation, j'ai été appelé à analyser son travail, le mien et celui de mes collègues. J'ai trouvé cette tâche à quelques reprises inconfortable à réaliser, surtout dans la posture novice en évaluation dans laquelle je me situais. J'ai eu à réfléchir beaucoup aux mots que j'utilisais, aux façons que je livrais mes propos, mais aussi aux impacts de mes ressentis et de mes dynamiques relationnelles sur mon interprétation des choses. Ultiment, cet exercice a été personnellement positif, puisqu'il m'a aidé à améliorer chez moi ces habiletés. Néanmoins, d'un point de vue professionnel, je suis d'avis que la Clinique Mauve gagnerait à s'engager, en parallèle, dans des processus d'évaluation externe, qui auraient moins à composer avec ces enjeux et qui livreraient des résultats intéressants et complémentaires aux évaluations internes réalisées par des *insiders*.

3.6 Limites méthodologiques de ce mémoire

L'évaluation du programme de liaison présentée dans ce mémoire a été conduite malgré certaines limites méthodologiques. La première était le contexte d'état d'exception pandémique dans lequel les données de l'évaluation ont été collectées. Les intervenant.e.s et le personnel évaluatif de la Clinique Mauve ont vécu les impacts de ce contexte, ce qui a compliqué leur tâche de collecte de données. Malgré le travail évaluatif réalisé dans ce mémoire, il subsiste certains trous dans la reconstitution du déroulement du programme de liaison, comme il sera possible de le constater à la lecture du chapitre 4.

Une deuxième limite était que les données collectées n'incluaient pas les perspectives et les réflexions des responsables de la Clinique Mauve. Ces perspectives devraient assurément être collectées pour obtenir un véritable portrait global de l'objet d'étude.

Enfin, une troisième limite était que l'analyse des résultats n'a pu se faire en partenariat avec des participant.e.s ou des intervenant.e.s du programme de liaison, ou avec des personnes qui seraient visées par de futurs services de la Clinique Mauve. L'analyse des résultats mériterait d'être poursuivie après le dépôt de ce mémoire, dans une approche fidèle aux principes de l'ÉAU.

Chapitre 4 – Résultats

Dans le cadre de ce chapitre, je présente les résultats de l'évaluation descriptive (Marceau, 2022) du programme de liaison de la Clinique Mauve. Ce chapitre cherche à répondre directement au premier objectif de ce mémoire, qui est de produire une description détaillée du programme de liaison, tel qu'il s'est réalisé. Sa structure reprend les trois études thématiques évaluatives proposées par Marceau (2022) présentées à la section 3.1.2 du devis méthodologique. Ainsi, les deux premières sections de ce chapitre portent sur les études thématiques de la raison d'être (section 4.1) et de la conception (section 4.2). Dans la première section, je présente en bref les circonstances de l'émergence de la Clinique Mauve et du programme de liaison. Dans la deuxième, j'effectue une présentation rapide du processus ayant mené à la conception des modèles d'intervention. Toutefois, puisque l'objectif spécifique de cette évaluation est surtout de décrire, avec détail, la réalisation du programme de liaison, l'accent est plutôt mis sur l'étude de la mise en œuvre (4.3), qui occupe près de 90% de l'espace de ce chapitre. Pour rappel, la production de cette description détaillée sert à clarifier ce qu'a été le programme de liaison et à servir de base pour produire, dans le futur, si souhaité, des évaluations normatives du programme de liaison (Marceau, 2022).

4.1 Étude de la raison d'être : une multiplication des situations de crise affectant les communautés LGBTQI+ migrantes

Tel que présenté au point 3.1.2, *l'étude de la raison d'être* cherche à révéler l'ensemble des raisons qui ont poussé à élaborer l'intervention évaluée. Lors de la phase descriptive de cette étude, l'objectif est surtout de rapporter les perspectives des personnes responsables de cette élaboration.

Ainsi, nous constatons que l'émergence de la Clinique Mauve, et de son programme de liaison, a débuté en mai 2020. À ce moment-là, AGIR était submergé par les appels à l'aide de personnes LGBTQI+ migrantes en crise. Manquant de ressources pour y répondre, l'organisme a demandé l'aide de militant.e.s et de collaborateurices impliqué.e.s de longue date, incluant le chercheur

principal de ce qui deviendra la Clinique Mauve. Ce dernier a rapidement répondu à l'appel, comme l'a expliqué un.e responsable d'AGIR :

[...] I remember calling [le chercheur principal] and saying, "Oh we have a crisis, I have a list of people, I can't get them to the services easy, or not at all, because of this and that [...]". [...] With that communication and that collaboration, it started helping people accessing the services even without the Clinique Mauve officially starting [...] – Consultant.e 1

À partir de ce moment, le chercheur principal a constitué autour de lui une petite équipe de professionnel.le.s de la santé et de la recherche familial.e.s avec les réalités LGBTQI+ migrantes. Cette équipe a participé à des rencontres avec les responsables d'AGIR et a animé des ateliers de groupe sur les situations de crise. Dans une ébauche de demande de financement, un.e membre de l'équipe fondatrice de la Clinique Mauve présentait ainsi les constats qu'ils avaient observés :

[N]ous observons des impacts des mesures de distanciation sociale sur le bien-être psychologique des personnes LGBTQ migrantes et racisées, notamment concernant l'anxiété et la dépression en lien avec: l'isolement et ruptures avec réseaux sociaux ; les temps d'attente accrus pour démarches en lien avec l'immigration ; les temps d'attente accrus pour accéder aux soins de santé en lien avec [sic] transition de sexe médicale ; la précarité financière accrue ; le deuil et la réactivation de traumatismes en lien avec le confinement. De plus en plus de personnes LGBTQI+ migrantes et racisées vivent des situations de crise sur plusieurs plans. Sur le terrain, nous observons que l'impact de ces défis se manifeste entre autres par une intensification du risque suicidaire pour cette population.

Leur constat est clair : la santé psychosociale et les conditions de vie matérielles des personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal se sont considérablement dégradées à cause de la crise sociosanitaire. L'« intensification du risque suicidaire pour cette population » les préoccupait particulièrement. En effet, lors d'une intervention de groupe à laquelle l'équipe avait participé, des participant.e.s à haut risque suicidaire avaient échangé, entre elleux, dans une langue que les intervenant.e.s ne comprenaient pas, des stratégies explicites pour faciliter un potentiel suicide. Cet épisode avait consterné et marqué l'équipe et l'avait mené à réfléchir aux conditions dans lesquelles de futures activités de groupe devaient être menées, comme l'expliquait un.e intervenant.e clinique de la Clinique Mauve :

[W]e thought we should have a professional there to moderate [...] meeting[s]. Just in case things would derail. [...] Which, we heard it happened in other meetings, in other organizations [c.-à-d., AGIR]. Where people started talking about suicide. And it was –

they were just building up on these ideas. So, we thought, no, there should be a professional to, kind of, derail this kind of conversation. So, we did discuss it to that point. That, we'll have one professional and one assistant. – Intervenant.e clinique 9

Dans la prochaine section, nous verrons les résultats de ces réflexions et les manières dans lesquelles le modèle d'intervention du programme de liaison a été conçu.

4.2 Étude de la conception : élaboration des modèles d'intervention de la Clinique Mauve

Lors d'une *étude de la conception*, on cherche à comprendre comment les responsables de l'intervention ont transformé leur compréhension de la raison d'être (telle que présentée au point 4.1) en série d'actions planifiées pour répondre à la situation (Marceau, 2022). Dans le cas qui nous concerne, l'équipe du chercheur principal et les responsables d'AGIR ont coconstruit, en étroite collaboration, et dans un processus de communication constant, les modèles d'intervention du volet clinique et du programme de liaison. À cet effet, le.a leader d'AGIR, cité.e dans la section précédente, a été embauché.e à titre de consultant.e. Il a loué la qualité du processus ayant mené à la conception des services :

I was very happy of involving AGIR from the beginning. Like drawing the picture of the services and the needs and stuff, it's very, very important. [...] Another positive thing... certain people within the Clinique Mauve are super communicative, and I, I feel that I know what is happening, and that is, that is very positive from my side. [...] The collaboration that we've done. We've done a lot. – Consultant.e 1

Tel que décrit à la section 1.3.1, le volet clinique avait pour but de fournir directement des soins de santé individuels, personnalisés et interdisciplinaires à un nombre sélectionné de personnes LGBTQI+ migrantes. Les personnes bénéficiant du suivi personnalisé du volet clinique étaient celles considérées, par AGIR et la Clinique Mauve, comme ayant le plus d'obstacles d'accès au système de santé et de services sociaux. Pour rappel, ces obstacles étaient de ne parler ni français, ni anglais; avoir un statut d'immigration précaire; et de ne pas parvenir à recevoir des soins d'affirmation dans le genre nécessaire. Le programme de liaison, quant à lui, était un projet d'intervention collective avec une portée beaucoup plus large, qui visait à réduire les impacts de la crise sociosanitaire pour le plus grand nombre de personnes LGBTQI+ migrantes possible à Montréal. Il visait aussi à améliorer leur accès au système de santé et de services sociaux, dans le

but qu'elles puissent obtenir les services individuels nécessaires ailleurs dans le réseau de la santé et des services sociaux ou dans des organismes communautaires. Le choix de mettre sur pied le programme de liaison avait été motivé par les constats émanant du terrain, couplées au fait qu'un.e des membres de l'équipe fondatrice de la Clinique Mauve possédait de l'expérience en intervention collective et qu'un organisme subventionnaire offrait des fonds pour réaliser un tel projet (c.f. section 4.3.1.1).

Les premières activités réalisées par le programme de liaison ont été conçues en suivant de près les souhaits exprimés par AGIR. En effet, le lien privilégié qu'AGIR possédait avec les communautés LGBTQI+ migrantes et sa fine connaissance de leurs réalités plaçaient l'organisme dans une position privilégiée pour bien connaître leurs besoins dans ce contexte de crise. Il s'agissait des activités #2 – informations et référencement (section 4.3.2.2), #3 – cartes-cadeaux (section 4.3.2.3) et #4 – sacs-cadeaux (section 4.3.2.4). Considérant les ressources limitées de l'organisme et la surcharge des appels à l'aide, celles-ci se révélaient trop lourdes à organiser pour elleux. C'était AGIR toutefois qui était parvenu à obtenir le financement nécessaire à la réalisation de ces activités. Une autre activité phare du programme de liaison, la paire-navigation, a également été conçue en étroite collaboration avec AGIR. Cependant, à cause de l'ampleur de l'activité, elle fait l'objet d'une évaluation séparée, en dehors de ce mémoire. Le restant des activités (#5 – autosoin, section 4.3.2.5; #6 – atelier sur la COVID et l'hésitation vaccinale, section 4.3.2.6) émanait de suggestions provenant de l'équipe clinique et des besoins constatés chez les personnes que celle-ci suivait.

4.3 Étude de la mise en œuvre du programme de liaison de la Clinique Mauve

Dans le cadre de cette section, je présente la mise en œuvre du programme de liaison. Pour ce faire, je m'appuie sur les résultats de mon analyse thématique narrative, telle que présentée à la section 3.3. Pour rappel, celle-ci a débuté de manière déductive, avec pour points de départ les concepts *ressources*, *activités* et *extrants* (c.f. section 3.1.2). Après avoir rassemblé mes codes sous ces trois sous-thèmes, j'ai poursuivi l'analyse de façon inductive. Au début de chacune des sous-sections suivantes, je présente les thématiques qui ont ainsi émergé.

4.3.1 Présentation descriptive des ressources

Suite à l'analyse inductive des ressources du programme de liaison, j'ai jugé pertinent de les présenter en trois sous-catégories, soient le financement (4.3.1.1), l'équipe de travail et les principes organisant le travail (4.3.1.2) et les partenariats (4.3.1.3). À cette étape de la présentation, je me contenterai de les présenter surtout de manière descriptive, en n'incluant pas tout de suite les rétroactions qu'en ont fait les intervenant.e.s. Celles-ci seront plutôt présentées à la dernière sous-section (4.3.3) de ce chapitre.

4.3.1.1 Le financement

La Clinique Mauve a pu être constituée grâce à un financement d'urgence de la Fondation pour l'avancement de la médecine familiale (FAFM) et de la Fondation de l'Association médicale canadienne (FAMC). Ces fondations offraient du financement à des médecins à la tête d'initiatives à l'intention de populations jugées davantage à risque face à la COVID-19 (p. ex. personnes racisées). Aux débuts de la Clinique Mauve, le projet était porté à titre égal par Edward Ou Jin Lee, professeur en travail social à l'Université de Montréal, ainsi que Vania Jimenez et Pierre-Paul Tellier, médecins et professeur.e.s de médecine à l'Université McGill. Selon le chercheur principal, le projet n'aurait pas pu voir le jour s'il n'avait pas été parrainé par ces deux médecins, car il n'aurait pas été admissible à ces financements.

L'offre de service du programme de liaison, spécifiquement, a pu être bonifiée grâce à un financement de la Fondation Familiale Trottier, une fondation privée, et de CoVivre, un projet de l'Institut universitaire SHERPA. Le projet CoVivre visait à « informer, protéger et soutenir les communautés marginalisées durant la pandémie de la COVID-19 dans la région du Grand Montréal » (CoVivre, 2020).

De manière complémentaire, les Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) ont offert une *bourse de stage en milieu de pratique* à deux étudiant.e.s de maîtrise en travail social pour travailler au sein du programme de liaison.

4.3.1.2 L'équipe de travail et les principes d'organisation du travail

Initialement, il était prévu que deux pair.e.s-navigateurices travaillent au total pour la Clinique Mauve. Un.e aurait été assigné.e au volet clinique et un.e au programme de liaison. Toutefois, le financement accordé par la Fondation Trottier et le projet CoVivre avait permis l'embauche de deux pair.e.s-navigateurices supplémentaires, portant leur total à quatre. Deux devaient travailler pour le volet clinique et deux pour le programme de liaison. Toutes ont débuté leur emploi en décembre 2020. Néanmoins, un.e des deux pair.e.s-navigateurices du volet clinique a dû se retirer de ses responsabilités pour des raisons de santé en février 2021. Celui-ci a alors été remplacé.e par un.e pair.e-navigateurice du programme de liaison. Ainsi, durant l'essentiel de la durée du programme de liaison (février à juillet 2021), ce dernier a fonctionné avec un.e pair.e-navigateurice plutôt que deux. Deux étudiant.e.s de maîtrise en travail social, boursier.e.s de stage en milieu de pratique des FRQSC, ont également joint leurs forces au programme de liaison. Sa coordination était sous la charge d'un.e de ces étudiant.e.s. Ces étudiant.e.s de maîtrise étaient sous la supervision clinique formelle d'un.e chercheuse postdoctoral.e. La durée de l'emploi et le nombre d'heures hebdomadaires travaillées par les membres de l'équipe de liaison sont décrits au tableau 4. À titre comparatif, un tableau similaire, décrivant les réalités de travail de l'équipe clinique, est présenté au tableau 5.

Le chercheur principal a cherché, de façon soutenue, à favoriser le bien-être des intervenant.e.s et à prévenir leur épuisement professionnel (*burn out*). Deux moyens concrets pris pour y arriver avaient été l'instauration d'une supervision clinique de groupe, assurée par un.e psychologue clinicien.ne, et un suivi personnel de l'état de santé des intervenant.e.s par le chercheur principal. Toutefois, la supervision clinique de groupe ne concernait que l'équipe clinique – et non de liaison. Des supervisions individuelles étaient aussi prévues et sont décrites dans le tableau 4, pour l'équipe de liaison, et le tableau 5, pour l'équipe clinique.

Membres	Hr/sem.	Période	Supervision clinique assurée par	Commentaires
Pair.e-navigateurice A	28	Déc. 2020 – <i>fév. 2021</i>	<i>Formellement</i> : étudiant.e de maîtrise en trv soc;	<i>Réassigné.e au volet clinique</i>
Pair.e-navigateurice B	28	Déc. 2020 – août 2021	<i>Dans les faits</i> : chercheur principal	-
Étudiant.e de maîtrise en travail social A	14	Mai 2020 – juillet 2021	<i>Formellement</i> : chercheur.e postdoctoral.e	1 des 2 étudiant.e.s était responsable de

Étudiant.e de maîtrise en travail social B	14	Fév. à juillet 2021	Dans les faits : chercheur principal	la coordination du programme
--	----	---------------------	--------------------------------------	------------------------------

Tableau 4. – Constitution de l'équipe de liaison, périodes de travail et supervision clinique prévue

Membres	Hr/sem.	Période	Supervision clinique assurée par
2 pair.e.s-navigateurices	28	Tout au long du prog. de liaison	La.e travailleuse social.e et supervision de groupe
1 travailleuse social.e	28		Superviseure clinique du CIUSSS et supervision de groupe
1 psychologue et 2 intervenant.e.s en santé mentale	2 à 4 suivis/ semaine		Supervision de groupe
1 médecin	Via consultations dans son GMF		Prise en charge autonome de sa supervision clinique

Tableau 5. – Constitution de l'équipe clinique, périodes de travail et supervision clinique prévue

Il est à noter que le chercheur principal a investi des efforts considérables pour faire en sorte que le travail des équipes clinique et de liaison se fasse de la manière la plus décloisonnée possible. Dans cet esprit, l'équipe de liaison était régulièrement invitée à partager l'avancement de ses travaux avec l'équipe clinique, lors de réunions prévues à cet effet. L'équipe clinique a ainsi collaboré, de manière soutenue, à la création des activités, ainsi qu'à mobiliser la participation des personnes qu'elle suivait aux activités de liaison. L'équipe de recherche a également offert ponctuellement son soutien, principalement pour répondre à des besoins en traduction.

Enfin, la reconnaissance du savoir expérientiel des intervenant.e.s était une valeur fondamentale pour la Clinique Mauve. Dans cet esprit, toutes les membres des équipes clinique et de liaison partageaient une ou plusieurs caractéristiques des positionnalités sociales des personnes qu'ils desservaient, les personnes LGBTQI+ migrantes.

4.3.1.3 Les partenariats

Tel que présenté jusqu'à maintenant, la Clinique Mauve, ainsi que son programme de liaison, ont été réalisés en partenariat étroit avec AGIR. La participation d'autres partenaires a également été essentielle à la réussite de certaines activités du programme de liaison. Il s'agissait principalement de *Head & Hands*, un organisme communautaire de santé sexuelle pour jeunes de 14 à 25 ans dans l'arrondissement de Notre-Dame-de-Grâces, ainsi que d'ASTTEQ, un organisme communautaire par et pour les personnes trans de Montréal. Ces deux organismes réussissaient

à joindre aussi des personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal, même si ce n'était pas leur mission spécialisée, et leur partenariat a servi à établir un contact avec elles dans le cadre de certaines activités du programme de liaison.

4.3.2 Les activités et leurs « extrants »

Les activités du programme de liaison ont porté des noms différents et fluctuants. Il n'a pas été facile de décider de la façon de les catégoriser et de les présenter dans ce mémoire. Au terme de mon analyse inductive, j'ai choisi de les représenter en six activités, correspondant aux points 4.3.2.1 à 4.3.2.6 de ce mémoire. Le critère décisif sur lequel je me suis appuyé pour décider de leur catégorisation a été le souci de rapporter le plus clairement et simplement possible l'organisation des activités. Pour le même souci de simplification et de clarté, j'ai choisi d'abandonner la catégorie « extrants » dans la présentation des résultats et d'en répartir son contenu dans la catégorie « activités » (notamment, les statistiques de participation). Les définitions vagues et discordantes associées à la catégorie « extrants », dans la littérature scientifique, rendaient celle-ci également difficile à mobiliser dans le contexte de ce mémoire. J'ai aussi choisi de rapporter certains « extrants » sous deux nouvelles sous-catégories : les *rétroactions des participant.e.s* et les *rétroactions des intervenant.e.s*, qui forment systématiquement les deux sous-points de chacune des activités. Un tableau reprenant les principales caractéristiques des activités sont également présentés pour chacune d'elles.

Suite à la brève rapide de littérature effectuée sur les programmes de liaison à la section 1.3.2, j'ai choisi aussi d'intégrer, dans la description des activités, une notion qui me semblait importante : le « travail de liaison ». Par ce terme, j'entends les actions entreprises par l'intervention pour joindre et mobiliser la participation des personnes ciblées. Ce choix est motivé par le fait que ce travail est souvent considéré comme la partie la plus difficile à réussir dans les interventions de liaison. J'estime donc qu'une attention particulière mérite d'y être accordée.

Il est à noter que toutes les activités du programme de liaison, sans exception, ont été conduites, au choix de la.e participant.e, dans l'une des quatre langues du programme de liaison, c.-à-d. l'arabe, l'espagnol, l'anglais ou le français.

4.3.2.1 Activité #1 – L'évaluation de l'intérêt et des besoins des personnes à rejoindre

La première activité du programme de liaison consistait à évaluer les besoins et l'intérêt de personnes LGBTQI+ migrantes à participer aux activités subséquentes du programme déjà planifiées à ce moment-là, c.-à-d. les activités #2 – information et référencement, #3 – cartes-cadeaux – et #4 – sacs-cadeaux. Elle devait se tenir de décembre 2020 à janvier 2021, mais elle a été finalement réalisée de janvier à mars 2021. Les personnes jointes étaient référées par AGIR, ASTTEQ ou Head & Hands. Un questionnaire d'évaluation avait été préparé à cet effet. Les personnes possédant une adresse courriel étaient invitées à remplir par elles-mêmes le questionnaire d'évaluation, en suivant un lien Google Form. Celles qui n'en avaient pas, ou qui ne répondaient pas à leur invitation courriel, étaient contactées par appel téléphonique, ou appel WhatsApp, par l'un.e des quatre pair.e.s-navigateurices ou par le.a travailleuse social.e, qui remplissait alors avec elleux le questionnaire.

<i>Source de l'initiative</i>	AGIR
<i>Dates projetées</i>	Décembre 2020 à janvier 2021
<i>Dates réelles</i>	Janvier à mars 2021
<i>Intentions de départ</i>	Évaluer les besoins des participant.e.s afin de personnaliser les services.
<i>Description avérée</i>	Idem
<i>Nombre de participant.e.s</i>	88
<i>Particularités</i>	Durée moyenne rapportée des appels = 30 minutes
<i>Méthode(s) de liaison</i>	Via partenaires communautaires (AGIR, ASTTEQ, Head & Hands). Réponses par téléphone ou Whatsapp – 51; par courriel et Google Form – 37.
<i>Personnel impliqué</i>	2 intervenant.e.s de liaison, 3 intervenant.e.s clinique et le chercheur principal

Tableau 6. – Fiche descriptive de l'activité #1 – évaluation des participant.e.s

4.3.2.1.1 Rétroactions des participant.e.s

Il n'est pas possible d'évaluer la rétroaction des participant.e.s, puisqu'aucune personne accompagnée répondante à l'étude n'avait commenté cette activité. Le devis évaluatif du projet parent ne comportait aucune question spécifique à cet effet non plus (tant du côté qualitatif que quantitatif). Ceci dit, il sied de rappeler que l'évaluation est une étape d'une grande importance dans le cours d'une intervention et qu'elle mérite qu'une attention lui soit accordée à la hauteur de son importance.

4.3.2.1.2 *Rétroactions des intervenant.e.s*

Du côté du personnel, un.e intervenant.e clinique ayant mené les entrevues téléphoniques avait confié avoir trouvé difficile de comprendre la pertinence de l'activité. Iel l'avait trouvé plutôt lourde à réaliser et intrusive à l'égard des personnes jointes. La teneur de ses propos portait même à croire qu'iel la considérait possiblement inutile, au regard de la minceur des retombées qu'iel en percevait :

[...] [J]e pense que [...] le défi c'était de contacter ces personnes, qui risquent d'avoir beaucoup de besoins que ça revient à la surface, de faire ça en même temps c'est comme... [...] ça en rajoutait [...] sur mon plan. [...] [J]'aimais *reach out* aux personnes. Mais je pense c'était le fait d'avoir à passer comme 30 minutes avec eux, [...] aller à travers le questionnaire, je trouvais ça un petit peu, comme, beaucoup, pour une carte-cadeau. Je sais pas, je pense qu'on aurait, juste [...] pu la distribuer, selon moi. [...] [V]raiment, [...] j'encourage de faire plus de (inaudible), [...] pour que les personnes aient un plus grand support financier, parce que c'est le plus grand besoin pour les personnes de la communauté trans. – *Intervenante clinique 6*

Ce partage, par cet.te intervenant.e, démontre l'importance de bien comprendre le rôle que joue l'évaluation, dans le cadre d'une intervention, et ce que celle-ci permettra par la suite. On comprend également que cette évaluation lui semblait aussi excessive si sa seule retombée valable était la distribution de cartes-cadeaux. Ces enjeux seront soulevés de nouveau au cours des prochaines sections.

4.3.2.2 *Activité #2 – Envoi de matériels informationnels et de référencement*

La deuxième activité du programme de liaison était l'envoi de matériel informationnel sur la COVID-19 et sur les ressources disponibles pour diminuer les impacts de la crise sociosanitaire. Initialement, l'intention était de concevoir des outils maison infographiques et audiovisuels (p. ex. dépliants, balados, capsules vidéos) spécifiquement adaptés aux réalités LGBTQI+ migrantes montréalaises, dans les quatre langues du programme de liaison. À cet effet, en décembre 2020, deux intervenant.e.s de liaison avaient amorcé la création de dépliants informationnels. Toutefois, l'initiative avait été suspendue en janvier 2021, en raison d'une décision de gestion, qui demeure à éclaircir.

<i>Source de l'initiative</i>	AGIR
<i>Dates projetées</i>	Décembre 2020 à janvier 2021
<i>Dates réelles</i>	Janvier à mars 2021
<i>Intentions de départ</i>	Créations de ressources adaptées aux réalités LGBTQI+ migrantes

<i>Description avérée</i>	Envoi d'infographies de la DSP, de la DRSP et de tables de quartier; service de référencement
<i>Nombre de participant.e.s</i>	88
<i>Particularités</i>	Contenu des infographies : la COVID-19, en général; précautions à prendre lorsqu'on manipule son épicerie; aides financières spéciales gouvernementales; certains droits de locataires; bottins de ressources de certains quartiers. En ar, esp, ang et fr.
<i>Méthode(s) de liaison</i>	La méthode de communication privilégiée par les participant.e.s à l'activité #1 était reprise à l'activité #2
<i>Personnel impliqué</i>	3 intervenant.e.s de liaison, 1 intervenant.e clinique et le chercheur principal

Tableau 7. – Fiche descriptive de l'activité #2 – informations et référencements

En lieu et place, selon l'intérêt exprimé lors de leur évaluation, les 88 participant.e.s recevaient par courriel, de la part d'un.e intervenant.e de liaison, ou, en personne, par l'entremise de leur intervenant.e clinique, du matériel informationnel conçu par des tierces. Ces derniers étaient : la direction de la santé publique du Québec (DSP); la direction régionale de la santé publique de Montréal (DRSP); et des tables de quartier. Le contenu de leur matériel est décrit au tableau 7, à la section *Particularités*. Selon les besoins exprimés, les participant.e.s recevaient également des référencements pour obtenir un service ou un bien désiré. Il pouvait s'agir, p. ex., de coordonnées d'un.e professionnel.le de la santé, d'informations sur des commerces vendant des chaufferettes ou du numéro du 211 pour obtenir de l'aide alimentaire.

4.3.2.2.1 *Rétroactions des participant.e.s*

Lors de la réalisation de l'activité, il n'a pas été possible de compiler des statistiques sur le nombre d'outils informationnels envoyés ou sur la nature des référencements réalisés. Malgré tout, il semble possible que les effets de l'activité aient été limités. Aucun.e répondant.e à l'étude n'avait commenté l'envoi des outils informationnels. Pour ce qui est des référencements, un.e répondant.e a brièvement élaboré sur son expérience de référencement vers un.e dentiste :

Répondant.e : *It wasn't a Clinique Mauve problem – it was the links [sent]. [...] I don't think that these links, these information was updated, [...] so the people I reached out to – these were not the same numbers, they were not the same times or offers at those clinics. [...] [The information] gave me an idea of where to look. Now I know where I can look – [...] I know the right contact details and the changed [schedules] and the different prices.* Intervieweur : *Ok. And did you end up getting help for your dentistry needs?* Participant.e : *Unfortunately, yes and no. Because these places, the wait is 6 months.* – Participant.e A1-P2

Je suis également en mesure de partager la rétroaction d'un.e participant.e suite à un référencement que j'avais effectué en aide alimentaire. La réponse prévue, pour une telle

demande, était un référencement vers le 211. La.e participant.e m'avait répondu qu'iel connaissait le service, mais qu'iel ne se sentait pas confortable de l'utiliser. Je lui ai alors demandé quels étaient ses besoins alimentaires et, suite à quelques recherches, je lui ai envoyé les références susceptibles de répondre le mieux à ses besoins. La personne s'est montrée satisfaite de l'information et le suivi a pris fin après ce contact.

