

LA BOUSSOLE



LES FRANCOPHONES
DÉMUNI(E)S DE VANCOUVER
ET LES SERVICES DE SANTÉ À
LEUR DISPOSITION

OCTOBRE 2004

Rapport préparé par Sylvie Kruchten de la Boussole pour RésoSanté Colombie-Britannique.

Contacts :

Sylvie Kruchten, *Chercheuse*
sylvie@kruchten.ca
(604) 266-9395

Christine Sotteau, *Directrice de la Boussole*
laboussole@shaw.ca
(604) 683-7337

Yves Trudel, *Coordonnateur de RésoSanté*
info@resosante.ca
(604) 629-1000

Copyright © 2004, RésoSanté Colombie-Britannique

La Boussole
504 Broadway Est
Vancouver, C.-B. V5T 1X5
(604) 683-7337
laboussole@shaw.ca

RésoSanté Colombie-Britannique
1575, 7e Avenue Ouest
Vancouver, C.-B. V6J 1S1
(604) 629-1000
info@resosante.ca

Rapport final : 12 octobre 2004 *

Cette initiative a été rendue possible d'une part grâce à l'appui de Santé Canada, par l'intermédiaire de la Société Santé en français, et d'autre part grâce à l'appui du Programme des Affaires francophones de la Colombie-Britannique. Les vues exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de Santé Canada ni celles du gouvernement de la Colombie-Britannique.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	1
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	6
<i>Définitions</i>	<i>6</i>
<i>Démographie</i>	<i>7</i>
REVUE DE LA LITTÉRATURE	8
<i>La santé et les démunis</i>	<i>8</i>
<i>Les barrières à l'accès aux soins</i>	<i>10</i>
<i>La barrière de la langue</i>	<i>10</i>
MÉTHODOLOGIE.....	12
<i>La Boussole.....</i>	<i>12</i>
<i>Les entrevues</i>	<i>13</i>
<i>Le questionnaire</i>	<i>14</i>
RÉSULTATS DES CONSULTATIONS	15
1 - LES JEUNES DU QUÉBEC	15
<i>Le profil du groupe</i>	<i>15</i>
<i>La santé.....</i>	<i>15</i>
<i>Les problèmes spécifiques aux jeunes du Québec</i>	<i>16</i>
2 - LES TRENTE À CINQUANTE-CINQ ANS	18
<i>Le profil du groupe</i>	<i>18</i>
<i>La santé.....</i>	<i>19</i>
<i>Les problèmes spécifiques des 30 à 55 ans.....</i>	<i>19</i>
3 - LES AÎNÉS	21
<i>Le profil du groupe</i>	<i>21</i>
<i>La santé.....</i>	<i>21</i>
<i>Les problèmes spécifiques aux aînés</i>	<i>21</i>
4 - LES FEMMES ET JEUNES ENFANTS.....	22
<i>Le profil du groupe</i>	<i>22</i>
<i>La santé.....</i>	<i>22</i>
<i>Les problèmes spécifiques aux femmes et jeunes enfants</i>	<i>22</i>
5 - LES FAMILLES IMMIGRANTES	23
<i>Le profil du groupe</i>	<i>23</i>
<i>La santé.....</i>	<i>24</i>
<i>Les problèmes spécifiques aux familles immigrantes</i>	<i>24</i>
RÉCAPITULATIF DES ENTREVUES	26
LE PROBLÈME DE L' ASSURANCE MÉDICALE	27
L' ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL	27
LES PROBLÈMES PERÇUS PAR LES MÉDECINS.....	29
LES RESSOURCES EN LIGNE	29
LA COLLECTE DES INFORMATIONS	30
RECOMMANDATIONS	31
<i>Le réseautage.....</i>	<i>31</i>
<i>La formation</i>	<i>31</i>
<i>Le lieu d'accueil</i>	<i>32</i>
<i>La technologie</i>	<i>32</i>

<i>L'information</i>	33
CONCLUSIONS	34
RÉFÉRENCES	35
ANNEXE 1 : LISTE DES INTERVENANTS CONSULTÉS	37
INTERVENANTS SOCIAUX	37
INTERVENANTS MÉDICAUX	38
CLIENTS DE LA BOUSSOLE	38
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTREVUE	39
ANNEXE 3 : RESSOURCES DE SANTÉ OFFERTES AUX FRANCOPHONES DÉMUNIS	41

Les francophones démuni(e)s de Vancouver et les services de santé à leur disposition

SOMMAIRE

Depuis quelques années la communauté francophone de la Colombie-Britannique a engagé une réflexion sur l'accessibilité aux soins de santé en français.

La communauté francophone de Vancouver est hétérogène sur le plan culturel et social. Les francophones démunis¹ sont doublement minoritaires par rapport à la population générale : de par leurs revenus et de par la barrière de la langue. Il s'agit de ce fait de personnes très vulnérables, sans abri ou à risque de perdre leur logement, et qu'il est difficile de dénombrer.

L'examen des études et de la documentation disponibles nous donne des informations sur les besoins en services de santé des démunis de Vancouver, mais aucune étude n'explore plus spécifiquement ceux des francophones dans le besoin. Parfois même il arrive que les francophones soient exclus de l'étude en raison de leur impossibilité de communiquer avec les chercheurs (McCreary 2001). Notre recherche tente d'adresser ces omissions. Nous cherchons à répondre aux questions : *quels sont les besoins en services de santé en français des francophones démunis et y ont-ils accès? Est-ce que les services disponibles en français suffisent pour répondre à leurs besoins?*

Pour faciliter le recueil des données de notre recherche, nous avons regroupé la population ciblée francophone selon ses origines géographiques, son âge, et/ou sexe en 5 groupes :

- 1) les jeunes hommes, originaires du Québec (d'âge inférieur à 30 ans),
- 2) les hommes adultes (de 30 à 55 ans),
- 3) les aînés, hommes et femmes (âgés de plus de 55 ans),
- 4) les femmes et jeunes enfants,
- 5) les familles immigrées qui viennent principalement d'Afrique du Nord et d'Afrique de l'Ouest.

Notre étude comporte 3 volets :

- A) d'une part des entrevues directes avec des clients de La Boussole (le seul centre communautaire exclusivement francophone de Vancouver et qui a pour mission d'aider les démunis),
- B) puis une recherche sur le terrain au niveau des agences et associations en contact direct avec les francophones défavorisés,
- C) et enfin une consultation auprès du corps médical.

Les besoins en services de santé des francophones ne sont pas différents de ceux de la population générale des démunis, mais il existe plusieurs difficultés à l'accès à ces services de santé :

¹ L'utilisation généralisée du masculin comme genre neutre dans le présent texte ne procède d'aucun préjugé à l'endroit des femmes. Il n'est utilisé que pour alléger le texte.

