

**L'INFLUENCE DES BARRIÈRES D'ACCÈS SUR LES COMPORTEMENTS DE  
RECOURS AUX SOINS DES DEMANDEURS D'ASILE**

Par Madison McCulloch

Mémoire de maîtrise en service social  
en vue de l'obtention de la maîtrise en service social

Sous la direction du professeur Sébastien Savard

Université d'Ottawa  
Septembre 2019

## REMERCIEMENTS

J'aimerais d'abord remercier les trois femmes qui se sont portées bénévoles à participer à cette recherche. Vos expériences ont grandement enrichi ma propre compréhension de l'accès aux services de santé pour les demandeurs d'asile et j'admire votre courage et votre volonté de vouloir contribuer à l'amélioration des services de santé pour tout autre demandeur d'asile qui pourrait rencontrer des réalités similaires dans l'avenir. Merci aussi aux intervenants du Centre de santé communautaire Pinecrest-Queensway, du Matthew House Ottawa et du Ottawa Community Immigrant Services Organization qui se sont intéressés à notre recherche et qui ont informé leurs clients de la possibilité de participer à la recherche.

En deuxième lieu, j'aimerais remercier mon directeur de mémoire, Sébastien Savard. Vous m'avez permis de connaître une certaine tranquillité d'esprit avec vos paroles rassurantes. Merci d'avoir toujours eu confiance en moi et merci de votre patience par rapport à ma procrastination!

Enfin, je tiens à remercier ma famille et mes amis. Sans vous, je n'aurais pas eu la confiance d'entreprendre ma maîtrise en service social.

## RÉSUMÉ

Pendant la dernière décennie, le Canada assiste à un accroissement important du nombre de demandeurs d'asile établis au pays. Sous le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), les demandeurs d'asile ont accès à une couverture de santé qui est comparable aux citoyens canadiens. Par contre, les demandeurs d'asile vivent des difficultés d'accès aux services de santé que la majorité des Canadiens d'origine ne rencontre pas. Par l'entremise d'une revue de littérature sur le sujet, nous avons constaté que les demandeurs d'asile rencontrent des barrières d'accès aux services de santé. Nous avons aussi noté qu'en réaction à ces barrières, les demandeurs d'asile doivent souvent modifier leurs comportements de recours aux soins. Par contre, la littérature semble très peu s'intéresser à ces modifications de comportements. Le but de cette recherche est donc de comprendre comment les expériences d'accès aux services de santé des demandeurs d'asile influencent leurs comportements de recours aux soins. Pour effectuer cette analyse, nous avons adopté le modèle de candidature développé par Dixon-Woods et al. (2006).

Après avoir effectué trois entrevues semi-dirigées avec trois femmes demandeurs d'asile, nous avons pu confirmer que cette population rencontre des barrières d'accès qui sont multiples et parfois uniques aux personnes détenant leur statut d'immigration. Plus particulièrement, nous avons noté comme barrières d'accès : une couverture de santé limitée, un manque de connaissances de la part des professionnels concernant la couverture PFSI, le système de rendez-vous « premier arrivé premier servi », les barrières linguistiques, ainsi que la discrimination perçue chez les professionnels de la santé. Il était possible de noter que les participantes ont modifié la manière dont elles accèdent aux services de santé en réaction à ces barrières. Parmi les changements notés, ceux qui sont ressortis le plus sont : une augmentation de l'affirmation de sa

candidature aux services en faisant la défense des droits, une réduction d'affirmation de sa candidature aux services en changeant son attitude, et une réduction de l'utilisation des services.

Ces résultats nous ont permis de valider plusieurs informations que l'on retrouve dans la littérature sur le sujet des barrières à l'accès aux services par les demandeurs d'asile, mais également de nuancer d'autres connaissances associées à ce thème. Ainsi, si nous avons pu confirmer les différentes barrières à l'accès, nous avons cependant pu constater que la manière dont elles sont vécues diffère parfois. Grâce à nos résultats de recherche, nous avons aussi pu identifier certains aspects qui devraient être étudiés davantage: les populations qui sont plus susceptibles de rencontrer des barrières d'accès, les facteurs macro qui impactent l'expérience d'accès des demandeurs d'asile ainsi que l'impact des barrières d'accès sur la santé des demandeurs d'asile.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>i</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>ii</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>3</b>
1.1 Mise en contexte .....	3
1.1.1 Les demandeurs d’asile.....	3
1.1.2 Le Programme fédéral de santé intérimaire .....	4
1.1.3 L’état de santé des demandeurs d’asile.....	5
1.1.4 Les barrières d’accès aux services de santé .....	6
1.1.5 Les comportements de recours aux soins.....	8
1.2 La revue de littérature .....	8
1.2.1 L’impact du statut .....	9
1.2.1.1 Immigrants comme population hétérogène.....	9
1.2.1.2 Être demandeur d’asile .....	10
1.2.2 Barrières d’accès.....	11
1.2.2.1 Barrières linguistiques .....	11
1.2.2.2 Pénurie de médecins et qualité des soins .....	12
1.2.2.3 Manque d’information .....	13
1.2.2.4 Discrimination.....	15
1.3 Question et objectifs de recherche .....	16
1.4 Cadre d’analyse.....	16
1.4.1 Comportements de recours aux soins .....	16
1.4.2 Le modèle de candidature .....	17
1.4.2.1 La conceptualisation d’accès dans la littérature.....	17
1.4.2.2 La conceptualisation du modèle de candidature .....	18
1.4.2.3 Les composantes de la candidature.....	19
1.4.2.4 Son application dans la recherche.....	20
<b>CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>22</b>
2.1 Méthodologie qualitative .....	22
2.2 L’échantillonnage et le recrutement.....	23
2.3 La collecte des données .....	24
2.4 L’approche d’analyse.....	25
2.5 Éthique .....	26
<b>CHAPITRE 3 : RÉSULTATS .....</b>	<b>28</b>
3.1 Portrait des participantes.....	28
3.2 L’expérience d’accès .....	29
3.2.1 L’identification de sa candidature.....	29

3.2.2 Navigation.....	31
3.2.2.1 Prise de connaissance des services .....	31
3.2.2.2 Le transport .....	33
3.2.3 Présentation aux services .....	33
3.2.4 Perméabilité .....	35
3.2.4.1 Couverture de santé.....	35
3.2.4.2 Système de rendez-vous.....	37
3.2.4.3 Barrières linguistiques .....	38
3.2.5 Adjudications .....	40
3.2.6 Offres et résistances .....	41
3.3 L’impact sur les comportements de recours aux soins .....	42
3.3.1 Plus susceptible d’affirmer sa candidature : défense des droits.....	43
3.3.2 Moins susceptible d’affirmer sa candidature : un changement d’attitude .....	43
3.3.3 Moins susceptible d’utiliser un service.....	44
<b>CHAPITRE 4 : DISCUSSION.....</b>	<b>47</b>
4.1 Barrières d’accès .....	48
4.1.1 Barrières linguistiques .....	48
4.1.2 Pénurie de médecins et qualité de soins.....	49
4.1.3 Manque d’information .....	50
4.1.4 Discrimination.....	50
4.2 Le modèle de candidature .....	51
4.3 Comment améliorer les services? .....	53
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXE 1 : AFFICHES DE RECRUTEMENT .....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXE 2 : GUIDE D’ENTRETIEN .....</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXE 3 : CERTIFICAT D’APPROBATION ÉTHIQUE.....</b>	<b>67</b>

## INTRODUCTION

Pendant les dernières décennies, il y a un accroissement du nombre de personnes qui traversent les frontières entre les pays (Schouler-Ocak, 2017). Selon l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (2018), il y a actuellement environ 68.5 millions de personnes qui sont déracinées en raison de conflits, de violence, de persécutions ou de violations des droits de la personne. Similairement, depuis 2013, le nombre de demandes d'asile au Canada ne fait qu'augmenter (IRCC, 2019). Avec l'accroissement de demandes d'asiles faites au Canada, il devient important de se questionner sur la capacité du pays de soutenir et d'offrir une bonne qualité de vie à ces nouveaux arrivants. Un aspect de cette réalité est la question de la santé et la capacité d'accéder aux services de santé. Ainsi, même si les demandeurs d'asile ont accès à une couverture de santé sous le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI), ils rencontrent plusieurs difficultés limitant leur capacité d'accès aux services de santé.

Ce projet s'intéresse à l'accès aux services de santé chez les demandeurs d'asile. Plus particulièrement, cette recherche a pour but de comprendre les barrières que vivent les demandeurs d'asile en accédant aux services de santé et de déterminer comment ces derniers influencent leurs comportements de recours aux soins, nous permettant ainsi de mieux comprendre la manière dont les demandeurs d'asile utilisent les services de santé au Canada.

Le premier chapitre de ce travail présente une revue de littérature, nous permettant de circonscrire l'état des connaissances actuelles sur ce sujet. Dans ce chapitre, nous allons aussi faire un survol de quelques concepts qui ont servi comme cadre d'analyse pour ce projet. Le deuxième chapitre nous permettra de décrire la méthodologie que nous avons adoptée pour constituer l'échantillon de notre recherche, et pour recueillir et analyser nos données. Dans le troisième chapitre, nous présentons les résultats de notre recherche. Finalement, le quatrième

chapitre nous permettra de mettre en dialogue les connaissances que nous avons dégagées de notre recherche avec celles ayant été antérieurement présentées dans la littérature sur le sujet de l'accès aux services de santé des demandeurs d'asile en les comparant avec les résultats de notre recherche.

## CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

### 1.1 MISE EN CONTEXTE

#### 1.1.1 Les demandeurs d'asile au Canada

Pendant la dernière décennie, le Canada a assisté à un accroissement important du nombre de demandeurs d'asile établi dans le pays. En effet, le nombre de demandes d'asiles soumis au Canada continue à augmenter à chaque année depuis 2013. En 2012, il était possible de compter 10,465 nouvelles demandes d'asiles au Canada (IRCC, 2019). Depuis le 31 décembre 2018, le pays a reçu 55,388 nouvelles demandes, et comptait 71,675 demandes d'asile qui demeurent non réglées (CISR, 2019). Il est possible de constater qu'en 2019 on connaîtra des chiffres similaires, ainsi les premiers mois de l'année démontrent que le Canada a reçu un nombre de demandes d'asiles comparables aux premiers mois de l'année 2018 (IRCC, 2019). Ces chiffres démontrent qu'il y a plusieurs demandeurs d'asile au Canada et qu'il y en aura probablement de plus en plus au fil des prochaines années.

Selon le Gouvernement du Canada, un demandeur d'asile est une « personne qui a demandé l'asile au Canada et qui attend que la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada rende une décision sur sa demande » (CIC, 2018). Les demandeurs d'asile sont généralement des personnes qui ont fui leur pays par peur de persécution sur la base de leur race, religion, nationalité, orientation sexuelle, affiliation politique, etc. (Wales, 2010). La réalité d'un demandeur d'asile peut différer d'une personne à l'autre selon leur culture, ethnicité, religion, genre et classe (Abidi, Lange, Brigham & Tastsoglou, 2013). Par contre, certains considèrent que l'expérience d'être réfugié (non dans le sens de la Convention) peut être universel pour ceux qui y font face, ainsi qu'ils ont tous à quitter leur pays et de faire une migration transfrontalière (Lacroix, 2004). Par cette expérience, les demandeurs d'asile vivent un déracinement (Lacroix,

2004). La majorité d'entre eux auront vécu des situations de conflits, et certains connaissent même des expériences de torture (Wales, 2010).

Tandis qu'un *réfugié* (dans le sens de la Convention) est une personne qui a été choisie pour être rétablie au Canada et arrive au pays avec le statut de résident permanent, le *demandeur d'asile* arrive au Canada de manière indépendante et fait une demande d'asile une fois arrivé (CISR, 2018; Wales, 2010). Les demandeurs d'asile sont donc considérés des résidents temporaires du pays, jusqu'au moment que leur demande soit approuvée par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (Wales, 2010). L'évaluation de la demande d'asile se fait à partir des renseignements fournis dans le formulaire FDA (Fondement de la demande d'asile) du demandeur, d'un témoignage du demandeur à son audience, ainsi que d'autres éléments de preuve (CISR, 2018). Le demandeur d'asile court donc la chance que sa demande d'asile soit réfutée par le gouvernement canadien. S'il y a une décision favorable, la personne obtient le statut de « personne à protéger ». Si la demande est rejetée, elle peut habituellement interjeter appel à la Section d'appel des réfugiés, ou doit quitter le pays (CISR, 2018).

### **1.1.2 Le Programme fédéral de santé intérimaire**

Le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) est un programme fédéral qui fournit une couverture de santé temporaire aux différents types de réfugiés qui demeurent au Canada, incluant les demandeurs d'asile (Wales, 2010). Une fois qu'un individu soumet sa demande d'asile, il est éligible pour le PFSI, à travers lequel il a accès à une couverture de santé qui est comparable à ceux que les citoyens canadiens reçoivent avec leur plan de soins provinciaux (Da Silva, 2016).

Avant l'année de 2012, le PFSI offrait une couverture de santé qui était comparable à celle des citoyens canadiens (Da Silva, 2017). Par contre, ce programme a connu des coupures importantes en 2012. En raison de ces coupures, les demandeurs d'asile au Canada ont perdu leur couverture de santé en ce qui concerne les médicaments, les soins de la vue et les soins dentaires (Webster, 2015). Ils avaient seulement accès gratuitement aux services de santé dans des contextes d'urgences, ou quand le service était considéré essentiel (Da Silva, 2017).

En réaction à ces coupures, la Cour suprême a ordonné au gouvernement de rétablir une couverture de santé adéquate aux réfugiés installés au Canada (Webster, 2015). Depuis l'année de 2016, le PFSI a été restauré à la couverture qu'elle offrait avant la période de 2012. Certains considèrent donc que le programme est encore en période de transition (Da Silva, 2017).

### **1.1.3 L'état de santé des demandeurs d'asile**

Tandis que les demandeurs d'asile ne représentent pas une population homogène, ils peuvent rencontrer plusieurs troubles de santé à long terme en raison de leur parcours (Wales, 2010). De plus, cette population vit souvent une augmentation de besoins de santé une fois arrivée au Canada (Antonipillai, Baumann, Hunter, Wahoush, & O'Shea, 2018).

Les demandeurs d'asile vivent souvent des situations de conflits et du trauma, menant à des troubles de santé mentale (Wales, 2010). Certains considèrent que les troubles de santé mentale vécues par les demandeurs d'asile sont parmi les troubles de santé les plus répandus et urgents (Morris, Popper, Rodwell, Brodine & Brouwer, 2009). Il est possible de noter chez les demandeurs d'asile un taux élevé de trouble de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété, que ce soit diagnostiqué ou non (Morris et al., 2009). Découlant de ces troubles de santé, les demandeurs d'asile peuvent donc vivre de l'insomnie, de la fatigue, avoir de la difficulté à se concentrer, entretenir des pensées suicidaires, et de l'irritabilité (Mehrotra, 2015).