4.3.2.2 *Rétroactions des intervenant.e.s*

Un.e intervenant.e de liaison a partagé sa frustration par rapport à la réalisation de cette activité. Iel trouvait l'idée en soi pertinente, car iel estimait que les personnes jointes risquaient de méconnaître l'information partagée. Toutefois, selon ellui, il était insuffisant de simplement indiquer la ressource à contacter, car il aurait fallu aussi assurer le suivi du contact :

[...] une ressource peut exister, mais ça veut pas dire que tu vas réussir à y accéder. On a pas facilité l'accès – enfin, on a facilité, mais de manière très limitée [...]. Et je suis pas sûr si la plus grosse barrière d'accès aux ressources est de savoir quelle est la ressource, ou c'est de – à partir du moment où tu sais quelle est la ressource, qu'y a une ressource – de faire le processus pour y accéder, d'appeler, de... de parler, barrières de langues, etc. – *Intervenant.e de liaison 1 ou 2*

Tout comme pour l'activité #1, l'activité #2 était accueillie avec scepticisme par les intervenant.e.s en charge de la réaliser. Dans la littérature recensée sur les programmes de liaison, les activités de référencement avaient également des effets limités selon la manière dans lesquelles elles étaient réalisées. Le sujet sera davantage discuté à la section 5.1.2.3.

4.3.2.3 *Activité #3 – Les cartes-cadeaux*

L'activité des cartes-cadeaux consistait à distribuer des cartes d'épicerie, d'une valeur de 25 ou 35\$ chacune, utilisables dans un commerce du groupe Loblaw (p. ex. Provigo, Maxi, Pharmaprix). Une carte était envoyée à toute personne ayant participé à l'activité #1 – évaluation. Elle devait se réaliser seulement aux débuts du programme de liaison, mais a été finalement reconduite jusqu'à l'été 2022. En effet, l'équipe clinique a continué à distribuer des cartes par la suite aux personnes qu'elle suivait. De nouvelles cartes ont également été envoyées dans les sacs-cadeaux de l'activité #4. Toutefois, je n'ai pu retracer de statistiques sur le nombre de cartes envoyées en dehors de celles distribuées aux participant.e.s à l'activité #1. Les moyens de distribution des cartes sont détaillés dans le tableau 8.

<i>Source de l'initiative</i>	AGIR
<i>Dates projetées</i>	Janvier à mars 2021
<i>Dates réelles</i>	Janvier 2021 à l'été 2022
<i>Intentions de départ</i>	Distribution de cartes-cadeaux d'épicerie de 25\$ du groupe Loblaw aux participant.e.s de l'activité #1
<i>Description avérée</i>	Montant bonifié à 35\$/carte. Activité reconduite jusqu'à l'été 2022
<i>Nombre de participant.e.s</i>	87 (participant.e.s de l'activité #1 seulement)
<i>Particularités</i>	-
<i>Méthode(s) de liaison</i>	24 cartes envoyées par la poste; 44 par courriel; 18 distribuées par partenaires – ASTTEQ (10) et Head & Hands (8); 1 carte non utilisée.
<i>Personnel impliqué</i>	1 intervenant.e de liaison, 3 intervenant.e.s clinique et le chercheur principal

Tableau 8. – Fiche descriptive de l'activité #3 – cartes-cadeaux

4.3.2.3.1 Rétroactions des participant.e.s

Cette activité a été accueillie très favorablement. Sur les 11 répondantes du groupe A, 10 avaient affirmé avoir reçu au moins une carte-cadeau. Parmi elleux, huit en ont partagé une satisfaction élevée, un.e n'a pas élaboré sur son expérience et un.e a vécu une expérience mitigée. La retombée principale constatée était l'augmentation de la capacité à compléter son épicerie dans un contexte de budget serré (chez six répondant.e.s). Un.e répondant.e trouvait également que c'était un excellent complément au soutien reçu dans les banques alimentaires.

I mean, it was appreciated. Yeah, I was... money was tight. And, yeah! – Participant.e A1-P39

Un jour, par hasard, je suis all[é.e] faire mes courses et je n'avais pas l'argent nécessaire pour compléter l'achat. J'ai payé une partie avec la carte-cadeau et la différence avec l'argent que j'avais⁴. – Participant.e A2-P4

I especially appreciate the gift card because it really helped me on that week to get the grocery. – Participant.e A2-P5

I feel that because especially most of the people that are in my situation, I think they also get help from Food Bank. So since there is that option. It can, it can be like something complimentary that's totally, that can totally help you. – Participant.e A2-P5

Interviewer : La carte t'a été utile? *Répondant.e* : Oui, pas mal. Grâce à elle, j'ai pu me préparer un excellent souper de Noël. Je savais que je serais seul.e ici [son ami.e étant partie en voyage], alors je me suis acheté de quoi pour me faire un délicieux repas⁵! – Participant.e A2-P8

⁴ Porque casualmente un día fui de compras y no tenía como el efectivo que necesitaba. Y pague una parte con con la tarjeta y lo demás con con el efectivo que tenía

⁵ Interviewer : ¿Te resultó útil la tarjeta? Répondant.e : Sí, bastante. Gracias a eso tuve una muy buena cena de Navidad. Sé sí estaba yo sol[@] aquí, entonces yo me compré algo de cenar rico.

Le format de l'aide semblait en général adéquat, mais pourrait être amélioré : trois personnes auraient préféré utiliser leur carte dans un commerce vendant des produits moins chers; trois auraient apprécié que le montant de la carte-cadeau soit plus élevé pour soutenir également leurs familles (conjoint.e.s, enfants); deux auraient aimé utiliser l'aide pour des besoins différents (p. ex. transport en commun, cellulaire); et une personne a eu des problèmes d'utilisation dans un commerce. Une répondant.e n'avait pas utilisé sa carte au moment de son entretien. On comprend, par son témoignage, qu'iel aurait aimé profiter de plus de flexibilité dans la façon d'utiliser sa carte :

Les cartes-cadeaux étaient correct, c'est juste qu'elles permettaient seulement d'acheter de la nourriture. [Mais en me permettant d'acheter de la nourriture], ça peut possiblement m'aider à payer le loyer ou quelque chose dans le genre. Comme mon forfait de cellulaire ou d'autres choses personnelles.

[...] Le Maxi, [c'était pas tant cher], mais le Provigo, ce l'était pas mal. Ça fait que ce que tu vas acheter, c'est pas la même chose. [...] [C]'est pas la même chose de faire son épicerie au Provigo que – je sais pas si t'as entendu parler de P.A. [épicerie bon marché à Montréal]? [...]. Bon, c'est pas les mêmes prix. Évidemment, la quantité d'épicerie que tu vas acheter va changer complètement⁶. – *Participant.e A2-P1*

Deux répondant.e.s ont exprimé un désir pour la continuation du soutien en raison du coût de la vie qui montait en flèche, au moment de leurs entretiens. Personne n'a affirmé qu'iel aurait préféré recevoir l'argent en espèces. Une personne a affirmé qu'elle était contente de recevoir le soutien sous forme de carte-cadeau, car elle était sur l'aide sociale. Elle n'avait pas expliqué pourquoi exactement, mais il est bon de savoir que tout don d'argent (comptant, chèque, virement, etc.) est retranché à 100% d'une prestation d'aide sociale, contrairement au don de biens (comme, p. ex., une carte-cadeau), qui n'entraîne aucune coupure (OPDS, 2023).

Enfin, pour un.e participant.e, il est intéressant de noter que l'impact de se faire offrir une carte-cadeau dépassait largement le registre du soutien matériel :

Bon, je suis all[é.e] à une de mes rencontres avec [mon intervenant.e], on jasait, on parlait de trucs d'avocats et, avant que je parte, [iel] m'a dit : « hey, on a un petit

⁶ *Las tarjetas de regalos son buenas, solamente que fueron para comida específica. [...] Pero en específico comida, [...], eso me puede ayudar a mí de pronto para pagar el arriendo o alguna cosa. Mi celular. Cosas personales. [...] Maxi no [es] tanto [caro], pero Provigo es muy costoso. Entonces lo que tu vas a comprar...no es lo mismo, por ejemplo, no es lo mismo comprar en Provigo que comprar en, ¿no sé si ha escuchado PA? [...] Bueno, no es lo mismo que los precios. Obviamente, pues la cantidad de comida va a variar completamente.*

cadeau pour toi ». Et moi, j'adore les cadeaux. J'étais vraiment excit[é.e]! J'adore le mot « cadeau » juste parce qu'il s'agit d'un cadeau. J'adore ça quand on me dit : « j'ai un cadeau pour toi », même si c'est juste une bouteille d'eau au final. Je préfère vraiment plus ça que quand on me dit juste « tiens, une bouteille d'eau ». Si t'ajoutes le mot « cadeau » à ce que tu dis, j'en retire beaucoup plus de joie. Pour moi... je sais pas... J'aime vraiment ça! Alors quand j'ai ouvert l'enveloppe, j'étais vraiment rav[i.e] d'y trouver des cartes-cadeaux parce que j'étais justement en train de réfléchir à ce que j'allais m'acheter pour manger ces jours-ci et j'ai dit : « oh mon Dieu. Merci! J'ai ce dont j'ai de besoin »⁷. – *Participant.e A2-P8*

On comprend, par ces propos, que le fait de se faire offrir un cadeau, en soi, a eu un impact socioaffectif sur le.a répondant.e. Ce constat sera davantage approfondi à la section 5.1.1.1 du prochain chapitre.

4.3.2.3.2 *Rétroactions des intervenant.e.s*

Pour certain.e.s intervenant.e.s, comme certains indices le laissent envisager jusqu'à maintenant, il serait possible d'affirmer que la distribution de cartes-cadeaux leur semblait être l'activité LA plus pertinente du programme de liaison. Pour rappel, l'intervenant.e clinique 6 avait affirmé : « vraiment, [...] j'encourage de faire plus de [inaudible], [...] pour que les personnes ait un plus grand support financier, parce que c'est le plus grand besoin pour les personnes de la communauté trans ». L'intervenant.e de liaison 1 ou 2, quant à ellui, aurait préféré que les ressources investies dans les activités #1, 2 et 4 aient été redirigées vers l'achat de cartes-cadeaux supplémentaires :

[...] je trouve pas que c'était de [...] très haute qualité, en fait [les activités #2 et 4]. Sincèrement, je trouve que c'était bien d'envoyer des cartes-cadeaux, ça a aidé les gens, sûrement. Je pense que les ressources qu'on a envoyées [à l'activité #2], c'était pas – je sais pas si ça a été utile aux gens. [...] – *Intervenant.e de liaison 1 ou 2*

Et les sacs cadeaux, la chose qui a, le plus important qu'il y avait dedans, c'est les 35\$ de carte-cadeau. Donc je sais pas combien – la carte-cadeau et ça – on aurait pu

⁷ *Bueno, vino a una de mis citas con que fue en ese momento con [intervenante] y me dijeron bueno, estuvimos platicando, me estuvieron hablando sobre lo del abogado y ya cuando me voy a ir me dice: Oh, tenemos un regalito para ti. Y a mí me encantan los regalos. Entonces fue estupendo para mí. Yo la palabra regalo me encanta, simplemente porque es un regalo. Me fascina cuando me dices: te voy a regalar algo y es una botella de agua. Yo la disfruto mucho más que cuando me dices ten una botella de agua. Si me dices le ponemos la palabra regalo. Se disfruta mucho para mí. A mí se me hace muy. No sé, me gusta mucho. Pero cuando lo abrí fue muy bonito para mí ver tarjetas de regalo que justamente estaba pensando que iba a hacer para comer en esos días y veo dinero en esas tarjetas y: Oh, Dios mío, gracias. Tengo lo que necesito.*

l'envoyé par la poste ou par e-mail, sans tout le reste... le tralala. – *Intervenant.e de liaison 1 ou 2*

Ce désenchantement par rapport à certaines activités du programme de liaison sera davantage discuté aux sections 4.3.3.2, 4.3.3.3, 5.1.2.1, 5.3.2.1 et 5.3.2.2.

4.3.2.4 Activité #4 – Les sacs-cadeaux : distribution de matériel de réduction des méfaits
L'activité des sacs-cadeaux consistait essentiellement à distribuer, en présentant la chose comme un cadeau, du matériel de protection face à la COVID-19, ainsi que des denrées non périssables. Certains sacs étaient personnalisés différemment, mais la constitution typique d'un sac est présentée au tableau 9. C'est le chercheur principal qui a assemblé chacun des sacs.

Quoi	Donateur
Un sac réutilisable avec un design original	Clinique Mauve
Un outil d'auto-soin (c.f. activité #5, sect. 4.3.2.5)	Clinique Mauve
Une carte-cadeau de 35\$ (Loblaws)	AGIR
Des masques de procédure	Clinique L'Actuel et Croix-Rouge, en partenariat avec Multicaf
Une visière	Croix-Rouge, en partenariat avec Multicaf
Une bouteille de désinfectant pour les mains	Croix-Rouge, en partenariat avec Multicaf
Un ensemble de produits naturels (<i>herbal packs</i>) ⁸	Le « <i>mutual aid collective</i> »
Une boîte de Triscuit	2 donatrices anonymes
Condoms	REZO

Tableau 9. – Constitution des sacs-cadeaux et donateurs des contenus

La distribution devait se faire à l'origine principalement entre février et avril 2021, mais s'est finalement réalisée d'avril à juillet 2021. Le mode de récupération des sacs était au choix des participant.e.s. Les différentes options sont décrites au tableau 10, dans la section *Méthodes de liaison*, accompagnées de leurs statistiques de distribution.

<i>Source de l'initiative</i>	AGIR
<i>Dates projetées</i>	Février et avril 2021
<i>Dates réelles</i>	Avril à juillet 2021
<i>Intentions de départ</i>	Distribution de matériel de protection contre la COVID-19, de denrées, d'une carte-cadeau et d'un outil d'auto-soin
<i>Description avérée</i>	Idem
<i>Nombre de participant.e.s</i>	79
<i>Méthodes de liaison</i>	Lors d'un <i>drop-in</i> , fin avril 2021 (13); en mains propres, par un.e intervenant.e clinique, moments variés (18); livraison à domicile, par intervenant.e de liaison ou

⁸ Une bouteille de cidre de feu et une bouteille de glycérine Skullcap, dont les effets seraient, selon le descriptif inclus par le *mutual aid collective*, de « renforcer les réactions immunitaires, réguler le système nerveux et répondre à des enjeux de santé exacerbés par la COVID-19 ». En quantité limitée : seulement 14 ensembles.

	chercheur principal, juin-juillet 2021 (24); moments variés par ASTTEQ (11) et Head & Hands (11); mode de livraison non retraçable (5).
<i>Personnel impliqué</i>	2 intervenant.e.s de liaison et le chercheur principal

Tableau 10. – Fiche descriptive de l’activité #4 – sacs-cadeaux

4.3.2.4.1 Rétroactions des participant.e.s

Au sein du groupe des participant.e.s, cinq répondant.e.s avaient affirmé avoir reçu le sac-cadeau. Iels se sont montré.e.s tous.tes très satisfait.e.s du service et du contenu du sac. Une seule personne a dit qu’elle aurait aimé y trouver autre chose : davantage de cartes-cadeaux. L’aspect le plus apprécié de l’activité par les participant.e.s était la réception de matériel de protection individuelle contre la COVID-19. Il était difficile, selon elleux, d’en obtenir au moment où iels l’ont reçu :

Interviewer : Est-ce que le service te paraissait adéquat? *Répondant.e* : Oui, je ne, je ne m’attendais pas à le recevoir. [...] Je veux dire, je ne m’attendais pas à recevoir ce beau cadeau⁹! – *Participant.e GA2-P2*

Oui, les couvre-visages, définitivement, on en avait besoin à ce moment-là. Nous avons tous bien besoin des couvre-visages. C’était vraiment bien¹⁰. – *Participant.e GA2-P8*

[...] on n’avait pas besoin d’autre chose. [...] [P]our ta sécurité, bien tu n’avais pas besoin d’autre chose. [...] [C]’était des choses dont on avait besoin. Il n’y avait rien qui était en trop. C’était des choses nécessaires¹¹. – *Participant.e GA2-P4*

Parmi les autres rétroactions recensées, trois personnes ont affirmé avoir apprécié que ce soit leurs pair.e.s-navigateurices qui leur livrent leurs sacs-cadeaux pendant une de leurs visites; deux ont affirmé que le sac était arrivé à un bon moment; une a apprécié le don de condoms, qu’iel considérait d’une bonne marque; deux ont déclaré avoir aimé que le service se poursuive, afin de continuer à recevoir du désinfectant pour les mains ou des tests rapides COVID antigéniques (même si aucun n’était offert au moment de la distribution). La plus grande critique formulée a

⁹ *Entrevistador: Le pareció adecuado el beneficio? Entrevistada: Si no, yo no lo esperaba. [...] O sea, yo me esperaba ese buen regalo.*

¹⁰ *Si, los cubrebocas definitivamente en ese momento los necesitábamos. Estamos todos muy necesitados de cubrebocas. Eso fue muy bueno.*

¹¹ *[...] no se necesita otra cosa más. Para como para amortizar o para tu seguridad, pues no necesitabas otra cosa. [...] eran cosas que se necesitaban. No eran cosas que estaban de más. Eran cosas necesarias.*

été fait par un.e répondant.e, qui aurait apprécié une personnalisation du contenu de son sac, afin de ne pas recevoir des condoms. Leur réception semblait l'avoir plutôt indisposé.e :

Interviewer : Pourquoi est-ce que tu trouvais ça bien que c'était [ton pair.e-navigateurice] qui te l'avait amené chez toi? *Répondant.e* : Parce que, bien, c'était la COVID et j'avais un peu peur de sortir¹². – *Participant.e GA2-P7*

Répondant.e : Peut-être, bon, ça je le mentionne parce que pour moi, ça marchait pas. Le sac-cadeau avait, par exemple..... des condoms. *Interviewer* : Ah, vraiment! *Répondant.e* : Pour moi, c'était un élément dont je n'avais pas besoin. Peut-être que [le sac-cadeau] pourrait être améliorer de sorte à ce que son contenu soit adéquat pour la personne qui va le recevoir, parce que moi, les condoms, définitivement, je n'allais pas en avoir de besoin!!¹³ – *Participant.e GA2-P8*

4.3.2.4.2 Rétroactions des intervenant.e.s

L'appréciation des intervenant.e.s de liaison vis-à-vis de cette activité contraste significativement avec celle des participant.e.s. Un élément principal ressort de leur témoignage : de la frustration, comme on peut le voir dans l'extrait suivant :

Ben, [...] par exemple, la distribution de sacs cadeaux, moi j'aurais pas proposé une activité comme ça. D'abord, de base – alors qu'au début on m'avait demandé de penser à des activités de liaisons [...] – ça, j'aurais jamais proposé cette activité-là. Ensuite [...], j'aurais pas proposé de faire des distributions à domicile, j'aurais proposé [...] entièrement [q]ue les gens viennent récupérer [leur sac] [...] à un point de distribution. Mais ça avait été décidé qu'on allait livrer. J'aurais proposé [...] d'envoyer par la poste ce qu'on allait envoyer. [...] Mais c'est ça, ça avait été..... [laisse ses propos en suspens] – faque, il fallait que je gère, que je coordonne, [...] mais je coordonnais quelque chose qui, pour moi, faisait pas toujours du sens en termes de gestion de ressources [...] humaines, [de] ressources financières. Je trouve [...] que [...] la charge de travail était énorme, mais c'est parce que on voulait vraiment accommoder toutes les petites, faire tout plein de petits accommodements à un niveau où ça triplait [...] la charge de travail [...], pour quelque chose..... [laisse ses propos en suspens] – donc ça triplait le coût, en termes de temps et d'argent, de l'activité, pour..... [laisse ses propos en suspens] – j'aurais fait plus de concessions, tu vois? – *Intervenant.e de liaison 1 ou 2*

Ici, l'intervenant.e laisse à plusieurs reprises ses propos en suspens et semble avoir été excédé.e par la réalisation de cette activité. On comprend également que des tâches ont été exécutées en

¹² Interviewer : ¿Pero por qué siente que estuvo bien que te lo fuera a dejar [ton pair.e-navigateurice] a la casa? Répondant.e : Porque pues estaba lo del COVID y sí tenía un poco de miedo yo en salir.

¹³ Répondant.e : A lo mejor, bueno, esto lo menciono porque para mí no funcionaba. La bolsa de regalo traía, por ejemplo...condones. Interviewer : A de veras. Répondant.e : Creo que ese fue un detalle que no lo necesitaba. A lo mejor eso puede mejorar de que sea adecuado para la persona que se les va a entregar un poco, porque yo que los condones definitivamente no los iba a necesitar.

dépit de vifs désaccords, qui semblent liés à des questions de gestion organisationnelle. Ce décalage entre l'expérience des participant.e.s et celle des intervenant.e.s sera analysé plus en profondeur tout au long du chapitre 5.

4.3.2.5 Activité #5 – Autosoin psychosocial individuel et collectif en situation de crise sociosanitaire

L'objectif originalement recherché dans le cadre de cette activité était de créer une série d'outils d'autosoin (*self care* ou *self help*) favorisant le soin de soi et de sa collectivité. L'initiative émanait d'un besoin exprimé par l'équipe clinique, qui considérait que de tels outils soutiendraient leur travail et seraient pertinents pour les personnes accompagnées. Le format privilégié était l'infographie, qui devait être courte et facile à comprendre. Les outils devaient être diffusés le plus largement possible, au fur et à mesure qu'ils étaient créés, à partir de février 2021. Par après, des ateliers de groupe virtuels, sur Zoom, devaient être offerts pour permettre aux personnes de les découvrir et de se les approprier collectivement. Ces ateliers devaient être coanimés par des duos (un.e animateurice et un.e coanimateurice) dans les quatre langues du programme de liaison.

<i>Source de l'initiative</i>	Volet clinique
<i>Dates projetées</i>	À périodicité régulière, à partir de février 2021
<i>Dates réelles</i>	Infographie : mars 2021. Atelier CM : avril 2021. Atelier AGIR : mai 2021
<i>Intentions de départ</i>	Série d'outils favorisant le soin de soi et de sa collectivité. Ateliers de groupe accompagnant les outils pour favoriser leur mobilisation et intégration.
<i>Description avérée</i>	Un seul outil, sur le soin de soi en temps de pandémie, + son atelier de groupe
<i>Nombre de participant.e.s</i>	Infographies reçues par un min. de 79 pers. (participant.e.s des sacs-cadeaux). Atelier CM : 6. Atelier AGIR : 24
<i>Particularités</i>	4 sous-groupes linguistiques par atelier (ar, esp, ang, fr)
<i>Méthode(s) de liaison</i>	Via les intervenant.e.s clinique et AGIR
<i>Personnel impliqué</i>	3 intervenant.e.s de liaison, 5 intervenant.e.s clinique, 1 membre de l'équipe évaluative et le chercheur principal

Tableau 11. – Fiche descriptive de l'activité #5 – autosoin

En fin de compte, un seul outil a été créé, portant sur la thématique du soin de soi en temps de pandémie. Celui-ci est présenté en petit format à la figure 2, et en format original à l'annexe IV. Un autre outil, qui devait aborder la gestion des émotions dans une approche phénoménologique (de manière vulgarisée), était en cours de production, mais avait été abandonné, car toutes les intervenant.e.s de liaison y travaillant avaient dû cesser le travail pour des raisons de santé.

Toutefois, l'atelier de groupe virtuel devant accompagner l'infographie sur le soin de soi en temps de pandémie avait bel et bien été créé et livré.



Figure 2. – L'outil « ON SE DONNE UNE CHANCE : prendre soin de soi durant la pandémie » (v.f.)

L'objectif recherché par cet outil était d'encourager les personnes à être indulgentes envers elles-mêmes, à accepter que les stratégies d'adaptation choisies pour composer avec la pandémie pouvaient ne pas être parfaites à cause du contexte et de leur rappeler que leurs forces et leurs résiliences existaient toujours en elles. La coordination du projet était sous la charge d'un.e intervenant.e de liaison, en collaboration avec d'autres intervenant.e.s de liaison et de membres de l'équipe clinique, qui s'étaient porté.e.s volontaires pour s'impliquer dans le projet. Son contenu avait été discuté et débattu lors d'une série de réunions d'équipe interdisciplinaires. Deux intervenant.e.s de liaison, un.e membre de l'équipe clinique et un.e membre de l'équipe évaluative ont également travaillé à la traduction de l'outil. L'infographie a été imprimée dans un tirage d'environ 200 copies, en arabe, en espagnol, en anglais et en français. Une copie (dans les quatre langues) était incluse dans chaque sac-cadeau (79) de l'activité #4. L'outil a été distribué auprès de partenaires du projet CoVivre pour diffusion.

Une fois l'infographie terminée, l'intervenant.e de liaison coordonnant l'activité a conçu l'atelier de groupe – et son guide d'animation détaillé – servant à favoriser l'appropriation et la mobilisation de l'outil. Le guide a été rédigé dans l'une des langues du programme de liaison, puis traduit dans les trois autres. Deux éditions de l'atelier ont été tenues. La première – que j'appellerai « atelier CM » – était réservée aux personnes accompagnées par l'équipe clinique de la Clinique Mauve. La deuxième édition – l'« atelier AGIR » – a été livrée en collaboration avec

AGIR, et visait l'ensemble de ses membres. Sa coordination était assurée par la Clinique Mauve, mais la responsabilité de l'animation était partagée entre les deux partenaires. L'atelier durait deux heures.

	<i>Atelier CM</i>	<i>Atelier AGIR</i>
<i>Dates</i>	22 avril 2021	20 mai 2021
<i>Nombre total de participant.e.s</i>	6	24
<i>Nombre de participant.e.s par langue</i>	1 français; 1 anglais; 4 espagnol, 0 arabe	5 français; 10 anglais; 5 espagnol; 4 arabe
<i>Mobilisation</i>	Par l'équipe clinique CM	Par l'équipe d'AGIR

Tableau 12. – Statistiques de participation à l'atelier de groupe

Dans le cas de l'*atelier CM*, le.a participant.e francophone et la.e participant.e anglophone ont été regroupé.e.s ensemble pour former un seul groupe, qui a été coanimé dans les deux langues. Pour ce qui est du groupe arabophone, personne n'y a pris part, car les personnes jointes avaient affirmé ne pas vouloir y participer, par crainte de présence d'une personne avec qui elles étaient en conflit. L'*atelier AGIR*, lui, a été livré dans les quatre langues comme prévu.

4.3.2.5.1 *Rétroactions des participant.e.s*

Aucun.e des participant.e.s de l'étude n'avait ni évoqué l'infographie d'autosoin, ni déclaré avoir participé à un atelier de groupe. Selon un.e d'elleux, les thématiques des ateliers offerts ne se démarquaient pas particulièrement de ce qui était offert ailleurs : « Ah, eh bien, les ateliers étaient un petit peu similaires, ils parlaient du même thème. Mais ils étaient bien, je veux dire qu'ils sont aidant. Pour vrai! »¹⁴ (*Participant.e GA2-P4*). Toutefois, les intervenant.e.s ayant coanimé ces ateliers ont partagé avec nous leurs perceptions de leur réception par les participant.e.s. À ce titre, un.e intervenant.e clinique avait affirmé que les personnes arabophones qu'il accompagnait « étaient très satisfaits et reconnaissants, d'avoir l'opportunité d'avoir [eu] accès à ce service » (*Intervenant.e clinique 6*).

Lorsqu'on analyse les propos des intervenant.e.s, on constate que l'autosoin, la raison d'être de l'activité, ne semblait pas avoir retenu l'attention. La discussion a porté plutôt sur les vertus et défis des activités de groupe (p. ex. générer de la connectivité entre les participant.e.s, réduire

¹⁴ *Ah, pues fueron como un poquito similares, pues que hablaban del mismo tema. Pero son buenas, o sea si son de ayuda. La verdad.*

leur isolement, l'anxiété sociale comme barrière à la participation). Ceci dit, la fonction prévue principale de l'activité était de mobiliser et de faciliter l'appropriation de l'outil d'autosoins – ce n'était pas censé être qu'un simple groupe de discussion. Malgré tout, je présente ici les observations rapportées par les intervenant.e.s.