- En premier lieu une couverture d'assurance médicale insuffisante va limiter le choix des ressources dans le domaine médical. En effet, la Carte Soleil de l'assurance médicale du Québec ne couvre pas tous les frais des assurés en Colombie-Britannique et n'est pas bien acceptée par les intervenants de la santé. Il y a une attente de 3 mois pour accéder à l'obtention d'une carte d'assurance maladie de la Colombie-Britannique.
- Ensuite, un problème d'itinérance et la barrière de la langue vont entraîner souvent un retard de consultation, empêcher un bon suivi et dénier l'accès à la prévention.
- Finalement l'accès à des soins de santé en français, bien que souhaité par la majorité des francophones, n'est que très rarement possible (réseau insuffisant des médecins francophones). L'intervention d'interprète, lorsqu'elle est possible, comporte un certain nombre d'inconvénients (fiabilité, confidentialité, frustration du patient, situations de conflit, problèmes liés à la culture).

Ces difficultés sont essentiellement ressenties dans le domaine de la santé mentale pour tous les groupes étudiés.

Notre étude se conclut avec des recommandations portant sur les 5 leviers proposés par le Comité Consultatif des Communautés Francophones en Situation Minoritaire en septembre 2001 (FCFA 2001):

Le réseautage :

- Augmenter la liste des médecins francophones de RésoSanté en Colombie-Britannique par une campagne d'information ciblée sur les besoins des francophones.
- Encourager le réseautage entre les professionnels de la santé pour l'obtention de références.

La formation :

- Créer un groupe de bénévoles pour l'interprétation dans le domaine médical et/ou en santé mentale et leur offrir une formation adaptée.
- Envisager le bilinguisme comme facteur favorable à l'embauche des professionnels en contact avec les sans-abri : infirmier de rue, travailleur de rue, employé dans les abris et plus particulièrement dans le domaine de la santé mentale.
- Former les intervenants à l'usage des outils technologiques comme l'Internet pour accéder aux ressources en ligne de *BC Health*, par exemple.

Le lieu d'accueil :

- Identifier un point d'entrée dans le système médical avec désignation d'une clinique au centre ville avec un médecin généraliste francophone, sensibilisé et intéressé aux problèmes des démunis, et travaillant en relation avec la Boussole et autres agences.
- Identifier une *Mental Health Clinic* comme centre de consultation en santé mentale.
- Renforcer le rôle d'information de la Boussole avec la distribution d'un kit « santé en français », élaboré avec RésoSanté, expliquant notamment la nécessité d'obtenir une carte d'assurance maladie de la Colombie-Britannique et les procédures à suivre.
- Envisager une consultation régulière d'un psychologue à la Boussole et d'un infirmier. Ce dernier pourrait être bénévole, et se chargerait de prévention pour les jeunes familles et d'information sur les drogues et l'alcool.
- Favoriser la création d'un groupe d'Alcooliques Anonymes et/ou de thérapie de groupe sur la réduction des méfaits en toxicomanie à la Boussole.

- Rouvrir et re-financer la ligne d'écoute Inform'Elles de Réseau-Femmes, pour son rôle de diffusion d'information et de prévention pour les femmes.

La technologie :

- Favoriser l'utilisation de l'Internet qui permet une mise à jour fréquente de la liste des ressources francophones.
- Promouvoir l'utilisation des services en ligne en français de *BC Health*.
- Faire pression pour l'obtention de statistiques tenant compte de la langue parlée, par exemple à travers le système informatique PARIS utilisé par la *Vancouver Coastal Health Authority*.

L'information :

- Sensibiliser les différentes agences sur les problèmes rencontrés par les francophones démunis.
- Diffuser le kit « santé en français » dans des lieux comme l'aéroport, la gare, les agences d'immigration, les centres d'accueil et les écoles.
- Ajouter une rubrique « services en français » dans le *Vancouver Youth Services Directory*.
- Informer les étudiants en médecine francophones au Canada des besoins de la population francophone en situation minoritaire.
- Informer la communauté francophone des services d'interprétation à sa disposition et l'encourager à s'en servir.

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, les communautés francophones du Canada ont engagé une réflexion sur l'accessibilité des soins de santé en français. La Fédération des Communautés Francophones et Acadienne (FCFA) en a fait l'une de ses priorités et a entrepris une série d'initiatives pour développer et améliorer la condition des communautés francophones en situation minoritaire. Le rapport *Pour un meilleur accès à des services de santé en français* en juin 2001 va susciter une « plus grande appropriation de la santé par les communautés francophones en situation minoritaire » et l'élaboration d'un plan d'action pour y parvenir (FCFA 2001). À la demande de la FCFA, Santé Canada a créé le Comité Consultatif des Communautés Francophones en Situation Minoritaire (CCCFSM) chargé de réfléchir sur la problématique des services de santé en français. Le CCCFSM propose en septembre 2001 dans un rapport au ministre de la santé un train de mesures qui vise à améliorer l'accès aux services de santé dans leur langue maternelle pour les francophones (CCCFSM 2001).

Inspirée par ces travaux, la Fédération des Francophones de la Colombie-Britannique (FFCB) s'est penchée sur l'opinion des francophones de la province. En 2002, une enquête a porté sur les données démographiques, le profil de santé et les besoins par rapport à l'accessibilité des services de santé de la population francophone (FFCB 2002). En 2003, RésoSanté voyait le jour, réunissant des intervenants de divers milieux oeuvrant dans le secteur de la santé en Colombie-Britannique et provenant de milieux associatifs et institutionnels, de professionnels de la santé, des gouvernements fédéral et provincial, des institutions de formation de la santé. Sa mission est de supporter le développement, l'accès intégré et la pérennité des services de santé en français en Colombie-Britannique. À cet effet, il propose et appuie des projets de recherche sur des sujets prioritaires.

Notre recherche se situe en complément de l'enquête de 2002 de la FFCB. En effet, pour cette enquête les méthodes de sondage utilisaient la banque de données de la Fédération des Francophones de Colombie-Britannique et n'ont pas permis d'obtenir des renseignements précis au sujet de la population des francophones ayant un revenu annuel inférieur à 20 000 \$. Les résultats de cette enquête s'appliquent-ils à ce segment de la population? Peut-on identifier des problèmes particuliers en ce qui concerne l'accessibilité à des services de santé en français des francophones démunis?

L'objectif de notre recherche est de tracer le profil des francophones démunis et de déterminer le type de services de santé auquel ils ont besoin d'avoir accès en français. Les services en français disponibles sont-ils suffisants pour répondre à leurs besoins? Les francophones démunis peuvent-ils y avoir accès?

DÉFINITIONS

Francophone : Par le terme « francophone, nous entendons toute personne qui utilise le français comme langue de communication, que ce soit au travail, dans les études ou à la maison. En ce sens, le français n'est pas nécessairement la ou l'une des langues maternelles (...), mais il s'agit d'une langue d'usage. Par exemple une personne marocaine, qui a étudié en français ou qui a utilisé le français au travail au Maroc sera considérée comme francophone. » (Lapointe 2004).