Parmi les troubles de santé physique, il est aussi possible de noter un taux élevé d'hypertension artérielle et de diabète (Morris et al., 2009). En plus, il y a une certaine prévalence de maladies infectieuses parmi les demandeurs d'asile, telles que la tuberculose, l'hépatite B, le VIH ainsi que les parasites intestinaux (Wales, 2010). Parmi les femmes, une préoccupation majeure se rapporte à la santé sexuelle, étant donné que plusieurs femmes ont été victimes de viol et de violence sexuelle (Mehrotra, 2015; Newbold, Cho & McKeary, 2013). Certaines femmes subissent aussi de la mutilation génitale, qui peut mener à des troubles de santé tels que la douleur, le saignement et le trauma (Mehtrotra, 2015). De plus, plusieurs femmes qui sont séparées de leur époux demeurent la personne la plus impliquée dans les soins aux enfants, et négligent donc leurs propres besoins de santé (Newbold et al., 2013).

En raison de ces troubles de santé, les demandeurs d'asile représentent une population qui est généralement un grand utilisateur de soins de santé (Syed & Mobayed, 2017). Il est donc impératif qu'ils aient un accès équitable aux services de santé.

#### **1.1.4 Les barrières d'accès aux services de santé**

Tandis qu'ils ont une couverture de santé comparable aux citoyens canadiens, les demandeurs d'asile font face à des barrières particulières en accédant aux services de santé que la majorité des Canadiens d'origine ne vit pas. Comme le démontre la revue de littérature, les demandeurs d'asile font face à des barrières linguistiques, à une pénurie de médecins, à un manque de services de qualité, à un manque d'information concernant la couverture d'assurance de santé du PFSI, ainsi qu'à des expériences de discrimination en accédant aux services de santé (Campbell, Klei, Hodges, Fishman & Kitto, 2014; Chase, Cleveland, Beatson & Rousseau, 2017; Merry, Gagnon, Kalim & Bouris, 2011; Newbold et al., 2013). Ces barrières font en sorte qu'il est plus difficile pour les demandeurs d'asile d'accéder aux services de santé canadiens.

En réaction à ces barrières, les demandeurs d'asile doivent souvent modifier leurs comportements de recours aux soins. La littérature démontre que les demandeurs d'asile vont parfois militer pour un meilleur accès aux services (Chase et al., 2017; Pollock, Newbold, Lafrenière & Edge, 2012). Par contre, ils vont plus souvent hésiter à faire des démarches pour accéder aux services de santé dans le future (Chase et al., 2017; Antonipillai et al., 2018). Cette modification de comportements peut, à son tour, avoir des impacts sur leur santé. La revue de la littérature a permis de noter qu'il existe peu de littérature décrivant l'influence des barrières à l'accès sur les comportements de recours aux soins des immigrants, encore moins des demandeurs d'asile. Dans la majorité des articles consultés, les chercheurs se concentrent principalement sur les barrières à l'accès vécues par différentes populations immigrantes. Dans ces articles, les auteurs présentent en profondeur les barrières et ne mentionnent que brièvement ses effets sur les comportements de recours aux soins chez la population étudiée. Ceci n'est pas une analyse assez approfondie pour déterminer véritablement le lien entre les expériences de barrières d'accès des demandeurs d'asile et leurs comportements de recours aux soins.

Il est important d'étudier les comportements de recours aux soins des demandeurs d'asile, car si les barrières à l'accès aux services de santé préviennent et découragent les demandeurs d'asile d'accéder aux services de santé, ça peut affecter leur santé et la santé du public (Wales, 2010). Ainsi, la santé publique dépend de la promotion de la santé et la prévention des maladies de la population entière, incluant les demandeurs d'asile (Wales, 2010). En employant cette perspective, il est donc possible de dire que les barrières d'accès aux soins de santé ont des conséquences sur la santé des demandeurs d'asile et compromettent la santé publique.

### **1.1.5 Les comportements de recours aux soins**

Traditionnellement, les recherches orientées vers les comportements de recours aux soins ont été utilisées pour faire de la promotion de la santé et pour encourager la modification des comportements individuels de la population (Mackian, 2004). Mackian (2004) présente l'argument qu'il est possible d'utiliser les études sur les comportements de recours aux soins pour différentes finalités. Selon elle, il serait mieux d'étudier les comportements de recours aux soins de différentes populations pour mieux saisir comment certaines personnes bénéficient ou non des services. Cette compréhension peut ensuite influencer la façon dont les politiques sont élaborées et comment les services sont rendus (Mackian, 2004). Donc, en comprenant les comportements de recours aux soins des demandeurs d'asile, il serait possible de développer des politiques qui améliorent l'expérience d'accès aux services des demandeurs d'asile et font en sorte qu'ils hésitent moins à utiliser les services. Ceci permettra d'assurer un meilleur état de santé pour cette population.

## **1.2 LA REVUE DE LITTÉRATURE**

Dans les prochains paragraphes, je vais présenter les barrières à l'accès qui reviennent le plus souvent dans la littérature, ainsi que les réactions à ces barrières démontrées par la population composée de demandeurs d'asile. Je vais terminer en explorant comment les chercheurs ont analysé le concept de *comportements de recours aux soins*. Cependant, il serait intéressant de premièrement présenter les textes de quelques auteurs qui démontrent l'importance d'étudier les immigrants par sous-population et plus précisément les demandeurs d'asile.

## **1.2.1 L'impact du statut**

### 1.2.1.1 Immigrants comme population hétérogène

Dans plusieurs écrits, les auteurs présentent les immigrants comme s'ils représentaient un groupe homogène. Le terme *immigrant* ou *migrant* est souvent défini de manière vague et les chercheurs ont tendance à étudier plusieurs différents sous-groupes d'immigrants dans le même projet. Ceci mène à une homogénéisation des personnes immigrantes, ce qui peut invisibiliser les problèmes vécus par les demandeurs d'asile (Abidi et al., 2013). Tandis que quelques-uns des articles présentés dans cette section présentent les immigrants comme une population homogène, il est possible de retrouver des études qui abordent de façon différente les sous-groupes, et tentent de contraster leurs expériences d'accès aux services de santé (Campbell, et al., 2014).

Quoique les demandeurs d'asile partagent plusieurs expériences avec les autres sous-groupes d'immigrants, ils connaissent une vulnérabilité particulière en raison de leur statut (Abidi et al., 2013). En effet, en comparant l'expérience de trois sous-groupes d'immigrants (immigrants sans-papiers, demandeurs d'asile et résidents permanents), Campbell et al. (2014) découvrent que le statut d'immigration d'une personne représente l'indicateur le plus important lorsqu'on étudie le niveau d'accès aux services de santé ainsi que leurs comportements de recours aux soins. Grâce aux recherches qui comparent les expériences de plusieurs sous-groupes d'immigrants, la littérature nous démontre que les demandeurs d'asile éprouvent plus de difficultés d'accès aux services de santé comparativement aux réfugiés et aux résidents permanents (Campbell et al., 2014; Newbold et al., 2013). En raison de ces difficultés, les demandeurs d'asile sont souvent peu disposés à se présenter aux services de santé (Antonipillai et al., 2018). Il est donc important d'explorer plus en profondeur les expériences uniques qui découlent de l'expérience d'être demandeur d'asile, incluant les barrières à l'accès aux services de santé vécue par cette population.

### 1.2.1.2 Être demandeur d'asile

Une notion qui revient souvent dans la littérature portant sur la santé des immigrants est celle de *déterminants sociaux de la santé* (Dixon-Woods et al., 2006). En privilégiant une perspective de déterminants sociaux, certains auteurs vont considérer que le niveau d'accès aux services de santé est déterminé par les traits sociaux d'une personne (ex. : genre, statut socioéconomique) (Dixon-Woods et al., 2005). Plus précisément, la capacité d'identifier et d'évaluer ses symptômes, de négocier l'accès aux soins et de mobiliser les ressources disponibles pour accéder aux soins nécessitent certaines compétences et ressources (Dixon-Woods et al., 2005). Dixon-Woods et al. (2005), argumentent que les personnes les plus vulnérables de la société n'ont souvent pas toutes les compétences nécessaires pour négocier leurs droits aux soins. Similairement, Fleischman, Willen, Davidovitch & Mor (2015) présentent l'argument que la migration comme telle devrait être considérée comme un déterminant social de la santé. Le processus migratoire a un effet sur le positionnement social d'une personne et peut engendrer certains désavantages en fait de santé et d'accès aux services de santé (Fleischman et al., 2015).

D'autres auteurs vont mettre de l'avant que le fait d'être demandeur d'asile n'est pas seulement un statut d'immigration, c'est aussi une construction sociale et politique qui influence significativement l'identité de la personne qui porte le statut ainsi que la manière que cette personne interagit avec les institutions de l'État (Malkki, 1995; Lacroix, 2004). Par exemple, un accroissement de sentiments hostiles envers les demandeurs d'asile peut influencer la manière dont cette population interagit avec les institutions de santé (Lacroix, 2004). De plus, n'étant pas considérés ni comme des réfugiés ni comme des citoyens, les demandeurs d'asile vivent souvent avec un sentiment de stress et d'insécurité constant (Newbold et al., 2013). Ils représentent aussi une population qui a souvent des réseaux sociaux limités, étant souvent séparés de leur famille et leurs amis. Ceci engendre un sentiment d'isolement qui donne l'impression de vivre sans soutien

(Merry, et al., 2011). Tous ces aspects uniques d’être demandeurs d’asile font en sorte que cette population vit aussi des barrières également uniques à l’accès aux services de santé.

Par exemple, les demandeurs d’asile sont plus susceptibles de fréquenter les cliniques sans rendez-vous qu’un médecin de famille, ont généralement plus de difficulté à se procurer des prescriptions, rencontrent plus de barrières linguistiques et sont plus susceptibles de vivre des moments de discrimination perçus en accédant aux soins (Campbell et al., 2014; Chase, et al., 2017; Newbold et al., 2013).

Cette recherche servira donc à développer une meilleure compréhension de leurs expériences et des barrières qu’ils vivent en accédant aux services de santé.

## **1.2.2 Barrières d’accès**

Dans cette section, nous présenterons les différentes barrières qui limitent l’accès aux services de santé qui sont cités le plus souvent dans la littérature. Nous verrons les réalités en lien avec les barrières linguistiques, la pénurie de médecins, la qualité des soins ainsi que la discrimination.

### 1.2.2.1 Barrières linguistiques

Les immigrants qui ont des compétences de communication limitées en anglais et en français sont plus susceptibles de signaler des problèmes de santé et de voir une détérioration rapide de leur état de santé autodéclaré (Pottie et al., 2011). Ils représentent donc une population qui devrait accéder à des soins de santé plus souvent que la population générale. Cependant, parmi les barrières à l’accès aux services de santé vécus par les immigrants, celle qui revient le plus souvent dans la littérature est la barrière linguistique (Campbell et al., 2014; Fleischman et al., 2015; Merry et al., 2011; Newbold et al., 2013). Tandis que les barrières linguistiques représentent une réalité qui touche toutes les sous-populations d’immigrants, les personnes

réfugiées et demandeurs d'asile nouvellement arrivées au Canada et qui sont âgées demeurent les ceux qui sont les plus affectés (Campbell et al., 2014; Newbold et al., 2013). Ceci fait en sorte que les professionnels de la santé ne sont pas en mesure de communiquer adéquatement avec les patients immigrants. Les patients immigrants doivent souvent communiquer leurs besoins en matière de santé avec les médecins en utilisant un vocabulaire trop simplifié et inadéquat pour décrire leurs troubles médicaux. Les médecins ont donc plus de difficulté à saisir les besoins communiqués, ce qui augmente la probabilité que les patients reçoivent un traitement inapproprié, menant à la détérioration de leur santé (Campbell et al., 2014; Fleischman et al., 2015).

Il est aussi possible d'identifier un manque de services abordables de traduction créant une barrière structurelle à l'accès aux soins (Merry et al., 2011; Newbold et al., 2013). Les services d'interprétation ne sont pas largement utilisés par les demandeurs d'asile en raison de leur coût ou du nombre limité de services à base volontaire. Ils doivent donc souvent dépendre des membres de leur famille ou des amis pour les assister, engendrant des questions d'éthique par rapport à la confidentialité (Newbold et al., 2013). Selon l'étude de Newbold et al. (2013), lorsque les demandeurs d'asile n'ont pas eu accès à un interprète, elles étaient moins susceptibles d'accéder aux services de santé, craignant de ne pas être en mesure de communiquer avec le médecin.

#### 1.2.2.2 Pénurie de médecins et qualité des soins

Une autre barrière qui affecte particulièrement les demandeurs d'asile au Canada est la pénurie de médecins de famille. Les demandeurs d'asile sont plus susceptibles de dépendre des cliniques sans rendez-vous, des centres de santé communautaires ainsi que des services d'urgences des hôpitaux (Newbold et al., 2013). Pour cette raison, les demandeurs d'asile perçoivent que les services de qualité sont insuffisants lorsqu'ils fréquentent les services de santé.

Par exemple, certains vont indiquer qu'il y a un manque de continuité de services, des longues périodes d'attente, une difficulté de prendre rendez-vous, que les médecins sont pressés pendant les rendez-vous et qu'ils affichent un air d'indifférence envers leurs patients (Almeida, Casanova, Caldas, Ayres-de-Campos & Dias, 2014; Newbold et al., 2013).

Selon l'étude de Almeida et al., (2014), les migrantes qui avaient accès à un médecin de famille étaient généralement plus satisfaites de la qualité de soins reçus. Ce groupe de personnes utilisait les services de santé de manière plus régulière. En revanche, les migrantes qui n'accédaient pas à un médecin de famille, qui fréquentaient plutôt les hôpitaux, étaient moins satisfaites de la qualité de soins reçus. Ce groupe hésitait à retourner aux services de santé, et les fréquentait plutôt en situation d'urgence (Almeida et al., 2014). Il est intéressant de noter que Almeida et al. (2014) ont demandé aux participantes de l'étude de comparer leur satisfaction avec les services de santé du pays d'accueil avec celui de leur pays d'origine pour saisir leurs données.

Après plusieurs expériences d'accès aux services de santé insatisfaisantes, les personnes immigrantes, notamment les demandeurs d'asile, hésiteront davantage à rechercher des soins. De plus, si une personne entend par l'entremise d'autres membres de sa communauté que la qualité de soins est pauvre, elle aura moins tendance à rechercher des soins de santé (Fleischman et al., 2015).

### 1.2.2.3 Manque d'information

En raison des changements rapides et multiples connus par le PFSI, plusieurs considèrent que le programme manque de clarté en ce qui concerne la couverture de soins (Ruiz-Casares, Cleveland, Oulhote, Dunkley-Hickin & Rousseau, 2016).

Il y a donc un grand manque de connaissances par rapport à la couverture d'assurance maladie auquel les demandeurs d'asile ont accès sous le PFSI. Ce manque de connaissances semble être autant de la part des demandeurs d'asile que des employés qui travaillent pour les

services de santé (Almeida et al., 2014; Chase et al., 2017). En Israël, par exemple, des migrants qui n'étaient pas sûrs de leurs droits en ce qui a trait aux soins de santé percevaient que le système de santé manquait de clarté et n'était pas efficace. Pour ces migrants, ceci a résulté en une méfiance du système de santé, dissuadant les migrants d'accéder aux services (Fleischman et al., 2015). Tandis que les politiques israéliennes et canadiennes sont différentes, la littérature canadienne démontre que les demandeurs d'asile au Canada perçoivent que les politiques sont également confuses. Ceci fait en sorte que les demandeurs d'asile au Canada hésitent à demander des services de santé (Chase et al., 2017; Merry et al., 2011).