La réception et le « succès » des ateliers variaient beaucoup selon les contextes dans lesquels ils se sont déroulés. En ce sens, les intervenant.e.s ont rapporté que l'*atelier CM*, en espagnol, s'était déroulé dans une ambiance chaleureuse et que beaucoup de blagues avaient été échangées. En contraste, l'ambiance de l'*atelier AGIR* en espagnol aurait été plombée par le « caractère difficile » d'un.e participant.e. L'expérience en arabe aussi a grandement différé entre les ateliers *CM* et *AGIR*. Tel que mentionné précédemment, personne n'avait participé à l'édition *CM* en raison de conflits entre les participant.e.s invité.e.s. Toutefois, en contraste total, l'édition *AGIR* avait été un vif succès, comme en témoigne l'*intervenant.e clinique 9* :

I can't tell you how great it was, because more than us moderating the meeting, it was the clients being very supportive, saying the nicest things to each other, you know, very supportive. So, it was really a very, very positive group meeting that we had one time. And I wish we had more persons, because I think they could benefit from the support of each other.

4.3.2.5.2 *Rétroactions des intervenant.e.s*

Les intervenant.e.s clinique et de liaison ont, assez unanimement, apprécié l'activité. De nouveau, l'autosoins en soi n'avait jamais été réellement discuté; c'est l'aspect groupal de l'activité qui avait retenu l'attention. Un.e intervenant.e de liaison a salué la création d'un « espace de parole pour les personnes », qui « a permis de parler de choses difficiles, mais en même temps d'en rire ». Il/elle avait également loué le caractère culturellement adapté de l'activité :

[J]e trouve que dans les cultures arabophones, c'est quelque chose [...] qui peut aider à gérer des moments, des choses difficiles, et que ça se fait pas trop ici en fait. Donc je pense qu'un facilitateur blanc, même s'il parlait arabe, il aurait pas nécessairement eu cette idée de rire, en fait, de faire des blagues, mais sur des choses très, très graves et lourdes. Donc j'ai trouvé l'expérience très positive.

Les intervenant.e.s estimaient également que les activités de groupe permettaient de réduire le sentiment d'isolement social, qui était déjà élevé avant la pandémie, et qui s'était gravement accentué. De même, l'*intervenant.e clinique 10* trouvait que ces ateliers avaient permis aux

personnes accompagnées de voir que les intervenant.e.s « se parl[ai]ent en vrai, que finalement, on se connaît, qu'on a confiance pour se parler [...] » et « que la clinique existe, que c'est un peu une communauté ».

D'un point de vue organisationnel, l'organisation de ces ateliers a posé plusieurs défis. Dans ce contexte, les intervenant.e.s ont unanimement salué le professionnalisme et la qualité du travail de l'intervenant.e de liaison chargée de leur coordination, qui a su relever le défi. Un des enjeux principaux rapportés était la coordination et la communication lors de travail en partenariat. Notamment, lors de l'organisation de l'*atelier AGIR*, il y a eu confusion sur les rôles d'animation à jouer par l'équipe de la Clinique Mauve et celle d'AGIR, ce qui a mené à une expérience de travail inconfortable. En ce sens, au moins un jugement sur la performance de collègues de l'organisation partenaire a été porté par un.e des répondant.e.s du groupe B.

La co-construction de l'activité entre les équipes de liaison et clinique n'avait pas non plus été appréciée de la même manière par toutes les membres du personnel. D'une part, l'*intervenante clinique 3* avait particulièrement aimé parce qu'il trouvait que son opinion, « à ce moment-là, avait beaucoup d'importance et de valeur ». Il avait aimé aussi voir son travail de planification prendre forme devant ses yeux. Toutefois, un.e de ses collègues trouvait que la co-construction avait pris trop de place dans son horaire : « [a]u début, les projets de liaison prenaient beaucoup de place dans les rencontres. On n'avait pas le temps de parler de l'intervention individuelle et des projets de groupe qu'on voulait développer » (*Intervenante clinique 4*). Il avait noté toutefois que les choses avaient fini par s'équilibrer. Un.e intervenant.e clinique avait également rappelé que les activités de groupe avec des personnes à haut risque suicidaire ne devaient pas être organisées à la légère : « *We were thinking "let's have a Middle Eastern drink, Turkish coffee", [...] and it's mainly to socialize. But we thought we should have a professional there to moderate this meeting. Just in case things would derail.* » (*Intervenante clinique 9*).

Enfin, le seul commentaire portant sur la visée d'« autosoin » de l'activité est venu d'un.e intervenant.e de liaison ayant personnellement travaillé là-dessus. Il avait partagé le sentiment que son équipe avait manqué d'encadrement dans la création des outils et qu'il était déçu.e des résultats, considérant les efforts investis :

On nous demandait de travailler sur des tâches, qu'en rétrospective, je me rends compte qu'on n'était pas capable de faire [...]. [P]rincipalement, [c'était celles] associées aux tâches d'autosoin. [...] [O]n n'avait pas les habiletés nécessaires pour le faire ou les connaissances. Puis aussi [...], on était supposé être encadré par notre superviseur[.e] clinique [...], puis on n'a pas reçu cet encadrement-là vraiment, en fait. [Iel] a essayé, [iel] a essayé du mieux qu'[iel] pouvait, mais [ellui]-même était assez confus[.e] dans les tâches qu'on avait à faire. Faque on n'a pas été capable de tant que ça, [...] – on en a réaliser un [outil d'autosoin] – tout le monde a donné des commentaires positifs, [...] mais je trouvais qu'on avait mis tellement d'efforts pour créer cet outil-là. Moi, personnellement, je trouvais que c'était comme si c'était une montagne qui accouche d'une souris. Faque c'était un peu décevant. Pour moi. -
Intervenant.e de liaison 1 ou 2

Ce commentaire révèle les défis que comporte la création d'interventions innovantes dans un contexte de crise sociosanitaire. Les expériences des intervenant.e.s seront davantage approfondies à la section 4.3.3.2.

4.3.2.6 Activité #6 – Atelier virtuel sur la COVID-19 et la vaccination

À la suggestion de l'équipe clinique, l'équipe de liaison a conçu et livré un atelier informationnel sur la COVID-19 et la vaccination. Pour ce faire, un médecin LGBTQI+ racisé expérimenté en suivis de personnes migrantes a été invité par le chercheur principal à donner une conférence sur le sujet. L'atelier a été conçu et coordonné par un.e intervenant.e. de liaison, avec le soutien logistique d'un.e autre intervenant.e de liaison. Le duo a assuré respectivement l'animation et la coanimation de l'atelier, sur la plateforme Zoom. Une présentation magistrale a été présentée durant la première heure, suivie d'une période de questions d'une heure. Les participant.e.s étaient prié.e.s de garder leurs caméras et leurs micros éteints tout le long de l'activité. Les questions étaient posées par écrit dans la boîte de discussion et étaient répondues oralement par le médecin. Durant ces 60 minutes, 25 questions ont été posées et répondues.

<i>Source de l'initiative</i>	Volet clinique
<i>Dates projetées</i>	Mai 2021
<i>Dates réelles</i>	9 juin 2021
<i>Intentions de départ</i>	Atelier virtuel sur la COVID-19 et la vaccination
<i>Description avérée</i>	Idem
<i>Nombre de participant.e.s</i>	19
<i>Particularités</i>	Service d'interprétation en arabe, espagnol et anglais
<i>Méthode(s) de liaison</i>	Via les moyens de communication de masse habituels d'AGIR; appels et courriels par intervenant.e.s clinique et de liaison; publicité (non payante) sur les réseaux sociaux
<i>Personnel impliqué</i>	3 intervenant.e.s de liaison, 1 intervenant.e clinique, 1 membre de l'équipe évaluative et le chercheur principal. Collaboration étroite avec AGIR.

Tableau 13. – Fiche descriptive de l'activité #6 – atelier sur la COVID et la vaccination

L'organisation de cette conférence a exigé beaucoup d'efforts logistiques pour la rendre accessible. La présentation étant donnée en français, il a fallu assurer un service d'interprétation pour couvrir les trois autres langues du programme de liaison. AGIR a déployé trois membres de son équipe pour accompagner les participant.e.s à naviguer les potentiels obstacles d'accès, notamment technologiques et de littératie. Un.e intervenant.e de liaison et un.e intervenant.e clinique de la Clinique Mauve étaient responsable de traduire vers le français des questions écrites dans la boîte de discussion en espagnol ou en arabe, afin qu'elles soient par la suite traduites oralement pour toutes par les interprètes et répondues par le médecin. Tout au long du processus, le chercheur principal s'est assuré de soutenir l'ensemble de l'équipe.

Afin de joindre et de mobiliser la population ciblée, AGIR a utilisé ses moyens habituels de communication avec ses membres – c.-à-d. les réseaux sociaux et sa liste d'envoi. Les intervenant.e.s clinique ont également transmis l'invitation aux personnes qu'ils accompagnaient. Néanmoins, cette fois-ci, ils avaient demandé que certains appels « à risque de se transformer en appels de suivis » soient réalisés par un.e des intervenant.e.s de liaison, afin de leur sauver du temps sur leur emploi chargé du temps. Malgré ce changement dans la façon de joindre les personnes, la quasi-totalité de celles jointes par l'intervenant.e de liaison (et qui avaient confirmé leur présence) avaient bel et bien participé à l'atelier. Un.e intervenant.e de liaison s'est également assuré de publiciser l'événement via un ensemble de groupes Facebook clés.

4.3.2.6.1 Rétroactions des participant.e.s

Parmi les répondant.e.s de l'étude, trois avaient indiqué avoir participé à l'atelier. L'effet principal de l'activité rapporté par eux a été de recevoir de l'information d'une source qu'ils estimaient fiable. Celle-ci venait compléter ou confirmer ce qu'ils avaient déjà appris ailleurs sur la COVID, sur les pratiques à suivre pour se protéger soi-même et son entourage, ainsi que sur les options de vaccination. Pour une participant.e, l'atelier l'a aidé à réduire ses doutes sur le sujet et sa peur en général :

[La COVID] est un thème nouveau pour tout le monde, alors personne n'avait comme des informations sur ce qui se passait et on recevait des informations qui se révélaient être fausses ou sans crédibilité. Alors, assister à ces ateliers m'a aidé un petit peu à acquérir un petit peu plus de certitude et de connaissances sur ce qui était en train de se passer en matière de prévention, de sécurité personnelle et de sécurité pour les personnes qui t'entourent¹⁵. – *Participant.e A2-P4*

Un autre aspect particulièrement apprécié de l'atelier était son caractère communautaire. Un.e répondant.e a affirmé y avoir assisté parce que c'était un moment pour rencontrer d'autres personnes et que ça lui faisait sentir qu'on se préoccupait de son sort en tant qu'immigrant.e :

Interviewer : Comment vous vous sentiez pendant que vous participiez à l'atelier?
Répondant.e : Eh bien, je me suis senti bien, parce que ça donnait le sentiment que quelqu'un se faisait du souci et ça donnait de l'espace pour discuter, vous savez? En ce sens, ça donnait l'impression que quelqu'un se préoccupait de mon sort en tant qu'immigrant.e seul.e dans ce pays. [...] Ça te donnait ce sentiment qu'il y a quelqu'un qui fait attention à toi, que quelqu'un s'inquiète pour toi, et que pour cette raison, on t'invite pour que tu fasses attention à toi¹⁶. – *Participant.e A2-P2*

Il avait aussi apprécié que l'atelier puisse éduquer les autres membres de sa communauté. La pandémie de la COVID-19 et l'épidémie de variole simienne – qui sévissait à Montréal au moment de son entrevue – ont ramené à sa mémoire la crise du sida, qu'il avait vécu durant les années 1990. Cela l'a mené à insister sur l'importance des ateliers sur la santé sexuelle en général.

En m'appuyant sur mon expérience de travail, je partage la possibilité que l'atelier ait contribué à la vaccination d'une personne que je suivais informellement. Au moment de l'atelier, elle n'était pas vaccinée. Elle avait posé plusieurs questions pendant la période de question, certaines parfois serrées et sur un ton défiant. Un mois plus tard, je lui ai écrit pour lui partager que j'avais remarqué sa participation active et que je me demandais si je pouvais lui être d'une quelconque aide dans ses réflexions. Elle m'avait répondu assez rapidement pour me dire qu'elle s'était fait

¹⁵ *Es un tema nuevo para todos, entonces como que nadie tenía como informaciones de lo que estaba ocurriendo y estaba llegando información como de repente falsa o sin credibilidad. Entonces, estar dentro de esos talleres me ayudó un poquito a tener un poquito más de certeza y saber lo que estaba pasando en las formas de prevención y de cuidado personal y cuidado a las personas que te rodean.*

¹⁶ *Interviewer* : *Usted cómo se sintió participando en el taller?* *Participant.e* : *Pues me sentí bien, porque uno siente que hay alguien que se preocupa porque los demás estemos bien y da el espacio para que uno pueda también hablar, sabe? Entonces uno siente que hay alguien que se preocupó por mí estando uno sol[@] como inmigrante en este país. [...] [T]e refuerza este sientes que hay alguien que te está cuidando, que alguien que se preocupa por ti, que por eso te están invitando para que tú te cuides.*

vacciner une vingtaine de jours après l'atelier. Le suivi s'est arrêté à ce moment-là et je ne lui ai pas demandé ce qui avait motivé sa décision. Il est impossible d'attribuer un lien de causalité direct entre sa participation à l'atelier et sa décision de se faire vacciner. On peut toutefois considérer la possibilité que sa participation à l'atelier ait pu être un facteur contribuant à cette décision.

D'un point de vue plus critique, un.e participant.e a déclaré que l'atelier lui semblait être arrivé un peu tard dans le temps. Il aurait aimé aussi que l'événement se répète périodiquement, afin de faire le point sur les informations qui étaient en constante évolution. L'anxiété sociale et la présence de traumatismes avaient été nommées par ailleurs comme des enjeux pouvant compliquer la participation à une activité de groupe. On peut le constater, par exemple, dans cet échange entre un.e interviewer et un.e répondant.e :

- As-tu toujours été silencieux dans les ateliers?
- Oui, oui.
- Qu'est-ce qui faisait en sorte que tu gardais le silence selon toi?
- Ah, eh bien, je pense, des fois, j'ai... Bon, des fois, je vis un peu de la honte.
- De la honte? Pourquoi?
- Bien... Comme je le disais avant, j'étais une personne très silencieuse et discrète et je ne faisais pas confiance non plus aux autres et j'étais toujours dans la mentalité que, ou bien on se moquerait de moi, ou bien on ne saurait pas m'écouter. Alors, je trouvais ça mieux de rester silencieux¹⁷ – Participant.e A2-P7

Un.e autre répondant.e vivant des enjeux similaires avait proposé, pour soutenir sa participation (et potentiellement celle d'autres personnes), de fournir des informations par écrit, qui pourraient être suivies pendant que l'atelier était en cours, et consultables par après sur internet :

[...] for me, I have a little bit of social anxiety and [...] my being [is] really introvert. I like to understand things and [...] being more with myself when I am [feeling like that]. [I] like focusing on something [when I am feeling like that] [...]. Maybe it would be helpful to [...] have this place for us [...] with this information [...]. Yeah. Like recommendations that the clinic might be [...] giving. Mm hmm. Like [...] a webpage or [...] an email or something like that. Maybe that'll be helpful. – Participant.e A2-P5

¹⁷ - ¿Has siempre guardado silencio en los talleres? - Sí, sí. - ¿Y eso a qué se debe? - Ah. Pues se debe a que a veces me da. Bueno, me da un poco de vergüenza. - ¿Vergüenza? ¿Por qué? - Pues. Como anteriormente le comentaba que era una persona muy callada y no tenía confianza también a veces en las personas y siempre estaba con la mentalidad de que, o se burlaban de mí, o no sabrían escucharme, entonces mejor me quedaba callad[@].

Il est à noter que malgré les mesures de soutien à l'accessibilité mises en place, un.e partenaire d'AGIR avait porté à notre attention qu'un.e participant.e avait quitté l'atelier de façon plutôt aigrie pour des raisons, selon ellui, liées au fait qu'iel ne savait ni lire, ni écrire. La.e partenaire avait prévenu l'équipe au préalable de la participation possible de cette personne et des impacts potentiels du déroulement par écrit de la période de questions-réponses.

4.3.2.6.2 Rétroactions des intervenant.e.s

Le personnel de la Clinique Mauve et d'AGIR ayant pris part à l'atelier a considéré celui-ci comme étant un succès. La prestation du médecin, durant la période des questions-réponses, a été particulièrement appréciée. On trouvait toutefois que sa présentation magistrale était un peu longue et ennuyante et que les propos auraient pu être davantage vulgarisés et synthétisés. La performance des interprètes, par ailleurs, avait été jugée très inégale, au point que l'interprétation dans l'une des langues était, à l'avis unanime des personnes qui la maîtrisaient, totalement incompréhensible. Malgré la satisfaction générale, un.e intervenant.e de liaison s'est montré soucieux de la lourdeur logistique qu'impliquait l'organisation d'un atelier en quatre langues sur Zoom.

Cette activité de liaison a été la dernière à avoir été présentée aux participant.e.s du programme de liaison.

4.3.3 Présentation des rétroactions des intervenant.e.s sur les ressources

Je conclus ce chapitre en effectuant un retour sur l'évaluation des ressources, en présentant cette fois-ci les rétroactions des intervenant.e.s sur celles-ci.

Puisque les activités avaient été réalisées et livrées en étroite collaboration avec l'équipe clinique, j'ai choisi d'inclure leurs rétroactions sur leur travail en général, même si celles-ci ne concernaient pas directement le programme de liaison. Leurs expériences générales pouvaient avoir des incidences directes ou indirectes en lien avec leurs expériences dans le programme de liaison. Leur partage permet également de contraster les expériences et regards des intervenant.e.s de liaison avec ceux de l'équipe clinique.

4.3.3.1 Difficultés créées par le contexte pandémique

Le contexte pandémique a sans conteste affecté l'expérience de travail des intervenant.e.s. Pour certain.e.s, cela avait perturbé l'accès à un environnement de travail adéquat. Un.e intervenant.e de liaison, par exemple, avait « trouvé ça difficile de travailler de chez [s]oi ». L'*intervenante clinique 4* avait soulevé les défis qu'avait posé la pandémie quant à l'accès aux ressources nécessaires pour bien faire son travail, notamment en ce qui concerne les crises suicidaires : « les formations sur l'intervention en contexte de crise suicidaire étaient pas disponibles [...]. J'ai dû, tu sais, me rafraîchir la mémoire au niveau de la crise suicidaire [...], c'était un défi, là, d'intervenir dans ce contexte-là ». La pandémie a aussi affecté l'ambiance de travail. Certain.e.s vivaient des sentiments d'isolement ou de solitude, d'autres ont trouvé plus difficile de créer des liens satisfaisants avec leurs collègues quand le seul lieu disponible pour se rencontrer était Zoom. Un.e intervenant.e dénote par ailleurs que la vidéoconférence pouvait déclencher des enjeux liés à la dysphorie de genre ou à l'image personnelle :

Des fois sur Zoom c'est vraiment difficile de [...] prendre le pouls du groupe. Tu sais quand – si beaucoup de personnes ont sa caméra fermée... Pis c'est correct de fermer sa caméra, parce que tu sais [...], ça peut être qu'une personne, une personne trans, vit de la dysphorie avec la caméra ouverte, ou il peut avoir toutes sortes de raisons pour fermer sa caméra. [...] Je trouve c'est plus facile de faire ça [prendre le pouls du groupe, s'assurer que tout le monde se sente à l'aise] en personne. [...] C'est juste que, [...] ça prend plus de temps à développer un lien de confiance avec tes collègues quand tu les as jamais rencontré.e.s en personne, tu les as juste vu en groupe sur Zoom. Mais quand on s'est finalement rencontré en personne, [...] je pense que ça a aidé à bâtir la confiance. – *Intervenante clinique 4*

Les impacts cumulatifs de la pandémie sur les intervenant.e.s étaient indéniables au regard de leurs nombreux départs pour congés de maladie. Tel que présenté antérieurement à la section 4.3.1.2, le chercheur principal s'assurait, pour pallier aux enjeux de santé qui pouvaient survenir, de suivre personnellement leur état de santé. Il les encourageait, lorsque nécessaire, à prendre de courts congés, de manière préventive. Lorsque leur état était plus grave, il les encourageait à consulter des professionnel.le.s. Malgré ces mesures, un.e intervenant.e de liaison s'est questionné à savoir s'il avait été approprié pour ellui de participer à une intervention de crise sociosanitaire :

C'est le contexte de la pandémie, qui m'affectait énormément, puis, en rétrospective, maintenant, je pense aussi que la job que j'occupais n'était pas appropriée pour comment je me sentais, ouin. Ouin, c'était pas une job que... [laisse sa phrase en suspens]. J'aurais dû faire autre chose. Idéalement. – *Intervenant.e de liaison 1 ou 2*

4.3.3.2 Défis liés au travail dans un projet innovant, inédit et en contexte de crise sociosanitaire

Au cours de leurs entretiens, six intervenant.e.s sur 10 ont discuté spontanément du défi que représentait le travail au sein d'un projet innovant, inédit et en contexte de crise sociosanitaire. En général, leurs discours n'étaient pas négatifs; ils évoquaient surtout le caractère complexe et exigeant de la chose :

[...] c'est quand même un projet qui a été monté rapidement. [...] [T]out est nouveau, on a pas encore développé toutes les façons de fonctionner, les politiques. Faque ça ajoute comme une autre couche de défi dans l'intervention – d'avoir à réfléchir à comment on va faire les choses avant de les faire. [...] [A]u début, y'a plus une courbe d'apprentissage, donc c'est normal que je sois moins [...] efficace. Mais y'a aussi le fait que c'est un nouveau projet, faque ça a pris du temps à comprendre [...] qu'est-ce qui était une charge de travail adéquate pour le nombre d'heures [que je faisais]. – *Intervenant.e clinique 4*

Toutefois, en ce qui concerne le programme de liaison spécifiquement, les intervenant.e.s de liaison rencontré.e.s – et un.e intervenant.e clinique – étaient significativement plus critiques. Le degré d'improvisation impliqué et l'ampleur du travail à réaliser leur ont semblé trop élevés. Pour un.e intervenant.e de liaison, les changements entre les plans initiaux et ceux exécutés lui ont créé de la déception. Ces intervenant.e.s se sont montrés souvent en désaccord avec des décisions prises :

Ce que j'ai trouvé le plus difficile, [...], c'est l'ampleur du programme de liaison. Je trouve que, pour quelque chose qui a été fait pour la première fois, par une petite équipe, je trouve que c'était trop. [...] Et les directives étaient pas toujours très claires dès le départ, parfois elles changeaient en cours de route. Il y a plusieurs choses que j'ai fait au début qui finalement ont pas été utilisées, donc... [...] c'était un peu difficile – *Intervenant.e de liaison 1 ou 2*

[...] [D]'avoir été là dès le début pour concevoir les activités, je trouvais ça un peu difficile de le mettre en œuvre [le programme de liaison] parce que j'étais pas toujours d'accord, ou en lien avec, avec ce qui avait été décidé. – *Intervenant.e clinique 4*

[J]'ai vécu de la déception pis de la frustration de voir, comme, voici ce qu'on était censé faire, puis de comme sentir de ne pas s'être approché de ce qu'on s'est fixé comme objectif – *Intervenant.e de liaison 1 ou 2*

Considérant que le projet se construisait au fur et à mesure qu'il se déroulait, en contexte de crise sociosanitaire sans précédent, de surcroît, des éléments de la structure ou de la culture organisationnelle de la Clinique Mauve n'avaient pas été soumis à débat. Un.e intervenant.e de liaison avait partagé, en ce sens, ses malaises à travailler dans un projet qui avait une aspiration de justice sociale dans un cadre universitaire plus hiérarchique, et cela dans un contexte où les travailleuses provenaient de cultures organisationnelles différentes :

Venant du milieu communautaire et ce genre de milieu-là [sous-entendu : davantage militants], où est-ce que la hiérarchie est beaucoup moins grande, l'autonomie étant aussi plus grande, j'ai trouvé ça difficile à accepter [...]. Tsé, juste un exemple, [...] je trouvais que les réunions d'équipes étaient beaucoup – un moment, c'était pas mal *top down*. C'était pas mal comme le leadership de la clinique qui avait les informations à transmettre pis les employés qui la recevaient. [...] [J]e trouvais – comment c'était structuré – ça favorisait peu les échanges ou la prise de décision [collective]. Les décisions étaient prises à un autre niveau que dans les réunions d'équipes. Pis, je dis ça, mais en même temps, je me demande combien de gens autour de la table [...] étaient connassantes – ou qui avaient vécues – des expériences de gestion un peu plus horizontales. Faque il y a ça aussi, [...] je ne sais pas combien de gens ont vécu cette frustration-là, comme moi je l'ai vécu. – *Intervenant.e de liaison 1 ou 2*

Ainsi, l'intervenant.e de liaison exprimait ici ses frustrations par rapport à la structure organisationnelle, qu'iel trouvait trop hiérarchique à son goût, tout en admettant que d'autres pourraient la considérer tout à fait adéquate. La question de la structure organisationnelle est davantage abordée à la section 5.3.2.2.

4.3.3.3 Sentiment vif que le travail au programme de liaison n'était pas utile

Un des résultats les plus préoccupants de cette évaluation, à mes yeux, est le sentiment vif partagé par les intervenant.e.s de liaison rencontré.e.s d'inutilité par rapport à leur travail. Leur regard global sur le programme de liaison était très négatif. Un.e intervenant.e a mentionné qu'iel trouvait qu'iel avait « travaill[é] beaucoup pour pas grand-chose ». Iel ajoutait : « l'impact du programme de liaison était pas – pour la quantité de travail, je trouvais que c'était pas vraiment... je trouvais pas que ça valait la peine ». Un.e intervenant.e a ajouté que son rôle était « plus grand que ce qui était prévu », que le travail à faire était « sous-estimé » et qu'il n'était pas apprécié à sa juste valeur; « y'avait beaucoup de détails à réfléchir, beaucoup de contraintes à gérer, et je sentais pas que le reste de l'équipe réalisait à quel point c'était beaucoup. [...] [J]e pense, je trouvais que j'étais l[a.e] seul[e] à trouver que c'était important ce que je faisais ». Ce sentiment

contrastait de manière absolue avec celui des intervenant.e.s du volet clinique, comme on peut le constater dans l'extrait suivant :

Honnêtement, [...] j'aime beaucoup ce que je fais, parce que je me sens utile [je souligne] et je sens que je travaille avec une population qui est marginalisée, qui est des fois discriminée. Donc si je peux apporter du soutien et de l'aide psychologique ou émotionnel à, aux usagers, je me sens très, très utile par rapport à ça. – *Intervenant.e clinique 3*

L'extrait cité est représentatif du sentiment général de l'équipe clinique vis-à-vis de l'utilité de leur travail. Et, sans s'y méprendre, les intervenant.e.s de liaison accordaient également beaucoup plus de valeur à leur travail, tout en dévalorisant le leur :

[...] [J]e pense que plus de travailleurs sociaux, ça aurait été... peut-être mieux... que le programme de liaison. Parce qu'une travailleuse sociale elle peut... estimer... comme, évaluer tes besoins et t'aider à accéder aux ressources de manière beaucoup plus... impactante que, et significative que, un courriel [l'intervenant.e résume ici son travail à « un courriel »]. [...] Je sentais que les personnes qui faisaient de l'accompagnement étaient beaucoup [...] plus utiles, en fait. Et c'est pour ça qu'à un certain moment [...], j'ai dit que je préférais faire juste de l'accompagnement parce que justement, je me sentais pas très utile au programme de liaison [je souligne]. – *Intervenant.e de liaison 1 ou 2*

Ainsi, le sentiment d'inutilité à l'égard de son travail a incité cet.te intervenant.e de liaison à demander à être éventuellement transféré.e au volet clinique, ce qui a été fait. Une réflexion sur la valorisation des interventions collectives et de liaison est abordée à la section 5.1.2.1.

4.3.3.4 Malgré tout, une expérience de travail éminemment positive

Malgré les ressentis négatifs des intervenant.e.s de liaison par rapport au programme de liaison, iels partageaient une opinion hautement positive de la Clinique Mauve. Un.e d'elleux a même affirmé que son expérience de travail était *sa meilleure à vie* :

Mais je pense que ça a été la meilleure expérience de travail que j'ai eu, professionnellement parlant. Qui avait des défauts, certes, mais en résumé, l'expérience de travail a été... Les conditions de travail, je trouve que les conditions de travail sont super belles. Du coup, j'ai eu une expérience très positive. – *Intervenant.e de liaison 1 ou 2*

Car malgré les problèmes jusqu'à maintenant mentionnés, les intervenant.e.s de liaison louaient les conditions de travail et l'environnement général de la Clinique (hormis, bien sûr, les impacts du contexte pandémique). Iels ont apprécié la grande flexibilité dans la gestion de leurs horaires,

le respect de leurs limites lorsqu'elles étaient exprimées clairement, le sentiment de *care* de la part du chercheur principal à leur égard, le respect de leur rythme de travail et la rémunération accordée, qui leur semblait satisfaisante. Ce sentiment d'appréciation envers la Clinique était unanime chez les 10 intervenant.e.s rencontré.e.s. En outre, iels ont salué les bons choix dans l'embauche du personnel, l'excellente collaboration entre les membres de l'équipe, l'absence apparente de conflits majeurs interpersonnels et le caractère interdisciplinaire du volet clinique. Le thème de l'appréciation générale envers la Clinique Mauve mériterait d'être davantage évalué; toutefois, cela excède malheureusement la portée du mandat confié à cette évaluation, qui ne se concentre que sur le programme de liaison. Il n'en demeure pas moins qu'il est important d'insister sur le fait que l'expérience de travail des intervenant.e.s était surtout positive. Les enjeux soulevés devraient être vus comme des opportunités d'améliorer la prestation et l'organisation des services, et non comme une critique de la valeur de la Clinique Mauve.