Démunis : revenus annuels inférieurs au seuil de pauvreté. Nous considérons comme défavorisées les personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté et qui ont des difficultés à s'exprimer en anglais. Certaines personnes vont être sans abri : vivant dans la rue, les parcs, la plage, une voiture, des abris temporaires, et d'autres sont à risque de perdre leur hébergement car elles payent une portion trop importante de leur revenu pour leur logement

ou bien vivent avec des amis ou de la famille de façon temporaire. Dans tous les cas, leur mauvaise connaissance de l'anglais va être un facteur d'isolation et de difficultés et limitations importantes dans l'obtention d'un emploi.

Besoins en services de santé en français : on se limitera aux soins de santé primaires.

Aire géographique de Vancouver : la ville de Vancouver et les cités adjacentes.

DÉMOGRAPHIE

Les francophones démunis ne représentent pas une population homogène, de par leur âge, sexe et origines géographiques (certains sont nés au Canada, d'autres immigrants ou encore réfugiés). Leurs conditions de vie, leurs besoins et accès en services de santé vont être déterminés en grande partie par ces variables.

D'après le recensement de 2001 (FCFA 2004):

- Les francophones représentent 1,6% des habitants de la province alors que pour 24,3% des habitants la langue maternelle est une langue différente des langues officielles (et ce pourcentage est en augmentation).
- 14% des franco-colombiens de la province sont nés hors Canada et seulement 13,5% sont nés en Colombie-Britannique et le reste dans les autres provinces du Canada.
- Sur le plan des revenus: le revenu individuel moyen (26 293 \$) des francophones de la Colombie-Britannique est égal au revenu moyen provincial (26 295 \$). Un francophone sur 2 dans la province a un revenu annuel inférieur à 20 000\$ et 1 sur 4 un revenu annuel inférieur à 10 000\$ ou n'a pas de revenu.
- La zone urbaine de Vancouver incluant la ville de Vancouver, Surrey, Burnaby, North Vancouver, West Vancouver et Coquitlam, compte plus de 29 700 francophones.

Il est difficile de dénombrer avec précision les francophones démunis : le recensement de 2001 de Statistique Canada ne nous donne que soit les démunis (personnes aux revenus inférieurs à un certain seuil), soit les francophones, mais pas la combinaison des deux facteurs. Par ailleurs la population des sans abri ainsi que celle des personnes à risque de perdre leur logement ne peuvent être dénombrées de façon formelle. Ainsi un rapport paru en 2004 donne les résultats de 25 nuits de recherche effectuées entre 2001 et 2003 par des employés du Housing Center de Vancouver et des bénévoles avec comme but de répertorier le nombre de sans abri sur la ville de Vancouver : les estimations vont de 500 à 1200 personnes et ceci sans tenir compte du nombre de personnes qui utilisent les refuges ou qui bénéficient d'abris temporaires. Les recherches ont aussi été limitées géographiquement (Graves 2004). Le rapport mentionne que ces chiffres sont le double de ceux de 2001.

Une étude réalisée en 2002 donne une estimation du nombre de sans abri et personnes à risque de le devenir dans la région du grand Vancouver ainsi qu'un profil de cette population. Cette étude ne tient pas compte de la langue parlée des personnes et d'ailleurs n'inclut pas non plus le centre francophone à mission sociale de Vancouver dans les centres de jour investigués (Woodward 2002).

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Nous avons trouvé soit des documents et études portant sur des points précis : sans-abri, santé mentale, drogue, etc., soit des études couvrant d'autres groupes linguistiques ou ethniques, mais aucune étude portant spécifiquement sur les francophones démunis de Vancouver.

Du point de vue de la *santé*, les francophones démunis présentent deux handicaps par rapport à la population générale : leurs revenus restreints (et les modes de vie qui en découlent) et la barrière de la langue.

LA SANTÉ ET LES DÉMUNIS

De nombreuses études canadiennes décrivent les conditions de vie et l'état de santé des jeunes de la rue, des sans-abri et des itinérants des grandes villes du pays (Graves 2001, Eberlé 2001, McCarthy 1995, McCreary 2001, McCreary 2002). Cependant, nous n'avons trouvé aucun rapport sur la situation des francophones dans le besoin de Vancouver. Parfois même il arrive que les francophones soient exclus d'une étude en raison de leur impossibilité de communiquer avec les chercheurs comme le cite la *McCreary Centre Society* qui doit pour cette raison éliminer de son enquête plusieurs jeunes d'âge inférieur à 19 ans.

Problèmes de santé spécifiques aux sans-abri :

Les conditions de vie des sans-abri vont augmenter leur risque de contacter des maladies infectieuses telle que la tuberculose, des infections respiratoires, ou des maladies de peau telle que la gale. La malnutrition à long terme peut entraîner des problèmes chroniques tels que l'anémie et certaines maladies dégénératives des os. L'hygiène bucco-dentaire est pauvre : il existe un besoin accru de traitement par rapport à la population générale en raison d'infection, douleur et cavités dentaires (Eberlé 2001).

Le stress vécu dans la rue peut déclencher des prédispositions génétiques à certaines maladies telles que l'hypertension artérielle, le diabète (Frankish 2003, Eberlé 2001). Ces maladies vont souvent être traitées de façon inadéquate.

Dans la rue ou dans les abris, il y a de grandes chances d'être exposé à de la violence et des traumatismes. Les blessures sont souvent la conséquence de chutes, d'agressions ou d'accident de la voie publique. Les jeunes de rue et les personnes souffrant d'une maladie mentale vont être bien plus susceptibles à ce genre de risque.

Mortalité :

« Un grand nombre d'analyses et d'études empiriques utilisant diverses mesures du revenu et de la santé et portant sur divers échantillons démontrent, à différents points dans le temps, un lien très étroit entre le revenu et la morbidité et la mortalité » explique Shelley Phipps (2003). Plus particulièrement, une étude réalisée à Montréal sur une cohorte de 1013 jeunes de rue (de 14 à 25 ans) montre une mortalité 11 fois plus importante par rapport à la population des jeunes en général. Les causes de mortalité sont, par ordre de fréquence décroissante : le suicide, les overdoses, les traumatismes et les infections (Roy 1998, Roy 2004). Parmi les hommes utilisant les abris de Toronto, le taux de mortalité est 8,3 fois plus élevé par rapport à la population générale entre 18 et 24 ans, 3,7 fois entre 25 et 44 ans et 2,3 fois entre 45 et 64 ans (Hwang 2000, cité par Frankish 2003).

Santé mentale et consommation de drogues :

La prévalence de maladies mentales et d'abus de drogues est plus élevée parmi les sans abri que parmi la population générale. Les désordres affectifs sont très fréquents avec des taux de prévalence allant de 20 à 40% suivant les études citées par Frankish 2003.

Dans certains cas, une maladie mentale va prédisposer une personne à vivre dans la rue alors que dans d'autres cas, la vie dans la rue va être la cause ou déclenchement d'une maladie mentale. Par ailleurs l'apparition d'une maladie mentale augmentera l'éventualité de longues périodes de temps dans la rue (Eberlé 2001). En outre, un grand nombre de personnes souffrant de maladies mentales ont aussi une dépendance aux drogues et à l'alcool.