L'étude de Chase et al. (2017), démontre qu'il y a aussi un grand manque de connaissances chez les professionnels travaillant pour les services de santé, créant des barrières d'accès pour les demandeurs d'asile. Dans leur recherche, Ruiz-Casares et al. (2016) ont découvert que les médecins et les employés administratifs de plusieurs hôpitaux à Montréal démontraient une très faible compréhension de la couverture de santé auquel les demandeurs d'asile ont accès. Seulement 2% de leurs participants étaient en mesure de bien répondre toutes les questions à propos du programme (Ruiz-Casares et al., 2016). Certains fournisseurs de services vont refuser d'offrir un traitement aux demandeurs d'asile parce qu'ils sont incertains de la couverture de santé sous le PFSI, tandis que d'autres vont facturer les demandeurs d'asile pour des services qui auraient dû être couverts (Antonipillai et al., 2018).

Chase et al. (2017) décrivent trois différentes réactions observées chez les demandeurs d'asile en réponse à ces barrières. La première d'entre elles est le *désengagement*, où les demandeurs d'asile abandonnent leur recherche de soins de santé. La deuxième est *une recherche d'aide davantage*, où les participants ont continué d'accéder aux services, souvent après avoir consulté un travailleur social pour s'informer sur ses droits. Seulement quelques participants ont

démontré la troisième réaction, *la défense des droits*, sur place lorsqu'ils rencontrent la barrière à l'accès (Chase et al., 2017).

#### 1.2.2.4 Discrimination

Tandis que la discrimination contre les demandeurs d'asile n'est pas une barrière souvent identifiée dans la littérature, il est important de mentionner que plusieurs immigrants perçoivent que certaines des barrières à l'accès aux services de santé sont discriminatoires. Par exemple, dans l'étude de Fleischman et al. (2015), les migrants ont perçu que les services de santé offerts principalement aux citoyens démontraient une forme de discrimination. Similairement, dans l'étude de Chase et al. (2017), lorsque les demandeurs d'asile ont rencontré des barrières à l'accès aux services de santé, plusieurs d'entre eux croyaient que cette situation dérivait de préjugés entretenus par les employés. Les chercheurs Pollock et al., (2012) ont pu identifier que les immigrants percevaient que les refus de services, les barrières linguistiques et les insensibilités culturelles étaient des comportements discriminatoires.

Les participants de ces recherches ont soulevé différentes réactions à ces expériences de discrimination. Par exemple, ils ont souvent hésité à se défendre et ils ont évité d'avoir recours aux services de santé dans le futur (Chase et al., 2017; Pollock et al., 2012). D'autres ont même hésité à rechercher plus d'informations sur les services ainsi que sur leurs droits aux services (Chase et al., 2017). Il est important de souligner que les personnes migrantes démontrent aussi de la résilience à la discrimination. Certains vont faire la défense de droits pour accéder aux services, tandis que d'autres vont accéder à des services de santé alternatifs où ils perçoivent que les approches utilisées sont plus compatibles à leurs valeurs culturelles (Pollock et al., 2012).

### **1.3 QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE**

Après avoir exploré les thèmes présentés ci-haut, ma question de recherche est la suivante : comment les comportements de recours aux soins des demandeurs d’asile sont-ils influencés par leurs expériences d’accès aux services de santé? En explorant cette question, il y a deux d’objectifs à ma recherche : 1) comprendre les barrières à l’accès aux services de santé identifiées par les demandeurs d’asile et 2) déterminer comment ces expériences influencent les comportements de recours aux soins des demandeurs d’asile.

### **1.4. CADRE D’ANALYSE**

Dans cette section nous allons présenter les concepts qui ont été privilégiés pour effectuer l’analyse de nos données. Nous allons commencer en définissant le terme « comportements de recours aux soins » et terminer en présentant le modèle de candidature ; un cadre conceptuel développé pour analyser l’expérience d’accès aux services de santé de groupes démunis (Dixon-Woods et al., 2006).

#### **1.4.1 Comportements de recours aux soins**

Le concept de « comportements de recours aux soins » semble être plutôt analysé dans la littérature anglophone. Pendant ma recherche, j’ai pu identifier plusieurs termes qui tombent sous le même concept. *Illness behaviour*, *service utilisation* et *health care seeking behaviour* réfèrent plutôt à l’accès aux services de santé plus traditionnels (Mackian, 2004). Les termes *health seeking behaviour* et *health behaviour* sont plus généraux et peuvent référer aux comportements des personnes qui assurent un bon état de santé, tel que le choix de consommer la nourriture saine, ou peut référer à l’accès à des soins de santé traditionnels ou alternatifs (Mackian, 2004).

Nous avons adopté une définition de « comportements de recours aux soins » qui se positionne dans le milieu des deux conceptions du terme présentées ci-haut. Dans le cadre de cette recherche, les comportements de recours aux soins sont compris comme l'utilisation ou la recherche d'un service ou traitement. Ainsi, ceci peut faire référence à l'utilisation de services de santé traditionnels, mais peut aussi inclure l'utilisation de services alternatifs. Inclus sous cette définition peut aussi être le fait de faire recours à des traitements informels, tels que l'utilisation de médicaments en vente libre, par exemple. Il est important de noter que, selon cette conceptualisation des comportements de recours aux soins, nous n'avons pas inclus les habitudes qui encouragent un bon état de santé, tel que l'exercice ou la consommation de nourriture saine.

## **1.4.2 Le modèle de candidature**

### 1.4.2.1 La conceptualisation d'accès dans la littérature

Il existe une diversité de littérature sur l'accès aux services de santé chez les immigrants dans les pays occidentaux (Chase et al., 2017). Parmi la littérature, le concept d'accès est compris de différentes manières. Les auteurs privilégient donc différentes théories pour mesurer et comprendre l'accès (Dixon-Woods et al., 2006). Dixon-Woods et al. (2006) stipulent que compris individuellement, plusieurs de ces conceptualisations ne peuvent pas véritablement mesurer l'équité d'accès et aider à comprendre l'expérience des groupes défavorisés avec les soins de santé. Ainsi, plusieurs théories d'accès ignorent les divers facteurs qui permettent un individu d'accéder à un service ou qui influencent leurs comportements de recours aux soins (Dixon-Woods et al., 2006). À partir de la revue de littérature, on peut constater que les comportements de recours aux soins d'une personne peuvent être influencés par plusieurs aspects tels que : les ressources, la capacité de naviguer les services de santé, l'accès à l'information, la capacité de plaider, etc. Il est donc essentiel d'utiliser un cadre conceptuel qui permet

d'analyser comment l'expérience d'un demandeur d'asile peut influencer ses comportements de recours aux soins.

#### 1.4.2.2 La conceptualisation du modèle de candidature

Dans le cadre de cette recherche, nous allons utiliser le modèle de candidature (*candidacy model*) développé par Dixon-Woods et al. (2006) pour analyser nos données recueillies portant sur l'expérience d'accès aux services de santé. Le modèle de candidature a été développé en effectuant une synthèse critique-interprétative de la littérature existante. Ceci signifie que les chercheurs ont fait une revue systématique de travaux quantitatifs et qualitatifs qui portaient sur l'accès aux services de santé chez les personnes vulnérables au Royaume-Uni. Par « personnes vulnérables », on entend les enfants, les personnes âgées, les personnes avec un faible statut socioéconomique, ainsi que les personnes appartenant à un groupe ethnique minoritaire (Dixon-Woods et al., 2006).

Le modèle de candidature est défini comme le suivant : ça décrit la manière dont l'éligibilité d'une personne à accéder aux services de santé est négociée entre l'individu et les services de santé. Voici un processus qui est dynamique et qui est continuellement défini et redéfini par les interactions entre l'individu et les professionnels de la santé (Dixon-Woods et al., 2006). Selon ce modèle, la candidature est influencée par l'individu, l'environnement dans lequel les services sont offerts, les interactions entre l'individu et les professionnels ainsi que les ressources disponibles (Dixon-Woods et al., 2006). Selon Dixon-Woods et al. (2006), ce modèle est en mesure de démontrer les vulnérabilités particulières associées aux personnes désavantagées et permet d'avoir une meilleure compréhension de leur expérience d'accès aux services de santé.

Les auteurs présentent différents concepts découlant de ce modèle qui représentent différentes étapes de l'expérience d'accès : l'identification de la candidature, la navigation, la perméabilité des services, la présentation aux services, l'adjudication, les offres et la résistance,

ainsi que les conditions de fonctionnement (Dixon-Woods et al., 2006). Dans la prochaine section, nous allons voir les différents facteurs qui peuvent influencer le niveau d'accès d'une personne à chaque étape.

#### 1.4.2.3 Les composantes de la candidature

*L'identification de sa candidature* réfère à la manière dont un individu reconnaît ses symptômes et le fait qu'il a besoin d'une intervention pour gérer ses symptômes. Selon les auteurs, les personnes appartenant à un groupe défavorisé sont moins susceptibles d'utiliser les services préventifs et sont plus susceptibles de normaliser leurs symptômes. Ils sont donc plus susceptibles d'utiliser les services d'urgence (Dixon-Woods et al., 2006). La *navigation* fait référence au fait d'être au courant des services disponibles et la capacité de mobiliser les ressources nécessaires pour y accéder (ex. le transport) (Dixon-Woods et al., 2006). L'accès à un service peut aussi être influencé par la *perméabilité du service*. Ceci fait référence au niveau d'aise qu'un individu a dans l'accès aux services. Selon cette idée, un service qui est « poreux » requiert peu de qualifications de candidature et de ressources pour y accéder, tandis qu'un service qui est moins perméable requiert plus de qualifications et de ressources pour y accéder (Dixon-Woods et al., 2006). Un autre facteur qui peut influencer l'accès aux services de santé est la *présentation* de l'individu à un service et sa capacité d'affirmer sa candidature pour une intervention (Dixon-Woods et al., 2005). Selon Dixon-Woods et al. (2006), la capacité de faire cette affirmation requiert certaines compétences dont les groupes sociaux plus démunis sont moins susceptibles d'avoir. Ceci peut inclure la capacité d'articuler le problème. Ainsi, les personnes appartenant à une classe socioéconomique plus faible sont moins susceptibles d'exiger des services comparativement à ceux de la classe moyenne (Dixon-Woods et al., 2006). Les auteurs ont choisi le concept *d'adjudication* pour représenter le processus par lequel un professionnel de la santé juge l'affirmation de candidature faite par l'individu. Ce jugement

déterminera si l'individu aura accès à une intervention. À cette étape, la notion de « mérite » peut influencer la décision du professionnel, dans le sens qu'il peut juger que l'individu mérite ou non une intervention (Dixon-Woods et al., 2006). Après que cette étape est franchie et si l'individu est jugé « méritant » d'une intervention, l'individu peut être *offert* une intervention, et peut également *résister* cette offre (Dixon-Woods et al., 2006). Finalement, les auteurs stipulent que les *conditions de fonctionnement*, ou bien les facteurs locaux qui influencent la production de la candidature, ont également une influence sur la capacité d'accéder à un service. Un exemple important de ceci serait la disponibilité, ou la perception de la disponibilité, des ressources pour offrir des services. La disponibilité des ressources de services de santé peut avoir une influence à chaque étape de la candidature nommée ci-haut (Dixon-Woods et al., 2006).

#### 1.4.2.4 Son application dans la recherche

Tandis que ce modèle a été élaboré à partir de recherches portant sur l'expérience de groupes sociaux défavorisés au Royaume-Uni, nous avons considéré qu'il pouvait être un outil très efficace pour analyser la situation des demandeurs d'asile au Canada. Comme les groupes analysés dans la recherche de Dixon-Woods et al. (2005), les demandeurs d'asile appartiennent souvent à un groupe ethnique minoritaire et disposent souvent d'un faible revenu (Newbold et al., 2013). Chase et al. (2006) croient avoir été les premiers à employer le modèle de candidature pour analyser des données primaires collectées auprès des demandeurs d'asile. Selon ces auteurs, le modèle de candidature leur a permis d'identifier comment et pourquoi les demandeurs d'asile ont perçu avoir été victimes de la discrimination (Chase et al., 2006). Dans le cadre de cette recherche, comme Chase et al. (2006) le notent, le modèle de candidature nous a permis de mettre de l'emphase sur les facteurs microsociaux qui démontrent une vulnérabilité particulière des demandeurs d'asile. En effet, une barrière considérée insignifiante par certains a pu malgré tout

influencé d'une manière non négligeable le niveau d'accès et les comportements de recours aux soins de nos participantes de recherche.

Ce cadre d'analyse a influencé le développement du guide d'entretien, la manière dont nous avons dirigé l'entretien, ainsi que la manière dont nous avons analysé les données. Grâce aux divers concepts qui tombent sous le modèle de la candidature, représentant les diverses étapes de l'expérience d'accès, nous avons jugé que ce modèle nous a permis de présenter un portrait global de l'expérience d'accès des demandeurs d'asile. Nous avons donc pu analyser, catégoriser et créer des thèmes à partir des données recueillies en nous basant sur les diverses étapes de l'expérience d'accès. Ceci nous a permis d'analyser nos données à partir d'un cadre et d'une structure pertinente et validée.

## **CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE**

Dans ce chapitre, nous allons présenter le cadre méthodologique privilégié pour entreprendre cette recherche. Plus précisément, nous allons présenter l'approche de recherche, la méthode de recrutement, la méthode de collecte des données, l'analyse des données, ainsi que les considérations éthiques en lien avec la recherche. Chaque décision par rapport à la méthodologie a été soigneusement choisie pour mieux comprendre les expériences des demandeurs d'asile et pour présenter une analyse qui est fidèle à leurs perceptions.

### **2.1 MÉTHODOLOGIE QUALITATIVE**

Pour recueillir les données de cette recherche, nous avons privilégié une méthode de recherche qualitative. Selon Fortune, Miller, Robert et Reid (2013), la méthode de recherche qualitative valorise l'importance de comprendre la personne dans son contexte ainsi que l'effet de l'environnement sur les comportements de la personne. La méthode qualitative est plus souvent utilisée pour découvrir et décrire une problématique (Goldstein, 1991). Ceci nous permettra donc d'identifier et de décrire les barrières d'accès rencontrés par les demandeurs d'asile. La méthode de recherche qualitative est aussi souvent utilisée pour comprendre le symbolisme et le sens derrière les comportements humains (Goldstein, 1991). Ainsi, cette méthode de recherche nous permettra de mieux saisir comment les demandeurs d'asile comprennent et donnent un sens à leurs expériences d'accès et comment que celles-ci impactent leurs comportements de recours aux soins.