Chapitre 5 – Discussion

Dans le chapitre précédent, j'ai cherché à répondre au premier objectif de recherche de ce mémoire, qui était de produire une description détaillée du programme de liaison, tel qu'il s'est réalisé. Dans ce chapitre-ci, je cherche plutôt à répondre au deuxième objectif qui avait été fixé, soit celui de déterminer les principales forces, défis et limites du programme de liaison. En répondant à cet objectif, je parviens à répondre, du même coup, aux deux questions de recherche qui avaient été posées à la section 1.4 de ce mémoire. La première, plus large, était : « *quelles leçons peut-on tirer de l'usage de méthodologies d'intervention collective dans le contexte d'interventions sociales de crise sociosanitaire et auprès de populations marginalisées?* ». C'est la section 5.1 de ce chapitre qui permettra principalement d'y répondre. La deuxième, plus spécifique à l'objet de recherche de ce mémoire, était : « *quelles leçons peut-on tirer de l'expérience du programme de liaison de la Clinique Mauve, un projet d'intervention collective ayant cherché à réduire les impacts de la crise sociosanitaire de la COVID-19 sur les personnes et les communautés LGBTQI+ à Montréal?* ». Les discussions menées aux sections 5.1 à 5.3 donnent des éléments de réponse à cette question. Le chapitre se termine avec la section 5.4, où je formule des premières recommandations à soumettre aux responsables de la Clinique Mauve dans la poursuite de leur travail.

5.1 Les méthodologies d'intervention collective : forces et limites de leur emploi

Dans le cadre de cette sous-section, je discute des forces et des limites qui ont été observées suite à l'emploi de méthodologies d'intervention collective lors de l'expérience du programme de liaison de la Clinique Mauve. Les forces observées sont : le potentiel sous-estimé des méthodologies d'intervention collectives; le brio de la Clinique Mauve et d'AGIR à relever une tâche redoutée en intervention de liaison, soit « joindre les personnes difficiles à joindre »; et le capital social de confiance développé par la Clinique Mauve. Les limites observées sont : le manque de valorisation et de compréhension des méthodologies d'intervention collective; les répercussions psychosociales des violences communautaires subies sur la capacité à participer à

des activités de groupe et le manque de résultats associés à l'activité #2 – service d'information et de référencement. Cette section débute avec une présentation des forces et se termine avec celle des limites.

5.1.1 Forces

5.1.1.1 La communauté, le lien et la solidarité sociale : des vecteurs et des finalités puissantes de l'intervention

Au terme de l'analyse des résultats, celui qui m'a le plus étonné et le plus impressionné était de constater que *toutes* les activités du programme de liaison avaient pour retombée le renforcement du sentiment d'appartenance communautaire et du sentiment de soutien social, *même* celles qui n'avaient pas cette visée comme retombée principale. Je pense ici particulièrement aux activités #3 – cartes-cadeaux, #4 – sacs-cadeaux et #6 – atelier d'information sur la COVID-19 et la vaccination, où les effets premiers recherchés étaient de réduire la précarité alimentaire, de fournir aux personnes de l'équipement pour se protéger de la COVID-19 et l'éducation sur les risques de la COVID-19 et sur les options de vaccination. Bien que ces objectifs aient été atteints et discutés par les participant.e.s lors de leurs entretiens (comme nous le verrons tout au long de ce chapitre), les retombées sont allées bien au-delà.

Le fait que le soutien ait été offert sous forme de *cadeaux* dans les activités #3 et #4 a touché plus d'un.e participant.e :

[...] avec [mon intervenant.e], on jasait, on parlait de trucs d'avocats et, avant que je parte, [iel] m'a dit : « hey, on a un petit cadeau pour toi ». Et moi, j'adore les cadeaux. J'étais vraiment excit[é.e]! [...] [Q]uand j'ai ouvert l'enveloppe, j'étais vraiment rav[i.e] d'y trouver des cartes-cadeaux parce que j'étais justement en train de réfléchir à ce que j'allais m'acheter pour manger ces jours-ci et j'ai dit : « oh mon Dieu. Merci! J'ai ce dont j'ai de besoin – *Participant.e A2-P8*

[...] je ne m'attendais pas à recevoir [le sac-cadeau]. [...] Je veux dire, je ne m'attendais pas à recevoir ce beau cadeau! – *Participant.e GA2-P2*

À la lecture des entretiens avec certain.e.s intervenant.e.s de liaison ou clinique, on pouvait avoir l'impression que le soutien offert par les cartes-cadeaux et les sacs-cadeaux leur semblait de petite envergure, presque anodine. Or, celui-ci semble avoir été reçu comme une forme de *care*, de souci pour l'autre. La Clinique Mauve avait ainsi visé juste en offrant ces soutiens-là sous la

forme de « cadeaux », qui auraient pu être nommés et conçus bien autrement. Par exemple, les cartes-cadeaux auraient pu être appelées un « dépannage alimentaire d'exception », et les sacs-cadeaux, une « distribution d'équipement de protection individuelle ». Le fait de recevoir les sacs-cadeaux personnellement de la part d'un.e membre de la Clinique Mauve – alors que, rappelons-le, l'enjeu du mode de distribution des sacs-cadeaux avait créé des tensions importantes entre les intervenant.e.s et le chercheur principal – semble avoir été également appréciée par les participant.e.s. En réponse à un.e intervieweuse qui lui avait demandé pourquoi iel avait apprécié la livraison en personne, un.e participant.e avait répondu « [p]arce que, bien, c'était la COVID et j'avais un peu peur de sortir » (*Participant.e GA2-P7*). Globalement, on peut parler ici d'une assistance « bienveillante », qui mise sur le lien social et qui articule le don dans une perspective relationnelle. Ce genre d'échange peut favoriser l'émergence d'un lien puissant pour l'intervention, mais doit être entretenu avec prudence à cause des enjeux éthiques que celui-ci peut susciter (p. ex., en donnant possiblement, et non intentionnellement, le sentiment que la partie aidée devrait donner un contre-don) (Fustier, 2008). Quoi qu'il en soit, ce résultat transversal à l'étude est un nouvel exemple de la différence de l'impact entre un soutien livré sous la forme de solidarité – c.-à-d. qui réfléchit les services autour des valeurs de la dignité de la personne et de *l'empowerment*, dans des approches structurelles, anti-oppressives et horizontalisantes – et celle sous la forme de charité – c.-à-d. dans des perspectives individualisante, moralisante et verticalisantes – en travail social (Dorvil et Harper, 2013 ; Dubois et Garceau, 2000 ; Pullen-Sansfaçon et Cowden, 2012).

Une autre activité qui n'avait pas pour but premier le renforcement ou le développement communautaire – la n°6, l'atelier d'information sur la COVID-19 et la vaccination, avait aussi généré le renforcement du sentiment d'appartenance communautaire. La génération de ce sentiment pourrait même avoir été une source de motivation pour adopter des comportements plus sécuritaires face à la COVID-19. Rappelons que l'activité #6 s'était tenue sur Zoom, avec caméras et micros fermés, en juin 2021. La soirée était belle et ensoleillée et nous nous trouvions en pleine période de déconfinement. Le site Météomédia.ca indiquait que le thermomètre affichait alors 26°C. Bien que les participant.e.s auraient pu s'adonner à bien d'autres activités cette soirée-là, iels étaient au rendez-vous – au nombre de 19 – et la période de questions s'est

déroulé à un rythme effréné; 25 questions avaient été posées et répondues en l'espace de 60 minutes. Bien entendu, pour certain.e.s, la motivation à participer était de recevoir l'information recherchée, mais pour la.e participant.e A2-P2, c'était « les retrouvailles, parler avec les gens¹⁸ ». Iel avait également mentionné que l'invitation lui avait « donn[é] le sentiment que quelqu'un se faisait du souci [pour ellui] », que « quelqu'un se préoccupait de [s]on sort en tant qu'immigrant.e seul.e dans ce pays » et que « pour ce[s] raison[s], on t'invite pour que tu fasses attention à toi ». Cette personne avait par ailleurs vécu la pandémie du sida durant les années 1990 et y avait perdu des ami.e.s. Iel appréciait que l'atelier puisse éduquer les membres de sa communauté et prévenir potentiellement d'autres pertes. Il lui importait de sentir que sa communauté faisait attention à elle et à sa sécurité. Le témoignage du participant A2-P2 indique comment la communauté peut servir de vecteur puissant pour l'intervention, c'est-à-dire comme un facteur qui favorise le succès de l'intervention. Ces résultats, qui mettent en lumière le rôle mobilisateur des communautés dans les campagnes de prévention, vont dans le même sens qu'une expérience récente vécue avec RÉZO, un organisme communautaire montréalais de santé sexuelle pour hommes trans ou cis, bi ou gais. REZO avait joué un rôle très engagé et décisif pour mobiliser les hommes trans ou cis, bi ou gais de Montréal à aller se faire vacciner rapidement contre le virus MPOX (aussi connue sous le nom de « variole du singe ») en 2022-2023 (RÉZO et invité.e.s, 2023). Le 14 février 2023, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec avait par ailleurs annoncé la fin de l'éclosion, soit 10 mois après le signalement du premier cas préoccupant (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2023). La rapidité avec laquelle la population à risque était allée se faire vacciner était considérée comme un des principaux facteurs de ce succès (RÉZO et invité.e.s, 2023).

L'ensemble de ces résultats permettent de croire que les personnes et les communautés LGBTQI+ migrantes devant qui nous nous trouvons valorisaient et désiraient vivre des sentiments de connexion sociale et que le besoin de se retrouver en communauté ne pouvait être simplement mis de côté, même dans le contexte d'une crise sociosanitaire grave. Ces résultats résonnent avec les affirmations de Kirmayer *et al.* (2009), selon lesquelles les personnes sont attachées à la notion de communauté du fait que les êtres humains sont « fondamentalement sociaux » et qu'iels

¹⁸ *El reencuentro, a hablar con la gente*

« vivent habituellement dans des groupes tissés serrés » (Kirmayer *et al.*, 2009, p. 65, traduction libre). Ils confirment aussi possiblement la souffrance que génèrent les sentiments d'isolement et de manque de connectivité, liés à « l'atomisation de la société en individus » et du rétrécissement des réseaux de soutien rapprochés (Kirmayer *et al.*, 2009, p. 65, traduction libre). Ils confirment le mal provoqué par le manque de reconnaissance des autorités sanitaires des réalités communautaires et socioaffectives de groupes sociaux s'inscrivant en dehors des normes sociales dominantes, et ont de ce fait contribué à renforcer leur marginalisation (Fallu, 2022).

Ces résultats parlent aussi du rôle que peuvent jouer des liens sociaux de différentes intensités dans le *care* et la santé des personnes. Nous connaissons le rôle important joué par les « familles choisies », un réseau social (Kirmayer *et al.*, 2009) caractérisé par les forts liens d'interdépendance qui unissent les membres qui la composent (Beaudry, 2017, 2018 ; Chbat *et al.*, 2023 ; Jacmin-Park *et al.*, 2022). Toutefois, les résultats de cette évaluation nous montrent aussi le rôle important que peuvent jouer des liens « plus faibles » (*weaker links*) (Kirmayer *et al.*, 2009) soit des liens qui ressortent des réseaux sociaux de cadres intimes. Une invitation à participer à un atelier, recevoir une carte-cadeau ou un sac-cadeau, sentir que des gens autour de soi sont intéressés par un enjeu de santé publique, même si leur présence est symbolisée par de petits rectangles noirs dans un logiciel pas toujours facile à utiliser : tout cela est susceptible de participer au soin communautaire et collectif et ne sont pas des gestes à sous-estimer. Ces résultats invitent à réfléchir au potentiel prometteur des notions de communauté et de lien, de connexion et de solidarité sociale en intervention, que celle-ci soit psychosociale, de santé mentale ou même biomédicale. Fréchette (2007), qui s'intéresse à l'approche sociocommunautaire en intervention collective, invite par ailleurs à décroiser interventions individuelle et collective et plutôt à voir le rôle que peut jouer une communauté dans l'avancement de la santé psychosociale.

Nous avons donc vu, au cours de cette expérience d'intervention collective en période de crise sociosanitaire, que la pertinence des méthodologies d'intervention collective dépasse l'intérêt de réaliser des interventions qui « coûtent moins cher » et qui permettent de « faire beaucoup avec peu ». L'emploi de méthodologies d'interventions collectives, même dans le cadre d'interventions individuelles, mériterait d'être exploré et approfondi.

5.1.1.2 « Joindre les personnes difficiles à joindre » : la mission réussie par le programme de liaison

Au cours de la présentation des résultats au chapitre 4, le thème de la capacité du programme de liaison à joindre et à mobiliser son public cible n'a pas pris beaucoup de place. Il est possible que cela soit dû à l'efficacité démontrée par la Clinique Mauve à relever ce défi. Pourtant, ce résultat ne peut pas du tout être tenu pour acquis et n'est pas anodin. Dans la revue de littérature sur les programmes de liaison présentée au point 1.3.2, nous avons vu que ce que j'ai appelé le « travail de liaison » (c.-à-d. les actions entreprises par une intervention pour joindre et mobiliser la participation des personnes ciblées) était considéré comme le travail le plus difficile à relever en intervention de liaison. Or, dans le cadre du programme de liaison de la Clinique Mauve, cela n'avait jamais posé problème; au contraire, répondre aux besoins de toustes était le réel défi. À cet effet, les activités du programme de liaison ont toutes eu un taux de participation jugé satisfaisant par les parties prenantes au programme de liaison (c.-à-d. la gestion et les intervenant.e.s de la Clinique et d'AGIR).

Au point 1.3.2, nous avons vu que pour « joindre les personnes difficiles à joindre » (*reaching the hard to reach*), les programmes de liaison recensés (Gosselin *et al.*, 2019a, 2019b ; Kåks *et al.*, 2022 ; Melendez *et al.*, 2013 ; Sabin *et al.*, 2019 ; Stimpert, 2020 ; Stone *et al.*, 2021) misaient sur trois stratégies principales : 1) nouer un partenariat fort avec un organisme ou des leaders bien établis dans les communautés ciblées; 2) laisser des pair.e.s-intervenant.e.s prendre en charge la mise en liaison et le maintien du lien de confiance avec les personnes desservies; et 3) axer l'intervention sur la réponse aux besoins des personnes, *tels que formulées par les personnes elles-mêmes*. On peut constater que l'on retrouve la présence de ces trois facteurs de succès dans le modèle d'intervention du programme de liaison.

La raison #1 du succès du travail de liaison du programme de liaison semble être en effet la qualité de son partenariat avec AGIR. La confiance entre les deux parties était forte. Les actrices à la tête de la Clinique Mauve étaient connues dans les communautés LGBTQI+ et LGBTQI+ migrantes et semblaient avoir leur reconnaissance et estime. Rappelons par ailleurs que le chercheur principal de la Clinique Mauve faisait partie des personnes ayant participé à la fondation d'AGIR en 2008. Bien que la forme d'implication du chercheur principal ait évolué à travers le temps,

celle-ci est demeurée constante et la présence du chercheur a continué à se faire sentir. Par ailleurs, les travailleuses de la Clinique Mauve partageaient toutes un élément de positionnalité sociale avec les personnes LGBTQI+ migrantes (principalement être LGBTQI+, avoir une expérience de migration, ou les deux), ce qui marquait une certaine continuité avec les valeurs « par et pour » et la valorisation du savoir expérientiel d'AGIR. De plus, certain.e.s des travailleuses de la Clinique Mauve avaient déjà fait du bénévolat ou travaillé au sein d'AGIR ou siégeaient même toujours sur le conseil d'administration de l'organisme, si bien que de nombreux acteurices de la Clinique Mauve portaient un double chapeau pendant l'exercice de leurs fonctions. Le modèle d'intervention du programme de liaison était conçu de façon à ce qu'AGIR assume une partie importante du travail de liaison (c.-à-d. joindre et mobiliser les personnes ciblées). La Clinique Mauve faisait confiance à AGIR pour réaliser ce travail, et AGIR l'a fait avec succès. Les liens d'interdépendance entre la Clinique Mauve et AGIR étaient très forts. Les rôles joués par les deux partenaires étaient indispensables pour voir l'offre de services du programme de liaison (et de la Clinique Mauve) se concrétiser. La Clinique Mauve aurait été une « coquille vide » sans la participation d'AGIR, et AGIR n'aurait pas pu réaliser seul le travail effectué par le programme de liaison et la Clinique Mauve. Si cette évaluation montre la relation de proximité entre la Clinique Mauve et AGIR, elle ne visait pas à évaluer le partenariat en soi. Ceci dit, l'observation d'une synergie entre les deux entités est évidente et une telle relation pourrait servir d'inspiration dans l'élaboration de modèles de partenariat communautaire-universitaire.

Le deuxième facteur de succès semble avoir été la qualité de la relation de travail entre les personnes accompagnées et leurs pair.e.s-navigateurices – ainsi que les autres intervenant.e.s cliniques. Plusieurs personnes jointes ont indiqué avoir participé aux activités après avoir été invitées par leurs pair.e.s-navigateurices ou leurs intervenant.e.s cliniques respectifs. Les résultats de l'évaluation ont permis de constater que les intervenant.e.s savaient quels moyens employer pour les joindre et quelles embuches il fallait potentiellement contourner. Le téléphone s'est par ailleurs démarqué comme moyen important pour établir la communication.

We did realize that it was better if we did group activities with the participants through reaching out by phone. We had a like, bigger response when we were calling them. – Intervenant.e clinique 2

[T]he challenges... at the beginning – there was a challenge because they [les personnes ciblées] didn't know what was the Clinique Mauve. And they were skeptical about it, and they were worried because they are migrants, they're like "are you sure you're from the Clinic"... It was also when we were calling with no caller ID. So, it was hard to connect with people, but now, people, they're getting to know the clinic. Now it's easier to reach out and connect with them. – Intervenant.e clinique 2

Ces dernières citations montrent l'importance d'employer des méthodes qui permettent d'établir la communication dans les paramètres préférés par les personnes accompagnées. On voit aussi qu'une bonne connaissance des réalités des personnes qu'on cherche à joindre peut faire toute la différence. Dans le dernier extrait cité, l'intervenant.e ne s'était pas laissé « démonter » par la méfiance perçue chez les personnes migrantes qu'il cherchait à joindre; iel s'y attendait même et a trouvé les moyens pour établir le contact malgré tout.

Nous avons donc vu, jusqu'à maintenant, que le programme de liaison employait bel et bien deux des trois stratégies citées (*nouer un partenariat fort avec un organisme ou des leaders bien établis dans les communautés ciblées et laisser des pair.e.s-intervenant.e.s prendre en charge la mise en liaison et le maintien du lien de confiance avec les personnes desservies*) pour réussir à joindre son public cible. Il est un peu plus complexe de déterminer si la troisième stratégie a été utilisée, soit *axer l'intervention sur la réponse aux besoins des personnes, tels que formulées par les personnes elles-mêmes*. Dans le cadre du programme de liaison, ces besoins n'avaient pas été exprimés directement par les personnes concernées, mais par des leaders de leurs communautés, œuvrant au sein d' AGIR, et par les intervenant.e.s du volet clinique, qui les suivaient de près. Toutefois, AGIR étant un organisme « par et pour », ces leaders pouvaient aussi être des personnes directement concernées ou même utilisatrices des services. Les données de l'étude ne permettent pas de déterminer si les activités répondaient aux besoins jugés prioritaires par les personnes desservies, mais considérant les taux de participation jugés satisfaisants aux activités, et un bon nombre de témoignages positifs des participant.e.s recensés dans cette évaluation, on peut présumer que les activités semblaient en phase avec les besoins des personnes. Cela n'empêche pas que des efforts devraient être investis à impliquer les personnes concernées par

l'intervention davantage dans le design des services qui leur sont rendus, et que ces personnes ne devraient pas être que des leaders communautaires.

5.1.1.3 La Clinique Mauve, un joyau auquel tout le monde tient. Première réflexion sur la mobilisation de son capital social

Au terme de l'analyse des résultats, on constate que la Clinique Mauve n'est pas une clinique de santé « ordinaire ». Autant les intervenant.e.s, les partenaires et les personnes desservies ont manifesté beaucoup d'affection, de foi et de reconnaissance envers celle-ci lors de leurs entretiens. Même les intervenant.e.s de liaison, qui étaient très critiques du programme de liaison, affichaient cette appréciation, autant que les autres. Dans un contexte où la population est généralement cynique, désabusée et méfiante envers le système de santé et les services sociaux (Bentayeb et Goyette, 2013 ; Yee *et al.*, 2014), ce résultat n'est pas banal. Celui-ci permet de croire que la Clinique Mauve a réussi à développer un « capital social » Kirmayer *et al.* (2009) de confiance fort. Pour rappel (voir point 2.2.3), Kirmayer *et al.* conçoivent le capital social comme « un terme parapluie utilisé pour décrire des aspects des réseaux sociaux, des relations, de la confiance et du pouvoir, soit à titre de fonction d'un.e individu ou celui d'un lieu géographique » (2009, p. 77). Il est possible de croire que ce capital social de confiance ait pu servir la Clinique Mauve dans le cadre de son programme de liaison.

En effet, initialement, dans le modèle d'intervention du programme de liaison, on misait sur les liens de confiance développés par les intervenant.e.s de proximité (c.-à-d., du volet clinique) pour inviter les personnes que ceux-ci accompagnaient à participer aux activités du programme de liaison. Or, au moment de mobiliser la participation pour l'activité #6 – atelier d'information sur la COVID-19 et la vaccination, des intervenant.e.s cliniques avaient évoqué que cette tâche alourdissait leur charge de travail et avaient demandé à leurs collègues de liaison d'en réaliser une partie. L'intervenant.e de liaison qui avait réalisé ce travail avait effectué un suivi auprès des personnes concernées afin d'identifier s'il y avait eu une différence de participation chez les personnes qui avaient répondu positivement à son invitation lors des appels téléphoniques. Iel avait constaté que la presque totalité des personnes ayant confirmé leur participation avait bel et bien participé à l'activité. Les raisons à la base de cette réussite sont assurément multiples, mais il est possible d'avancer que le capital social de confiance accordé à la Clinique Mauve (ainsi

que la qualité de la relation de confiance développée par les intervenant.e.s cliniques) ait pu rejaillir sur l'intervenant.e de liaison et que ce capital ait pu faciliter son travail de recrutement. Rappelons que les contacts des intervenant.e.s de liaison avec les personnes accompagnées étaient très limités et qu'ils ne bénéficiaient pas des mêmes opportunités que les intervenant.e.s cliniques à développer des relations de confiance.

Il serait intéressant de poursuivre l'analyse plus en profondeur et d'analyser comment le capital social de la Clinique Mauve s'est développé, les possibilités que ce capital social offre à l'intervention et les responsabilités que devrait porter la Clinique Mauve en raison de ce capital. Le modèle de résilience communautaire de Kirmayer *et al.*, et leur approfondissement conceptuel de la notion de capital social, pourraient assurément servir de base riche pour réaliser ce genre d'analyse. Il s'agit ici d'un débouché de recherche intéressant à poursuivre dans le futur.

5.1.2 Limites

5.1.2.1 L'intervention collective : une méthodologie mécomprise et insuffisamment valorisée?

Comme nous avons pu le voir au chapitre 4, les intervenant.e.s du programme de liaison avaient des difficultés à valoriser leur travail et, en retour, à ressentir de la reconnaissance envers leur travail. Ce résultat m'a semblé le plus préoccupant de l'évaluation. Un tel résultat est toutefois en cohérence avec la littérature sur le sujet : l'intervention clinique individuelle, dans un contexte dit « occidental », est généralement plus valorisée que l'intervention collective (Fréchette, 2007 ; George, 2010, 2012). Pourtant, comme mentionnés à la section 5.1.1.1, des petits gestes, d'apparence anodine, peuvent avoir des impacts significatifs pour les personnes concernées. Ainsi, la mobilisation des notions de communauté, de lien social et de solidarité sociale semble prometteuse pour l'intervention, et cela, autant pour des interventions collectives que pour des interventions de type clinique et individuelle.

À la lumière de ces résultats – et considérant que l'intervention collective est moins *mainstream*, et que ses retombées peuvent être plus difficiles à percevoir, l'intervention collective peut nécessiter plus d'investissement de temps pour expliquer et démontrer sa

pertinence. L'intervention collective est souvent aussi une intervention de « longue portée », pour laquelle les impacts ne sont pas nécessairement immédiats. On a pu constater cela avec le programme de liaison, par exemple au point 4.3.2.1.2, où l'*intervenant.e clinique 6* disait trouver la charge de l'activité #1, portant sur l'évaluation des besoins des participant.e.s, « un petit peu, comme, beaucoup, pour une carte-cadeau ». La recherche évaluative, ici, pourrait aider à visibiliser la pertinence et les retombées d'interventions collectives autrement difficiles à percevoir dans le feu de l'action. Cette proposition sera d'ailleurs davantage discutée au point 5.3.2.3. Ceci étant dit, des façons de faire, dans le modèle d'intervention, pourraient également être modifiées pour motiver davantage les intervenant.e.s y travaillant. Par exemple, il était prévu de limiter, dans la mesure du possible, les interactions directes des intervenant.e.s de liaison avec les participant.e.s. Malheureusement, les témoignages des intervenant.e.s de liaison indiquent que cela semble avoir limité leur capacité à « faire sens » de leur travail; un.e des intervenant.e.s avait même demandé à être transféré.e au volet clinique parce qu'iel préférait le contact direct que permet l'accompagnement des personnes. Dans un contexte où les retombées de l'intervention collective sont « moins visibles dans l'immédiat », les modèles d'intervention et les objectifs d'un projet d'intervention collective gagneraient donc à être clarifiés aussi vite que possible, pour éviter de laisser présager un manque de pertinence.

5.1.2.2 Communautés traumatisantes, anxiété sociale et environnements sécurisants

Les communautés et les réseaux sociaux (tels que les familles et les groupes d'ami.e.s) n'apportent pas que des bienfaits aux individus qui en font partie : elles peuvent aussi les opprimer et les marquer durement. C'est ce que nous avons vu au point 1.1.3.4 : les personnes LGBTQI+ migrantes peuvent avoir quitté leurs communautés d'origine pour fuir des persécutions psychologiques et physiques graves (Alessi *et al.*, 2021a ; Lee *et al.*, 2020a). Les répercussions de ces persécutions peuvent être la méfiance envers les autres, le repliement sur soi, la dépression, l'anxiété, l'isolement social et le développement d'un trouble du syndrome post-traumatique (TSPT) (Alessi *et al.*, 2021a ; Alessi et Kahn, 2017 ; Lee *et al.*, 2020a). Le témoignage d'un.e participant.e, où iel commentait sa participation à l'activité #6 – atelier COVID et vaccination (point 4.3.2.6.1), illustre bien cette possibilité :

J'étais une personne très silencieuse et discrète et je ne faisais pas confiance non plus aux autres et j'étais toujours dans la mentalité que, ou bien on se moquerait de moi, ou bien on ne saurait pas m'écouter. Alors, je trouvais ça mieux de rester silencieu[seuseux] – *Participant.e A2-P7*

Cette crainte l'avait rendu très gêné.e de prendre part activement à la période des questions. Les répercussions d'abus peuvent donc compliquer la participation à des interventions collectives ou de groupe. Nous l'avons vu aussi dans le cadre de l'activité #5 – auto-soin psychosocial individuel et collectif : le premier atelier de groupe en arabe n'avait pas pu se tenir, car des personnes en conflit de la même communauté craignaient de s'y retrouver. Ces conflits avaient totalement démobilisé la participation à l'atelier, puisque personne ne s'était présenté. Un.e intervenant.e clinique¹⁹ responsable de la liaison avec ces communautés présente l'explication suivante :

Faque, quand ça vient à ces activités-là, je peux comprendre cet aspect-là, que aussi c'est une petite communauté, pis il y a des personnes qui risquent de ne pas s'entendre, comme, le fait de se voir, ça peut être quelque chose qui est comme, *triggering* pour eux. « Ah, je risque de voir cette personne, cette personne, cette personne, avec qui j'ai eu du drame dans le passé, j'ai pas trop envie de – j'ai envie d'assister, mais comme, j'ai pas envie à cause que cette personne risque d'y être ». Faque, c'est un petit peu ça, par rapport aux activités de groupe qui est ressorti, *when I was reaching out* par rapport aux *workshops*. [...].