Les recherches montrent pour les jeunes de rue une prévalence plus importante par rapport à celle de la population générale des désordres mentaux comme la schizophrénie (6,1% versus 0,7%), dépression majeure (12,2% versus 2,6%), consommation d'alcool (21,2% versus 9,3%) et de consommation de drogues entraînant abus et dépendance (23,7% versus 18,6%) (Boivin 2003).

Une enquête réalisée en 2001 à Vancouver par la *McCreary Centre Society* se penche sur l'état émotionnel et la consommation de drogues des jeunes de rue d'âge inférieur à 19 ans : 25% ont fait une tentative de suicide dans l'année, 79% des jeunes interrogés ont utilisé de la marijuana plus de 100 fois dans leur vie, 81% ont utilisé une fois ou plus des drogues illégales, et 65% pensent qu'ils sont dépendants d'une ou plusieurs substances (McCreary 2001).

Virus HIV et SIDA :

L'infection par le virus HIV et le Sida est plus fréquente parmi les sans-abri que dans la population générale. Les facteurs de risques sont la prostitution, les partenaires sexuels multiples, l'usage inconsistant de préservatifs et les injections de drogues (Eberlé 2001)

Problèmes spécifiques aux femmes :

L'organisation Réseau-Femmes a conduit une étude sur les femmes itinérantes en Colombie-Britannique (Younes 1997). Les femmes « se retrouvent sans abri pour des raisons situationnelles, » à cause de problèmes économiques, de problèmes mentaux ou de mauvais traitements. Les femmes itinérantes courent de grands risques d'agressions physiques et sexuelles. Parce qu'elles ont tendance à nier leur itinérance, ou pour éviter de vivre dans la rue, certaines femmes vont se retrouver dans une série de relations temporaires, parfois violentes.

Le taux de grossesses des femmes dans la rue est plus élevé comparé aux autres groupes de femmes (Eberlé 2001). Chez les jeunes de rue en dessous de 19 ans, l'étude de la *McCreary Centre Society* de 2001 note 29% de maladies sexuellement transmissibles et 33% de grossesses. Les facteurs de risques associés (malnutrition, stress, logement inadéquat, consommation d'alcool et de drogues) entraînent souvent des avortements (1/3 des cas), une prématurité et hypotrophie du nouveau-né (Eberlé 2001, p.11)

La santé des immigrants :

À leur arrivée au Canada, les immigrants sont en général en meilleure santé que les canadiens de naissance car les personnes en bonne santé ont plus de chance d'émigrer, les processus de sélection écartent les candidats atteints de maladies graves et les immigrants ont une consommation moindre

de tabac. Les réfugiés sont en moins bonne santé que les immigrants en général à cause de leurs expériences vécues avant d'arriver au Canada et des processus de sélection moins stricts. Leurs enfants sont plus susceptibles de souffrir de graves problèmes qui peuvent affecter leur développement cognitif, social et émotif (Kinnon 1999).

En général, on souligne une sous-utilisation du système de santé et en particulier des services de santé mentale, que l'on rapporte au fait que les immigrants sont en meilleure santé, mais aussi aux obstacles à l'accès aux soins et aux croyances culturelles à l'égard de ces services.

Après un certain temps, le niveau de santé des immigrants rejoint celui des canadiens de naissance.

LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX SOINS

De nombreuses études qui examinent l'utilisation du système de santé par les sans-abri en soulignent une plus grande utilisation, une plus grande fréquence d'hospitalisations et une plus grande utilisation des services d'urgence dues au fait que les sans abri n'ont pour la plupart pas de médecin de famille. Le suivi va présenter des difficultés à cause de l'impossibilité de contacter le patient, du manque de ressources financières (dans le cas de soins dentaires par exemple) et aussi des difficultés dans l'observance des prescriptions ou d'un régime (Frankish 2003).

Beaucoup de sans-abri ne possèdent pas de carte d'assurance maladie, et vont se voir refuser des soins, ce qui engendre des problèmes majeurs dans le cas de maladies mentales et maladies infectieuses (Eberlé 2001, p.16).

En ce qui concerne les jeunes de rue, une enquête réalisée auprès de quelques jeunes à Vancouver (McFadyen 2002) identifie aussi la situation géographique comme barrière aux soins : les jeunes ne vont pas quitter leur quartier pour aller se faire soigner. D'autre part, l'auteure note une grande procrastination due en partie au fait que les jeunes vont placer leur dépendance aux drogues avant leur santé, mais aussi à un sentiment de discrimination du corps médical et de honte vis-à-vis de leur aliénation. Dennis Long (1997) de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie donne les recommandations suivantes afin de garder les jeunes de rue en sécurité et en bonne santé même s'ils ne veulent pas changer leur mode de vie:

- Comme les jeunes ne font pas confiance aux adultes (surtout à ceux qui ont une position d'autorité), il faut que les travailleurs aillent rencontrer les jeunes dans la rue et dans les centres de détention, avec des horaires de travail flexibles.
- Il est important aussi de faciliter leur accès à un service de santé « sympathique » et établir la communication.
- Il rappelle aussi l'importance du suivi et de la consistance. La plupart des jeunes pour sortir de la rue et vivre une vie plus stable vont avoir besoin de traitement de leurs addictions et de traitement en santé mentale avec une formation professionnelle et un hébergement adéquat.

LA BARRIÈRE DE LA LANGUE

Dans son rapport sur les barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé Sarah Bowen (2001) indique que les patients vont rencontrer une barrière linguistique dès le premier contact avec le

système de santé ne serait-ce que pour prendre un rendez-vous, demander les directions, etc. Ceci peut retarder les soins.

D'autre part, la barrière de la langue va entraîner une participation plus faible aux programmes de prévention et de dépistage et par contre une participation plus forte pour les urgences et les examens complémentaires, déterminée par le patient ou par l'intervenant par mesure de précaution.

En santé mentale, diagnostic et traitement sont tributaires de la langue et de la culture plus que dans tout autre domaine. L'auteure rapporte les problèmes rencontrés avec la présence d'interprètes non formés entraînant des difficultés supplémentaires de diagnostic, de confidentialité, d'abandon du suivi.

De plus, il arrive souvent que les conseillers psychologiques ne fassent aucun effort particulier pour assurer l'accès linguistique, même quand les usagers sont toxicomanes ou victimes de violence familiale. Ils préfèrent éventuellement diriger les clients vers des organismes d'« aide générique » tels que les organismes qui fournissent des services aux immigrants; ces organismes ne possèdent aucune connaissance spécialisée du problème de santé mentale. Le résultat est un système de services à deux vitesses : un bien adapté pour les anglophones, un second, plus limité, pour les autres.

Finalement, l'observance du patient est moins bonne quand il existe une barrière linguistique du fait de mauvaises compréhension et communication avec l'intervenant.

Du côté des intervenants, les barrières ne sont pas sans poser de problèmes : frustration, stress et risque de poursuites accru. L'obtention du consentement va demander des soins particuliers (Bowen 2001).