## **2.2 L'ÉCHANTILLONNAGE ET LE RECRUTEMENT**

La population à l'étude dans notre recherche est les demandeurs d'asile adultes qui ont fréquenté un service de santé canadien. Puisque nous avons voulu présenter la perspective des demandeurs d'asile en décrivant leurs expériences, nous avons visé un échantillon par homogénéisation. Ceci signifie que tous les participants ont partagé quelques facteurs sociostructurels similaires (Pires, 1997), tels que l'âge (minimum de 18 ans), le statut de demandeur d'asile et au moins une expérience avec un service de santé canadien. Ces facteurs ont représenté les critères d'inclusion pour participer à la recherche. Pour des raisons pratiques, nous avons limité la recherche à la ville d'Ottawa. Par contre, les participants peuvent avoir fréquenté des services de santé n'importe où au Canada. Puisque l'objectif de la recherche était plutôt de comprendre le lien entre les barrières d'accès vécus et les comportements de recours aux soins, et non de comprendre précisément quelles sont les barrières d'accès aux services de santé d'Ottawa, le lieu du service de santé fréquenté importait peu. De plus, il n'était pas obligatoire que les participants soient demandeurs d'asile au moment de l'entretien. Par contre, ils devaient avoir été demandeur d'asile au Canada à un moment de leur vie et il leur était demandé de partager des expériences qui se sont produites uniquement lorsqu'ils détenaient le statut de demandeur d'asile. Un facteur d'exclusion de l'échantillon est lié à la capacité de communiquer en anglais ou en français. Puisque nous n'étions pas en mesure de travailler avec un interprète pendant la collecte des données, les participants devaient être en mesure de communiquer dans au moins une de ces deux langues pour diminuer les barrières linguistiques.

Tandis que nous avons effectué le recrutement auprès de plusieurs organismes à Ottawa, les personnes qui ont participé à la recherche ont connu l'existence du projet grâce aux organismes suivant : le Centre de santé communautaire Pinecrest-Queensway, le Matthew House Ottawa et le Ottawa Community Immigrant Services Organization. Nous avons fourni des

affiches de recrutement (annexe 1) aux organismes. Les intervenants aux centres ont ensuite été invités à distribuer les affiches aux utilisateurs de services. Les affiches de recrutement invitaient les personnes intéressées à participer à la recherche à nous contacter par téléphone ou courriel. Une fois qu'une personne nous a contactés, nous avons assuré qu'elle rencontrait les critères d'inclusion en lui posant quelques questions. Les personnes qui ont été retenues ont été invitées à choisir un temps et lieu de rencontre pour faire la collecte des données.

### **2.3 LA COLLECTE DES DONNÉES**

Pour faire la collecte de données, nous avons effectué des entretiens individuels semi-directifs d'une durée de 45 à 60 minutes. Selon Halabi (2005), l'entretien semi-directif avec des questions ouvertes représente la méthode de recherche la plus souvent privilégiée dans les recherches avec les demandeurs d'asile. Nous avons développé un guide d'entretien (annexe 2) qui nous a permis de nous assurer de couvrir tous les thèmes souhaités, sans que les entretiens soient dirigés de façon trop rigide. L'entretien individuel nous a permis de mieux respecter la confidentialité avec les participants de recherche (Jacobsen & Landau, 2003). Les entretiens ont été enregistrés par le biais d'un téléphone cellulaire.

Étant donné que le sujet de comportements de recours aux soins peut être sensible pour les demandeurs d'asile, nous avons considéré que les participants seraient plus confortables de discuter de ce sujet en contexte individuel. Avec un certain lien de confiance établi, nous avons eu un échange plus fluide avec les participants, permettant d'obtenir des informations plus riches sur leurs expériences vécues et sur leurs perceptions (Merry et al., 2011).

## 2.4 L'APPROCHE D'ANALYSE

Seules les données primaires provenant des entretiens effectués ont été analysées. Pour analyser ces données, nous avons fait une analyse thématique. Ceci signifie que nous avons repérer, regrouper et analyser différents thèmes présents dans l'ensemble des données (Paillé & Mucchielli, 2012). Ceci nous a permis de faire des liens entre les différents thèmes abordés (Paillé & Mucchielli, 2012). Puisque le but de la recherche était de présenter une vision plutôt globale de l'expérience des demandeurs d'asile, nous considérons que l'approche d'analyse thématique nous a permis d'accomplir ceci.

L'analyse thématique des données s'est faite de manière manifeste et inductive. L'analyse manifeste nous a permis de présenter de manière plus juste la perspective des demandeurs d'asile. L'analyse manifeste réfère à la pratique d'interpréter et d'analyser « objectivement » les données provenant du discours des participants (Guest, MacQueen & Namey, 2012). Ceci signifie que nous n'avons pas interprété les silences ou cherché à découvrir un sens caché à ce que les participants ont partagé. Étant donné que nous représentions des *outsiders* à la problématique étudiée nous avons voulu, au plus possible, que l'analyse demeure fidèle à ce que les participants ont décidé de partager.

En faisant une analyse inductive, nous avons lu et relu les données recueillies pour faire surgir des thèmes que nous avons ensuite analysés. Ceci signifie que nous n'avons pas débuté la première lecture des données avec des thèmes d'analyse déjà prédéterminés (Guest et al., 2012). L'analyse s'est faite de manière complètement inductive. Étant donné que la recherche est de nature exploratoire, signifiant que nous avons débuté la recherche sans avoir établi des hypothèses, une analyse inductive était plus appropriée. En effet, selon Guest et al. (2012), les recherches exploratoires sont plus souvent associées avec la technique d'analyse inductive.

## 2.5 ÉTHIQUE

Il est important de noter que cette recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités de l'Université d'Ottawa (annexe 3). Nous avons reconnu qu'il est possible que notre recherche cause une détresse ou un inconfort psychologique ou émotionnel chez les participants. Durant la collecte des données, nous avons discuté avec les participants à propos de situations difficiles qu'ils ont rencontrées en accédant aux services de santé, ainsi que de l'impact de celles-ci sur leurs comportements de recours aux soins. Avant de débiter l'entretien, nous ne connaissons la nature des données qui seraient recueillies. Il était possible que les participants partagent des expériences très négatives pendant l'entretien. En discutant de ces sujets, les participants peuvent devenir inconfortables ou se sentir en détresse (Wiles, 2013).

Pour atténuer ces malaises, nous avons présenté aux participants des ressources pouvant les renseigner sur leurs droits comme demandeurs d'asile et où ils peuvent recevoir du counseling s'ils ont vécu des expériences difficiles ou traumatisantes. Pendant l'entretien, nous avons régulièrement demandé aux participants s'ils se sentent confortables à continuer l'entretien. Le protocole que nous avons établi prévoyait d'offrir au participant de prendre une pause si nous constatons qu'il semblait en détresse. Nous n'avons pas eu à mettre en pratique ce protocole pendant les entretiens, car aucun participant n'a démontré des signes de détresse.

Nous avons aussi reconnu la vulnérabilité de la population étudiée et les enjeux uniques qui en découlent. Les demandeurs d'asile ont souvent un pouvoir politique et économique très limité et peuvent souvent avoir le sentiment d'être sans ressources ou soutien en cas de difficulté (Perry, 2011). Ceci fait en sorte qu'ils représentent des participants de recherche très vulnérables. Par exemple, les différences culturelles et les barrières linguistiques peuvent faire en sorte qu'il est difficile d'obtenir un consentement qui est véritablement éclairé et volontaire (Leaning,

2001). De plus, le contexte précaire des demandeurs d'asile peut produire une certaine méfiance envers les figures d'autorité. Il est donc possible qu'ils se soient sentis obligés de participer à la recherche ou de partager les informations qu'ils croient que le chercheur veut entendre (Perry, 2011).

Nous avons transmis un formulaire de consentement au participant au début de la rencontre, avant que les premières questions soient posées. Nous avons expliqué la signification du formulaire de consentement à voix haute et nous nous sommes assurés que le participant comprenait ce qu'il venait d'être mentionné. Par ailleurs, le participant était invité à donner son consentement soit en signant le formulaire de consentement ou en donnant son consentement verbal. Après que le participant ait donné son consentement verbal, le consentement était enregistré de manière audio. Peu importe la manière que le participant a choisie de donner son consentement, il a reçu une copie du formulaire de consentement signée par le chercheur.

## **CHAPITRE 3 : RÉSULTATS**

Dans ce chapitre, nous allons présenter les résultats de la recherche. Nous allons donc commencer en présentant un portrait global de l'échantillon. Ensuite, nous allons présenter notre analyse de l'expérience des participants lorsqu'ils accèdent aux services de santé au Canada, en portant une attention particulière sur les barrières d'accès qu'ils ont vécu. Ces expériences seront décortiquées et comprises en employant le modèle de candidature, qui a servi comme cadre d'analyse de la recherche. Pour terminer le chapitre, en considérant les expériences d'accès des participants, et plus précisément les barrières d'accès aux services de santé qui sont vécues, nous allons être en mesure de répondre à notre question de recherche : comment les comportements de recours aux soins des demandeurs d'asile sont-ils influencés par leurs expériences d'accès aux services de santé?

### **3.1 PORTRAIT DES PARTICIPANTES**

Pour faire la collecte de données, nous avons recruté et interviewé trois demandeurs d'asile. Les trois participantes s'identifiaient comme étant femmes. Au moment de l'entretien, deux d'entre elles détenaient le statut de demandeur d'asile, tandis qu'une avait déjà été acceptée comme réfugiée et avait présenté sa demande pour le statut de résident permanent. Au temps de l'entretien, deux des participantes étaient installées au Canada depuis environ six mois et la troisième demeurait au Canada depuis environ trois ans. Une participante provenait du Nigéria, une du Yémen, tandis que la troisième a décidé de ne pas nous partager son pays d'origine. En ce qui concerne l'âge, une participante se retrouvait dans la cinquantaine et les deux autres se retrouvaient dans la trentaine. Deux des participantes sont venues au Canada avec leurs familles (mari et enfants) tandis que la troisième était seule. Deux participantes ont communiqué en

anglais pendant l'entretien et la troisième a communiqué en français. Finalement, entre les trois participantes, elles ont fréquenté des services de santé et ont partagé leurs expériences d'accès aux services de santé de trois villes : Montréal, Québec et Ottawa.

### **3.2 L'EXPÉRIENCE D'ACCÈS**

En tant qu'expériences d'accès aux services de santé, les participantes ont vécu des expériences parfois similaires et parfois différentes. Dans cette section, nous allons présenter un portrait global des expériences des participantes en notant les convergences et divergences, ainsi qu'en portant une attention particulière aux barrières d'accès vécues. Chaque participante a dit avoir rencontré des barrières d'accès aux services de santé à différents degrés. En analysant les données, il était possible de catégoriser les barrières vécues et les différents aspects de l'expérience d'accès selon les étapes définies dans le modèle de candidature : l'identification de sa candidature, la navigation, la présentation, la perméabilité, l'adjudication, ainsi que l'offre et la résistance. Il est à noter que ces étapes ne sont pas nécessairement linéaires. En raison de la nature fluide du modèle de candidature, un aspect de l'expérience d'accès peut se rapporter à plus d'une « étape ».

#### **3.2.1 L'identification de sa candidature**

L'identification de sa candidature réfère à la manière dont un individu reconnaît ses symptômes et le fait qu'il a besoin d'une intervention pour gérer ses symptômes. De manière générale, il n'y avait pas de barrières identifiées dans l'étape d'identification de sa candidature pour une intervention une fois que les participantes ont perçu un problème de santé. Une fois qu'un problème de santé est identifié, il a été caractérisé comme un besoin d'intervention et les participantes entreprennent le processus d'accès au service de santé :

« [T]he day we arrived, my son has infection in his ear because of the airplane and the different pressure. We arrived here and he was crying once we arrived. [...] So we wait for one day, maybe two days, we found that nothing happened and he still suffering. So we have our cousin here. So he said let's take him to emergency hospital. » (2).

Tandis que les participantes ont, pour la plus grande part, identifié leur candidature elles-mêmes, il est possible de noter que des personnes extérieures peuvent les aider à ce niveau. Parfois, le processus d'identification de candidature est inversé :

« Right where I was attended to, [...] an organization in Montréal that looks after refugee claimants, they quickly recommended that I try to see a doctor within the week because my blood pressure wasn't ok. » (1).

Ici, on note que le processus d'identification de candidature peut être inversé quand une personne qui subit un test de dépistage est informée d'une nécessité d'accéder à un service de santé. En effet, dans cette instance, la participante (1) nous explique qu'un infirmier a mesuré sa tension artérielle et a insisté pour qu'elle cherche une intervention à cause de sa tension artérielle élevée. La participante (1) a donc entrepris le processus pour accéder à un service de santé. Le processus d'identification de la candidature est donc inversé quand un professionnel de la santé identifie la candidature de son patient à une intervention.

En nous renseignant sur une expérience d'une participante (2), nous avons commencé à nous questionner si une barrière d'accès peut influencer la manière dont une personne identifie sa candidature. La participante (2) nous a expliqué qu'elle ne pouvait pas accéder à une intervention dentaire puisque sa protection PFSI ne couvrait pas les frais. Elle nous a ensuite informés de la manière dont elle a réagi à cette situation :

« I am trying to stay away from this side [of her mouth]. I'm not eating on this side. I am using other side. Because I am not ready to pay for that [procedure]. Its very expensive and we are not... we just arrived. We don't have work, we don't have good income. » (2).

Ceci peut suggérer qu'en réaction à la barrière de couverture de santé, une personne est à risque de changer la manière qu'elle évalue sa candidature à une intervention. Puisqu'elle ne peut pas se permettre de payer pour une procédure médicale, une personne peut éviter d'accéder aux services de santé même si elle identifie un besoin d'intervention, menant possiblement à une détérioration de sa santé.

Pour résumer, les participantes ont rapidement identifié leur candidature à une intervention une fois qu'elles ont identifié un problème de santé. Parfois, des personnes extérieures peuvent aider dans cette identification. Par contre, on observe la possibilité qu'une personne peut négliger d'identifier sa candidature à un traitement en réaction aux barrières liées à la couverture de santé. Puisque les demandeurs d'asile ont accès à une couverture de santé limitée sous le PFSI, ils peuvent être plus susceptibles à éviter d'identifier leur candidature à un traitement. Ceci est encore plus vrai puisque plusieurs demandeurs d'asile n'ont souvent pas les ressources financières pour se permettre de payer des interventions dispendieuses :

« There are financial issues [refugees] face here. We left everything in our countries. Everything: our job, our life, our families, our houses, cars, everything. We come here just as we are, with nothing. » (2).

### **3.2.2 Navigation**

Pendant les entretiens, les participantes ont discuté de la manière dont elles ont pris connaissance des services de santé existants et ont discuté des ressources qu'elles ont mobilisées pour s'y présenter. Dans cette sous-section, nous allons présenter les barrières associées avec cette étape de l'expérience d'accès.

#### 3.2.2.1 Prise de connaissance des services

Les participantes ont toutes expliqué qu'elles ont déjà reçu un soutien en identifiant les services qui existent au Canada. Deux participantes (1, 3) ont appris des services de santé par

l'entremise de ressources dédiées aux réfugiés. Ces ressources leur ont mis en contact avec des professionnels qui leur ont identifié les services de santé qu'elles devraient fréquenter :

« Dans le [refuge où elle vivait], il y a les services communautaires du centre-ville qui viennent faire des visites une fois par semaine pour visiter toutes les personnes qui habitent en logement. Et c'est grâce à ces infirmières qui sont venues qu'on a trouvé toutes les collections [de services]. [...] Nous, on en connaissait rien du tout. » (3).