Un.e intervenant.e clinique, partageant plusieurs éléments de positionnalité sociale avec les personnes desservies, expliquait avoir évité des activités de groupe pour des raisons d'anxiété sociale :

[...] quand ça vient aux activités de groupe en général, dans le passé, c'est pas quelque chose que comme, je cherchais vraiment. Je pense que j'étais comme, anxieu[seux], j'avais un petit cercle, pis je sortais pas vraiment de ma zone de confort. Surtout comme, avoir à socialiser avec d'autres personnes, comme j'étais pas *loud* non plus – *Intervenant.e clinique 6*

On comprend toutefois que cette anxiété ne l'avait pas empêché de se faire des ami.e.s et de jouir d'une vie sociale; iel avait plutôt choisi de la vivre autour d'un petit groupe de personnes avec qu'iel se sentait en sécurité. Favoriser l'émergence de ce sentiment de sécurité semblerait donc crucial pour aider à surmonter les replis sur soi qui génèrent de la souffrance. D'ailleurs, pour la.e *participant.e A2-P7* (présenté.e à la page précédente), qui préférait demeurer

¹⁹ Pour préserver l'anonymat de l'intervenant.e, son numéro de répondant.e a été retiré.

silencieuse de peur qu'on se moque d'elle, les choses avaient commencé à changer pour elle une fois qu'il s'était retrouvé au Canada : « Ici, ça l'a changé. Maintenant, je parle un petit peu plus. Je placote avec du monde. Je parle plus avec ma famille ». D'autres études empiriques avaient souligné que les personnes LGBTQI+ migrantes étaient susceptibles de commencer à se sentir plus en sécurité une fois qu'ils avaient réussi à rejoindre le Canada (Alessi, 2016 ; Alessi *et al.*, 2021a ; Chehaitly *et al.*, 2020 ; Lee, 2017 ; Murray, 2015). À la lumière de ces résultats, il serait permis de croire que les environnements et les communautés sécurisantes favoriseraient l'ouverture de soi vers les autres. Et comme l'avait ajouté l'intervenante clinique 6, « *it's not black and white* » :

Il y a aussi d'autres personnes *that are out there*, qui aiment communiquer, qui aiment voir du monde, qui veulent voir ce qui se passe. Tu sais, ça vient aussi comme, [au cheminement] de chaque personne, aussi, en fin de compte. Faque je pense que c'est bien d'avoir ces activités-là. – *Intervenante clinique 6*

Ainsi, on peut retenir que ce ne sont pas *toutes* les personnes LGBTQI+ migrantes qui souffrent de traumatismes, et elles n'évitent pas toutes de participer à des activités sociales; certaines les recherchent d'ailleurs très activement! Si le premier atelier en arabe de l'activité #5 n'avait suscité aucune participation, l'édition suivante avait été un franc succès, comme en témoigne son animatrice :

I can't tell you how great it was, because more than us moderating the meeting, it was the clients being very supportive, saying the nicest things to each other, you know, very supportive. So, it was really a very, very positive group meeting that we had one time. And I wish we had more persons, because I think they could benefit from the support of each other. – *Intervenante clinique*²⁰

On voit donc ici que les réalités affectant un même réseau social ou une même communauté ne sont ni homogènes, ni statiques, et sont susceptibles de varier selon les contextes et circonstances. Une même personne peut vouloir se protéger et éviter les contextes sociaux et chercher à sortir de sa zone de confort, s'exprimer et aller davantage vers autrui. Au cours de l'activité #6, la.e participant.e A2-P7 s'était mis.e au défi et avait finalement fait des interventions durant la période de questions-réponses, malgré sa peur des moqueries. Iel avait trouvé cela difficile, mais iel était satisfait.e de s'être mis.e au défi. Durant leurs entretiens, les répondant.e.s

²⁰ Pour préserver l'anonymat de l'intervenante, son numéro de répondant.e a été retiré.

ayant évoqué de l'anxiété sociale ont partagé, de leur propre chef, des suggestions pour aider les autres à pallier à ce sentiment lors d'activités de groupe :

Ce qui serait bien aussi c'est comme, d'avoir comme des petits pique-niques, des lieux de socialisation, ce serait bien aussi. Où il y aurait du matériel, ou de l'équipement, ou du support qui peut être distribué aussi. – *Intervenant.e clinique 6*

[Dans le contexte de l'activité #6] : [...] *for me, I have a little bit of social anxiety and [...] my being [is] really introvert. I like to understand things and [...] being more with myself when I am [feeling like that]. [I] like focusing on something [when I am feeling like that] [...]. Maybe it would be helpful to [...] have this place for us [...] with this information [...]. Yeah. Like recommendations that the clinic might be [...] giving. Mm hmm. Like [...] a webpage or [...] an email or something like that. Maybe that'll be helpful* – Participant.e GA2-P5

Ainsi, la formation de petits groupes et fournir un support écrit ou visuel pendant un atelier permettant de suivre son déroulement pourraient favoriser la participation de personnes lors d'activités de groupe.

Dans la revue de la littérature explorée dans le chapitre 1, plusieurs études vantaient les vertus des interventions collectives et de groupe (Beaudry, 2017, 2018 ; El-Hage et Lee, 2016 ; George, 2012 ; Lee et Brotman, 2013 ; Logie *et al.*, 2016 ; Yee *et al.*, 2014). Cependant, peu s'intéressaient en profondeur à leurs limites et à leurs obstacles. C'est un constat qui semble être corroboré par une revue de la littérature effectuée par Beaudry dans ses propres recherches (2017, 2018), où elle cherchait à identifier si les traumatismes pouvaient être abordés explicitement ou non lors d'interventions de groupe avec des personnes LGBTQI+ migrantes ayant vécu des traumatismes. Les résultats de sa recherche étaient mitigés : certain.e.s l'encourageaient, alors que d'autres non. L'étendue de la littérature disponible sur le sujet décevait également Beaudry, qui aurait aimé avoir plus de réponses à ses questions.

Ainsi, bien que l'intervention collective démontre des bienfaits et des forces, toute méthodologie a aussi ses limites et ces dernières mériteraient d'être étudiées plus en profondeur. Autrement, la pratique est susceptible de se buter à des obstacles, et les intervenant.e.s risquent d'avoir à trouver seul.e.s des pistes pour les surmonter, s'ils ne se découragent pas de le faire dans un contexte néolibéral où la performance et l'efficacité est attendue (Battaglini, 2010 ; Bentayeb et

Goyette, 2013 ; Berthiaume, 2016 ; Siche, 2016). Davantage d'études portant spécifiquement sur les limites et les défis des interventions collectives et de groupe mériteraient ainsi d'être lancées.

5.1.2.3 Le manque de résultats du service de référencement et d'information sans accompagnement direct

Au regard des premiers résultats évaluatifs analysés, l'activité de liaison #2 – service d'information et de référencements – montre peu de retombées. Les participant.e.s interrogé.e.s n'avaient pas de commentaire à partager par rapport à cette activité – sauf un.e, qui n'avait pas réussi à consulter un.e dentiste vers qu'il s'était fait référé. Les – intervenant.e.s de liaison ayant commenté l'activité doutaient fortement par ailleurs de sa pertinence. Ce peu de retombées apparentes est toutefois peu surprenant au regard de la littérature recensée sur l'efficacité des activités de référencement. Les expériences rapportées par deux programmes de liaison réalisés avec des personnes migrantes (Gosselin *et al.*, 2019a ; Kåks *et al.*, 2022) montrent que les référencements vers des services donnent très peu de résultats si les personnes ne sont pas directement accompagnées. Un de ces programmes (Gosselin *et al.*, 2019a) avait même élaboré un plan d'intervention de référencement beaucoup plus élaboré que celui de la Clinique Mauve (appels préalables vers le service référé, enquête sur son efficacité, *coaching* sur comment se rendre vers le lieu), sans donner plus de résultats. Dans les deux programmes, c'est l'accompagnement direct et physique par des pair.e.s qui avaient donné des résultats probants – et significatifs. Or, dans le cadre du programme de liaison de la Clinique Mauve, une activité importante qui n'a pas été incluse dans l'évaluation de ce mémoire, la paire-navigation, réalisait justement ce type d'accompagnements physiques et directs. Cette activité (la paire-navigation) apparaît déjà comme une piste prometteuse d'intervention et fera l'objet d'une évaluation à part. Le peu de succès apparent de l'activité #2, combiné à celui envisagé de la paire-navigation, concorde avec ce constat de la littérature. Il faudrait envisager toutefois une évaluation plus précise de l'activité #2 (c.-à-d. retracer les référencements réalisés, relancer les participant.e.s pour savoir si les référencements avaient donné des résultats) pour prononcer cette affirmation avec plus d'assurance.

5.2 « Les quatre langues du programme de liaison » et intervention culturellement adaptée : joies et misères observées

Dans le cadre de cette section, je m'intéresse aux forces et aux limites observées dans la conception et la livraison des activités du programme de liaison dans « les quatre langues du programme de liaison », c.-à-d. l'arabe, l'espagnol, l'anglais et le français. Je m'intéresse aussi aux obstacles et aux réussites rencontrées par l'équipe de liaison dans ses tentatives de créer des interventions culturellement adaptées. Nous verrons que cette tâche, bien que jugée très satisfaisante par les répondant.e.s lorsqu'elle est réussie, peut aussi être très ardue à relever pour les personnes concerné.e.s. Je termine avec une réflexion sur les impacts d'une loi récemment adoptée par le Parlement du Québec, la *Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français*, sur le déploiement d'interventions multilingues et culturellement adaptées au Québec.

5.2.1 « Les quatre langues du programme de liaison » : bénéfices et lourdeurs logistiques

Lors de leurs entretiens, les répondant.e.s du groupe A (groupe des personnes desservies) avaient mentionné être beaucoup plus à l'aise, en général, lorsqu'ils étaient capables d'accéder à des services dans une langue qu'ils maîtrisaient. Ainsi, lorsque le service d'interprétation fourni était de bonne qualité, cela leur permettait de suivre les activités du programme de liaison avec plus d'aisance. Mettre à disposition des services d'interprétation, toutefois, ne suffisait pas : toujours fallait-il qu'ils soient de bonne qualité. Lors de l'activité #6 – atelier sur la COVID-19 et la vaccination, l'interprétation dans une des quatre langues avait été jugée complètement inadéquate par les intervenant.e.s maîtrisant cette langue. L'inégalité de la qualité de l'interprétation est généralement perçue comme un obstacle important pour l'intervention avec les personnes migrantes (Battaglini, 2010 ; Battaglini *et al.*, 2007). Il est à noter aussi que des services dans la langue d'origine ne sont pas *toujours* un facilitateur d'accès. Un.e répondant.e hispanophone du groupe A avait insisté pour réaliser son entretien en anglais, bien que sa maîtrise de l'espagnol était significativement meilleure. Notre équipe d'intervieweuses avait respecté ce choix et n'avait pas cherché à approfondir les raisons de ce refus. Ce genre de rejet de la langue d'origine – n'est toutefois pas quelque chose de particulièrement exceptionnel chez

des personnes ayant été sévèrement opprimées par leurs communautés d'origine. La littérature rapporte que cela peut être une réponse traumatique aux violences communautaires subies antérieurement ou une façon d'éviter les stigmas rattachés aux langues d'origine (Alessi et Kahn, 2019 ; Chehaitly *et al.*, 2020 ; Lee et Brotman, 2011). Livrer systématiquement des services dans quatre langues amène également une lourdeur logistique non négligeable, qui a été soulignée par un.e intervenant.e de liaison. Cette lourdeur devient encore plus pesante lorsque les ressources de l'intervention sont plutôt limitées et que celle-ci doit être déployée le plus rapidement possible. Malgré ces obstacles, fournir des services dans une des langues d'aisance d'une personne migrante, lorsque c'est possible, demeure un élément-clé qui favorise leur accès à des soins et à des services (Alessi *et al.*, 2021b ; Alessi et Kahn, 2017 ; El-Hage et Lee, 2016 ; George, 2012 ; Lee et Brotman, 2013 ; Yee *et al.*, 2014).

5.2.2 Adapter culturellement une intervention en un claquement de doigts : ceci n'est pas un mode d'emploi

Une simple traduction linguistique des services ne suffit pas pour les rendre accessibles et pour interpeller leur public cible. Leur contenu doit aussi leur être adapté culturellement, c.-à-d. que les services doivent être notamment reconnaissants des valeurs, des normes et des pratiques des personnes et des groupes sociaux qu'ils tentent de joindre (Alessi et Kahn, 2017 ; George, 2012). Elles doivent aussi être adaptées aux besoins et aux intérêts des personnes (El-Hage et Lee, 2016 ; Gosselin *et al.*, 2019a ; Kåks *et al.*, 2022 ; Lee et Brotman, 2013). La recette exacte, pour y arriver, n'est pas toujours simple à trouver. Or, trois expériences du programme de liaison dévoilent des activités qui ont été réalisées. La première expérience découle de l'activité #2 – service d'information et de référencement, qui s'est tenu principalement de janvier à mars 2021. Lors de cette activité, il avait été prévu de développer des outils informationnels maison (infographies, podcasts, capsules vidéos) sur la COVID-19 et sur les impacts de la crise sociosanitaire, dans les quatre langues du programme de liaison, adaptés spécifiquement aux réalités LGBTQI+ migrantes montréalaises. Cette intention avait été abandonnée pour des raisons non spécifiées dans les documents consultés et les personnes interviewées dans le cadre du présent projet. Il serait intéressant de vérifier si cet abandon avait quelque chose à voir avec la lourdeur liée à la production d'outils innovateurs en quatre langues dans un contexte serré. Ceci étant dit,

l'alternative prévue n'a pas semblé avoir produit de résultats non plus. En effet, des outils informationnels développés par la DSPQ et des CIUSSS avaient été distribués en lieu et place, mais n'avaient pas du tout retenu l'attention des répondant.e.s du groupe A, bien qu'ils étaient disponibles dans les quatre langues du programme de liaison et qu'ils visaient spécifiquement les personnes migrantes du Québec. On peut se questionner toutefois sur la confiance que peut accorder une population pouvant être méfiante envers des gouvernements à des outils communicationnels arborant leurs logos (Alessi *et al.*, 2021a ; Alessi et Kahn, 2017 ; Lee et Brotman, 2011, 2013).

La deuxième expérience est liée à la production d'une infographie sur le soin de soi en temps de pandémie (c.f. figure 2 ou annexe IV), par l'équipe de liaison, de décembre 2020 à mars 2021, dans le cadre de l'activité #5 – auto-soin psychosocial individuel et collectif. Cette infographie visait spécifiquement les personnes LGBTQI+ migrantes de Montréal et avait été produite dans les quatre langues du programme de liaison. Les intervenant.e.s de liaison auteures de l'outil étaient familières avec les réalités LGBTQI+ migrantes. Une copie de celle-ci avait été distribuée dans chacun des sacs-cadeaux (activité #4). Néanmoins, aucun.e des répondant.e.s du groupe A ayant reçu un sac-cadeau ne s'en souvenait. Leur mémoire était pourtant parfaitement limpide lorsqu'il s'agissait de discuter de la réception de cartes-cadeaux, de masques de procédure, de désinfectant pour les mains et de condoms, qui avaient été également distribués dans les sacs-cadeaux. Selon plusieurs répondant.e.s, beaucoup d'efforts avaient pourtant été investis dans la conception de cette infographie, mais en s'appuyant sur les données collectées dans le cadre de cette évaluation (qui demeurent limitées), on peut présumer que celle-ci avait manqué sa cible.

La troisième expérience, enfin, semble « avoir fait mouche » et avoir marqué les répondant.e.s du groupe A. Il s'agit de l'activité #6 – atelier sur la COVID-19 et la vaccination. Il serait intéressant de s'intéresser aux caractéristiques de sa production pour détecter potentiellement les « ingrédients » derrière ce succès. Les mêmes intervenant.e.s, derrière les activités #2 et #5, étaient aussi les responsables de l'activité #6. L'activité avait été lancée sous l'impulsion de l'équipe clinique (tout comme l'activité #5, par ailleurs), qui avait identifié un besoin, et un intérêt, d'éducation sur la COVID-19 et sur la vaccination chez les personnes qu'elle accompagnait. L'activité avait été coorganisée par la Clinique Mauve et AGIR, deux organismes bénéficiant de

capital social de confiance chez les communautés LGBTQI+ migrantes montréalaises. L'atelier avait été livré en français, avec un service d'interprétation dans les trois autres langues du programme de liaison. Le conférencier invité était un médecin de famille LGBTQI+ migrant, qui avait une expérience de pratique importante avec les personnes LGBTQI+ migrantes, incluant celles sans statut. L'atelier s'était tenu vers la fin du programme de liaison, en juin 2021, et l'équipe de liaison avait donc emmagasiné plus d'expérience avec ce genre de travail à ce moment-là. La sévérité des mesures sanitaires commençait aussi à se relâcher, bien que très lentement. Il serait intéressant, dans le futur, d'approfondir l'analyse comparative de ces expériences, pour comprendre les facteurs ayant facilité et entravé leur succès. Au stade actuel de l'analyse, je retiens que l'élément qui distingue principalement l'organisation de l'activité #6, des activités #2 et #5, est le fait que les intervenant.e.s avaient plus d'expérience dans l'exécution de leurs tâches à ce moment-là. Cette explication, néanmoins, gagnerait à être approfondie.

5.2.3 Le français est la « langue officielle et commune du Québec », *are you understanding?*

Les résultats et analyses présentés dans les sections 5.2.1 et 5.2.2 prennent une tournure particulière dans le contexte de l'adoption récente, le 24 mai 2022, de la *Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français* (aussi connue sous le nom de « projet de loi 96 »), par l'Assemblée nationale du Québec. Cette loi comporte de hauts risques de rendre encore plus complexe la production d'interventions culturellement adaptées et multilingues. Entrée en vigueur le 1^{er} juin 2023, celle-ci interdit aux employé.e.s des services publics québécois de communiquer avec les personnes migrantes dans une autre langue que le français, directement ou via un.e interprète payé.e par la province, à partir de six mois après leur arrivée au Québec, sauf dans les institutions bilingues reconnues (p. ex. l'Hôpital juif de Montréal) ou « lorsque la santé, la sécurité publique ou les principes de justice naturelle l'exigent » (IU SHERPA, 2022). Selon une note développée par l'Institut universitaire SHERPA, une infrastructure de recherche en intervention en contexte de pluriethnicité financée par le MSSS, ces exceptions demeurent floues et à définir par le ministère de la Langue française (IU SHERPA, 2022). Le gouvernement du Québec a laissé sous-entendre que la loi n'affecterait pas la prestation des services de santé et des services sociaux, mais aucun article dans la loi ne l'indique de quelque manière (IU

SHERPA, 2022). La loi risque également d'alourdir le fardeau de produire des interventions culturellement adaptées et multilingues par des organismes et institutions autonomes de l'État, mais fonctionnant souvent avec peu de fonds ou des fonds non récurrents. Cette loi, proposée par le parti Coalition avenir Québec (CAQ), est qualifiée d'« équilibrée, responsable et modérée » selon le premier ministre du Québec, François Legault (Radio-Canada, 2022). Le parti de gauche, Québec solidaire (QS), est l'unique parti d'opposition à avoir voté en sa faveur, malgré des « flous » qui seraient « inadmissibles » (Radio-Canada, 2022). Or, cette loi sur le français risque plutôt de renforcer activement le rôle joué par l'État québécois dans la restriction à l'accès aux services de santé et aux services sociaux par les personnes migrantes sur son territoire (IU SHERPA, 2022).

5.3 Comment développer une intervention prometteuse et innovante en contexte de crise sociosanitaire sans précédent tout en répondant à ses impacts sur la population LGBTQI+ migrante montréalaise sans se fatiguer

L'objectif principal poursuivi par le programme de liaison était de contribuer à réduire les impacts de la crise sociosanitaire de la COVID-19 sur les personnes LGBTQI+ migrantes. Dans cette section, je m'intéresse aux éléments de la réponse de crise les plus appréciés et les défis logistiques les plus importants rencontrés, dans un contexte où la Clinique Mauve tentait de mettre sur pied un projet d'intervention innovant (HCTS, 2021, cité dans AIFRIS, 2022 ; Turcotte *et al.*, 2021) et prometteur (Fazal *et al.*, 2017, cités dans AIFRIS, 2022), au moment le plus fort d'une période d'état d'exception et d'urgence sanitaire. Je commence avec la présentation des éléments les plus appréciés et termine avec les défis rencontrés.

5.3.1 Éléments de la réponse de crise les plus appréciés

5.3.1.1 Importance du soutien matériel et socioéconomique

L'activité du programme de liaison possiblement la plus populaire auprès des participant.e.s (groupe A) et la plus estimée par certain.e.s intervenant.e.s (groupe B) semble avoir été celle des

cartes-cadeaux (activité #3). Elle est celle, à tout de moins, qui a été la plus commentée par les répondant.e.s du groupe A, et les souvenirs, par rapport à cette activité, étaient beaucoup moins flous, en comparaison à d'autres activités. La deuxième activité la plus connue était celle des sacs-cadeaux (activité #4). Celle-ci avait été très appréciée par les participant.e.s et fortement critiquée par les intervenant.e.s de liaison. Dans les deux cas, on parle d'activités de redistribution de ressources qui étaient moins facilement accessibles pour leurs bénéficiaires. Celles-ci étaient financières (cartes-cadeaux) ou permettaient d'accroître leur protection contre la COVID-19 (sacs-cadeaux). À l'inverse, personne ne connaissait même l'existence de l'outil d'autosoin « ON SE DONNE UNE CHANCE : prendre soin de soi durant la pandémie », présenté à la figure 2 au point 4.3.2.5 et à l'annexe IV. Lorsqu'invité.e.s à manifester ce qui aurait pu améliorer les activités #3 et #4, une des réponses des participant.e.s était « plus de cartes-cadeaux » et la continuation du service des sacs-cadeaux. Ces résultats viennent confirmer l'importance du soutien socioéconomique et matériel, particulièrement en période de crise.

En effet, selon Parenteau *et al.* (2022), pour favoriser la résilience sociétale en contexte de COVID-19, il fallait absolument soutenir « l'équité et la sécurité économique ». En effet, pour affronter les impacts de la crise, les personnes devaient avoir les ressources nécessaires pour y arriver. Par exemple, pour être capable de se confiner à la maison, si on occupait un emploi qui ne convenait pas au télétravail, il fallait avoir accès à de l'argent; sinon, il fallait continuer à travailler. À cet effet, après avoir survolé brièvement la littérature sur les impacts de la COVID-19, une de mes observations préliminaires était que la littérature étatsunienne (p. ex., Alessi *et al.*, 2022a ; Combden *et al.*, 2022 ; Parenteau *et al.*, 2022) insistait davantage sur l'importance de ce soutien financier que la littérature canadienne (p. ex., Combden *et al.*, 2022 ; Cossette et Simard, 2022 ; Jacmin-Park *et al.*, 2022). Je présume que cela était dû à la présence, au Canada, de mesures fédérales telles que la Prestation canadienne d'urgence (PCU) ou la Prestation canadienne de la relance économique (PCRE) (et ses dérivés), qui n'avaient pas d'équivalents de la même ampleur aux États-Unis (Alessi *et al.*, 2022a ; Combden *et al.*, 2022 ; Parenteau *et al.*, 2022). Ceci étant dit, ces prestations canadiennes ne répondaient pas toujours suffisamment aux impacts socioéconomiques de la pandémie, particulièrement en ce qui concernait les « populations appartenant au 40% les moins nanties financièrement au Québec » (Benoit et Torres, 2022 ;

Torres, 2021, 2022 ; Torres et Asselin, 2022 ; Torres et Michaud, 2022). Le statut d'immigration ou le type de travail exercé – p. ex. être « sans statut » ou œuvrer dans le travail du sexe, notamment, pouvait compliquer ou empêcher l'accès à ses ressources (Benoit et Unsworth, 2022 ; Henaway, 2022). Dans ce contexte, comme nous l'avons vu au point 4.3.2.3.1, une carte-cadeau de 35\$ permettait à certain.e.s participant.e.s du programme de liaison de compléter leur épicerie la semaine où iels l'utilisaient. De plus, comme nous l'avons vu au point 5.1.1.1, la façon utilisée pour redistribuer ces ressources – le cadeau – permettait de dépasser le registre du soutien offert a priori – celui socioéconomique – pour en arriver à un autre, de nature socioémotionnelle. La façon utilisée avait généré des sentiments de *care* et de soutien social, et avait probablement aidé à maintenir la dignité des personnes aidées.

5.3.1.2 Appréciation du soutien à la prévention contre la COVID-19 et des activités de groupe

Les activités #5 – autosoin et #6 – atelier COVID ont été bien reçues et appréciées à la fois par les participant.e.s du programme de liaison et les intervenant.e.s de la Clinique Mauve. Dans le cas de l'activité #6, l'information fournie avait été jugée crédible par les participant.e.s rencontré.e.s. Cela n'est pas « quelque chose de mineur » dans un contexte où les personnes migrantes peuvent entretenir de la méfiance envers les options de vaccination pour des raisons sociohistoriques (Monnais *et al.*, 2021 ; Santavicca *et al.*, 2021). L'atelier de l'activité #6 avait également potentiellement favorisé la vaccination d'au moins un.e participant.e. Une des critiques adressées envers l'activité #6 était qu'elle ne s'était pas répété dans le temps, afin de tenir les personnes informées de l'évolution de la situation pandémique, dans un contexte où l'information pouvait être confuse et contradictoire. Une critique similaire avait été adressée envers l'activité #4 – sacs-cadeaux : les participant.e.s auraient souhaité continuer à recevoir du matériel de protection contre la COVID-19. Ces deux critiques peuvent mener à la conclusion qu'il existait un appétit certain pour les questions de protection contre la COVID-19.

Pour ce qui est de l'activité #5 – autosoin psychosocial individuel et collectif, bien que l'aspect « autosoin » de l'activité n'avait pas été concluant, les ateliers de groupe tenus avaient quand même permis de briser momentanément l'isolement et de procurer des moments de plaisir et de légèreté. Malgré les obstacles possibles à la participation aux activités de groupe présentés à la

section 5.1.2.2, l'expérience du programme de liaison renforce tout de même la pertinence accordée à l'emploi des activités de groupe comme méthode d'intervention avec des personnes LGBTQI+ migrantes (Beaudry, 2017, 2018 ; Lee *et al.*, 2020b ; Logie *et al.*, 2016).

5.3.1.3 Une attention proactive accordée à la santé des intervenant.e.s

Un des résultats les plus positifs émanant de l'évaluation réalisée dans ce mémoire, mais qui n'était que seulement effleuré, était l'appréciation unanime des 10 intervenant.e.s rencontré.e.s par l'équipe évaluative (groupe B) envers la Clinique Mauve. Bien que des critiques importantes avaient été adressées envers le programme de liaison, celles-ci n'avaient pas entamé l'estime portée envers la Clinique en général. Les intervenant.e.s du groupe B avaient notamment loué leurs conditions de travail. Cela ne voulait pas dire que le travail en contexte pandémique avait été facile : au contraire, la Clinique avait été affectée par de nombreux départs pour des raisons de santé, qui ont eu un impact assuré sur la prestation des services, en particulier dans le cas du programme de liaison. Toutefois, malgré ces impacts, la Clinique Mauve avait quand même choisi de prioriser le bien-être de ses intervenant.e.s et n'avait pas cherché à les maintenir en poste coûte que coûte. De fait, elle les avait même encouragé.e.s à prendre des congés rotatifs préventifs, pour éviter leur épuisement. Lors de cas plus préoccupant, elle avait encouragé des travailleureuses à aller consulter des professionnel.le.s de la santé. Cette façon de faire était à l'opposé de celle qui a été choisie par le réseau de la santé et des services sociaux, qui a plutôt maintenu la pression sur ses travailleuses (Carazo *et al.*, 2022 ; Côté *et al.*, 2022 ; Lou *et al.*, 2021 ; Rapisarda *et al.*, 2022). Ceci dit, il serait hasardeux de comparer davantage ces deux contextes de travail sans mener une analyse approfondie, ceux-ci étant sensiblement différents dans la teneur et l'ampleur de leurs missions.