« L'accessibilité à des services de santé dans sa langue constitue par le fait même bien plus qu'un respect pour la culture de l'utilisateur de service. Il s'agit d'un élément parfois essentiel à l'amélioration des conditions de santé et à l'appropriation de la santé par cette population » déclare Dyane Adam, commissaire aux langues officielles (Adam 2001).

MÉTHODOLOGIE

Notre étude descriptive et qualitative s'est déroulée sur 4 semaines (Juillet 2004) pendant lesquelles nous avons rencontré des francophones démunis à la Boussole (lieu où se retrouvent les francophones dans le besoin) et des intervenants sociaux dans la communauté.

Dénombrer les francophones démunis pose des problèmes de méthodologie difficiles à résoudre. Ceci d'une part à cause de l'itinérance de la population, du fait que beaucoup de personnes sont sans adresse fixe et d'autre part que les refuges et les centres d'accueil —s'ils tiennent des registres précis— ne le font pas toujours en fonction de la langue parlée ou bien en laissent l'initiative aux clients qui ne vont pas s'identifier comme francophones. Nous avons donc choisi de ne pas dénombrer le nombre total des francophones démunis plutôt que de chercher à apporter des corrections arbitraires.

LA BOUSSOLE

La Boussole est le seul centre communautaire francophone à mission sociale à Vancouver. Elle offre de nombreux services aux francophones démunis. La Boussole a vu le jour en 1992 dans le quartier du Downtown Eastside de Vancouver. Après plusieurs déménagements, elle se trouve depuis 1999 dans le secteur est de la ville de Vancouver.

Incorporée depuis 1996, la Boussole n'a cependant toujours pas de financement à long terme mais doit négocier chaque année ses subsides auprès des gouvernements fédéral, provincial et municipal. Au moment de notre recherche, l'équipe de la Boussole comprend six employés : la directrice générale, un intervenant social, une coordonnatrice des programmes, un travailleur de rue, un conseiller à l'emploi et deux jours par semaine une conseillère paralégale spécialisée dans la défense des droits des démunis.

La mission sociale de la Boussole est d'accueillir les nouveaux arrivants francophones sans ressources et de se consacrer aux résidents francophones des quartiers pauvres qui l'entourent. Par ailleurs, elle maintient des services en éducation et formation pour les adultes et entretient des liens de coopération et d'échange avec les organismes à buts semblables.

Elle propose de nombreux services tels que intervention d'urgence, accompagnement, recherche d'emploi et aide dans la rédaction de CV, information et référence, réception de messages et courrier, interprétation et traduction, aide sur ordinateurs, aide alimentaire, cuisine communautaire, aide juridique, accès à l'Internet.

Parfois plus de 50 personnes visitent le centre quotidiennement (voir table 1).

Les clients de la Boussole sont souvent référés par des agences du centre ville, les hôpitaux, et cliniques, les agences d'immigration, les abris, les écoles francophones. Beaucoup vont avoir connaissance de la Boussole par bouche-à-oreille en fréquentant d'autres francophones.

Ses employés sont amenés à travailler fréquemment en dehors du site de la Boussole pour des clients francophones qui ne se rendront pas forcément à la Boussole par la suite et ce pour gestion de crise, accompagnement médical, référence à différents organismes, conseils, etc. Par exemple un hôpital de Vancouver va demander de contacter la famille d'un patient francophone inconnu de la Boussole, un centre pour sans-abri avec troubles mentaux va demander l'aide de l'intervenant social pour un client unilingue.

Table 1 : FRÉQUENTATION À LA BOUSSOLE - JUILLET 2003 À JUIN 2004

	Fréquentation totale	Nombre de jours ouvrables	Fréquentation moyenne par jour	Fréquentation féminine	Pourcentage de femmes %
Juin 2004	512	21	24	126	25
Mai 2004	592	20	30	134	23
Avril 2004	584	20	30	133	23
Mars 2004	839	23	37	197	23
Février 2004	635	20	33	165	26
Janvier 2004	542	21	26	200	37
Décembre 2003	543	20	27	125	23
Novembre 2003	604	16	38	163	27
Octobre 2003	680	20	34	224	33
Septembre 2003	590	24	25	160	27
Août 2003	518	19	27	140	27
Juillet 2003	621	24	26	171	26
Année	7260	248	29.3	1938	27

LES ENTREVUES

Les entrevues ont toutes eu lieu à La Boussole sur une période de 4 semaines. Les clients et clientes de la Boussole étaient abordés au hasard et nous n'avons essayé qu'un seul refus.

Pour nous aligner avec les recherches déjà entreprises, nous avons établi 5 groupes de francophones démunis (voir table 2) :

- les jeunes hommes du Québec d'âge inférieur à 30 ans. Nous nous sommes arrêtées à cette limite d'âge car les études et programmes incluent souvent les jeunes jusqu'à cet âge (McCreary 2002, p. 16)
- les adultes hommes entre 30 et 55 ans
- les aîné(e)s : plus de 55 ans
- les immigrants de langue française
- les femmes et enfants.

Pour l'affectation des femmes à un groupe, l'appartenance à un groupe immigrant ou personnes âgées a eu priorité en raison des conditions de vie bien plus spécifiques de ces groupes.

Les limites de notre recherche sur le terrain sont que les informations recueillies reflètent l'expérience des personnes interrogées et ne peuvent être généralisées à la population. Notre recherche ne repose pas non plus sur des règles d'échantillons et de groupes contrôles.

De plus selon la période de l'année, les intervenants de La Boussole notent une variation de la démographie. Ainsi au début de l'été les jeunes arrivent très nombreux du Québec pour se rendre dans la vallée de l'Okanagan faire la cueillette des fruits.

Afin d'augmenter la validité de notre recherche, nous avons effectué une enquête sur le terrain en rencontrant les travailleurs sociaux ou personnes qui sont potentiellement en contact avec des francophones dans le besoin : école francophone, centres d'accueil pour jeunes, refuges, travailleurs de rue, interprète, agences d'aide aux immigrants.

Table 2 : Nombre de sujets dans les cinq groupes étudiés

Groupe	Homme	Femme	total	%
Jeunes du Québec	10	0	10	22%
Hommes 30-55 ans	13	0	13	28%
Aînés, > 55 ans	5	2	7	15%
Femmes et enfants	0	6	6	13%
Immigrés	7	3	10	22%
Total	35	11	46	
%	76%	24%		

LE QUESTIONNAIRE

Les entrevues se sont déroulées avec un guide d'entrevue ouvert, c'est-à-dire que la personne interrogée était encouragée à développer la réponse à la question posée. Les clients ont tous donné leur consentement oralement, en sachant que leurs réponses resteraient anonymes.

Notre questionnaire porte sur les conditions de vie : isolement, logement, alimentation, usage de drogues et alcool, assurance maladie, et cherche à identifier les besoins en services de santé. Dans la mesure du possible, nous avons essayé de comprendre leurs expériences antérieures avec les systèmes de santé de la Colombie-Britannique et leurs moyens d'information.