« [The nurse] took the measurement [for blood pressure], printed out a letter immediately, and gave me the numbers to call. That's the numbers of the medical facilities to call. » (1).

Il est non seulement possible d'apprendre des services de santé par l'entremise d'organismes communautaires, certains demandeurs d'asile se font orientés par des personnes résidentes au Canada qui sont déjà familiarisés avec le système de santé :

« So we went to start, sometimes we don't know how to start. [...] Sometimes, we don't know where to go. If we don't have our cousin, we face big problem. We don't know where to go, or where to find these [health services]. » (2).

Alors que les participantes ont été capables de naviguer les services, il y a deux participantes (2, 3) qui ont reconnu que sans un soutien, elles n'auront pas connu comment trouver les services de santé. Cependant, il faut noter que ce n'est pas tous les demandeurs d'asile qui ont accès au même niveau de soutien dans l'orientation des services de santé au Canada :

« En fait, ce qui est bien en Ontario, par rapport au Québec, ils connaissent très bien, les services d'immigration, comment en fait appuyer des personnes nouvelles, et selon leurs besoins. [...] J'ai rencontré une grosse barrière avec ça au Québec. Ça m'a même pas donné l'envie de vivre là-bas. Ils savent même pas comment accueillir [les demandeurs d'asile]. [...] En fait ils ne connaissent même pas les étapes. Pour eux, une personne soit qu'elle est résidente permanente ou qu'elle est citoyenne. » (3).

Ici, la participante (3) nous explique qu'au Québec, elle a rencontré une barrière d'accès puisque les services d'établissement n'étaient pas en mesure de lui offrir un soutien efficace dans l'identification des services de santé. Elle perçoit que les services d'établissement ne comprennent pas véritablement la différence entre les besoins d'un demandeur d'asile et une

personne d'un autre statut. Ainsi, les demandeurs d'asile qui n'ont pas accès à un bon soutien pourraient rencontrer plus de difficultés en navigant les services de santé au Canada.

### 3.2.2.2 Le transport

En ce qui concerne la question des ressources mobilisées pour se présenter aux services de santé, les répondantes ont majoritairement mentionné la méthode de transport qu'elles ont utilisée. Les participantes ont cité qu'elles ont majoritairement utilisé l'autobus comme méthode de transport pour se rendre aux services de santé. Le transport n'a pas été nommé comme une barrière d'accès ainsi que les participantes n'ont pas rencontré plusieurs difficultés à cette étape. Par contre, il est noté que certaines méthodes de transport sont plus faciles à utiliser que d'autres : « Montréal has a metro system. And um, moving around in Montréal was a lot easier. » (1). Par contre, à Ottawa en utilisant l'autobus que la participante (1) décrit comme étant non fiable, il nous est expliqué :

« [So] for me to meet up with any appointment in Ottawa, I have to leave almost an hour ahead of time. I don't make the mistake of leaving 30 minutes before time. No, it will increase my blood pressure. I won't try that. » (1).

Ainsi, le stress associé à se rendre aux rendez-vous en utilisant l'autobus pourrait empirer la condition médicale de la personne.

### **3.2.3 Présentation aux services**

Les participantes n'ont pas démontré de difficulté à se présenter aux services de santé et d'articuler leur candidature à une attention médicale. Par contre, il est noté que certaines fois, le fournisseur de service n'accepte pas initialement leur affirmation de candidature. À ce moment, les participantes (1, 2) doivent plaider pour affirmer davantage leur candidature à une attention médicale :

« So uh, I search online about the clinic that deal with [my health coverage]. And I found a clinic, [...] and I called. This person said, “I have no idea about what you are talking about”. I told her, ok. I go there and I show her and I told her that your clinic is registered as one of the clinic that deal with this [health coverage]. So where I have to go? She said, “Just a moment, I will ask and I will see”. I think she make a call to someone and she said “I’m sorry, I had no idea, we can deal with it”. » (2).

« [S]he said “Sorry, I’m not attending to you.”. And I’m like “Can you fit me in? Can you give me another appointment tomorrow so I can come? It’s that terrible, my [blood pressure]. I need to have medication so I can bring it down because its not good for me to walk around with a [blood pressure] that is that high”. » (1).

Le fait de se présenter à un service de santé ne garantit pas qu’une personne aura du succès à faire l’objet d’une attention médicale. Dans les deux exemples ci-dessus, les participantes (1, 2) se sont fait nier l’accès à un service de santé pour des raisons qui se rapporte à leur statut de demandeur d’asile. En réaction à ceci, les participantes (1, 2) ont donc plaidé en leur propre nom. Nous notons différentes manières de plaider pour affirmer sa candidature. Il est possible de faire la défense de ses droits en exprimant qu’un service de santé devrait accepter sa couverture de santé, affirmant davantage sa candidature à ce service de santé. Dans le cas de la participante (2), une fois qu’elle a fait la défense des droits, la réceptionniste s’est renseignée sur les politiques de la clinique et a accepté d’offrir un rendez-vous à la participante.

D’une autre manière, il est possible de négocier sa candidature à une attention médicale en expliquant sa condition de santé : « You know, she might attend to me. You know, if she can see why I really need to see the doctor. » (1). Il est à noter que même après avoir expliqué davantage son besoin pour un service médical, la participante (1) n’a pas été en mesure d’accéder à ce service.

### 3.2.4 Perméabilité

En apprenant de l'expérience d'accès des participantes, il était possible de noter que certains facteurs ont influencé la perméabilité des services qu'elles utilisaient. Ceci signifie que certains facteurs ont fait en sorte que les services étaient plus poreux (et donc plus facile à accéder), tandis que d'autres facteurs ont fait en sorte que les services étaient moins perméables (et donc plus difficile à accéder). Les facteurs affectant la perméabilité d'un service qui ont le plus ressorti sont la couverture de santé sous le PFSI, le système de rendez-vous des services et les barrières linguistiques.

#### 3.2.4.1 Couverture de santé

Dans les expériences que les participantes ont partagées, elles avaient toutes accès à la couverture de santé sous le programme de PFSI. Cette couverture de santé a été identifiée comme étant un facteur qui rend certains services de santé moins perméables, et donc plus difficile à accéder. Ce ne sont pas tous les services de santé qui acceptent toujours la couverture de santé des demandeurs d'asile. En effet, deux participantes (1, 2) se sont fait expliquer par un fournisseur de service de santé qu'il ne pouvait pas accepter leur couverture de santé :

« [The receptionist] said “We are fully booked for today, and we are not attending to refugee claimants”. [...] Only to discover that three more people came after me. They were refugee claimants and they got worse treatment. And from what she was telling them, she was like “You claimants, we're not attending to you today.” » (1).

« [W]e tried to go to [a walk-in clinic]. They didn't accept this [health coverage] for my son. » (2).

Tandis que certains services de santé, tels que certaines cliniques de santé, disent ne pas accepter la couverture de santé des demandeurs d'asile selon leurs politiques, d'autres rejettent la couverture PFSI en raison d'un manque de connaissances de la part des employés. Il est possible de noter ceci dans l'exemple ci-dessus où la participante (2) a du faire la défense des droits pour

accéder à un service de santé. En effet, deux participantes (2, 3) notent que plusieurs employés des services de santé ne connaissent pas la couverture de santé PFSI :

« Ça nous est arrivé beaucoup de fois. Au début, il y a des personnes par exemple qui viennent de commencer le travail, ils ne connaissent pas vraiment les services et qui connaissent que la carte de santé, et qui demandait toujours l'assistance de sa superviseure et on leur répondait. Ça a arrivé assez souvent qu'ils ne reconnaissent pas la couverture d'un demandeur d'asile. » (3).

« Most of the service provider we met here, they don't know this paper. And they don't have any idea about it. I don't know why. » (2).

Ceci fait en sorte qu'un service devient moins perméable. En effet, pour franchir cette barrière, la personne a soit besoin des compétences adéquates pour insister pour que l'employé se renseigne au niveau de la couverture de santé PFSI, ou a besoin d'avoir accès aux ressources financières pour se payer les services de santé :

« And after maybe three weeks we received the first bill [...] and second one was maybe \$250 or something like that. So we found it's so expensive for nothing. And also we have [coverage], we have to use it. So my cousin called them by phone because it was weird, the amount, the value we have to pay... it's very expensive. He negotiate with them and I think they drop the bill. » (2).

Ici, la participante (2) a utilisé les services d'urgence et a été facturée pour un service qui devrait être couvert sous le PFSI. Elle a donc reçu du soutien de son cousin qui était en mesure d'insister que les employés se renseignent sur la couverture PFSI, leur permettant d'annuler la facture.

De plus, la couverture de santé des demandeurs d'asile limite les traitements auxquels ils peuvent accéder. Deux participantes (2, 3) ont nommé des traitements spécifiques qu'elles n'ont pu accéder à cause des limites de la couverture PFSI :

« [The dentist] said we may need to do another procedure, which is canal treatment. And it is maybe 500 or something like that. I told him I have a [PFSI coverage]. Then he have a look and he print paper to show what is covered and what is not covered. And when he saw the paper he said the canal treatment doesn't cover, unfortunately. » (2).

« L'essentiel, les médicaments de base, [mon fils] avait tout eu. Pas de problème avec ça. C'est juste les choses plus lourdes, c'est à dire une chaise, une chaise pour

se laver, d'autres thérapies, il pouvait pas y accéder, vu que la couverture ne pouvait pas dépasser une certaine limite. » (3).

Tandis que ces traitements sont accessibles pour les personnes qui peuvent se permettre de les payer, une participante se dit incapable de payer pour un traitement qui n'est pas couvert : « We don't have enough money to spend it for that. » (2).

Il est donc clair que pour les demandeurs d'asile, il est plus difficile d'accéder à plusieurs services de santé et traitements. La couverture PFSI présente plusieurs barrières à l'accès de services de santé. Pour être en mesure de surmonter ces barrières, les demandeurs d'asile doivent avoir accès aux ressources financières pour accéder aux traitements, ou doivent avoir les compétences nécessaires pour faire la défense des droits.

#### 3.2.4.2 Système de rendez-vous

Un autre facteur qui a influencé la perméabilité d'un service est le type de système de rendez-vous que le service de santé utilise. Les services qui fonctionnent avec un système de rendez-vous prédéterminés semblent être plus perméables, tandis que les services qui fonctionnent par système de rendez-vous « premier arrivé premier servi » (tel que les cliniques sans-rendez-vous) semblent être moins perméables.

À plusieurs reprises, des participantes (1, 2) n'ont pas été capables d'accéder à un service de santé « premier arrivé premier servi » puisqu'elles n'ont pas pu sécuriser un rendez-vous, ou puisqu'elles ont quitté le service avant d'avoir un rendez-vous à cause des temps d'attente :

« At [walk-in clinic], we can wait two or three hours and they come and tell you that no doctor is available. » (2).

« I said "I'm sorry to disturb you, please. I can see you are really busy. You might not have time to attend to me. Is there another hospital, you know, you can refer me to? [...]" So I left. That was after I spent quite some time. » (1).

Quand les participantes utilisaient un service de santé qui n'offrait pas des rendez-vous prédéterminés, elles nomment qu'elles ont attendu pendant plusieurs heures et elles n'ont souvent

pas été capables d'accéder à une attention médicale. Ainsi, deux participantes (2, 3) ont exprimé que les temps d'attentes aux services d'urgences les ont découragé de revisiter ce type de service :

« Tu sais, quand qu'on retourne de l'urgence on dit souvent "Je veux plus retourner dans les services d'urgence". On dit toujours "On va attendre un rendez-vous, c'est mieux". [...] Ça ne vaut plus la peine. Ceux qui ont un autre bébé à la maison, qui ont un autre enfant à la maison, on ne peut pas se permettre de passer autant d'heures dans les services d'urgence » (3).

« We've decided to not to go to [children's emergency hospital] until it's something really terrible. Because it takes a long time. » (2).

Nos données suggèrent que pour les demandeurs d'asile, il est plus difficile d'accéder à des services de santé qui fonctionnent selon un système de rendez-vous « premier arrivé premier servi », comme les services d'urgence et les cliniques sans rendez-vous. Tandis que les personnes de tout statut doivent attendre les mêmes durées de temps en accédant à ces services, les demandeurs d'asile sont des nouveaux arrivants aux pays et ne sont pas aussi familiarisés avec la manière dont les différents types de services opèrent. En réaction à des temps d'attentes inattendues, un demandeur d'asile peut perdre espoir et quitter avant de recevoir une attention médicale, comme une participante (1) a fait : « I left [...] because I really, I was like, why, there must be a way out. I don't want to fight her, I don't want to quarrel. » (1). Ainsi, les services sans rendez-vous exigent une plus grande connaissance des services de santé canadiens pour arriver à y accéder. Voici une connaissance que les demandeurs d'asile n'ont souvent pas déjà acquis.

#### 3.2.4.3 Barrières linguistiques

Un troisième facteur qui a eu un impact sur la perméabilité des services est la barrière linguistique. Seulement une des participantes (3) a nommé la langue comme étant une barrière d'accès aux services de santé, alors qu'elle était la seule participante qui n'avait pas de bonnes habiletés de communication en anglais. La perméabilité des services peut être influencée par la

capacité d'un service d'offrir des services dans plusieurs langues. Comparativement à la disponibilité des services en anglais, une participante (3) a eu de la difficulté à avoir des services en français :

« C'est vrai ici il y a des francophones en Ontario, mais euh, il faut toujours qu'on aille chercher quelqu'un pour interpréter. [...] Il faut toujours demander [pour un service en français]. Parce que ce n'est pas automatique. » (3).

Tandis que la participante (3) a affirmé qu'elle a toujours fini par être capable d'avoir accès à un service en français lorsqu'elle fait une demande, ce n'est pas dans tous les milieux qu'elle est disposée à demander pour un service en français :

« Il y a souvent, pour [l'hôpital des enfants], des fois je n'ai pas très envie de demander un interprète, de prendre du temps. C'est toujours mon mari qui va. Parce que lui il est anglophone. Et en fait, il est bilingue. Donc, c'est toujours lui qui y va. Comme ça, moi je n'ai pas besoin de demander à chaque fois. [...] On a l'impression que des fois qu'on n'est pas capable à me trouver quelqu'un. Je vois que la personne a l'aire embêtée » (3).

Ainsi, à certains services, une personne peut être moins disposée à demander pour un service en français si elle croit que cela serait trop difficile ou poserait trop de difficultés. La participante (3) préfère ne pas se rendre aux services hospitaliers avec son fils, laissant son mari s'en charger car il rencontre moins de barrières linguistiques.

Pour être en mesure d'accéder aux services de santé au Canada, il est souvent important d'avoir un certain niveau de compétences linguistiques. Conséquemment, les services de santé sont souvent moins perméables pour les demandeurs d'asile puisqu'ils arrivent souvent au Canada avec des habiletés de communication en anglais ou français limitées :

« Because [refugees] come here with nothing [...] no money, no job, no knowledge, sometimes no language as well. [They] cannot speak, talk, or read the paper, read things. It's the hardest. » (2).