L'importance du *care* envers les intervenant.e.s œuvrant en contexte de pandémie est un thème important ayant émergé d'une brève revue de la littérature effectuée sur les impacts de pandémies (SRAS, H1N1, Ebola, COVID-19) sur les travailleuses de la santé (Chew *et al.*, 2020 ; Fiksenbaum *et al.*, 2006 ; Gee et Skovdal, 2017 ; INESSS, 2020 ; Ives *et al.*, 2009 ; Lancee *et al.*, 2008 ; Maunder, 2004 ; McMahon *et al.*, 2016 ; Ornell *et al.*, 2020 ; Robertson *et al.*, 2004 ; Seow Khee *et al.*, 2004 ; Smith *et al.*, 2017 ; Spoorthy, 2020 ; Williamson *et al.*, 2020). On apprend, dans les articles revus, que les impacts psychosociaux des pandémies sont plus importants chez les

travailleuses qui ont déjà vécu des enjeux de santé mentale majeurs, tels qu'une dépression majeure. Ce constat est cohérent avec les propos d'Alessi (2022b), professeur de travail social spécialisé en intervention avec les personnes LGBTQI+ migrantes, qui prévenait, au début de la pandémie de la COVID-19, que les impacts traumatisants de cette dernière risqueraient d'être plus graves chez des personnes ayant déjà vécu des traumatismes dans le passé. Toutefois, lorsqu'on réfléchit aux intervenant.e.s de la Clinique Mauve, la prise en compte de ce facteur de vulnérabilisation était aussi primordiale. En effet, ceux-ci ne venaient non pas seulement en aide à des personnes LGBTQI+ migrantes, mais elles partageaient également des éléments de positionnalité sociale importants avec celles-ci; iels étaient donc à risque de vivre et de souffrir des mêmes effets de la pandémie. Il pouvait être assez complexe de travailler sur des enjeux d'idéation suicidaire, notamment, si les intervenant.e.s en souffraient également (CRISE (Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie), 2008). Ces observations posent donc des questions difficiles : si les intervenant.e.s rencontrent des difficultés à travailler sur des enjeux les affectant également, ou deviennent même indisponibles pour faire de l'intervention, qui prend alors soin des personnes nécessitant de l'aide de toute urgence? Est-ce qu'une place devrait être pensée et réfléchie pour la présence d'*outsiders*, c.-à-d. des personnes partageant moins (ou peu) d'éléments de positionnalité sociale avec les personnes desservies, dans les modèles d'intervention de la Clinique Mauve? L'évaluation réalisée dans ce mémoire ne permet pas de répondre à ces questions, mais d'autres projets de recherche de la Clinique Mauve travaillent actuellement sur des questions de recherche connexes. Les questions qui viennent d'être posées pourraient donc leur être soumises afin de poursuivre la réflexion.

5.3.2 Défis logistiques les plus importants rencontrés

5.3.2.1 Complexité et ambition du projet; une communication institutionnelle à revoir

Au sortir de cette évaluation, on peut considérer que le modèle d'intervention du programme de liaison était possiblement trop complexe et ambitieux, et par moments confus. Un exemple de la confusion qui a pu subsister était la perception que se faisait différent.e.s actrices de la paire-navigation. Tel qu'énoncé tout au long de ce mémoire, la paire-navigation était considérée comme une activité majeure du programme de liaison, mais elle n'avait pas été incluse dans cette

évaluation à cause de son ampleur. Or, selon les actrices rencontrées (incluant les pairs-navigatrices elleux-mêmes), certaines résumaient la portée du programme de liaison principalement à la paire-navigation, sans porter trop d'égards au reste des activités; à l'opposé, d'autres considéraient que la paire-navigation ne faisait pas partie du programme de liaison et était surtout une activité clinique. Par ailleurs, lorsqu'on leur demandait ce qu'elles en pensaient, les répondantes du groupe A (les participantes du programme de liaison) ne savaient pas ce qu'était le programme de liaison. La complexité, l'ampleur et la variabilité du programme de liaison avaient été d'ailleurs mal vécues par les intervenantes de liaison rencontrées dans le cadre de cette évaluation. Ces observations mènent à penser que les modèles d'intervention gagneraient à être simplifiés en période de crises, particulièrement dans le cadre de projets innovants. Il est toutefois à noter que pendant la période de crise de COVID-19, il n'y avait pas que le programme de liaison qui apparaissait comme étant variable, complexe et confus. Les différentes réponses qui émergeaient pour répondre à la crise devaient aussi composer avec la complexité, la variabilité et la confusion générée par celle-ci. Ultimement, les questions soulevées ici en sont de gestion et de communication institutionnelle et sortent du champ de compétence de ce mémoire. Ces questions suggèrent qu'il pourrait être judicieux de travailler en collaboration avec des spécialistes de ces domaines pour aider la Clinique Mauve à mieux gérer ce genre d'enjeux.

5.3.2.2 Une structure décisionnelle et organisationnelle à définir

Parmi les plus grandes frustrations rapportées par les intervenantes de liaison rencontrées était le manque d'autonomie ressenti dans l'exercice de leur travail. Elles avaient vécu du dépit après avoir vu une partie de leur travail être, selon ce qu'elles nous rapportent, renversé, ou après avoir ressenti ne pas avoir été en mesure de se prononcer sur la façon de rendre les services. Cela a créé des conflits et des tensions avec l'administration de la Clinique Mauve.

Nous avons vu, au cours de l'évaluation, qu'un emploi au sein de la Clinique Mauve n'était pas vécu comme un travail « comme les autres » par bien des intervenantes. À cet effet, une des forces de la Clinique a été l'adhérence de ses travailleuses à sa mission. Les intervenantes partageaient souvent un ou plusieurs éléments importants de positionnalité sociale avec les

personnes avec qui elles venaient en aide. Ces circonstances faisaient en sorte que leur emploi pouvait devenir plus personnel et leur tenir à cœur. Une des raisons qui avait mené d'ailleurs un.e des intervenant.e.s de liaison à contester des décisions prises était l'impression que les ressources n'étaient pas utilisées de manière optimale.

Un.e intervenant.e de liaison avait également exprimé avoir eu de la difficulté à composer avec la structure organisationnelle de la Clinique, qu'il considérait potentiellement trop hiérarchique, particulièrement pour un organisme avec une visée de justice sociale. Il est vrai, par ailleurs, que l'intervention collective, au Québec, particulièrement dans le domaine de l'action collective autonome, est traversée par des valeurs de démocratisation de la gestion (Lavoie et Panet-Raymond, 2011). Durant le déroulement du programme de liaison, de décembre 2020 à août 2021, l'intervention se déroulait dans un contexte d'état d'exception et d'urgence sanitaire. La structure organisationnelle et décisionnelle pouvait manquer de clarté par moments et dans ce contexte, c'était la personne responsable du volet clinique, l'ultime responsable de l'intervention, qui pouvait avoir le dernier mot. Si cette façon de faire peut être considérée comme normale dans un contexte d'exception, où tout est à construire, à plus long terme, elle peut mener à des crises de légitimité lorsque des décisions sont contestées. Elle peut aussi mener à un désengagement des intervenant.e.s de leur forte adhérence à la mission. La Clinique Mauve devrait ainsi s'assurer de clarifier ses modèles de gestion et de gouvernance, le degré d'autonomie dont peuvent jouir les intervenant.e.s dans l'exercice de leur travail et leur niveau d'implication possible dans les prises de décision en général.

5.3.2.3 Des outils évaluatifs à raffiner

Une limite constatée dans la réalisation de ce mémoire évaluatif a été le manque de précision, par moments, des outils évaluatifs du projet parent. Les grilles d'entretien semi-dirigé du volet qualitatif du projet parent (c.f. annexes I et II) comportaient trop de questions et cherchaient à répondre à trop d'objectifs de recherche en même temps (p. ex. évaluer le volet clinique, évaluer l'accessibilité au système de la santé et des services sociaux, évaluer les impacts de la pandémie, etc.). Les questions portant sur le programme de liaison spécifiquement étaient par ailleurs assez limitées. Conséquemment, il était difficile d'évaluer certains impacts du programme de liaison sur ses participant.e.s, même dans une perspective à court terme. Par exemple, il aurait été

intéressant que le devis de recherche permette d'évaluer la contribution de l'activité #6 – atelier sur la COVID-19 et la vaccination – à encourager des personnes hésitantes à se faire vacciner à passer à l'acte.

Les méthodologies évaluatives peuvent avoir des usages et des finalités puissantes pour les interventions. Dans le contexte de conception et de mise en œuvre d'un projet d'intervention innovant et « évolutif », c.-à-d. conçu et développé au fur et à mesure qu'il est réalisé, dans un contexte variable et imprédictible (Patton, 2011 ; Turcotte *et al.*, 2021), la recherche évaluative peut agir tel « un radar au milieu d'une nuit de nouvelle lune ». Elle peut révéler ce qui est difficile ou impossible à percevoir autrement. Selon le cadre méthodologique utilisé – comme, par exemple, celui de l'*évaluation évolutive* (Patton, 2011 ; Turcotte *et al.*, 2021), les résultats de l'évaluation peuvent être partagés en temps réel. Cela peut être particulièrement intéressant dans le cadre d'interventions où les retombées sont difficiles à percevoir pour les intervenant.e.s, comme cela a été le cas lors du programme de liaison. Par ailleurs, même si l'intervention n'est pas « évolutive », l'évaluation constitue une phase qui devrait faire partie intégrante, selon Lavoie et Panet-Raymond (2011), de toute intervention collective, puisqu'elle permet de corriger et d'améliorer l'intervention. Dans un contexte néolibéral, les recherches évaluatives peuvent aussi fournir des données très recherchées par les bailleurs de fonds pour justifier l'attribution d'un financement (Funnell et Rogers, 2011 ; Mayne, 2015 ; Rey *et al.*, 2022 ; W. K. Kellogg Foundation, 2004). On peut même se questionner à savoir s'il est possible de concevoir une intervention sans être en mesure de répondre à ce genre d'exigence, car comment celle-ci pourrait exister si elle ne fait pas le nécessaire pour obtenir le financement lui permettant d'opérer? Il semblerait difficile, dans un tel contexte, de créer du travail social innovant sans collaborer avec des spécialistes de la philanthropie, capables d'obtenir le financement nécessaire pour lancer de telles aventures.

5.4 Quelques pistes de recommandations préliminaires

Au terme de cet exercice d'évaluation descriptive (Marceau, 2022), je pose quelques pistes de recommandations à soumettre à la Clinique Mauve, émanant des leçons apprises suite à l'expérience du programme de liaison. Ces recommandations demeurent préliminaires, car le

processus d'évaluation de ce mémoire a été réalisé de manière solo, avec le soutien de ma codirection de recherche. Pour que ces recommandations prennent véritablement force et pertinence, elles devraient être conçues collaborativement avec les utilisatrices réel.le.s de l'évaluation (Patton et Campbell-Patton, 2022). Les recommandations qui suivent devraient donc être perçues comme un point de départ permettant de lancer le processus d'élaboration de recommandations. Suite au dépôt de ce mémoire, ces recommandations seront donc revisitées avec le personnel de la Clinique Mauve et d'AGIR et développées avec davantage de profondeur.

Thème 1 : l'intervention

1. Prévoir des modalités d'évaluation qui s'inscrivent dans des modalités d'*empowerment* lors des évaluations d'admission (*intakes*)
2. Mettre en place des mesures favorisant la sécurité émotionnelle des participant.e.s lors d'activités de groupe, pour aider à composer avec les sentiments d'anxiété sociale et impacts de trauma et le repliement sur soi
 - a. Favoriser les stratégies déjà déployées par les personnes et les communautés pour créer ce sentiment de sécurité. Exemples présentés au cours de l'évaluation :
 - i. Former de plus petits groupes au sein d'une même activité, lorsque c'est possible
 - ii. Partager de l'information écrite, au préalable, lorsque possible, lors d'activités à portée éducative, permettant de suivre l'atelier en même temps qu'il soit donné
3. Considérer d'inscrire les activités d'intervention, même individuelles et cliniques, dans des paradigmes d'intervention collective
 - a. Mobiliser les concepts de communauté, de réseau social, de lien social, de solidarité sociale, de capital social et de don, tels que présentés au point 5.1.1.1, dans les interventions
4. Évaluer la pertinence de relancer l'activité #5 – autosoin psychosocial individuel et collectif. Relancer l'activité si pertinent
5. Relancer les ateliers éducatifs après avoir évalué les besoins en la matière

6. Relancer des activités de soutien socio-économique ou matériel pertinentes au contexte actuel (p. ex. banque alimentaire?); évaluer si c'est la Clinique Mauve ou AGIR qui devrait les mener

Thème 2 : la recherche évaluative

7. Concevoir des outils sur mesure propre à chacune des activités d'intervention et permettant de les évaluer spécifiquement
8. Prévoir systématiquement des modalités d'évaluation pour chacune des activités d'intervention dès leur phase de conception
9. S'intéresser aux méthodologies évaluatives qui permettent de partager des résultats, dans la mesure du possible, en temps réel, lorsque les retombées de l'intervention sont autrement plus difficiles à percevoir
10. Recruter, au sein de l'équipe de recherche, des spécialistes de méthodologies évaluatives qualitatives et quantitatives
11. Réaliser une évaluation descriptive (telle que définie aux points 3.1.2 et 3.3 de ce mémoire) de la paire-navigation
12. Réaliser une évaluation descriptive (telle que définie aux points 3.1.2 et 3.3 de ce mémoire) du volet clinique
13. Modéliser le *care* apporté aux intervenant.e.s de la Clinique Mauve en contexte de crise sociosanitaire
14. Modéliser le travail de liaison de la Clinique Mauve ayant permis de « joindre les personnes difficiles à joindre »

Thème 3 : gestion, communication et financement

15. Éviter de sous-estimer les ressources humaines nécessaires pour réaliser un projet d'intervention collective
16. Simplifier, dans la mesure du possible, les modèles d'intervention
17. Clarifier les modèles de gestion et de gouvernance, autant pour les projets d'interventions que les projets de recherche
18. Déterminer le degré d'autonomie des intervenant.e.s dans la réalisation de leur travail

19. Intégrer les milieux partenaires, les intervenant.e.s et les personnes accompagnées dans les structures de gestion et de gouvernance
20. Intégrer, au sein de la Clinique Mauve, des professionnel.le.s spécialisé.e.s en gestion, en communication et en philanthropie
21. S'intéresser aux rôles des *insiders* et des *outsiders* dans un modèle d'intervention

Thème 4 : la recherche

22. Effectuer une revue/un examen de la littérature portant sur les méthodologies d'intervention collective hors Québec, particulièrement auprès de populations LGBTQI+, migrantes, LGBTQI+ migrantes, ou marginalisées
23. Effectuer une recherche sur les modèles de gestion et de gouvernance employés dans des projets similaires à celui de la Clinique Mauve
 - a. Utiliser les résultats de cette recherche pour déterminer quels devraient être les modèles de gestion et de gouvernance de la Clinique Mauve
24. S'intéresser, directement et en profondeur, aux limites et aux obstacles des interventions collectives et de groupe, particulièrement auprès de populations plus susceptibles d'avoir vécu des traumatismes
25. Mettre en place un comité consultatif de recherche multipartite qui aurait pour rôle d'accompagner les projets de recherche (incluant ceux étudiants) de la Clinique Mauve
26. Modéliser et cartographier les résiliences collectives LGBTQI+ migrantes à Montréal afin de cibler les manques et mieux cadrer la mission à poursuivre de la Clinique Mauve
27. Évaluer les impacts de la crise sociosanitaire de la COVID-19 sur les personnes et les communautés LGBTQI+ migrantes de Montréal. Évaluer également les impacts des choix du gouvernement du Québec en matière de gouvernance sociosanitaire sur celles-ci
28. Produire et diffuser des connaissances portant sur les leçons apprises de la crise sociosanitaire de la COVID-19 avec les personnes LGBTQI+ migrantes, afin de mieux informer les réponses à donner lors de futures crises sociosanitaires ou sociales.

Conclusion

6.1 Le programme de liaison résumé en moins de trois pages

Avant la réalisation de cette évaluation, le modèle d'intervention du programme de liaison de la Clinique Mauve n'avait jamais été formulé avec clarté et certitude. La définition qui était donnée au programme de liaison différait également selon les actrices interpellé.e.s. La première responsabilité de cette évaluation était donc de définir et de tracer avec clarté les pourtours du programme de liaison.

Au terme de cet exercice, on peut conclure que le programme de liaison était principalement une réponse d'urgence aux impacts de la crise sociosanitaire la pandémie de la COVID-19 sur les personnes et les communautés LGBTQI+ migrantes à Montréal. Le programme de liaison s'est déployé principalement de décembre 2020 à août 2021. Sa stratégie principale était d'employer des méthodes d'intervention collective capables de joindre le plus grand nombre de personnes possible avec les ressources disponibles. L'équipe fondatrice de la Clinique Mauve était constituée de militant.e.s, de professeur.e.s et d'étudiant.e.s universitaires et de professionnel.le.s de la santé impliqué.e.s dans les milieux LGBTQI+ migrants parfois depuis plus de 15 ans.

Les intentions de départ du programme de liaison étaient de conduire les activités suivantes : 1) la production et la diffusion de matériel informationnel multimédia adapté aux personnes LGBTQI+ migrantes; 2) fournir un service de référencement; 3) distribuer des ressources financières et matérielles; 4) former les personnes LGBTQI+ migrantes à l'autosoin psychosocial individuel et communautaire, via une série d'infographie et d'ateliers de groupe; et 5) offrir un service de paire-navigation individuel et personnalisé pour les cas qui l'exigeaient. Toutes ces intentions ont été maintenues, mais dans une ampleur moindre que celle prévue au départ. Ainsi, à la place de concevoir et de diffuser du matériel informationnel adapté aux personnes LGBTQI+ migrantes, c'est plutôt principalement celui réalisé par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) qui a été distribué aux participant.e.s du programme de liaison. Toutefois, un atelier de groupe virtuel sur la COVID-19 et la vaccination, conçu spécifiquement pour les personnes LGBTQI+ migrantes, a été produit et livré avec succès. Le service de référencement,

quant à lui, a été réalisé et livré comme prévu. Des cartes-cadeaux d'épicerie et des sacs-cadeaux, contenant principalement du matériel de protection contre la COVID-19, ont été distribués et très appréciés par les participant.e.s. La série prévue d'infographies et d'ateliers de groupe sur l'autosoin s'est limitée à une infographie, présentée lors de deux ateliers de groupe. La paire-navigation semble avoir généré beaucoup de retombées, mais son évaluation dépassait la portée de ce mémoire et il n'est donc pas encore possible d'en parler davantage.

Malgré les contrecoups rencontrés, le programme de liaison a eu un impact positif certain sur les personnes LGBTQI+ migrantes qu'il a joint. Parmi ses effets principaux, on retrouve : le dépannage alimentaire lors de moments critiques; la distribution de matériel de protection contre la COVID-19, à un moment où des participant.e.s rapportaient avoir de la difficulté à en obtenir; l'accès à de l'information jugée crédible sur la COVID-19 et la vaccination; et, enfin, des moments de connexion communautaire qui ont été hautement valorisés par les participant.e.s, même lors d'activités où ce n'était pas le premier but recherché. Les participant.e.s au programme de liaison ont également soulevées quelques critiques. Certain.e.s trouvaient que les activités liées à la COVID-19 (distribution de matériel de protection, atelier d'information sur la maladie et la vaccination) étaient arrivées un peu tardivement et iels auraient aimé que celles-ci se répètent régulièrement dans le temps. Iels auraient aimé pouvoir personnaliser davantage le contenu de leurs sacs-cadeaux et avoir une plus grande flexibilité dans le choix de l'utilisation de leurs cartes-cadeaux.

Malgré les retombées positives rapportées par les participant.e.s, les intervenant.e.s de la Clinique Mauve n'avaient pas beaucoup de choses positives à dire sur le programme de liaison lors de leurs entretiens, ce qui contrastait fortement avec les discours tenus sur le volet clinique. Les intervenant.e.s avaient certes soulevé quelques défis rencontrés dans le volet clinique, mais l'appréciation qu'iels s'en faisait était élevée et unanime. Les intervenant.e.s du volet clinique trouvaient leur travail valorisant et iels adhéraient au modèle prévu d'intervention. C'était tout le contraire pour le programme de liaison. Le modèle d'intervention était vivement contesté, les intervenant.e.s y évoluant principalement avaient de la difficulté à trouver de la valeur à leur travail et certain.e.s intervenant.e.s cliniques trouvaient que le programme de liaison prenait trop de place dans leurs tâches. La clarté du modèle était remise en question et les intervenant.e.s du

programme de liaison déplorait leur manque d'autonomie dans la réalisation de leurs tâches opérationnelles et leur manque de possibilité d'intervenir sur la gestion des activités. Malgré tout, les intervenant.e.s du programme de liaison trouvaient valorisant de travailler pour la Clinique Mauve et ont adoré leur emploi. Ces sentiments ne se sont toutefois pas transposés au programme de liaison.

En somme, au sortir de cette évaluation, la plus grande force du programme de liaison semble avoir été son excellente maîtrise des méthodologies d'intervention collective et culturellement adaptée. Le programme de liaison semble avoir généré des retombées des plus subtiles en matière de sentiment d'appartenance communautaire et de sentiment de soutien social. Les limites les plus importantes semblent avoir été au niveau de la gestion et de la recherche évaluative, deux domaines moins maîtrisés au moment de la réalisation du programme de liaison. Ces limites ne doivent toutefois pas être perçues comme étant particulièrement inquiétantes, dans la mesure où elles étaient accentuées par la situation de crise et l'état d'exception totalement inédit, qui ne donnaient à peu près aucune marge de manœuvre aux responsables pour se perfectionner en cours de route. Ces limites rappellent surtout que le travail social est un champ œuvrant dans – et qui est traversé par – de nombreux domaines et disciplines. La conception de projets innovants en travail social gagnerait donc à se faire en alliance avec des spécialistes de ces champs, tels que la gestion, la communication et la philanthropie, pour optimiser les modèles d'intervention développés.

6.2 « Les colonnes du temple vont shaker »

Les leçons tirées de l'expérience du programme de liaison m'apparaissent intéressantes dans le contexte actuel où le RSSS est de nouveau sujet à une réforme administrative majeure, sous l'égide du projet de loi 15, déposé par le ministre actuel de la Santé et des services sociaux, Christian Dubé. En mars 2023, le Devoir rapportait d'ailleurs une déclaration de sa part, où il prévenait son auditoire que sa réforme à venir allait « shaker les colonnes du temple » du réseau de la santé (Giguère, 2023). Parlait-on ici d'un changement de paradigme majeur, qui nous ferait passer d'une vision biomédicale et individualisante des soins de santé vers une vision holistique et impliquant les communautés davantage? En fait, selon des billets signés par des chercheuses

de l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS) et du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), la réforme serait surtout de nature managériale (Bourque, 2023 ; Lavoie-Moore, 2023 ; Plourde, 2023a, 2023b, 2023c). Ces chercheuses dénoncent la centralisation excessive prévue de la gouvernance et le renforcement prévu de l'emploi de l'approche de NGP en santé (Bourque, 2023 ; Lavoie-Moore, 2023 ; Plourde, 2023a, 2023b, 2023c). Elles redoutent aussi l'intégration accrue du secteur privé dans le réseau, secteur qui est valorisé par le gouvernement pour le « dynamisme » et « l'innovation » dont il serait intrinsèquement capable. Cette crainte, si elle est avérée, serait ironique, considérant que de nombreuses travailleuses communautaires et universitaires développent, depuis des décennies, des expertises en innovations sociales dans le secteur de la santé. C'est d'ailleurs exactement le genre d'expertise que la Clinique Mauve développe depuis son émergence. En ce sens, la Clinique pourrait réfléchir au rôle qu'elle souhaiterait jouer dans ce contexte de réforme. Elle pourrait, par exemple, déposer un mémoire, auprès de la commission parlementaire responsable d'étudier le projet de loi 15, qui prendrait ancrage dans les expertises qu'elle a développées. Réalistement, le pouvoir d'influence découlant de cette action sur la modification du projet de loi serait possiblement limité, mais ce serait aussi une occasion de faire connaître le travail de la Clinique Mauve et de signaler le travail d'innovation sociale en santé réalisé par des institutions qui ne le font pas par intérêt lucratif. Ce genre de proposition, comme toutes les autres présentées jusqu'à maintenant, sera à explorer davantage avec les responsables de la Clinique Mauve lors de séances de travail portant sur l'évaluation présentée dans ce mémoire.

Références bibliographiques

AGIR. (2022). *À Propos* | AGIR Montréal. <https://www.agirmontreal.org/fr/a-propos/>

AIFRIS. Sociétés en crises et travail social : explorer les dynamiques politiques, de formations, de recherches, d'interventions et d'expériences. Appel à contributions. Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention sociale (AIFRIS). <https://www.anas.fr/attachment/2375315/2022>.

Alami, H., Lehoux, P., Fleet, R., Fortin, J.-P., Liu, J., Attieh, R., Cadeddu, S. B. M., Abdoulaye Samri, M., Savoldelli, M. et Ag Ahmed, M. A. (2021). How Can Health Systems Better Prepare for the Next Pandemic? Lessons Learned From the Management of COVID-19 in Quebec (Canada). *Frontiers in Public Health*, 9. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.671833>

Alessi, E. J. (2016). Resilience in sexual and gender minority forced migrants: A qualitative exploration. *Traumatology*, 22(3), 203. <https://doi.org/10.1037/trm0000077>

Alessi, E. J., Cheung, S., Kahn, S. et Yu, M. (2021a). A Scoping Review of the Experiences of Violence and Abuse Among Sexual and Gender Minority Migrants Across the Migration Trajectory. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5), 1339-1355. <https://doi.org/10.1177/15248380211043892>

Alessi, E. J., Cheung, S. P., Sarna, V., Dentato, M. P., Eaton, A. et Craig, S. L. (2022a). Experiences of COVID-19 pandemic-related stress among sexual and gender minority emerging adult migrants in the United States. *Stress and Health*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1002/smi.3198>

Alessi, E. J., Hutchison, C. et Kahn, S. (2022b). Understanding COVID-19 through a Complex Trauma Lens: Implications for Effective Psychosocial Responses. *Social Work*, 67(1), 79-87. <https://doi.org/10.1093/sw/swab045>

Alessi, E. J. et Kahn, S. (2017). A framework for clinical practice with sexual and gender minority asylum seekers. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4(4), 383-391. <https://doi.org/10.1037/sgd0000244>

Alessi, E. J. et Kahn, S. (2019). Using psychodynamic interventions to engage in trauma-informed practice. *Journal of Social Work Practice*, 33(1), 27-39. <https://doi.org/10.1080/02650533.2017.1400959>

Alessi, E. J., Kahn, S., Ast, R. S., Cheung, S. P., Lee, E. O. J. et Kim, H. (2021b). Learning from practitioners serving LGBTQ+ forced migrants and other diverse groups: Implications for a culturally-informed, affirmative practice. *Journal of the Society for Social Work and Research*. <https://doi.org/10.1086/716722>

Alessi, E. J., Kahn, S., Greenfield, B., Woolner, L. et Manning, D. (2020). A Qualitative Exploration of the Integration Experiences of LGBTQ Refugees Who Fled from the Middle East, North Africa, and Central and South Asia to Austria and the Netherlands. *Sexuality Research and Social Policy*, 17(1), 13-26. <https://doi.org/10.1007/s13178-018-0364-7>

Alessi, E. J., Kahn, S., Woolner, L. et Horn, R. V. D. (2018). Traumatic Stress Among Sexual and Gender Minority Refugees From the Middle East, North Africa, and Asia Who Fled to the European Union. *Journal of Traumatic Stress*, 31(6), 805-815. <https://doi.org/10.1002/jts.22346>

Arsenault, S. (2010). Les réfugiés colombiens au Québec : des pratiques transnationales centrées sur la famille. *Lien social et Politiques*, (64), 51-64. <https://doi.org/10.7202/1001399ar>

Aubé, T., Pisanu, S. et Merry, L. (2019). La Maison Bleue: Strengthening resilience among migrant mothers living in Montreal, Canada. *PLOS ONE*, 14(7), e0220107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220107>

Bastien, T., Fournier, F. et Morel, A.-M. (2022). *Impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé et la qualité de vie des personnes immigrantes au Québec. Constats et recommandations*. Association pour la santé publique du Québec. https://aspq.org/app/uploads/2022/02/2022_immigrants-et-covid_vf.pdf

Battaglini, A. (2010). *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*. Éditions Saint-Martin.

Battaglini, A., Désy, M., Dorval, D., Poirier, L.-R., Fournier, M., Camirand, H. et Fecteau, D. L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes. Direction de la santé publique et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2007.