Voir guide d'entrevue en annexe 2.

RÉSULTATS DES CONSULTATIONS

1 - LES JEUNES DU QUÉBEC

LE PROFIL DU GROUPE

Nous avons conduit 10 entrevues avec des jeunes québécois de 17 à 30 ans.

Ils sont tous arrivés à Vancouver récemment (en moyenne depuis dix mois) et ne connaissent personne à leur arrivée à Vancouver. Dans la moitié des cas ils sont venus à plusieurs. La moitié d'entre eux n'ont pas d'adresse fixe : ils dorment sur la plage ou dans les parcs, dans une voiture, deux utilisent les refuges (Lookout et Armée du salut) et ne bénéficient pas du Bien-être Social. Les autres partagent un logement avec d'autres francophones.

Ils sont tous chercheurs d'emploi, ou alors travaillent seulement occasionnellement; l'un suit des cours à Éducacentre, un autre a commencé à faire du bénévolat.

Leur niveau d'éducation va de la sixième année à la dixième et deux ont complété leur secondaire. Tous pensent avoir un niveau d'anglais rudimentaire ou moyen : leur compréhension de l'anglais est acceptable, disent-ils, mais ils reconnaissent avoir beaucoup de limitations dans leur expression orale. Deux tiers utilisent l'Internet.

Sur les dix, huit n'ont pas leur *CareCard* de Colombie Britannique. Ceux qui étaient en possession de la Carte Soleil rapportent tous avoir eu des difficultés à la faire accepter. (Voir plus bas « Le problème de l'assurance médicale » p. 27).

Tous les jeunes interrogés aimeraient trouver des ressources en français. Mais « si on demande un service francophone on n'est pas bien reçu. C'est vécu comme une critique par le médecin anglophone » dit un jeune.

Tous les jeunes utilisent les cuisines communautaires, les banques d'alimentation, et deux les dumpsters de MacDonald et Starbucks.

LA SANTÉ

La moitié évalue leur santé comme moyenne et rapporte des signes comme une asthénie, manque d'énergie, anorexie, cauchemars récurrents, palpitations, douleurs articulaires dans les mains et les genoux.

Sept jeunes rapportent une consommation régulière de drogues et 9 une consommation importante de cigarettes.

Leurs expériences récentes avec le système médical se sont déroulées toujours en anglais et ont eu lieu au *Health Contact Centre*, walk-in cliniques, la clinique *3 Bridges*, le *Strathcona Mental Health Team*, l'hôpital St Paul, le *Pender Community Health Centre* et ont été occasionnées par:

- Fractures de côtes
- Morsure au menton lors d'une bagarre

- Une grippe
- Une douleur au genou d'origine traumatique
- Deux problèmes liés au travail (bronchite à cause de la poussière et lombalgies chez un jeune de 19 ans employé à un travail de démolition)
- Un client est suivi en santé mentale régulièrement depuis deux ans (visites hebdomadaires ou toutes les deux semaines) suite à une consommation de drogues pendant dix ans. Ce client a bénéficié de l'aide d'interprètes de MOSAIC à quelques reprises et de l'accompagnement d'un travailleur social. Il rapporte avoir eu l'impression de ne souvent pas avoir été « entendu » par la psychiatre et que « ce serait plus simple en français! » A ce point de son traitement, il restera avec son médecin avec qui il a une bonne relation, même s'il est obligé parfois d'utiliser le dessin et les gestes pour se faire comprendre! Ce client évalue à 10% du nombre de ses consultations médicales l'aide d'interprétariat reçue.
- Dans un autre cas, un jeune qui se plaint de manque d'énergie, d'absence d'émotions et d'angoisses est allé consulter à deux reprises lors d'une crise d'anxiété aiguë, sans effet (les examens complémentaires requis ne peuvent être réalisés car le client n'est pas en possession de sa carte d'assurance médicale de la Colombie Britannique, et il n'y a aucune ressource francophone accessible sur le plan de la santé mentale).

Deux jeunes rapportent que lors d'une consultation en urgence dans un hôpital de la ville, on leur a refusé une consultation médicale demandée pour l'un suite à une morsure occasionnée lors d'une bagarre, et l'autre un accident de la voie publique. Les jeunes ne possédaient pas d'assurance maladie.

LES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES AUX JEUNES DU QUÉBEC

Par rapport aux jeunes de rue en général, les jeunes de rue francophones originaires du Québec ont un cheminement très particulier: d'abord ils ont quitté le Québec soit en raison de problèmes familiaux ou relationnels, soit de problèmes avec les autorités (services de la Protection de la Jeunesse par exemple, police judiciaire), ou bien aussi une consommation de drogues, etc. Après avoir parcouru plus de 5000 kilomètres dans des conditions difficiles, ils se retrouvent isolés dans un environnement étranger avec une langue étrangère et aucun service d'aide.

Il est difficile de les recenser du fait de leur mode de vie et des variations saisonnières (on note un afflux de jeunes vers le printemps et l'été). Les différentes recherches en cours s'accordent sur des chiffres bien supérieurs à 300 jeunes qui représenteraient 20% de la population totale des jeunes de rue qui vivent à Vancouver (Verdant 2000). Il y aurait une fille pour trois garçons.

Ces jeunes de rue ne fréquentent pas ou que rarement la Boussole qui est géographiquement excentrée des lieux où ils se tiennent. Lorsqu'ils y viennent c'est pour y trouver de l'aide pour le logement, la nourriture, mais aussi sur le plan émotionnel, de l'écoute et de l'information dans leur langue.

Nous avons recueilli plus d'information à leur sujet par des consultations auprès d'intervenants sociaux : travailleur de rue, *peer counsellor*, agent de liaison à l'emploi ou dans les centres qui leur procurent des ressources : *Covenant House* et *Dusk to Dawn*.

Covenant House, un organisme communautaire qui propose des programmes pour aider les jeunes sans abri à se reprendre en main, a eu des contacts l'an dernier avec 85 jeunes du Québec dont la langue première est le français. À *Dusk to Dawn*, centre d'accueil pour les jeunes de rue d'âge

inférieur à 21 ans, les statistiques pour la période d'avril 2002 à mars 2003 montrent que des services ont été offerts à 720 jeunes et parmi eux notent 118 Québécois, soit 16% des jeunes. Pour comparaison, 113 jeunes des Premières Nations ont eu besoin des mêmes services.

Ils nous rapportent que ces jeunes francophones restent ensemble la plupart du temps dans le West End de la ville ou Granville South. Ils ne font pas confiance aux adultes. Le seul travailleur de rue francophone est un employé de la Boussole qui va les rencontrer dans la rue et va être appelé à faire des interventions par d'autres agences.