### 3.2.5 Adjudications

Une fois qu'une personne affirme sa candidature pour l'obtention d'un service de santé, le professionnel porte un jugement sur cette affirmation. Selon ce jugement, le professionnel décide s'il offre ou non une intervention à la personne. Dans le cadre de cette recherche, nous n'avons pas pu confirmer la manière dont les professionnels ont jugé la candidature des participantes. Par contre, nous avons effectué une analyse de cette étape à partir des expériences et des perceptions des participantes.

En général, lorsque les participantes se sont présentées à un service et ont affirmé leur candidature, elles ont fini par rencontrer un professionnel de la santé et ont reçu un service. Par contre, il est possible de noter qu'à certaines instances, la candidature de la participante a été refusée ainsi qu'elle a été jugée non admissible à un service de santé. Quand une participante (1) n'a pas pu avoir un rendez-vous à une clinique parce qu'elle était demandeur d'asile, elle a jugé que la réceptionniste démontrait une attitude hostile envers elle :

« It might just be the antagonism against the refugee claimants. [...] There are some people who do not understand why the refugees are here, what they are here for, and why they should even come at all. If you don't educate your people on the reasons you've got your borders open, definitely they're going to resent them. Because they are coming to take the resources, they get paid, they use the facilities free, and you don't even understand what they are here for. » (1).

La participante (1) a perçu que le refus de service et l'attitude de la réceptionniste découlait d'un préjugé contre les demandeurs d'asile. Selon cette perception, la réceptionniste a pu décider que la participante (1) ne méritait de recevoir un service de santé à cause d'un ressentiment personnel entretenu envers les demandeurs d'asile qui obtiennent des services de santé « gratuitement ».

En présentant sa candidature à une attention médicale, il semble aussi que certaines personnes sont prises plus au sérieux que d'autres. Après qu'une participante (1) ait tenté

d'accéder à un service de santé deux fois sans succès, elle a cherché le soutien d'un professionnel pour l'aider à accéder aux services :

« So, that didn't work. I went back to [organization dedicated to refugees], and I'm like "I have not be able to see anyone [...] so please help me". [...] The lady says now "sit down". She sat down, collected the addresses, started calling. She made a call, got another clinic, booked an appointment for me for 5pm. » (1).

Les deux premières fois que la participante (1) a affirmé sa candidature elle-même, il a été jugé qu'elle n'était pas admissible aux services de santé. Par contre, quand un professionnel a affirmé sa candidature à sa place, en son nom, elle a été jugée admissible au service médical.

Ceci suggère que dépendamment de leur statut social, les personnes ne voient pas leur candidature jugée de la même manière. Il est donc possible que les demandeurs d'asile vivent plus de difficulté à accéder à des services de santé en raison des préjugés et des jugements personnels entretenus par des professionnels de la santé.

### **3.2.6 Offres et résistances**

Juste parce qu'une personne se fait offrir un traitement, cela ne signifie pas qu'elle doit accepter l'offre du professionnel de la santé. En général, quand les participantes se sont fait offrir un traitement, elles ont décidé de l'accepter sans résistance. Par contre, il y avait une instance partagée où la participante a initialement résisté à un traitement qui lui était offert :

« [The staff] were offering like, "Have you done this test? Have you done that test?". And I was like, why are they asking me to do all this test? I actually refused to do a mammogram, until I saw that it was genuine. I mean, I was in Montréal; I was not being taken care of. I come over to Ottawa and they offer to take care of me. » (1).

Ici, la participante (1) avait connu de mauvaises expériences d'accès aux services à Montréal. Conséquemment, elle ne considérait pas que les professionnels de santé voulaient prendre soin

d'elle et elle est devenue méfiante envers les services de santé. De ce fait, elle a résisté à une offre de service jusqu'au moment où elle réalise que le médecin voulait sincèrement l'aider.

Ceci suggère que les expériences négatives vécues dans les services de santé peuvent influencer la réponse d'un demandeur d'asile à une offre de traitement. Ainsi, un demandeur d'asile qui rencontre plusieurs barrières d'accès peut développer une méfiance envers les services de santé et peut devenir moins susceptible d'y accéder.

### **3.3 L'IMPACT SUR LES COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS**

À partir des expériences partagées par les trois participantes, nous avons pu répondre à notre premier objectif de recherche qui était de comprendre les barrières que vivent les demandeurs d'asile en accédant aux services de santé au Canada. Tandis que chaque participante a vécu des expériences différentes, notre recherche a pu identifier certaines barrières que vivent les demandeurs d'asile, notamment : un soutien inadéquat pour les demandeurs d'asile dans l'identification des services de santé, une couverture de santé limitée, un manque de connaissances de la part des professionnels en ce qui concerne la couverture PFSI, le système de rendez-vous « premier arrivé premier servi », les barrières linguistiques, ainsi que la discrimination perçue de la part des professionnels de la santé.

Après avoir appris des expériences des participantes, nous leur avons demandé comment elles ont changé la manière dont elles utilisent les services de santé en réaction à ces expériences. Dans les prochains paragraphes, nous allons présenter les changements de comportements de recours aux soins que nous avons notés à partir de nos données. Nous serons ainsi en mesure de répondre à notre question de recherche : comment les comportements de recours aux soins des demandeurs d'asile sont-ils influencés par leurs expériences d'accès aux services de santé? De manière générale, après avoir rencontré des barrières d'accès aux services de santé, les participantes : 1)

deviennent plus susceptibles d'affirmer leur candidature par la défense des droits, 2) deviennent moins susceptibles d'affirmer leur candidature en changeant leur propre attitude à la présentation aux services, ou 3) sont moins susceptibles de fréquenter un service de santé.

### **3.3.1 Plus susceptible d'affirmer sa candidature : défense des droits**

Un premier changement qui a été noté est qu'une participante (2) est devenue plus susceptible d'affirmer sa candidature aux services en faisant la défense des droits. À quelques reprises, la participante a visité un service de santé où elle s'est fait dire que sa couverture PFSI n'est pas reconnue ou ne sera pas acceptée. En effet, elle a même été facturée pour l'utilisation des services d'urgence, un service qui devait lui être couvert. En réaction à ces expériences, la participante a changé la manière dont elle se présente aux services. Maintenant, quand la participante se fait refuser sa couverture de santé, elle fait de la défense des droits en insistant pour que l'employé se renseigne au sujet de sa couverture de santé et revoie leurs politiques :

« [A]fter these experiences, I start to insist showing [my health coverage]. Because it's acceptable. The thing is that the person doesn't know about it. Because if this person doesn't know, it doesn't mean it doesn't work. You have to know, and it works. So I insist to tell them, "No, please try again". » (2).

Grâce à ses expériences, la participante (2) reconnaît que certains fournisseurs de services manquent de connaissances en matière de sa couverture de santé. Par contre, elle reconnaît aussi son droit d'accéder aux services de santé avec sa couverture PFSI. Ainsi, elle est maintenant plus susceptible de plaider en son propre nom quand elle se présente aux services de santé.

### **3.3.2 Moins susceptible d'affirmer sa candidature : un changement d'attitude**

Une deuxième manière dont une participante (1) a changé ses comportements de recours aux soins est en changeant son attitude quand elle se présente aux services. Dans des expériences

d'accès précédentes, une participante considère que certains employés ont démontré une attitude hostile envers elle, à cause de préjugés contre les demandeurs d'asile. Après avoir vécu cette barrière, la participante a altéré son attitude quand elle se présente aux services de santé :

« What I've done now is uh, if I'm getting into any health facility, I will be as gentle, quiet, patient. Because I already know that some people might not be too eager to give attention or to give services to refugee claimants. [...] I have adjusted attitudinally. I've adjusted to the fact that everyone's not receiving us with open hearts. » (1).

Comme la participante (1) l'explique, il est possible qu'une personne hésite à offrir un service à un demandeur d'asile en raison de préjugés. Si la participante (1) dit qu'elle est devenue plus silencieuse en réaction à ce type de situation, ceci suggère qu'elle pourrait être moins susceptible de faire la défense des droits devant la discrimination, et en conséquence serait moins susceptible d'affirmer sa candidature aux services de santé. De ce fait, elle a moins de chances à accéder aux services de santé avec succès.

### **3.3.3 Moins susceptible d'utiliser un service**

Il a aussi été noté que les participantes se sont dites moins susceptibles d'utiliser un service qu'elles ont fréquenté et rencontré une barrière d'accès. Tandis que chaque participante a vécu des expériences distinctes, il existe différentes raisons pour lesquelles elles étaient moins susceptibles d'utiliser un service de santé.

En premier lieu, il est possible de noter que deux participantes (2, 3) étaient moins disposées à utiliser un service de santé parce que l'utilisation de ce service était trop difficile ou leur demandait trop d'effort. Prenons par exemple les deux participantes (2, 3) qui ont exprimé qu'elles préfèrent ne plus retourner aux services à cause des longs temps d'attentes. Une participante (3) a expliqué qu'elle ne pouvait pas se permettre d'attendre de si longues heures puisqu'elle doit s'occuper de sa famille.

Dans un autre contexte, une participante (3) avait expliqué qu'elle est moins susceptible de visiter l'hôpital des enfants avec son fils à cause de barrières linguistiques. Elle a déjà rencontré de telles barrières en accédant à ce service et a perçu que qu'il est trop compliquer de demander pour un interprète. Conséquemment, elle évite d'utiliser ce service et laisse son mari qui est bilingue s'en charger.

En deuxième lieu, on note qu'une participante (2) évitait d'utiliser un service parce qu'elle estime que le service n'est pas de bonne qualité :

« [T]hey have a very bad service, actually. [...] You can go and wait and finally they say no doctor is available. After waiting two hours or three hours. [...] And sometimes we call them to make appointment and no one answer. Actually, we stopped deal with them. » (2).

Ici, la participante (2) critique la manière dont la clinique offre leurs services. Elle a donc arrêté de visiter le service, ainsi qu'elle considère qu'ils ne pouvaient pas l'aider :

« We didn't feel that it is the place you have to go when you need something. It's not the right place. » (2).

Non seulement un demandeur d'asile peut éviter certains services en raison d'une qualité de service qui est perçue comme étant pauvre, il peut aussi éviter d'accepter des traitements médicaux. Prenons l'exemple de la participante (1) qui a résisté à l'offre d'une mammographie. Après avoir vécu plusieurs barrières d'accès à Montréal, la participante (1) avait développé une méfiance envers les services de santé et a résisté à une offre de traitement. Par contre, après avoir vécu de bonnes expériences d'accès, il semble que les participantes (1, 3) oublient leurs expériences désagréables :

« I think my experiences in Ottawa have wiped away the tears of the Montréal experiences. » (1).

« [M]aintenant que tout va assez facilement... quand on a plus d'expériences agréables, on oublie les petits trucs. » (3).

Ceci suggère qu'une expérience avec un service de mauvaise qualité peut décourager un demandeur d'asile d'utiliser les services de santé, tandis qu'une expérience avec un service de bonne qualité peut avoir l'effet opposé.

Finalement, un demandeur d'asile pourrait être moins susceptible d'utiliser un service de santé pour éviter de vivre les conséquences en lien avec une barrière d'accès. Nous avons noté ceci quand une participante (2) voulait éviter d'accéder à un service pour ne pas être touchée par les conséquences économiques qui en découlent. Comme nous avons observé dans la sous-section « identification de sa candidature », la participante (2) a commencé à effectuer des changements de ses habitudes puisqu'elle ne voulait pas payer les frais d'un traitement dentaire.

## CHAPITRE 4 : DISCUSSION

Cette recherche nous a permis de comprendre l'expérience d'accès aux services de santé de trois femmes demandeurs d'asile. D'abord, nous avons pu confirmer que les participantes ont rencontré des barrières en accédant aux services de santé au Canada. Les barrières qui ont été identifiées sont : une couverture de santé limitée, un manque de connaissances de la part des professionnels concernant la couverture PFSI, le système de rendez-vous « premier arrivé premier servi », les barrières linguistiques, ainsi que la discrimination perçue de la part des professionnels de la santé. Il était possible de noter que les participantes ont modifié la manière dont elles accèdent aux services de santé en réaction à ces barrières. Parmi les changements notés, ceux qui sont ressortis le plus sont : une augmentation d'affirmation de sa candidature aux services, une réduction d'affirmation de sa candidature aux services et une réduction d'utilisation d'un service.

Dans ce chapitre, nous allons comparer nos résultats de recherche avec ce qui est déjà exprimé dans la littérature sur le sujet, nous permettant de nuancer les connaissances. Nous allons donc comparer les thèmes qui sont survenus dans le Chapitre 1 de cette recherche avec les résultats de la recherche présentés dans le Chapitre 3. Parmi ces thèmes sont : les barrières d'accès vécues par les demandeurs d'asile et leurs réactions à ces barrières, ainsi que les conceptions en lien avec le modèle de candidature développé par Dixon-Woods et al. (2006). Pour terminer, nous allons présenter les changements suggérés par les participantes pour améliorer l'offre des services aux demandeurs d'asile.

## **4.1 BARRIÈRES D'ACCÈS**

Dans cette section nous allons comparer les barrières d'accès que les participantes de notre recherche ont rencontré ainsi leurs réactions aux barrières avec ceux qui sont le plus souvent nommés dans la littérature. Tandis que les barrières nommées des deux groupes de données sont similaires, la manière dont elles sont vécues peut différer.

### **4.1.1 Barrières linguistiques**

La barrière linguistique représente la barrière d'accès aux services de santé qui est le plus souvent mentionné dans la littérature de ce sujet qui concerne les nouveaux arrivants (Campbell et al., 2014; Fleischman et al., 2015; Merry et al., 2011; Newbold et al., 2013). En revanche, cette barrière n'a été soulevée que par une de trois participantes de notre recherche. Tandis qu'on note dans la littérature canadienne que les nouveaux arrivants avec une compétence limitée en anglais et en français sont parmi ceux qui sont le plus susceptible de rencontrer une barrière linguistique (Pottie et al., 2011), notre recherche démontre qu'un demandeur d'asile qui a de très bonnes habiletés de communication en français peut aussi rencontrer cette barrière. Nous pouvons donc conclure que certains services de santé (hors du Québec) ne sont pas en mesure de servir adéquatement les demandeurs d'asile francophones avec une habileté de communication limitée en anglais.

En réaction à la barrière linguistique, les demandeurs d'asile dépendent souvent de leur famille ou leurs amis pour leur assister dans l'interprétation. Ils sont aussi moins susceptibles d'accéder aux services de santé (Newbold et al., 2013). Similairement, la participante de notre recherche est devenue moins susceptible d'utiliser un service de santé en réaction à la barrière linguistique. Par contre, elle n'a pas changé ses comportements de recours aux soins parce qu'elle croyait qu'elle ne serait pas en mesure de communiquer avec le médecin, comme le stipule

Newbold et al. (2013), mais plutôt parce qu'elle considérait qu'accéder à un service dans sa langue lui demandait trop d'effort et de temps. Par contre, selon nos résultats nous pouvons ajouter qu'en réaction à la barrière linguistique, un demandeur d'asile peut faire de faire la défense des droits et insister de recevoir un service dans sa langue.