Beaudry, C. (2017). *Un regard poststructurel intersectionnel sur l'apport des approches anti-oppressive et informée par le trauma pour tenir compte des traumatismes en lien avec le parcours migratoire en tant que minorité sexuelle et de genre dans un groupe d'aide mutuelle* [Essai de stage de maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal].

Beaudry, C. (2018). « Le groupe, c'est ma famille » : la famille choisie selon l'intersectionnalité poststructurelle et l'approche informée par le trauma auprès d'un groupe pour minorités sexuelles et de genre migrantes. *Revue Intervention*, (148), 17-27.

Benoit, C. et Unsworth, R. (2022). COVID-19, Stigma, and the Ongoing Marginalization of Sex Workers and their Support Organizations. *Archives of Sexual Behavior*, 51(1), 331-342. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02124-3>

Benoit, F. et Torres, S. (2022). *Isolement social, pandémie et politiques publiques*. Observatoire québécois des inégalités. [https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBEC1c/asset/files/Rapport2_Isolement%20social_final%20\(1\).pdf](https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBEC1c/asset/files/Rapport2_Isolement%20social_final%20(1).pdf)

Bentayeb, N. et Goyette, M. (2013). Évaluer l'action sociale dans le cadre des exigences de la loi sur l'administration publique. Dans C. Bellot, C. Jetté et M. Bresson (dir.), *Le travail social et la nouvelle gestion publique*. Presses de l'Université du Québec.

Bergeron-Gaudin, J.-V. (2019). L'organisation communautaire en travail social au Québec : origines, trajectoire et tensions. *Nouvelles pratiques sociales*, 30(2), 80-99. <https://doi.org/10.7202/1066102ar>

Berthiaume, A. (2016). *La gouvernance néolibérale et les organismes communautaires québécois : étude de la Fondation Lucie et André Chagnon* [Mémoire de maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/8662/>

Berthiaume, A., Bergeron-Gaudin, J.-V. et Gaudreau, L. (2022). L'organisation communautaire au Québec : quelques zones d'ombre dans l'état des connaissances. *Canadian Social Work Review*, 39(1), 45-61. <https://doi.org/10.7202/1091513ar>

Bilge, S. (2010). « ... alors que nous, Québécois, nos femmes sont égales à nous et nous les aimons ainsi »: La patrouille des frontières au nom de l'égalité de genre dans une « nation » en quête de

souveraineté. *Sociologie et sociétés*, 42(1), 197. <https://doi.org/10.7202/043963ar>

Bourque, D. (2012). Évolution des pratiques d'intervention collective et développement des savoirs. Biennale 2012 CNAM. https://aifris.eu/03upload/uplolo/cv2551_547.pdf

Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et Fréchette, L. (2007a). L'organisation communautaire au Québec. Mise en perspective des principales approches stratégiques d'intervention. Dans D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette (dir.), *Organisation communautaire: Fondements, approches et champs de pratique* (1^{re} éd.). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18pghk6>

Bourque, D., Comeau, Y., Favreau, L. et Fréchette, L. (dir.). (2007b). *L'organisation communautaire : Fondements, approches et champs de pratique* (1^{re} éd.). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18pghk6>

Bourque, M. (2023, 31 mars). Réforme Dubé en santé | Si j'étais Véro.... *La Presse*. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2023-03-31/reforme-dube-en-sante/si-j-etais-vero.php>

Breton, M. et Hudon, C. (2020). La première vague de Covid-19 au Québec et les soins primaires. *Revue Médicale Suisse*, 16(713), 2131-2134. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2020.16.713.2131>

Bureau du vérificateur général du Canada. (2019, 7 mai). *Rapport 2 — Le traitement des demandes d'asile*. Gouvernement du Canada. https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_201905_02_f_43339.html

Carazo, S., Skowronski, D. M., Laforce, R., Jr, Talbot, D., Falcone, E. L., Laliberté, D., Denis, G., Deshaies, P., Hegg-Deloye, S. et De Serres, G. (2022). Physical, Psychological, and Cognitive Profile of Post-COVID Conditions in Healthcare Workers, Quebec, Canada. *Open Forum Infectious Diseases*, 9(8), ofac386. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac386>

Carde, E. (2020). Inégalités sociales de santé et rapports de pouvoir : Covid-19 au Québec. *Santé Publique*, 32(5-6), 461-471. <https://doi.org/10.3917/spub.205.0461>

Carmen, E., Fazey, I., Ross, H., Bedinger, M., Smith, F. M., Prager, K., McClymont, K. et Morrison, D. (2022). Building community resilience in a context of climate change: The role of social capital. *Ambio*, 51(6), 1371-1387. <https://doi.org/10.1007/s13280-021-01678-9>

Caron, R. (2012). *Entre refuge et exil : l'expérience de femmes palestiniennes du camp de Bourj El Barajneh* [Thèse de doctorat en sciences humaines appliquées, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9112>

Caron, R., Rodriguez del Barrio, L., Blain, M.-J. et Richard, M. (2022). Élargir notre horizon en travail social : saisir l'expérience de personnes réfugiées à travers une perspective transnationale et intersectionnelle. *Intervention*, (155), 9. <https://doi.org/10.7202/1089302ar>

Chatterjee, S., Biswas, P. et Guria, R. T. (2020). LGBTQ care at the time of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome*, 14(6), 1757-1758. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.09.001>

Chbat, M., Pagé, G., Côté, I. et Blais, M. (2023). La famille choisie toujours d'actualité ? Vers une diversification des formes de liens familiaux pour les minorités sexuelles et de genre au Québec. *Genre, sexualité & société*, (29). <https://doi.org/10.4000/gss.8160>

Chehaitly, S., Rahman, M. et Chbat, M. (2020). « Est-ce que c'est parce que j'ai l'air trop fif ou trop brun?... On a plusieurs raisons de se faire détester! » : être musulman·e LGBTQ+ au Québec et vivre à l'intersection de multiples oppressions. Récits de quelques parcours militants. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 182-205. <https://doi.org/10.7202/1076651ar>

Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Tan, B. Y. Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J. H., Yeo, L. L. L., Ahmad, A., Ahmed Khan, F., Napoleon Shanmugam, G., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B. P. L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J. Y., ... Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>

CISR. (2021, 4 mars). *Statistiques de la Section de la protection des réfugiés (SPR)*. <https://irb.gc.ca:443/fr/transparence/cartable-ccp-nov-2020/Pages/pac10.aspx?=&wbdisable=false>

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2019). *Demandeurs d'asile, réfugiés et migrants à statut précaire – Un portrait montréalais réalisé par la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/sujets-de-a-a-z/inegalites-sociales-de-sante-iss/documentation/>

Cleveland, J., Dionne-Boivin, V. et Rousseau, C. (2013). L'expérience des demandeurs d'asile détenus au Canada. *Criminologie*, 46(1), 107-129. <https://doi.org/10.7202/1015295ar>

Cleveland, J., Hanley, J., Cardona, M. S., Turcotte-Plamondon, M., Wolofsky, T., Leloup, X., Merry, L. et Rose, D. (2021). *Le parcours d'installation des demandeurs d'asile au Québec*. Institut universitaire SHERPA. <https://sherpa-recherche.com/realisations/publications/parcours-dinstallation-des-demandeurs-dasile-au-quebec/>

Clinique Mauve. (2021a). *Clinique Mauve*. <https://sherpa-recherche.com/sherpa/projets-partenaires/clinique-mauve/>

Clinique Mauve. Protocole de recherche. Clinique Mauve : Évaluation du point de services pour les personnes LGBTQI+ (lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queer, intersexes) migrantes à Montréal. Clinique Mauve. 18 février 2021.

Combden, S., Forward, A. et Sarkar, A. (2022). COVID-19 pandemic responses of Canada and United States in first 6 months: A comparative analysis. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(1), 50-65. <https://doi.org/10.1002/hpm.3323>

Comeau, Y., Bourque, D. et Lachapelle, R. (2018). Introduction. Dans *L'intervention collective* (1^{re} éd., p. 1-4). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv6zd9wg.7>

Connell, J. P. et Kubisch, A. C. (1998). *Applying a Theory of Change. Approach to the Evaluation of Comprehensive Community Initiatives: Progress, Prospects, and Problems*, 16.

Cossette, J. et Simard, J. (2022). *Traitements-chocs et tartelettes: bilan critique de la gestion de la COVID-19 au Québec*. Éditions Somme toute. [1 online resource]. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=3284955>

Côté, J., Aita, M., Chouinard, M.-C., Houle, J., Lavoie-Tremblay, M., Lessard, L., Rouleau, G. et Gélinas, C. (2022). Psychological distress, depression symptoms and fatigue among Quebec nursing staff during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 9(3), 1744-1756. <https://doi.org/10.1002/nop2.1199>

Couture-Ménard, M.-È., Bernatchez, S., Blackburn-Boily, T., Bernier, L., Ménard, J.-F., Breton, M. et Kouri, R. P. (2022). La gouvernance, nouvel environnement de l'exercice des pouvoirs

publics en temps de crise sanitaire : l'exemple de la régulation des masques. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, (vol. 24, n° 1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.6598>

CoVivre. (2020). *Programme CoVivre*. Institut universitaire SHERPA. <https://sherpa-recherche.com/sherpa/projets-partenaires/covivre/>

CRISE (Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie). (2008). *Évaluer le potentiel suicidaire et gérer la crise suicidaire*. Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide. http://www.criseapplication.uqam.ca/theme4.asp?partie=partie1_1

Delahais, T. (2022). Chapitre 7 : Le choix des approches évaluatives. Dans L. Rey, J.-S. Quesnel et V. Sauvain (dir.), *L'évaluation en contexte de développement: enjeux, approches et pratiques* (p. 155-180). Éditions JFD.

Di Giuseppe, K. (2021). You Are not Alone! Experiences of LGBTQ+ Migrants in the UK during Covid-19 Lockdown. A Minority Stress Perspective. *Migration and Diasporas: An Interdisciplinary Journal*, 3(1), 32-71.

DiAngelo, R. (2011). White Fragility. *International Journal of Critical Pedagogy*, 3(3), 54-70.

Dorvil, H. et Harper, E. (dir.). (2013). *Le travail social: théories, méthodologies et pratiques*. Presses de l'Université du Québec.

Doucet, S. et Chamberland, L. (2020). Relations familiales et non-binarité : parcours de vie de jeunes adultes non binaires au Québec. *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, (35). <https://journals.openedition.org/efg/10393>

Dubois, M. et Garceau, M.-L. (2000). L'évolution du travail social : une histoire à suivre — Entrevue avec Roland Lecomte. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 6(1), 18. <https://doi.org/10.7202/026293ar>

Dumas-Kemp, F. (2018). Contestation et réception du blackface au Québec : Entre fragilité blanche et hypervalorisation humoristique. *Cycles sociologiques*, 3(1), 1-20.

El-Hage, H. et Lee, E. O. J. (2016). LGBTQ racisés : frontières identitaires et barrières structurelles. *Alterstice: Revue internationale de la recherche interculturelle*, 6(2), 13-27.

<https://doi.org/10.7202/1040629ar>

Fallu, J.-S. (2022). Pourquoi ne pas avoir misé sur la réduction des méfaits? Dans *Traitements-chocs et tartelettes: bilan critique de la gestion de la COVID-19 au Québec*. Éditions Somme toute.

Fiksenbaum, L., Marjanovic, Z., Greenglass, E. R. et Coffey, S. (2006). Emotional Exhaustion and State Anger in Nurses Who Worked During the Sars Outbreak: The Role of Perceived Threat and Organizational Support. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 89-103. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2006-0015>

Fréchette, L. (2007). L'approche sociocommunautaire dans le développement social des communautés. Dans D. Bourque, Y. Comeau, L. Favreau et L. Fréchette (dir.), *Organisation communautaire: Fondements, approches et champs de pratique* (1^{re} éd., p. 119-136). Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18pghk6>

Fuentes Bernal, J. (2022). *Réflexions et pistes d'action pour favoriser le soutien par les pairs auprès des personnes LGBTQI+ migrantes: les résultats d'une évaluation communautaire du modèle d'AGIR* [Mémoire de maîtrise en travail social, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/26605>

Funnell, S. C. et Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory: effective use of theories of change and logic models* (1st ed). Jossey-Bass. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/umontreal-ebooks/detail.action?docID=706626>

Fustier, P. (2008). La relation d'aide et la question du don. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 6(2), 27-39. <https://doi.org/10.3917/nrp.006.0027>

Gagnon-Dufresne, M.-C., Gautier, L., Beaujoin, C., Lamothe, A. S., Mikanagu, R., Cloos, P., Ridde, V. et Zinszer, K. (2022). Considering social inequalities in health in large-scale testing for COVID-19 in Montréal: a qualitative case study. *BMC Public Health*, 22(1), 749. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13163-3>

Gee, S. et Skovdal, M. (2017). Navigating 'riskscapes': The experiences of international health care workers responding to the Ebola outbreak in West Africa. *Health & Place*, 45, 173-180. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.03.016>

George, M. (2010). A Theoretical Understanding of Refugee Trauma. *Clinical Social Work*

Journal, 38(4), 379-387. <https://doi.org/10.1007/s10615-009-0252-y>

George, M. (2012). Migration Traumatic Experiences and Refugee Distress: Implications for Social Work Practice. *Clinical Social Work Journal*, 40(4), 429-437. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0397-y>

Giguère, U. (2023, 30 mars). Christian Dubé promet que «les colonnes du temple vont shaker». *Le Devoir* (Québec). <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/785180/christian-dube-promet-que-les-colonnes-du-temple-vont-shaker>

Gingras-Dubé, S. (2020). *Nationalismes sexuels et genres : production et reproduction des rapports d'oppression par la définition du « nous québécois » inclusif dans les médias écrits francophones* [Mémoire de maîtrise en sociologie, Université du Québec à Montréal]. <https://archipel.uqam.ca/13839/>

Goodyear, T., Slemon, A., Richardson, C., Gadermann, A., Salway, T., Dhari, S., Knight, R. et Jenkins, E. (2021). Increases in Alcohol and Cannabis Use Associated with Deteriorating Mental Health among LGBTQ2+ Adults in the Context of COVID-19: A Repeated Cross-Sectional Study in Canada, 2020–2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12155. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212155>

Gosselin, A., Carillon, S., Coulibaly, K., Ridde, V., Taéron, C., Kohou, V., Zouménou, I., Mbiribindi, R., Derche, N. et Desgrées du Loû, A. (2019a). Participatory development and pilot testing of the Makasi intervention: a community-based outreach intervention to improve sub-Saharan and Caribbean immigrants' empowerment in sexual health. *BMC Public Health*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7943-2>

Gosselin, A., Coulibaly, K., Ravalihasy, A., Carillon, S., Ridde, V., Derche, N. et Mbiribindi, R. (2019b). *Finding the missing link: when community-based outreach in public space is key to engage migrants in health prevention programmes in Paris, France*, 8.

Haas, H. de, Castles, S. et Miller, M. J. (2020). *The age of migration: international population movements in the modern world* (Sixth edition). The Guilford Press.

Heck, I., Ruelland, I., Lefèvre, S. A., Autin, G., Gilbert, I. et Cariès, R. (2022). *Effets de la pandémie COVID-19 sur les organismes communautaires de Montréal-Nord : constats et*

perspectives. Les Cahiers du CRISES.

Henaway, M. (2022). Challenging the permanent pandemic of precarity: Lessons from racialized migrant and immigrant workers organizing in Montreal during the COVID-19 pandemic. *LABOUR, Capital and Society*, 50(1 & 2), 90-127.

ILGA World, Mendos, L. R., Botha, K., Carrano Lelis, R., López de la Peña, E., Savelev, I. et Tan, D. (2020, 14 décembre). *State-Sponsored Homophobia 2020: Global Legislation Overview Update*. ILGA. <https://ilga.org/state-sponsored-homophobia-report-2020-global-legislation-overview>

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2021, 12 novembre). *Se réinstaller au Canada à titre de réfugié*. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-exterieur-canada.html>

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2023, 28 février). *Vérifier les délais de traitement des demandes*. Canada.ca. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/demande/verifier-delais-traitement.html>

INESSS. (2020). *COVID-19 et la détresse psychologique et la santé mentale du personnel du réseau de la santé et des services sociaux dans le contexte de l'actuelle pandémie*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/services-sociaux/la-detresse-psychologique-et-la-sante-mentale-du-personnel-du-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux-dans-le-contexte-de-lactuelle-pandemie.html>

INSPQ. (2022, 5 octobre). *Ligne du temps COVID-19 au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>

INSPQ. (2023, 15 mars). *Données COVID-19 au Québec*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>

IU SHERPA. (2022). *Loi 96 sur la langue française : impacts sur l'accès aux services publics et l'inclusion des personnes réfugiées et immigrantes*. Institut universitaire SHERPA. <https://sherpa-recherche.com/realisations/publications/avis-pl96/>

Ives, J., Greenfield, S., Parry, J. M., Draper, H., Gratus, C., Petts, J. I., Sorell, T. et Wilson, S. (2009). Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study.

BMC Public Health, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-56>

Jackson Levin, N., Kattari, S. K., Piellusch, E. K. et Watson, E. (2020). “We Just Take Care of Each Other”: Navigating ‘Chosen Family’ in the Context of Health, Illness, and the Mutual Provision of Care amongst Queer and Transgender Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7346. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197346>

Jacmin-Park, S., Rossi, M., Dumont, L., Lupien, S. J. et Juster, R.-P. (2022). Mental Health and Social Support of Sexual and Gender Diverse People from Québec, Canada During the COVID-19 Crisis. *LGBT Health*, 9(3), 151-160. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2021.0255>

Jean, E. et Simard, J. (2022). L’illusion du couvre-feu. Dans *Traitements-chocs et tartelettes : bilan critique de la gestion de la COVID-19 au Québec*. Somme toute.

Jenicek, A., Wong, A. D., Ou, E. et Lee, J. (2009). Dangerous Shortcuts: Representations of Sexual Minority Refugees in the Post-9/11 Canadian Press. *Canadian Journal of Communication*, 34(4), 635-658. <https://doi.org/10.22230/cjc.2009v34n4a2119>

Kahn, S. et Alessi, E. J. (2018). Coming Out Under the Gun: Exploring the Psychological Dimensions of Seeking Refugee Status for LGBT Claimants in Canada. *Journal of Refugee Studies*, 31(1), 22-41. <https://doi.org/10.1093/jrs/fex019>

Kais, S. M. et Islam, M. S. (2016). Community Capitals as Community Resilience to Climate Change: Conceptual Connections. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(12), 1211. <https://doi.org/10.3390/ijerph13121211>

Kåks, P., Bergström, A., Herzig van Wees, S. et Målvqvist, M. (2022). Adapting a South African social innovation for maternal peer support to migrant communities in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01687-4>

Kim, S. et Feyissa, I. F. (2021). Conceptualizing “Family” and the Role of “Chosen Family” within the LGBTQ+ Refugee Community: A Text Network Graph Analysis. *Healthcare*, 9(4), 369. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040369>

King, L. M., Zori, G., Collins, S. L., Lewis, C., Hack, G., Dixon, B. N. et Hart, M. (2022). What does community resilience mean in the context of trauma-informed communities? A scoping

- review. *Journal of Community Psychology*, 50(8), 3325-3353. <https://doi.org/10.1002/jcop.22839>
- Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the Cultural Concept of the Person. *Transcultural Psychiatry*, 44(2), 232-257. <https://doi.org/10.1177/1363461506070794>
- Kirmayer, L. J., Sehdev, M., Whitley, R., Dandeneau, S. F. et Isaac, C. (2009). *Community Resilience: Models, Metaphors and Measures*, 56.
- Kouri-Towe, N. (2020). Solidarity at a Time of Risk: Vulnerability and the Turn to Mutual Aid. *TOPIA: Canadian Journal of Cultural Studies*, 41, 190-198. <https://doi.org/10.3138/topia-023>
- Lad, M. (2018, 7 mai). Parties for a cause: Taking What We Need raises funds and fosters community. *Cult MTL*. <https://cultmtl.com/2018/05/taking-what-we-need/>
- Lancee, W. J., Maunder, R. G. et Goldbloom, D. S. (2008). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Toronto Hospital Workers One to Two Years After the SARS Outbreak. *PSYCHIATRIC SERVICES*, 59(1), 5.
- Lavoie, J. et Panet-Raymond, J. (dir.). (2011). *La pratique de l'action communautaire* (3rd ed). Presses de l'Université du Québec.
- Lavoie-Moore, M. (2023, 25 août). Réforme Dubé | Le courage de l'efficacité. *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques*. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/dube-efficacite-sante/>
- Lee, E. O. J. (2017). Une autoréflexion critique sur les savoirs expérientiels et la recherche participative. Dans *Le témoignage sexuel et intime, un levier de changement social?* (p. 31-43). Presses de l'Université du Québec.
- Lee, E. O. J. (2018). Tracing the Coloniality of Queer and Trans Migrations: Resituating Heterocisnormative Violence in the Global South and Encounters with Migrant Visa Ineligibility to Canada. *Refuge: Canada's Journal on Refugees*, 34(1), 60-74.
- Lee, E. O. J. (2019). Responses to Structural Violence: The Everyday Ways in Which Queer and Trans Migrants with Precarious Status Respond to and Resist the Canadian Immigration Regime. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 10(1), 70-94. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs101201918807>

Lee, E. O. J. (2021). Queer and Trans Migrants with Precarious Status Living in Canada: Policies, Ideologies, Realities, and Practices. Dans *Understanding the Refugee Experience in the Canadian Context* (p. 86-99). Cambridge Scholars Publishing.

Lee, E. O. J. et Brotman, S. (2011). Identity, Refugeeeness, Belonging: Experiences of Sexual Minority Refugees in Canada. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*, 48(3), 241-274. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2011.01265.x>

Lee, E. O. J. et Brotman, S. (2013). SPEAK OUT! Structural Intersectionality and Anti-Oppressive Practice with LGBTQ Refugees in Canada. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 30(2), 157-183.

Lee, E. O. J., Kahn, S., Alessi, E. J. et Leon, A. (2020a). Mental Health of Sexual and Gender Minority Immigrants and Refugees. Dans E. D. Rothblum (dir.), *The Oxford Handbook of Sexual and Gender Minority Mental Health* (p. 255-268). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190067991.013.24>

Lee, E. O. J., Kamgain, O., Hafford-Letchfield, T., Gleeson, H., Pullen-Sansfaçon, A. et Luu, F. (2020b). Knowledge and Policy About LGBTQI Migrants: a Scoping Review of the Canadian and Global Context. *Journal of International Migration and Integration*. <https://doi.org/10.1007/s12134-020-00771-4>

Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Lee-Foon, N., Ryan, S. et Ramsay, H. (2016). “It’s for us – newcomers, LGBTQ persons, and HIV-positive persons. You feel free to be”: a qualitative study exploring social support group participation among African and Caribbean lesbian, gay, bisexual and transgender newcomers and refugees in Toronto, Canada. *BMC International Health and Human Rights*, 16(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12914-016-0092-0>

Loi sur l’immigration et la protection des réfugiés. L.C. 2001, ch. 27. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-2.5/>

Lou, N. M., Montreuil, T., Feldman, L. S., Fried, G. M., Lavoie-Tremblay, M., Bhanji, F., Kennedy, H., Kaneva, P., Drouin, S. et Harley, J. M. (2021). Evaluations of Healthcare Providers’ Perceived Support From Personal, Hospital, and System Resources: Implications for Well-Being and Management in Healthcare in Montreal, Quebec, During COVID-19. *Evaluation & the Health Professions*, 44(3), 319-322. <https://doi.org/10.1177/01632787211012742>

- Madden, D. (2021). Covid Nights: Crisis, and Street-level Institutions in Montreal and Beyond. *Dancecult*, 13(1), 54-68. <https://doi.org/10.12801/1947-5403.2021.13.01.04>
- Marceau, R. (2022). Chapitre 10 : Les questions d'évaluation. Dans L. Rey, J.-S. Quesnel et V. Sauvain (dir.), *L'évaluation en contexte de développement: enjeux, approches et pratiques* (p. 231-243). Éditions JFD.
- Maunder, R. (2004). The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: lessons learned. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1447), 1117-1125. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1483>
- Mayne, J. (2015). Useful Theory of Change Models. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 30(2). <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/cjpe/article/view/31062>
- McConnell, E. A., Janulis, P., Phillips II, G., Truong, R. et Birkett, M. (2018). Multiple minority stress and LGBT community resilience among sexual minority men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(1), 1-12. <https://doi.org/10.1037/sgd0000265>
- McMahon, S. A., Ho, L. S., Brown, H., Miller, L., Ansumana, R. et Kennedy, C. E. (2016). Healthcare providers on the frontlines: a qualitative investigation of the social and emotional impact of delivering health services during Sierra Leone's Ebola epidemic. *Health Policy and Planning*, 31(9), 1232-1239. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw055>
- Melendez, R. M., Zepeda, J., Samaniego, R., Chakravarty, D. et Alaniz, G. (2013). "La Familia" HIV prevention program: A focus on disclosure and family acceptance for Latino immigrant MSM to the USA. *Salud Pública de México*, 55(Supl.4), 491-497. <https://doi.org/10.21149/spm.v55s4.5154>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H. (2015). Resilience in the study of minority stress and health of sexual and gender minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 2, 209-213. <https://doi.org/10.1037/sgd0000132>

Meyer, M. L., Louder, C. N. et Nicolas, G. (2021). Creating *With*, Not *For* People: Theory of Change and Logic Models for Culturally Responsive Community-Based Intervention. *American Journal of Evaluation*, 109821402110160. <https://doi.org/10.1177/10982140211016059>

Miconi, D., Li, Z. Y., Frounfelker, R. L., Santavicca, T., Cénat, J. M., Venkatesh, V. et Rousseau, C. (2021). Ethno-cultural disparities in mental health during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study on the impact of exposure to the virus and COVID-19-related discrimination and stigma on mental health across ethno-cultural groups in Quebec (Canada). *BJPsych Open*, 7(1), e14. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.146>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2023). *Mpox (variole simienne) - Professionnels de la santé - MSSS*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/mpox-variole-simienne/#eclosion-de-mpox-au-quebec-en-2022-2023>

Monnais, L., Tousignant, N., Mekki-Berrada, A., Rousseau, C., Guenat, C., Bolduc, E. et Marque, T. (2021, juillet). *Comprendre l'hésitation vaccinale au sein des communautés ethnoculturelles dans le cadre de la pandémie de la COVID-19*. CoVivre.

Murray, D. A. B. (2015). *Real Queer?: Sexual Orientation and Gender Identity Refugees in the Canadian Refugee Apparatus*. Rowman & Littlefield Unlimited Model. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/umontreal-ebooks/detail.action?docID=4338248>

Nakache, D. (2013). Détention des demandeurs d'asile au Canada : des logiques pénales et administratives convergentes. *Criminologie*, 46(1), 83-105. <https://doi.org/10.7202/1015294ar>

Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F. et Pfefferbaum, R. L. (2008). Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41(1), 127-150. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9156-6>

Olsen, D. (2020, 7 août). How a House Party Inspired a Support Network for Trans Women. *Reader's Digest Canada*. <https://www.readersdigest.ca/culture/taking-what-we-need/>

OPDS. (2023). *La loi sur l'aide aux personnes et aux familles vulgarisée par l'Organisation populaire des droits sociaux (OPDS)* (Mise à jour du 24 mai 2023). OPDS. <https://opdsrm.com/la-loi-vulgarisee/>

Organisation mondiale de la santé. (2023, 31 août). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>

Ornell, F., Chwartzmann Halpern, S. et Paim Kessler, F. H. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de saúde pública*, 36(4), 6. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>

Ouédraogo, M., Brunet, I., Zoetyande, W.-Y. S., Desfossés, M. et Sauvain, V. (2022). Chapitre 16 : L'analyse des données pour répondre aux questions d'évaluation. Dans L. Rey, J.-S. Quesnel et V. Sauvain (dir.), *L'évaluation en contexte de développement: enjeux, approches et pratiques* (p. 383-399). Éditions JFD.

Parenteau, A. M., Boyer, C. J., Campos, L. J., Carranza, A. F., Deer, L. K., Hartman, D. T., Bidwell, J. T. et Hostinar, C. E. (2022). A review of mental health disparities during COVID-19: Evidence, mechanisms, and policy recommendations for promoting societal resilience. *Development and Psychopathology*, 1-22. <https://doi.org/10.1017/S0954579422000499>

Passos-Castilho, A. M., Labbé, A.-C., Barkati, S., Luong, M.-L., Dagher, O., Maynard, N., Tutt-Guérrette, M.-A., Kierans, J., Rousseau, C., Benedetti, A., Azoulay, L. et Greenaway, C. (2022). Outcomes of hospitalized COVID-19 patients in Canada: impact of ethnicity, migration status and country of birth. *Journal of Travel Medicine*, 29(6), taac041. <https://doi.org/10.1093/jtm/taac041>

Patton, M. Q. (1978). *Utilization-Focused Evaluation* (First Edition). Sage Publications.

Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation* (4e édition). Sage.

Patton, M. Q. (2011). *Developmental evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use*. Guilford Press.

Patton, M. Q. (2015). The Sociological Roots of Utilization-Focused Evaluation. *The American Sociologist*, 46(4), 457-462. <https://doi.org/10.1007/s12108-015-9275-8>

Patton, M. Q. et Campbell-Patton, C. E. (2022). *Utilization-focused evaluation* (Fifth edition). SAGE.

Plourde, A. (2023a, 14 juin). Réforme Dubé: portrait-robot de l'agence Santé Québec. *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques*. <https://iris->

recherche.qc.ca/publications/organigramme-agence-sante-quebec/

Plourde, A. (2023b, 25 août). Réforme Dubé | Santé Québec : une agence pour gérer le système de santé comme une usine d'automobiles. *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques*. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/reforme-sante-usine-automobile/>

Plourde, A. (2023c, 28 août). Réforme Dubé | S'inspirer d'un échec pour réformer le système de santé. *Institut de recherche et d'informations socioéconomiques*. <https://iris-recherche.qc.ca/blogue/sante/reforme-dube-alberta/>

Potvin, M. (2010). Discours sociaux et médiatiques dans le débat sur les accommodements raisonnables. *Nos diverses cités*, (9), 83-89.

Puar, J. (2013). Homonationalisme et biopolitique. *Cahiers du Genre*, (54), 151-185.

Pullen-Sansfaçon, A. et Cowden, S. (2012). *The Ethical Foundations of Social Work*. Pearson.

Radio-Canada. (2022, 24 mai). Québec adopte la réforme de la Charte de la langue française. *Radio-Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1885719/loi-96-vote-pq-plq-opposition>

Ramirez, R. et Brodhead, D. (2013). *Utilization focused evaluation: a primer for evaluators*. Southbound.

Rapisarda, F., Vallarino, M., Brousseau-Paradis, C., Benedictis, L. D., Corbière, M., Villotti, P., Cavallini, E., Briand, C., Cailhol, L. et Lesage, A. (2022). Workplace Factors, Burnout Signs, and Clinical Mental Health Symptoms among Mental Health Workers in Lombardy and Quebec during the First Wave of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3806. <https://doi.org/10.3390/ijerph19073806>

Rey, L., Quesnel, J.-S. et Sauvain, V. (dir.). (2022). *L'évaluation en contexte de développement: enjeux, approches et pratiques*. Éditions JFD.

RÉZO et invité.e.s. (2023, 10 mars). *Panel sur la réponse communautaire à la variole simienne (mpox) : notre expérience* [Colloque]. SMASH - Sommet montréalais d'action pour la santé des hommes GBTQ+, Montréal. <http://127.0.0.1:3000/nouvelles/nouvelles/smash-2023/>

Robertson, E., Hershenfield, K., Grace, S. L. et Stewart, D. E. (2004). The Psychosocial Effects of Being Quarantined following Exposure to SARS: A Qualitative Study of Toronto Health Care

Workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 403-407.
<https://doi.org/10.1177/070674370404900612>

Roy, O. (2012). The colour of gayness: Representations of queers of colour in Québec's gay media. *Sexualities*, 15(2), 175-190. <https://doi.org/10.1177/1363460712436541>

RQIIAC. (2020). Les approches en organisation communautaire. Dans *Pratiques d'organisation communautaire dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec. Édition actualisée. Cadre de Référence du RQIIAC* (p. 51-60). Presses de l'Université du Québec.
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/umontreal-ebooks/detail.action?docID=6420007>

Sabin, L. L., Semrau, K., DeSilva, M., Le, L. T. T., Beard, J. J., Hamer, D. H., Tuchman, J., Hammett, T. M., Halim, N., Reuben, M., Mesic, A. et Vian, T. (2019). Effectiveness of community outreach HIV prevention programs in Vietnam: a mixed methods evaluation. *BMC Public Health*, 19(1), 1130. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7418-5>

Santavicca, T., Ngov, C., Frounfelker, R., Miconi, D. et Rousseau, C. (2021, 2 novembre). *Note de synthèse: L'hésitation face à la vaccination contre la COVID-19 au Canada*. Institut universitaire SHERPA.
https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2022/02/Note-de-synthe%CC%80se_Lhe%CC%81sitation-vaccinale-contre-la-COVID-19-au-Canada_2.11.2021.pdf

Schmitz, N., Holley, P., Meng, X., Fish, L. et Jedwab, J. (2020). COVID-19 and Depressive Symptoms: A Community-based Study in Quebec, Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 733-735. <https://doi.org/10.1177/0706743720943812>

Seow Khee, K., Bee Lee, L., Thiew Chai, O., Keen Loong, C., Wuen Ming, C. et Hui Kheng, T. (2004). The Psychological impact of SARS on health care providers. *Critical Care and Shock*, 7(2), 99-106.

Siche, F. (2016). *Le choc culturel des travailleurs sociaux en interculturel : défis éthiques* [Mémoire de maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal].
<https://archipel.uqam.ca/8708/1/M14311.pdf>

Simard, J. (2022). Le couvre-feu : mesure épidémiologique ou outil de communication politique ? *Éthique publique*, 24(1). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.6979>

Slemon, A., Richardson, C., Goodyear, T., Salway, T., Gadermann, A., Oliffe, J. L., Knight, R., Dhari, S. et Jenkins, E. K. (2022). Widening mental health and substance use inequities among sexual and gender minority populations: Findings from a repeated cross-sectional monitoring survey during the COVID-19 pandemic in Canada. *Psychiatry Research*, 307, 114327. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114327>

Smith, J., Davies, S. E., Feng, H., Gan, C. C. R., Grépin, K. A., Harman, S., Herten-Crabb, A., Morgan, R., Vandan, N. et Wenham, C. (2021). More than a public health crisis: A feminist political economic analysis of COVID-19. *Global Public Health*, 16(8-9), 1364-1380. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1896765>

Smith, M. W., Smith, P. W., Kratochvil, C. J. et Schwedhelm, S. (2017). The Psychosocial Challenges of Caring for Patients with Ebola Virus Disease. *Health Security*, 15(1), 104-109. <https://doi.org/10.1089/hs.2016.0068>

Spoorthy, M. S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102119. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>

Stimpert, T. (2020). “Coming out” against cancer: How local outreach to the LGBT community can reduce cancer disparities. *Journal of Clinical Oncology*, 38(29_suppl), 131-131. https://doi.org/10.1200/JCO.2020.38.29_suppl.131

Stone, M. J., Close, R. M., Jentoft, C. K., Pocock, K., Lee-Gatewood, G., Grow, B. I., Parker, K. H., Twarkins, A., Nashio, J. T. et McAuley, J. B. (2021). High-Risk Outreach for COVID-19 Mortality Reduction in an Indigenous Community. *American Journal of Public Health*, 111(11), 1939-1941. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306472>

Tircher, P. et Zorn, N. (2020). *Inégaux face au coronavirus. Constats et recommandations*. Observatoire québécois des inégalités. https://www.observatoiredesinegalites.com/fr/inegaux-coronavirus?utm_content=buffer0c7c7&utm_medium=social&utm_source=facebook.com&utm_campaign=buffer

Torres, S. (2021). *Les populations moins nanties pendant la pandémie : résultats de sondage*. Observatoire québécois des inégalités. <https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBECIc/asset/files/Projet->

resilience_Rapport1-final.pdf

Torres, S. (2022). *Les populations moins nanties pendant la pandémie : résultats du suivi longitudinal*. Observatoire québécois des inégalités. https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBEC1c/asset/files/Projet-resilience_Rapport4.pdf

Torres, S. et Asselin, C. (2022). *Les personnes moins nanties issues de l'immigration pendant la pandémie : répercussions, besoins et perspectives*. Observatoire québécois des inégalités. https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBEC1c/asset/files/Projet-rEsilience_Rapport_personnes_immigrantes.pdf

Torres, S. et Michaud, H. (2022). *Les femmes moins nanties pendant la pandémie : répercussions, besoins et perspectives*. Observatoire québécois des inégalités. https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYMZxfbWTbVKVvSt3IBEC1c/asset/files/Projet-rEsilience_Rapport3_femmes.pdf

Tourki, D., Lee, E. O. J., Baril, A., Hébert, W. et Sansfaçon, A. P. (2018). Au-delà des apparences : analyse intersectionnelle de vécus de jeunes trans migrants et racisés au Québec. *Revue Jeunes et Société*, 3(1), 133-153.

Trosseille, N., Gagnon, M. M. et Pontbriand, A. (2019, août). *Intervenir auprès des demandeurs d'asile. Guide à l'intention des intervenants*. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal. <https://cerda.info/wp-content/uploads/2019/10/CERDA-Guide-%C3%A0-lintention-des-intervenants-2019.pdf>

Turcotte, P.-L., Rey, L. et Brousselle, A. (2021). L'évaluation évolutive, de la théorie à la pratique : perspectives de praticiens québécois. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 36(1). <https://doi.org/10.3138/cjpe.70502>

Vatz Laaroussi, M. et Bolzman, C. (2010). Présentation : familles immigrantes et réseaux transnationaux : des articulations théoriques aux stratégies politiques. *Lien social et Politiques*, (64), 7-25. <https://doi.org/10.7202/1001396ar>

Vitale, M. (2022). The social ecology of COVID-19 prevalence and risk in Montreal, QC, Canada.

Health & Place, 78, 102919. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102919>

W. K. Kellogg Foundation. (2004). *Logic Model Development Guide. Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action*. <https://wkkf.issuelab.org/resource/logic-model-development-guide.html>

Williamson, V., Murphy, D. et Greenberg, N. (2020). COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key workers. *Occupational Medicine*, (kqaa052), 1-3. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa052>

Yee, J. Y., Marshall, Z. et Vo, T. (2014). Challenging Neo-Colonialism and Essentialism. Incorporating Hybridity into New Conceptualizations of Settlement Service Delivery with Lesbian, Gay, Bisexual, Trans, and Queer Immigrant Young People. *Critical Social Work*, 15(1). <https://doi.org/10.22329/csw.v15i1.5910>

Zimmerman, C., Kiss, L. et Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLOS Medicine*, 8(5), e1001034. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>

Annexe I – Grille d’entretien avec le groupe A

Clinique Mauve : Évaluation du point de services pour les personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal (Groupe A)

Chercheur principal : Edward Lee, Professeur agrégé, École de travail social, Université de Montréal

Canevas d’entretien

Merci d’avoir accepté de participer à cet entretien! L’entretien vise à contribuer à l’évaluation de la Clinique Mauve et à mieux comprendre les impacts de la COVID-19 sur les personnes LGBTQI+ migrantes. L’entretien durera environ 1 h 30 à 2 h 00. Nous couvrirons 4 thèmes : (1) conséquences de la COVID-19 (2) Accès aux soins de santé et aux services sociaux (3) expérience des services offerts par Clinique Mauve et (4) des activités du programme de liaison de la Clinique Mauve.

Avant de procéder, je veux vous poser quelques informations sur vous-même.

Informations sur le répondant

- 1) Comment vous identifiez-vous (par ex. origine ethno-raciale, orientation sexuelle, identité du genre)?
- 2) Quel est votre statut au Canada et votre pays d’origine?
- 3) Quelle est votre âge et votre occupation actuelle?

Thème 1 : Conséquences de la COVID-19

- 1) Comment la COVID-19 vous a-t-elle impactée?
- 2) Avez-vous rencontré des difficultés supplémentaires spécifiques à votre statut au Canada?

- 3) Comment qualifieriez-vous votre niveau d'isolement pendant la pandémie par rapport à avant la pandémie?
- 4) Comment qualifieriez-vous votre niveau d'inquiétude/anxiété pendant la pandémie par rapport à avant la pandémie?
- 5) Quelles précautions prenez-vous pour éviter la transmission de la COVID-19?
- 6) Comment obtenez-vous des informations relatives à la COVID-19?
- 7) Êtes-vous allé vous faire dépister de la COVID-19? Pourquoi?

Thème 2 : Accès aux soins de santé et aux services sociaux (avant d'être desservi par la Clinique Mauve)

- 1) Êtes-vous actuellement couvert par la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou une autre assurance maladie (par ex. PFSI) ? Pourquoi?
- 2) Avez-vous eu un médecin de famille? Pourquoi?
- 3) Vos expériences générales avec les professionnel(-les) de santé sont-elles positives ou négatives? Expliquez
- 4) Avez-vous accès à un (des) professionnel(-les) de santé à la fréquence souhaitée?
- 5) Avez-vous rencontré des barrières d'accès au soin depuis que vous êtes au Canada/Québec? Si oui, quelles barrières avez-vous rencontrées dans l'accès au soin?

Thème 3 : Expérience de la Clinique Mauve et des activités de liaison

- 1) Avez-vous bénéficié des services de la Clinique Mauve?
- 2) Comment qualifieriez-vous le service reçu/le climat général au sein de la Clinique Mauve?
- 3) Comment qualifieriez-vous votre expérience avec les pairs navigateurs? Expliquez
- 4) Comment dériveriez-vous les professionnels de santé (médecin, TS, psy, infirmière) au sein de la Clinique Mauve? Jugez-vous que votre expérience était meilleure ou pire que dans d'autres cliniques?
- 5) Comment dériveriez-vous les réceptionnistes au sein de la Clinique Mauve? Jugez-vous que votre expérience était meilleure ou pire que dans d'autres cliniques?
- 6) Pensez-vous qu'un service comme celui proposé par la Clinique Mauve est utile? Expliquez.
- 7) Qu'avez apprécié? Qu'avez-vous moins apprécié?

Thème 4 : Expérience des activités du programme de liaison

- 8) Avez-vous participé aux activités de liaison de la Clinique Mauve? Si oui, lesquelles (distribution des cartes d'épicerie et sacs-cadeaux, atelier-discussion, atelier sur la vaccination de la COVID-19)?
- 9) Comment avez-vous entendu parler de ces activités?
- 10) Comment avez-vous trouvé ces activités? Ont-elles été utiles? Avez-vous appris des choses?
- 11) Comment avez-vous trouvé les activités de groupe? Comment les avez-vous trouvés, en comparaison à d'autres activités de groupe que vous avez suivies ailleurs?

- 12) Le programme de liaison et la Clinique Mauve ont-ils selon vous facilité votre accès aux soins de santé et de services sociaux? Expliquez
- 13) Souhaitez-vous ajouter quelque chose?
- 14) Pourriez-vous me dire en quoi/pourquoi vous jugiez important de participer à cet entretien/recherche?

Annexe II – Grille d’entretien avec le groupe B

Clinique Mauve : Évaluation du point de services pour les personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal (Groupe B1)

Chercheur principal : Edward Lee, Professeur agrégé, École de travail social, Université de Montréal

Canevas d’entretien

Merci d’avoir accepté de participer à cet entretien! L’entretien vise à contribuer à l’évaluation de la Clinique Mauve afin de comprendre mieux les défis, les obstacles et les bons coups dans le but d’améliorer les services offerts.

L’entretien durera environ 1 h 30 à 2 h 00. Nous couvrirons 2 thèmes : (1) expérience au sein de la Clinique Mauve (2) Services offerts.

Avant de procéder, je veux vous poser quelques informations sur vous-même.

Informations sur le répondant

- 1) Quelle est votre poste?
- 2) Depuis combien de temps occupez-vous ce poste?
- 3) Quelle a été votre implication au sein de la Clinique Mauve/programme de liaison?
- 4) Avant cette implication aviez-vous travaillé avec les personnes LGBTQI+ migrantes?

Expérience au sein de la Clinique Mauve/programme de liaison

- 1) Comment qualifieriez-vous votre expérience au sein de la Clinique Mauve/programme de liaison?

- 2) Comment évaluez-vous l'ambiance et le rythme de travail au sein de la Clinique Mauve/programme de liaison?
- 3) Qu'avez-vous trouvé plus difficile dans votre implication dans la Clinique Mauve/programme de liaison?
- 4) Comment votre expérience de travail aurait-elle pu être améliorée?
- 5) Pouvez-vous me parler de votre expérience de travail dans une équipe interdisciplinaire?
- 6) Comment évaluez-vous votre rôle dans la Clinique Mauve/programme de liaison?
- 7) Avez-vous appliqué l'approche de réflexivité, d'autoréflexion critique, de décentration du soi ou d'humilité culturelle à votre propre pratique au sein de la Clinique Mauve? Si oui, quelles étapes concrètes avez-vous pris pour intégrer cette approche à votre pratique?
- 8) Quels défis étaient associés à l'utilisation de cette (ces) approche(s) dans un contexte d'intervention auprès de personnes LGBTQI+ migrantes?
- 9) L'utilisation de cette (ces) approche(s) a(ont)-t-elle eut des impacts de sur votre pratique, votre intervention? Si oui, lesquels?

Services offerts

- 1) Pouvez-vous me parler de la qualité des services offerts à travers la Clinique Mauve/Programme de liaison?
- 2) Quels sont selon vous les avantages / défis de la Clinique Mauve/programme de liaison?
- 3) Comment selon vous pouvons améliorer la qualité des services offerts dans le cadre de la Clinique Mauve/programme de liaison?
- 4) Pensez-vous que la Clinique Mauve/programme de liaison sont des services pertinents qui répondent à un manque dans le système de santé et de services sociaux? Expliquez
- 5) À quel point vous avez l'impression que la Clinique Mauve/programme de liaison a répondu aux besoins liés à la COVID-19?
- 6) Pensez-vous que la Clinique Mauve/programme de liaison devrait mettre en place d'autres types de services pour répondre à d'autres besoins des personnes LGBTQI+ migrantes?
- 7) Selon vous, en quoi la Clinique Mauve/Programme de liaison a-t-il permis de lever des obstacles/facilité l'accès aux soins et aux services sociaux?
- 8) Pourriez-vous me parler de votre expérience des activités de groupe menées au sein de la Clinique Mauve?
- 9) Comment trouvez-vous les activités de groupe visant les personnes LGBTQI+ en général?
- 10) Souhaitez-vous ajouter quelque chose?

Annexe III – Certificat d'autorisation éthique



Formulaire de demande de modification à un projet de recherche - HARMONISÉ

Titre du protocole : **Clinique Mauve: Évaluation du point de services pour les personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal**

Numéro(s) de projet : **2021-2562**

Formulaire : **F1H-30854**

Identifiant Nagano : **CliniqueMauve**

Date de dépôt initial du formulaire : **2022-07-06**

Chercheur principal (au CER Éval) : **Woo Jin Edward Lee**

Date de dépôt final du formulaire : **2022-07-08**

Date d'approbation du projet par le CER : **2021-03-04**

Statut du formulaire : **Formulaire approuvé**

Revue et Décision- Bureau d'Examen de la Recherche

1. **CCOMTL sous-comités du Comité d'éthique de la recherche**
Psychosocial (Psysoc)

2. **Décision du CÉR:**
Annulée

Veillez prendre note que cette approbation s'applique également aux établissements suivant:
CIUSSS-COMTL

Commentaires:

Demande d'amendement soumise initialement par le chercheur principal et évalué. Mais, le CP a soumis les réponses aux commentaires d'évaluation en créant un deuxième formulaire F1H. Par conséquent, la décision rendue pour ce formulaire est 'annulée'. Le formulaire F1H le plus récent sera évalué et approuvé.

3. **Date de la décision finale du CÉR et signature**
2022-07-14

Signature

Signature masquée pour fins
de confidentialité.

Me Alain Klotz, LL.B., LL.M.
Chair, Psychosocial Research Ethics Committee

FWA 00000796

Renseignements généraux

1. **Indiquez, en français, le titre complet du projet de recherche.**

Clinique Mauve: Évaluation du point de services pour les personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal

2. **Indiquez, en anglais, le titre complet du projet de recherche**

Clinique Mauve: Evaluation of integrated services for LGBTQI+ migrants in Montreal

3. **Indiquez le nom du chercheur responsable dans notre site (établissement)**

Lee, Woo Jin Edward

Statut de l'étude

1. **La demande touche:**

que le site qui complète la présente déclaration

Indiquez quel est le statut actuel du projet de recherche dans votre établissement.

Projet et recrutement en cours

Détails de la modification

1. Indiquez la nature de la demande de modification

Modification du protocole

Non

Modification de la brochure de l'investigateur ou de la monographie du produit

Non

Modification du formulaire d'information et de consentement

Non

Ajout d'un formulaire d'information et de consentement

Non

Modification (ou ajout) des documents utilisés pour le recrutement des participants

Non

Modification aux questionnaires ou aux autres documents de recherche à remettre aux participants

Non

Ajout d'un questionnaire ou d'autres documents de recherche à remettre aux participants

Non

Modification de l'équipe de recherche

Oui

Indiquez de quel type de changement il s'agit

Autre

Précisez

Sébastien Chehaitly, étudiant de maîtrise en travail social, sera ajouté à l'équipe de recherche. Les objectifs et les questions de recherche de son projet de maîtrise s'insèrent dans les objectifs du projet original. Un de ses co-directeurs de mémoire s'agit d'Edward Lee, chercheur principal du projet original.

Modification du financement

Non

Autre modification, précisez

Non

2. Veuillez résumer la ou les modification(s) apportées(s)

Veuillez résumer la ou les modification(s) apportée(s)

TITRE DU PROJET DE MAÎTRISE : Évaluation développementale du programme de liaison de la Clinique Mauve : quel futur pour ce projet d'intervention collective visant les personnes LGBTQI+ migrantes à Montréal?

ÉTUDIANT: Sébastien Chehaitly

Le projet original (voir la dernière version du protocole de recherche) vise à évaluer la mise en place du tout premier point de services et du programme de liaison destinés aux personnes LGBTQI+ migrantes et racisées à Montréal (objectif principal). Le présent sous-projet de maîtrise focalisera sur l'évaluation du programme de liaison.

Le programme de liaison, partie intégrante de la Clinique Mauve et mené en collaboration avec les partenaires communautaires et les pairs navigateurs dans le cadre d'une approche intégrée des soins de santé et des services sociaux, vise à sensibiliser et informer les personnes LGBTQI+ migrantes et racisées aux enjeux relatifs à la COVID-19 et plus généralement aux enjeux de santé (physique, psychologique et sexuelle). L'objectif principal est (1) d'augmenter les stratégies de soutien psychosocial à travers une approche communautaire et de (2) partager de l'information et de plaider par rapport à la COVID-19. Les objectifs spécifiques sont (1) d'implanter des stratégies d'intervention groupale et communautaire dans le but de répondre aux situations de crise ; (2) mieux outiller la population cible en termes d'auto-soins visant la promotion de la santé dont le bien-être psychologique; et (3) développer une approche communautaire visant à répondre aux situations de crise dont le suicide

Ainsi, ce sous-projet s'inscrit au sein du sous-objectif 2 du projet original : Identifier les barrières d'accès aux soins et de continuité des soins auxquelles font face les personnes LGBTQI+ migrantes et racisées dans un contexte de crise sanitaire.

Parmi les questions de recherche du projet original, ce sous-projet de maîtrise répondra à la question suivante : Dans quelle mesure la Clinique Mauve et (notamment) son programme de liaison sont-ils adaptés pour favoriser l'accès aux soins des personnes LGBTQI+ migrantes et racisées?

Les questions de recherche suivantes découlent des questions de recherche du projet de la Clinique Mauve ci-haut, particulièrement en ce qui concerne le programme de liaison : (1) Quelles formes a pris jusqu'à maintenant le programme de liaison? [i.e. documenter le PL]; (2) Quels sont les facteurs facilitants et les facteurs contraignant le développement du programme de liaison?; (3) Quelles actions peuvent être prises pour améliorer la poursuite du programme de liaison?

Le sous-projet de maîtrise prendra comme point de départ la même méthodologie et cadre théorique du projet original, soit l'évaluation développementale (Patton, 2011; Rey et al. 2013) et la théorie du changement (Connell et Kubisch, 1998; Meyer et al., 2021). L'évaluation développementale est un cadre méthodologique développé par Patton (2011) axé sur l'utilisation des résultats d'une évaluation par les personnes responsables du projet évalué, dans le but de soutenir en temps réel le développement d'interventions complexes et dynamiques telles que les innovations sociales caractérisées par des effets émergents et imprévisibles. La théorie du changement est un cadre théorique et épistémologique permettant de mesurer l'impact d'une innovation sociale et d'établir des liens de causalités entre les différents éléments constituant un projet.

Le sous-projet de maîtrise puisera de la collecte de données déjà achevée en lien avec le groupe A – constitué des personnes qui ont bénéficié des services du programme de liaison, et le groupe B – constitué des professionnels oeuvrant à la Clinique Mauve. Cela comprend les questionnaires et les entretiens complétés par les participant.e.s qui ont bénéficié des activités du programme de liaison et les professionnels qui y ont travaillé. Une analyse combinée des données quantitatives et qualitatives sera effectuée.

Pour l'analyse des données recueillies à partir des questionnaires Lime Survey, à l'aide du logiciel SPSS, des analyses descriptives seront utilisées pour tracer le profil sociodémographique des répondants et pour notamment décrire leur expérience du programme de liaison.

Pour l'analyse des données collectées durant les entretiens, une analyse thématique des données est prévue. Les transcriptions seront codées intégralement et seront analysées par la suite avec le logiciel Dedoose (version avec licence professionnelle). Trois niveaux d'analyse seront effectués – 1° de contenu, 2° verticale et 3° horizontale – desquelles émergera au final une analyse thématique des données.

L'analyse des données sera informée par l'approche de la théorie du changement. L'analyse des données s'appuiera également sur des cadres analytiques liés aux déterminants sociaux de la santé, à l'intersectionnalité et au stress des minorités.

Veillez justifier la nécessité de cette (ces) modification(s)

L'équipe de recherche n'a pas encore analysé les données autour du programme de liaison. Alors, le sous-projet de maîtrise de Sébastien Chehaitly contribuera à répondre aux objectifs et aux questions de recherche en lien avec le programme de liaison, un élément important de l'évaluation de la Clinique Mauve.

3. Cette modification nécessite-t-elle une approbation de Santé Canada?

Non

Veillez expliquer pourquoi l'autorisation de Santé Canada n'est pas nécessaire

- Ce projet n'est pas un essai clinique régi par la réglementation de Santé Canada (Titre 5)
 Essai clinique sous la réglementation de Santé Canada mais la présente modification ne nécessite pas une nouvelle décision de cette instance (NOL/autorisation)

4. Est-ce que cette modification touche les participants?

Non

-
5. **La modification a-t-elle un impact sur d'autres types d'évaluations spécifiques à l'établissement? (ex. utilisation des ressources, contrat, budget, pharmacie, etc.)**

Non

Veillez justifier pourquoi cet modification n'a pas d'impact sur la convenance institutionnelle de ce projet.

L'équipe de recherche n'a pas encore analysé les données autour du programme de liaison. Alors, le sous-projet de maîtrise de Sébastien Chehaitly contribuera à répondre aux objectifs et aux questions de recherche en lien avec le programme de liaison, un élément important de l'évaluation de la Clinique Mauve.

Signature

1. **Inscrivez ici toute information additionnelle confidentielle que vous souhaitez transmettre UNIQUEMENT au bureau du CÉR évaluateur.**

2. **J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts.**

Woo Jin Edward Lee
2022-07-06 22:39

Annexe IV – Infographie d’auto-soin

ON SE DONNE UNE CHANCE : prendre soin de soi durant la pandémie



***On se concentre sur ce qu'on est capable de faire :
nos succès, même les petits du quotidien, on les célèbre!***



***Restons gentil.les et doux.ces avec nous-mêmes :
on se donne une chance.***



***En ce moment, on est beaucoup à vivre des émotions qui
peuvent être difficiles.
Des fois, accepter ces émotions-là, être en contact avec elles,
ça aide à soulager et à diminuer la pression qu'on ressent.***



***Cette période peut nous permettre d'explorer personnellement
ce qui fonctionne pour prendre soin de soi: découvrir nos
propres stratégies pour mieux nous sentir.
Et c'est correct si elles ne sont pas parfaites!***



***Soyons fier.e.s et croyons en nous.
N'oublions pas nos forces et notre résilience en tant
qu'individus et en tant que communautés.***

QUELQUES RESSOURCES D'AIDE:

- Info-santé et Info-social: 811 (ligne santé 24h du gouvernement du QC, pour parler avec un.e infirmier.e ou travailleur.euse social.e). Vous pouvez aussi vous présenter en personne à votre CLSC de quartier.
- Interligne (ligne de soutien et clavardage 24h): 514-866-0103 ou [//interligne.co/clavardage/](https://interligne.co/clavardage/)
- Si vous êtes en situation de crise ou d'urgence, vous pouvez appeler le 911 ou Suicide Action Montréal: 1-866-277-3553 (24h)