Difficultés d'accès aux soins

Tous les intervenants sociaux rapportent que beaucoup de jeunes « ne veulent pas prendre soin de leur santé » et qu'ils ont des problèmes à accéder aux soins de santé. Ils ont besoin d'une personne qui défende leurs droits lors de leur consultation médicale: ils sont mal reçus parce qu'ils n'ont pas d'assurance médicale, parce qu'ils ne sont pas capables de s'exprimer en anglais, et également à cause de leur choix de vie. Les consultations médicales ne sont ainsi réalisées que dans le cadre de l'urgence. Souvent même il est difficile de raisonner le jeune à accepter le traitement, ce qui ne peut être réalisé qu'en français: il est ainsi rapporté 2 cas où une infection mal soignée a évolué en une septicémie pour l'une et un début de gangrène pour l'autre, dans les 2 cas le patient ayant refusé le traitement antibiotique proposé lors de la première visite.

Les difficultés de l'intervention des infirmiers de rue

Il est intéressant de noter que les travailleurs de rue en santé mentale et infirmiers de rue anglophones consultés rapportent ne voir que très peu de francophones « ils sont là, c'est juste que je ne les vois pas *in my practice* » alors que un jeune dans la rue depuis six ans nous dit que le service des infirmières de rue « est très transparent ». Serait-ce que la barrière de la langue empêche le service de fonctionner? Un autre intervenant explique que quelques francophones ne « veulent rien savoir des travailleurs de rue parce que cela implique qu'ils vont établir une relation, que l'on va savoir leur nom. S'ils sont en fugue du Québec, ils se font pogner! »

Toutefois, à *Dusk to Dawn* deux médecins consultent deux soirées par semaine et l'un d'eux parle français. Trois soirs par semaine les infirmiers de rue visitent également le centre. Ces professionnels de la santé ont la possibilité de pouvoir obtenir presque sur le champ un *personal health number*.

Absence de ressources francophones en santé mentale

Beaucoup de jeunes souffrent de problèmes mentaux occasionnés par les drogues actuelles (crack et crystal méthamphétamine). *Dusk to Dawn* souligne dans son rapport annuel 2002-2003 que « le crystal méthamphétamine est devenue la drogue de choix (80% des jeunes qui fréquentent le centre la fument ou se l'injectent). Cette drogue, très abordable, réduit la sensation de faim et de sommeil. Le staff remarque ainsi de plus en plus de jeunes qui n'ont pas mangé ni dormi depuis plusieurs jours. La drogue crystal méthamphétamine qui circule dans la rue maintenant est différente de celle vue auparavant et entraîne une augmentation de comportements bizarres, paranoïa, agressivité, états délirants et des incidents de violence qui créent un défi au programme. La santé générale et l'équilibre mental des jeunes ont beaucoup diminué et les conditions dans la rue apparaissent pires pour ces jeunes que ce que le staff a pu voir dans ses 7 années d'existence. » (Romilly 2003) Comme il n'y a aucune ressource francophone connue en santé mentale il n'y a pas d'intervention possible, ni de suivi.

Un intervenant à *Youth Action Centre* nous précise que « après 4 ou 5 jours de détox, c'est le moment où on va penser à faire des plans pour le post détox et là il y a un gros problème car la communication est très pauvre en anglais. Est-ce qu'ils vont vraiment faire un plan, aller dans un centre pour 3 mois et pas être capables de communiquer avec les gens? Il n'y a pas de centre francophone de détox. » Il pense que si les francophones veulent « arrêter leur addiction, ils vont détoxifier dans la rue, tout seuls, ou bien ils vont rentrer au Québec et essayer de rentrer dans des services francophones. »

Absence de réseau au niveau des ressources francophones

S'il n'y a pas de centre de désintoxication identifié comme francophone à proprement parler nous avons rencontré une éducatrice francophone du programme de *Youth Detoxification de DEYAS* qui s'occupe de jeunes en dessous de 22 ans et qui nous mentionne que « les autres organisations ne savent pas qu'on parle le français » et donc ne vont pas leur référer leurs clients.

Il existe donc un problème d'information et de réseautage au niveau des intervenants sociaux francophones. C'est par le bouche-à-oreille que se fait l'information sur les intervenants francophones au niveau communautaire, en dehors de la Boussole. Or c'est souvent par les intervenants que va passer l'information sur les professionnels de la santé disponibles en français.

Suggestions

- Identifier une clinique du centre ville qui serait le centre de référence pour les jeunes francophones.
- Engager un travailleur de rue liaison francophone.
- Engager un travailleur de rue en santé mentale qui soit bilingue.
- Informer les jeunes des possibilités de consulter en français en ajoutant une rubrique Health Services en français dans le *Survival Manual* ou *Vancouver Youth Services Directory* qui est une compilation de tous les services de la ville de Vancouver pour les jeunes à risques.

2 - LES TRENTE À CINQUANTE-CINQ ANS

LE PROFIL DU GROUPE

Nous avons conduit 13 entrevues avec des hommes adultes de 30 à 55 ans. Ils sont à Vancouver depuis quelques années (entre deux mois et pour l'un 26 ans, en moyenne sept ans). Ils sont tous originaires du Québec, sauf un originaire de France; trois ont de la famille en Colombie-Britannique (frère, tante, ex femme et enfants).

Un seul a un travail fixe; ils sont soit à la recherche d'un emploi, soit ont un travail à temps partiel qui leur permet de payer le logement, soit sont non employables à cause d'un problème d'incapacité physique.

Quatre d'entre eux n'ont pas de logement fixe; ils logent dans la rue, chez des amis, passent quelques nuits dans un abri de secours.

Ils se nourrissent souvent dans les refuges et fréquentent les cuisines communautaires car ils n'ont pas les ustensiles pour cuisiner dans leurs logements. Trois bénéficient en ce moment de l'aide sociale.

Deux hommes sont possesseurs de la carte d'assurance maladie de la Colombie-Britannique, un de celle du Québec et un autre de celle de l'Ontario. Deux seulement ont un médecin traitant (anglophone dans les deux cas) et tous souhaiteraient consulter en français.

Sur le plan de l'éducation, deux ont complété leur éducation secondaire, et deux d'entre eux sont illettrés. Tous sauf ceux qui sont illettrés se servent beaucoup de l'accès Internet pour des jeux, mais aussi la recherche d'emplois. Huit évaluent leur niveau de communication en anglais de rudimentaire à moyen, « je me fais comprendre » et cinq excellent.

LA SANTÉ

Ils considèrent leur santé comme moyenne. Leurs expériences avec le système médical se sont faites toutes les fois en anglais et l'un rapporte avoir été mal reçu en tant que francophone. Les raisons de consultations ont été :

- Une grippe
- Des maladies sexuellement transmissibles
- Un problème de contact avec un tuberculeux au travail
- Une lithiase biliaire
- Une crise de colique néphrétique
- Des manifestations de stress
- Une sciatique chronique
- Une bursite de l'épaule
- Une bronchite chronique
- Une hypertension artérielle
- Un diabète
- Un asthme

Un autre exprime ses difficultés à effectuer un travail physique—le seul qu'il connaisse—à cause d'une limitation physique, mais n'arrive pas à toucher l'assurance invalidité.