#### **4.1.2 Pénurie de médecins et qualité des soins**

Comme Newbold et al. (2013) le suggèrent, les participantes de notre recherche fréquentaient plus souvent les cliniques sans rendez-vous, les centres de santé communautaire et les services d'urgences comparativement aux médecins de famille. Elles étaient aussi plus susceptibles de rencontrer des barrières d'accès à ces types de services. Dans la recherche de Newbold et al. (2013), les auteurs ont noté que les réfugiés considéraient que les cliniques sans rendez-vous, les centres de santé communautaire et les services d'urgences offraient un service de qualité pauvre. Tandis que les participantes de notre recherche ont fait référence à un manque de qualité de soins à ces types de services (notamment les temps d'attente et la communication avec la réception), nous notons qu'elles ne semblaient pas rencontrer des difficultés aux centres de santé communautaires. Nous proposons que ceci se rapporte au fait que les centres de santé communautaires qu'elles ont visités, comme plusieurs centres à Ottawa, sont habitués à servir les demandeurs d'asile. En effet, plusieurs centres de santé communautaires ont des programmes dédiés aux nouveaux arrivants ou aux réfugiés.

Comme les participantes de la recherche de Almeida et al. (2014), les participantes de notre recherche qui fréquentaient plus souvent les services d'urgences d'hôpitaux semblaient être moins satisfaites de l'expérience d'accès. Elles ont exprimé qu'elles hésiteraient à retourner à ce service, à moins qu'il soit absolument nécessaire.

### **4.1.3 Manque d'information**

Notre recherche confirme davantage qu'il y a un manque de connaissances chez les professionnels de la santé en ce qui concerne la couverture PFSI, telle que proposée par Chase et al. (2017). Selon notre recherche, il paraît que ce sont les travailleurs de première ligne aux services de santé qui ont une faible compréhension de la couverture de santé des demandeurs d'asile. Une des participantes a suggéré que cette incompréhension se rapportait à un manque de formation chez les nouveaux employés. Selon la recherche de Chase et al. (2017), en réaction à cette barrière, les demandeurs d'asile ont majoritairement abandonné leur recherche de soins de santé, ou ont consulté un travailleur social avant de tenter à accéder au service une deuxième fois. Seulement une minorité des participants ont démontré la réaction de « défense des droits » (Chase et al., 2017).

Les participantes de notre recherche n'étaient pas dissuadées d'utiliser un service de santé en réaction à la méconnaissance de la couverture PFSI chez les professionnels de la santé. En effet, une majorité d'entre elles ont démontré la réaction de « défense des droits », telle que définie par Chase et al. (2017), en insistant pour que l'employé se renseigne sur leurs politiques concernant leur couverture de santé. Une participante a expliqué que pendant ses premières expériences d'accès, elle a hésité à faire ceci, mais elle a changé ses comportements de recours aux soins après avoir rencontré cette barrière. Ceci suggère que plus qu'un demandeur d'asile utilise un service de santé, plus il sera susceptible à faire la défense des droits en réaction à la barrière de méconnaissance de la couverture PFSI chez professionnels de la santé.

### **4.1.4 Discrimination**

Il est intéressant de noter que la discrimination n'est pas souvent nommée comme une barrière d'accès dans la littérature, mais c'est un thème qui est survenu dans nos entretiens.

Comme dans l'étude de Fleischman et al. (2015), une de nos participantes a perçu le fait qu'un service n'offrait pas des soins aux demandeurs d'asile comme une forme de discrimination, dérivant d'un préjugé personnel entretenu par un employé. Chase et al. (2017) ont noté différentes réactions parmi les demandeurs d'asile qui ont vécu ce type de barrière, telles que : l'hésitation à se défendre et à utiliser les services de santé, ainsi qu'une hésitation à rechercher de l'information supplémentaire sur les services et sur leurs droits. Pollock et al. (2012) à leur tour nomment la défense des droits ou l'utilisation de services alternatifs comme réactions à la barrière de discrimination.

En réaction à une situation de discrimination perçue, la participante de notre recherche a :

- 1) hésité à se défendre contre la discrimination perçue en ne voulant pas argumenter avec l'employé,
- 2) recherché un service de santé alternatif en demandant à l'employé de lui recommander un autre service à utiliser, et
- 3) obtenue du soutien d'un organisme en lequel elle faisait confiance pour l'aider à fixer un rendez-vous à un service de santé.

Notre recherche démontre non seulement un nouveau type de réaction à la discrimination (numéro 3), mais elle démontre aussi qu'un demandeur d'asile peut adopter plusieurs réactions après avoir vécu une expérience de discrimination perçue à un service de santé.

## **4.2 LE MODÈLE DE CANDIDATURE**

Le modèle de candidature développé par Dixon-Woods et al. (2005) a été efficace dans l'analyse des expériences d'accès aux services de santé des demandeurs d'asile. Par contre, comme Chase et al. (2017) le suggèrent dans leur propre recherche, en étudiant les demandeurs d'asile, il serait intéressant de modifier le modèle pour qu'il puisse prendre en compte les facteurs au niveau macrologique qui influencent l'accès aux services de santé, tel que les politiques en

lien avec le PFSI. Néanmoins, il est possible de comparer les hypothèses qui se rapportent au modèle de candidature avec la réalité de nos participantes.

On note que les participantes de notre recherche n'ont pas rencontré des difficultés à chaque étape de l'expérience d'accès. Par exemple, les participantes ont facilement été en mesure *d'identifier leur candidature* une fois qu'elles ont perçu un problème de santé. Notre recherche démontre que les demandeurs d'asile ne sont pas toujours seuls dans l'identification de leur candidature. Il peut avoir des personnes extérieures, comme un cousin qui vit au Canada depuis longtemps, qui peut les aider à identifier leur candidature à un service de santé. Les participantes ont aussi pu *naviguer* les services de santé avec succès, grâce à l'aide de services d'établissement. À l'étape de *présentation* aux services, les participantes étaient en mesure d'affirmer leur candidature en se présentant à un service. Elles ont parfois dû affirmer leur candidature une deuxième fois si leur première affirmation n'est pas acceptée. Par contre, la capacité d'affirmer sa candidature ne résulte pas toujours en un accès à un service. Ceci suggère que, pour les demandeurs d'asile, la présentation aux services ne consiste pas nécessairement d'une négociation entre le patient et l'employé, comme suggéré par Dixon-Woods et al. (2006). Le pouvoir de négociation peut être limité chez les demandeurs d'asile à cause des dynamiques de pouvoirs déséquilibrés entre eux et les professionnels de la santé. D'un autre côté, leur pouvoir de négociation limité peut aussi se rapporter à des facteurs macrologiques, tels que la couverture de santé PFSI et les politiques des institutions de la santé. En ce qui concerne la *perméabilité*, nous notons que Dixon-Woods et al. (2006) suggèrent que les services sans rendez-vous sont plus perméables puisqu'ils requièrent moins de ressources ou de qualifications pour y accéder. Par contre, notre recherche suggère que ces types de services sont en fait moins perméables pour les demandeurs d'asile puisqu'ils ne sont pas assez familiarisés avec les services de santé pour naviguer les longs temps d'attentes ou pour utiliser ces types de services aux moments

appropriés. Finalement, dans la présentation du modèle de candidature, Dixon-Woods et al. (2006) donnent l'impression que l'étape *d'adjudication* se passe largement quand un patient rencontre avec le médecin. Par contre, dans notre recherche nous notons qu'en général, la candidature des participantes s'est fait jugée par les employés de premières lignes à la réception.

#### **4.3 COMMENT AMÉLIORER LES SERVICES?**

En passant en revue la littérature sur le sujet d'accès aux services de santé chez les demandeurs d'asile, nous avons noté qui manque souvent la perspective des demandeurs d'asile quand les auteurs proposent des solutions ou des changements dans la manière dont on offre les services de santé. Nous avons donc décidé de poser la question à nos participantes et de présenter leurs réponses.

Lorsque nous avons posé la question à la première participante, elle a expliqué qu'elle aimerait que les employés soient plus patients et plus sensibles envers les demandeurs d'asile qui viennent chercher des services de santé. Pour accomplir ceci, la participante (1) suggère le suivant :

« What I would like to say about the health workers, I think it would be nice once in a while for an orientation. When it comes to [refugees] coming in, this is what to expect. This is what to do, this is what not to do. You know, a social worker who has dealt with refugees to work with the hospitals and help the hospitals. You know, probably they should be the first face that refugees see.» (1).

Alors, la participante (1) suggère que les employés des services de santé devraient recevoir une formation au sujet de l'accueil des demandeurs d'asile, ainsi qu'avoir un travailleur social sur place pour offrir du soutien.

La deuxième participante a suggéré que pendant la première année, les demandeurs d'asile devraient avoir accès à plus de soutiens et à une couverture de santé plus compréhensive :

« [W]hen a refugee or when a newcomer come to Canada, maybe the first year is the hardest year, to the newcomers. So uh, the health service should find canal to support him, anyway. Especially for the first year, until he find a job, until he can got involved in the life, and he can go here and there. [...] I think they have to, the health service should be simple, and give him more facilities until he settles in life here and he can find what he want and he can pay » (2).

Finalemment, la troisième participante aimerait avoir plus de services offerts en français :

« [P]eut-être pour les personnes qui parlent français, leur offrir dès le début quelqu'un qui parle français. » (3).

## CONCLUSION

En effectuant une revue de la littérature sur l'accès aux services de santé chez les demandeurs d'asile, nous avons pu constater que les demandeurs d'asile établis au Canada rencontrent des barrières d'accès en utilisant les services de santé. En étudiant ce sujet, nous avons noté que les chercheurs décrivent clairement les barrières auxquels les demandeurs d'asile font face, mais ils expliquent de façon très succincte comment les demandeurs d'asile réagissent à ces barrières. Nous avons donc élaboré un projet de recherche avec deux objectifs principaux : 1) comprendre les barrières à l'accès aux services de santé identifiées par les demandeurs d'asile, et 2) déterminer comment ces expériences influencent les comportements de recours aux soins des demandeurs d'asile.

Par l'entremise de trois entretiens semi-directifs avec des demandeurs d'asile qui ont partagé leurs expériences d'accès aux services de soins, nous avons pu confirmer que cette population rencontre des barrières d'accès qui sont multiples et parfois uniques à ce statut. Pour commencer, nous avons noté qu'il existe un manque de soutien pour les demandeurs d'asile dans l'identification des services. En effet, lorsque les participantes ont soumis leur demande d'asile et ont eu accès à leur couverture de santé, elles n'ont reçu aucune formation sur le système de santé canadien. Tandis que deux participantes ont appris de l'existence des services de santé locaux par l'entremise d'organismes communautaires qu'elles ont fréquentés, ce n'est pas tous les organismes qui sont en mesure d'offrir le même niveau de soutien. En effet, certains semblent être inaptes à orienter les demandeurs d'asile en ce qui concerne le système de santé. Une deuxième barrière identifiée se rapporte à la couverture de santé limitée à laquelle ont accès les demandeurs d'asile sous le programme PFSI. Puisque leur couverture de santé limite les services auxquels ils peuvent accéder, les demandeurs d'asile doivent souvent visiter plusieurs services

avant d'en trouver un où ils sont admissibles au service. Le PFSI limite aussi les types de traitements qui sont couverts. En conséquence, les demandeurs d'asile doivent parfois payer pour des traitements que certains professionnels considèrent comme étant essentiels. Ainsi, la capacité d'un demandeur d'asile de recevoir un traitement peut dépendre de sa capacité de le payer. Nous notons aussi comme barrière une méconnaissance du PFSI parmi les employés des services de santé. Ainsi, les demandeurs d'asile se voient injustement nier le droit d'accès à un service ou se voit demandé de payer un service qui devrait leur être accessible gratuitement. Une quatrième barrière d'accès identifiée se rapporte au système de rendez-vous « premier arrivé premier servi » des services de santé. Puisque les demandeurs d'asile ne sont généralement pas familiarisés avec le système de santé canadien, l'incapacité de prendre un rendez-vous et les longs temps d'attentes représentent des barrières pour eux. En réaction à ce système de rendez-vous, les participantes de notre recherche ont parfois perdu confiance dans la capacité d'un service de santé de leur offrir de l'aide. Le dernier type de barrière d'accès identifié est la barrière linguistique. Pour les demandeurs d'asile qui ne peuvent pas communiquer en anglais, l'utilisation des services de santé requiert souvent plus de compétences et d'effort pour accéder à un service adéquat.

En réaction à ces barrières, les participantes de notre recherche ont adopté différents changements dans la manière dont elles utilisent les services de santé. Nous pouvons donc confirmer que les barrières d'accès influencent les comportements de recours aux soins des demandeurs d'asile. Nous avons identifié trois grands changements. Le premier changement de comportement de recours aux soins est qu'un demandeur d'asile peut devenir plus susceptible d'affirmer sa candidature en pratiquant la défense des droits. Par exemple, un demandeur d'asile peut faire de la défense des droits en se présentant à un service de santé en dénonçant la barrière et en insistant pour qu'on lui donne accès au service. Le deuxième changement qui a été noté se rapporte à un demandeur d'asile qui devient moins susceptible d'affirmer sa candidature en

changeant sa propre attitude. Dans notre recherche, ceci a été démontré par une participante qui a perçu qu'elle a vécu de la discrimination individuelle. En réaction à la situation de discrimination à un service de santé, un demandeur d'asile peut changer son attitude en se présentant aux services, adoptant une attitude plus silencieuse et docile, ne voulant pas offenser. Ceci suggère qu'en réaction à une barrière d'accès, le demandeur d'asile deviendrait donc moins susceptible de faire la défense des droits, diminuant ses chances d'accéder à un service. La troisième réaction que nous avons notée est qu'en réponse à des barrières d'accès, un demandeur d'asile peut devenir moins susceptible d'utiliser un service. Lorsqu'un demandeur d'asile rencontre des barrières d'accès, il peut considérer que le service est trop difficile à utiliser, ou que le service ne peut pas l'aider. En conséquence, il sera moins disposé à fréquenter le service.

Il est important de considérer que notre recherche comporte quelques limites. Premièrement, la petite taille de notre échantillon limite notre capacité de généraliser nos résultats. De plus, puisque les trois participantes de notre recherche sont des femmes, les résultats représentent plutôt l'expérience d'accès de femmes demandeurs d'asile. Il est donc possible que les hommes détenant ce statut d'immigration connaissent une réalité différente. Il est aussi important de considérer que les participantes de notre recherche sont moins susceptibles de rencontrer des barrières d'accès en utilisant les services de santé. Puisqu'elles ont appris de notre recherche soit par l'entremise d'un service de santé ou d'un service d'établissement, nous pouvons constater qu'elles avaient déjà accès à un soutien et qu'elles ont déjà été capables d'utiliser les services de santé. Nous n'avons donc pas pu apprendre de l'expérience des demandeurs d'asile qui n'ont pas bénéficié de ressources de soutiens ou qui n'ont pas encore été en mesure d'accéder aux services. De plus, selon les critères de recrutement, les participantes devaient être en mesure de communiquer adéquatement en anglais ou en français, signifiant qu'elles sont beaucoup moins susceptibles de rencontrer des barrières linguistiques. Finalement,

nous percevons que les participantes de notre recherche étaient déjà plus enclines à faire la défense des droits aux services de santé, puisqu'elles se sont portées volontaires à participer à notre recherche, une action qui peut être considérée comme une démarche de défense des droits en soi.

Néanmoins, notre recherche nous permet de proposer que les demandeurs d'asile rencontrent des barrières en accédant aux services de santé et la manière dont ils utilisent les services de santé est influencée par ces expériences. En premier lieu, ceci démontre que le concept de « taux d'utilisation » ne représente pas un concept efficace en mesurant le niveau d'accès aux services de santé. Notre recherche démontre aussi que les demandeurs d'asile vivent des barrières qui sont uniques à eux, ainsi qu'ils sont plus affectés par certaines barrières d'accès (comme les temps d'attentes) que les personnes d'autres statuts. Les résultats de notre recherche démontrent que les demandeurs d'asile peuvent être moins susceptibles de fréquenter un service en réaction à des barrières d'accès. Ainsi, nous proposons que ces difficultés puissent mener à la détérioration de la santé de cette population.

En effectuant cette recherche, nous avons pu identifier d'autres aspects de l'expérience d'accès aux services de santé chez les demandeurs d'asile qui devraient être étudiés davantage. Dans les prochaines études à ce sujet, il serait intéressant d'inclure dans l'échantillon des demandeurs d'asile qui ont accès à moins de ressources et moins de soutiens. Ceci nous permettra de comprendre davantage les barrières d'accès que peuvent vivre les demandeurs d'asile et de comprendre comment de telles personnes naviguent les services de santé sans soutien. Comme mentionné au chapitre 4, il serait aussi pertinent d'effectuer une recherche sur l'accès aux services de santé en insistant davantage sur les facteurs macro qui impactent l'expérience d'accès des demandeurs d'asile, tel que le programme PFSI, le processus de demande d'asile, ainsi que les attitudes sociétales par rapport aux demandeurs d'asile. Finalement, il pourrait être bénéfique

d'étudier comment les barrières d'accès et les changements dans les comportements de recours aux soins ont une incidence sur la santé des demandeurs d'asile. Cette recherche nous a permis de constater que si on ne s'attarde pas à comprendre les expériences des demandeurs d'asile en accédant aux services de santé, et à entendre leurs opinions et points de vue, nous ne serions pas en mesure d'offrir un service de santé juste et adéquat à cette population.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abidi, C. B., Lange, E., Brigham, S., & Tastsoglou, E. (2013). *Refugee Claimant Service Providers: Negotiating Shifting Policies, Practices and Perceptions in Atlantic Canada*.
- Almeida, L. M., Casanova, C., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., & Dias, S. (2014). Migrant Women's Perceptions of Healthcare During Pregnancy and Early Motherhood: Addressing the Social Determinants of Health. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(4), 719-723. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9834-4>
- Antonipillai, V., Baumann, A., Hunter, A., Wahoush, O., & O'Shea, T. (2018). Health Inequity and "Restoring Fairness" Through the Canadian Refugee Health Policy Reforms: A Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(1), 203-213. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0486-z>
- Campbell, R. M., Klei, A. G., Hodges, B. D., Fisman, D., & Kitto, S. (2014). A Comparison of Health Access Between Permanent Residents, Undocumented Immigrants and Refugee Claimants in Toronto, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health; New York*, 16(1), 165-176.
- Chase, L. E., Cleveland, J., Beatson, J., & Rousseau, C. (2017). The gap between entitlement and access to healthcare: An analysis of "candidacy" in the help-seeking trajectories of asylum seekers in Montreal. *Social Science & Medicine*, 182, 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.038>
- CIC. (2018). *Glossaire*. Récupéré à partir de [http://www.cic.gc.ca/francais/centre-aide/glossaire.asp#personne\\_protegee](http://www.cic.gc.ca/francais/centre-aide/glossaire.asp#personne_protegee)
- CIRS. (2018). *Faire une demande à titre de demandeur d'asile*. Récupéré à partir de <https://irb-cisr.gc.ca/fr/presenter-demande-asile/Pages/index.aspx>
- CISR. (2019). *Tableau - Refugee Protection Claims (New System) Statistics : January to June 2018 Claims by Region*. Récupéré à partir de <https://irbcisr.gc.ca/en/statistics/protection/Pages/RPDSStat.aspx>
- Da Silva, M. (2016). Medicare and the Non-Insured Health Benefits and Interim Federal Health Programs: A Procedural Justice Analysis. *McGill Journal of Law and Health*, 10, 101-154.

- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6(1), 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>
- Dixon-Woods, M., Kirk, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, T., Harvey, J., (2005). *Vulnerable Groups and Access to Health Care: A Critical Interpretive Review*; NCCSDO, 495.
- Fleischman, Y., Willen, S. S., Davidovitch, N., & Mor, Z. (2015). Migration as a social determinant of health for irregular migrants: Israel as case study. *Social Science & Medicine*, 147, 89-97. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.046>
- Fortune, A., Miller, J., Robert, & Reid, W. (2013). *Qualitative Research in Social Work*. New York, UNITED STATES: Columbia University Press.
- Goldstein, H. (1991). Qualitative Research and Social Work Practice: Partners in Discovery Special Issue on Philosophical Issues in Social Work. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 18, 101-120.
- Guest, G., MacQueen, K., & Namey, E. (2012). *Applied Thematic Analysis*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc., 295p. <https://doi.org/10.4135/9781483384436>
- Halabi, J. O. (2005). Nursing research with refugee clients: a call for more qualitative approaches. *International Nursing Review*, 52(4), 270-275. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2005.00440.x>
- IRCC. (2019). Tableau – *Asylum Claims by Year*. Récupéré à partir de <https://www.canada.ca/en/immigration-refugees-citizenship/services/refugees/asylum-claims.html>
- Jacobsen, K., & Landau, L. B. (2003). The Dual Imperative in Refugee Research: Some Methodological and Ethical Considerations in Social Science Research on Forced Migration: Methodological and Ethical Considerations in Refugee Research. *Disasters*, 27(3), 185-206. <https://doi.org/10.1111/1467-7717.00228>
- Lacroix, M. (2004). Canadian Refugee Policy and the Social Construction of the Refugee Claimant Subjectivity: Understanding Refugeeeness. *Journal of Refugee Studies*, 17(2), 147-166. <https://doi.org/10.1093/jrs/17.2.147>

- Leaning, J. (2001). Ethics of research in refugee populations. *The Lancet*, 357(9266), 1432-1433. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04572-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04572-4)
- Mackian, S. (2004). Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us? *Health Policy and Planning*, 19(3), 137-146. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh017>
- Malkki, L. H. (1995). REFUGEES AND EXILE: From « Refugee Studies » to the National Order of Things. *Annual Review of Anthropology*, 24, 495-523.
- Mehrotra, A. (2015). Refugee health. *InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice*, 8(11), 668-676. <https://doi.org/10.1177/1755738015596028>
- Merry, L. A., Gagnon, A. J., Kalim, N., & Bouris, S. S. (2011). Refugee claimant women and barriers to health and social services post-birth. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 286-290.
- Morris, M. D., Popper, S. T., Rodwell, T. C., Brodine, S. K., & Brouwer, K. C. (2009). Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement. *Journal of Community Health*, 34(6), 529. <https://doi.org/10.1007/s10900-009-9175-3>
- Newbold, K. B., Cho, J., & McKeary, M. (2013). Access to Health Care: The Experiences of Refugee and Refugee Claimant Women in Hamilton, Ontario. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 11(4), 431-449. <https://doi.org/10.1080/15562948.2013.808390>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11 - L'analyse thématique. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*.
- Perry, K. H. (2011). Ethics, Vulnerability, and Speakers of Other Languages: How University IRBs (Do Not) Speak to Research Involving Refugee Participants. *Qualitative Inquiry*, 17(10), 899-912. <https://doi.org/10.1177/1077800411425006>
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 88.
- Pollock, G., Newbold, K. B., Lafrenière, G., & Edge, S. (2012). Discrimination in the Doctor's Office: Immigrants and Refugee Experiences. *Critical Social Work*, 13(2), 60-79. [https://doi.org/10.1007/978-0-230-36523-0\\_16](https://doi.org/10.1007/978-0-230-36523-0_16)
- Pottie, K. et al. (2011). Evaluation of evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), 824-925.

- Ruiz-Casares, M., Cleveland, J., Oulhote, Y., Dunkley-Hickin, C., & Rousseau, C. (2016). Knowledge of Healthcare Coverage for Refugee Claimants: Results from a Survey of Health Service Providers in Montreal. *PLoS ONE*, *11*(1), 11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146798>
- Schouler-Ocak, M. (2017). Providing care for migrants and refugees. *European Psychiatry*, *41*, S35. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.165>
- Syed, Q., & Mobayed, T. (2017). Who is responsible for the health care of refugees? *The Lancet*, *389*(10081), 1793. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31159-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31159-5)
- Wales, J. (2010). Interim Federal Health: A Public Health Perspective. *McMaster University Medical Journal*, *7*(1), 3.
- Webster, P. C. (2015). Canada criticised over refugee health-care restrictions. *The Lancet*, *386*(10002), 1436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00457-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00457-2)
- Wiles, R. (2013). Risk and safety. In *What are Qualitative Research Ethics?* London: Bloomsbury Academic. <http://dx.doi.org/10.5040/9781849666558.ch-005>

## ANNEXE 1 : AFFICHES DE RECRUTEMENT

# DEMANDEURS D'ASILE RECHERCHÉS POUR PARTICIPER À UN PROJET DE RECHERCHE

Nous recherchons des personnes pour participer à une recherche qui vise à comprendre les barrières que les demandeurs d'asile vivent en accédant aux services de santé.

Les participants doivent : être demandeur d'asile ou déjà avoir été un demandeur d'asile, avoir l'âge de 18 ans ou plus, avoir fréquenté un service de santé canadien au moins une fois (tout en étant demandeur d'asile) et être en mesure de communiquer soit en français ou en anglais.

Votre participation serait sur base volontaire et impliquera un entretien enregistré qui durera approximativement de 45 à 60 minutes.

En guise de remerciement, vous recevrez une **carte Visa prépayée d'une valeur de 25\$**.

Pour avoir plus d'information à propos de cette recherche, ou pour participer à la recherche, veuillez contacter :

Chercheuse principale:  
Madison McCulloch  
à  
613-552-5462 ou  
Courriel: [mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Nous remercions tous les candidats pour leur intérêt. Par contre, seulement quelques-uns seront sélectionnés pour participer à la recherche.

Cette étude a été examinée et a reçu une autorisation d'éthique par l'intermédiaire d'un comité d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa.



Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.me](mailto:mmccu025@uottawa.me)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

# REFUGEE CLAIMANT PARTICIPANTS NEEDED FOR RESEARCH PROJECT

We are looking for participants to take part in a study that is seeking to gain a better understanding of the barriers refugee claimants experience while accessing health services.

Participants must: currently be a refugee claimant or have previously been a refugee claimant, be of 18 years of age or older, have used a Canadian healthcare service at least once (while being a refugee claimant), and must be able to communicate in English or French.

Your participation is entirely voluntary and would involve 1 recorded interview, which would last approximately 45-60 minutes.

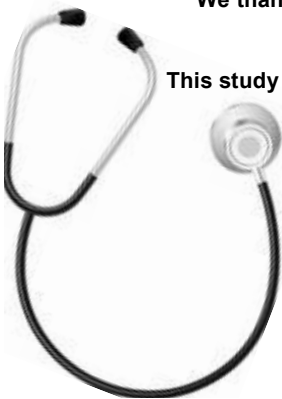
In appreciation for your time, you will receive a **prepaid Visa card of a value of \$25.**

For more information about this study, or to participate in this study, please contact:

Principal Investigator:  
Madison McCulloch  
at  
613-552-5462 or  
Email: [mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

**We thank all applicants for their interest. However, only few will be selected to participate in the research.**

**This study has been reviewed by, and received ethics clearance through a University of Ottawa Research Ethics and Integrity Committee.**



Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

Madison McCulloch  
613-552-5462  
[mmccu025@uottawa.ca](mailto:mmccu025@uottawa.ca)

## ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Question de recherche : Comment les comportements de recours aux soins des demandeurs d'asile sont-ils influencés par leurs expériences d'accès aux services de santé?

Introduction : Merci d'avoir accepté de participer à ce projet. Le but du projet est de mieux comprendre comment les demandeurs d'asile accèdent aux services de santé canadiens. J'espère qu'en ayant une meilleure compréhension de comment que vous accédez aux soins de santé, nous serons en mesure d'offrir des meilleurs services et d'assurer une meilleure santé auprès de la population de demandeurs d'asile.

Questions d'entretien:

Est-ce que vous pouvez me parler d'une de vos expériences en accédant à un service de santé au Canada?

Qu'est-ce que vous aviez apprécié de cette expérience?

(Relance à propos transport, communication, qualité du service, facteurs qui ont facilité l'accès)

Comment est-ce que ceci vous a fait sentir?

Qu'est-ce que vous aviez moins apprécié de cette expérience?

(Relance à propos les barrières d'accès)

Comment est-ce que ceci vous a fait sentir?

Comment est-ce que cette expérience a impacté comment vous utiliser les services de santé?

Est-ce que vous aviez dû faire recours à des soins de santé depuis cette expérience?

Est-ce que vous aviez fait quelque chose de différent?

Ou

Si vous aviez besoin à faire recours aux soins de santé une deuxième fois, est-ce que vous feriez quelque chose différemment?

Selon vos expériences, comment pourrait-on améliorer l'offre des services de santé au Canada?

Est-ce qu'il y a quelque chose d'autre que vous croyez important de discuter à propos du sujet?

## ANNEXE 3 : CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

11/03/2019

**Université d'Ottawa**

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

**University of Ottawa**

Office of Research Ethics and Integrity

### CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL

<b>Numéro du dossier / Ethics File Number</b>	S-02-19-2355
<b>Titre du projet / Project Title</b>	L'influence des barrières d'accès aux services de santé sur les comportements de recours aux soins des demandeurs d'asile.
<b>Type de projet / Project Type</b>	Mémoire de maîtrise / Master's major research paper
<b>Statut du projet / Project Status</b>	Approuvé / Approved
<b>Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)</b>	11/03/2019
<b>Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)</b>	10/03/2020

#### Équipe de recherche / Research Team

<b>Chercheur / Researcher</b>	<b>Affiliation</b>	<b>Role</b>
Madison MCCULLOCH	École de service social / School of Social Work	Chercheur Principal / Principal Investigator
Sébastien SAVARD	École de service social / School of Social Work	Superviseur / Supervisor

#### Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada  
550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca) / [ethics@uOttawa.ca](mailto:ethics@uOttawa.ca)  
[www.recherche.uottawa.ca/deontologie](http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie) | [www.recherche.uottawa.ca/ethics](http://www.recherche.uottawa.ca/ethics)

# Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche

# University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouvellement ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Riana MARCOTTE

Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer

Pour/For **Barbara GRAVES** Président(e) du/ Chair of the **Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités / Social Sciences and Humanities Research Ethics Board**

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

613-562-5387 • 613-562-5338 • [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca) / [ethics@uOttawa.ca](mailto:ethics@uOttawa.ca)  
[www.recherche.uottawa.ca/deontologie](http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie) | [www.recherche.uottawa.ca/ethics](http://www.recherche.uottawa.ca/ethics)