Tous les hommes sauf deux rapportent une addiction : soit alcool, soit drogues pour trois d'entre eux, (quatre autres sont d'anciens consommateurs) et tous sauf un le tabac avec en moyenne une vingtaine de cigarettes roulées par jour.

LES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES DES 30 À 55 ANS

Ce qui frappe chez ce groupe de clients, c'est la solitude: ils fréquentent régulièrement la Boussole et on note un grand usage de l'Internet. On a l'impression aussi qu'ils survivent : ils travaillent juste assez pour ne pas être dans la rue et on peut établir le parallèle avec leur attitude envers leur santé. On consulte en cas d'extrême besoin, mais on ne pense pas prévention et le traitement des addictions est souvent voué à l'échec dans ces conditions d'isolement avec une barrière de langage.

Lors de trois entrevues, les clients mentionnant un besoin de consulter, la chercheuse s'est proposée de prendre un rendez-vous médical (éliminant la première barrière linguistique rapportée par ces trois personnes). Il s'est avéré par la suite qu'aucune de ces personnes ne s'est rendue aux rendez-vous! Les raisons invoquées ont été la distance et l'anticipation de ne pas pouvoir bien s'exprimer. Il semble donc que dans certains cas il faille faciliter ce premier contact avec le système de santé soit par un accompagnement médical, soit par une présence régulière d'un intervenant médical au centre communautaire.

Il est très difficile de chiffrer ici encore la population de ce groupe d'âge, d'une part parce que les agences, abris et centres ne font pas tous un recueil de cette information et que d'autre part les personnes ne vont pas forcément s'identifier comme francophones, surtout si elles pensent posséder un niveau d'anglais suffisant. Ainsi le refuge le *Lookout* nous mentionne avoir hébergé au minimum 45 francophones l'année dernière.

Dans les abris comme le *Lookout* ou *Triage Emergency Services* si un problème de compréhension survient, une personne de l'équipe, ou un autre client francophone va pouvoir effectuer la traduction. Si un accompagnement médical est nécessaire on appellera l'intervenant social de la Boussole. Celui-ci nous rapporte que cet accompagnement médical représente l'essentiel de ses interventions, une trentaine d'actes mensuels qui comportent référence, traduction et accompagnement médical avec prédominance de cas dans le domaine de la santé mentale. En effet il n'existe aucune ressource francophone en santé mentale.

Le *Safe Injection Site* du centre ville ouvert depuis septembre 2003 nous indique une fréquentation en moyenne de 525 visites par jour, mais l'estimation d'utilisateurs francophones serait de l'ordre de 1%. Trois personnes dans l'équipe peuvent parler le français, cependant l'échange est limité surtout en ce qui concerne la prophylaxie.

L'un des clients interrogés rapporte avoir fait partie d'un groupe d'Alcooliques Anonymes qui se déroulait en français, mais ce groupe été dissout récemment bien que le client rapporte la présence de nombreux francophones dans les réunions auxquelles il participe.

Suggestions

Dans les suggestions proposées on note :

- une consultation régulière qui aurait lieu à la Boussole avec un psychologue et un infirmier ou bien un médecin francophone qui ferait une visite mensuelle
- un médecin attitré à la Boussole qui accepterait de voir les francophones dans son cabinet
- accès à un groupe de bénévoles bilingues pour accompagnement médical
- faciliter la création d'un groupe d'Alcooliques Anonymes et/ou thérapie de groupe sur la réduction des méfaits en toxicomanie qui pourraient avoir lieu en français dans les locaux du centre communautaire.

3 - LES AÎNÉS

LE PROFIL DU GROUPE

Nous avons conduit sept entrevues avec des francophones entre 55 et 65 ans. Les personnes interrogées sont originaires du Sénégal, de France et du Québec. Leur date d'arrivée à Vancouver va de quelques mois à 22 ans.

Cinq personnes rapportent être isolées.

Toutes sauf une évaluent leur niveau d'anglais comme rudimentaire ou moyen.

Toutes possèdent leur *CareCard* (carte d'assurance médicale de la Colombie-Britannique).

LA SANTÉ

Quatre sur sept se considèrent en bonne santé; les trois autres disent être déprimées. Trois personnes avaient un problème de consommation d'alcool dans le passé. Deux personnes fument régulièrement de la marijuana.

Quatre personnes consultent un médecin francophone.

Trois personnes indiquent des difficultés à obtenir des soins dentaires.

Les autres ont eu besoin d'accompagnement médical, réalisé à plusieurs reprises par un employé de la Boussole, ou un parent (pour deux personnes). Une des personnes nous rapporte que lors d'une hospitalisation pour intervention chirurgicale urgente, l'hôpital a dû faire appeler une employée d'un autre service pour effectuer la traduction. Un autre client nous signale avoir négligé le suivi médical de sa surdité unilatérale par mauvaise compréhension des conséquences possibles. Une intervention chirurgicale s'est avérée nécessaire par la suite, entraînant des complications.

LES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES AUX AÎNÉS

L'isolement est alors un problème majeur, renforcé par le fait que les progrès dans l'apprentissage de l'anglais vont être ralentis par l'âge.

La Boussole devient souvent la seule famille que les aînés connaissent et c'est vers elle qu'ils vont se tourner en cas de problèmes. Ainsi les intervenants de la Boussole et parfois les bénévoles vont être sollicités pour faire de l'accompagnement médical. Il arrive également que ce soit les intervenants qui recommandent une consultation au vu de la constatation de certains symptômes ou changement de comportement.

Suggestions

- Faciliter l'accompagnement médical
- Informer les personnes âgées sur leurs droits en soins dentaires et obtention de lunettes correctrices.
- Fournir de l'information sur l'accès à des services de santé en français.

4 - LES FEMMES ET JEUNES ENFANTS

LE PROFIL DU GROUPE

Nous avons conduit six entrevues de femmes dont deux ont un enfant à charge.

Elles sont âgées de 17 à 31 ans. Leur date d'arrivée à Vancouver est récente, de deux semaines à trois ans et elles sont toutes originaires du Québec.

Deux n'ont pas d'adresse et dorment l'une dans la voiture ou les parcs et l'autre vit « dans la rue ».

Trois ont la Carte Soleil et les trois autres la Care Card.

Trois sont à la recherche d'un emploi et les trois autres touchent le bien-être social.

Le niveau d'études va de la 3^{ième} année au CEGEP complété. Toutes les femmes évaluent leur niveau d'anglais de rudimentaire à moyen.

LA SANTÉ

Trois femmes sont consommatrices de drogues (pot, cocaïne et une le « crystal met ») et deux boivent de l'alcool régulièrement.

Toutes voudraient pouvoir consulter en français.

Les motifs de consultations récentes sont : demandes de contraceptifs, un avortement, une poursuite de traitement de méthadone et une surveillance de l'infection par l'hépatite C.

Une des femmes se croit enceinte, mais n'a pas encore consulté un médecin car elle a peur de ne pas « être comprise » et « c'est compliqué d'expliquer pour elle les problèmes de santé rencontrés lors de ses grossesses précédentes. »

Pour les 2 enfants, les consultations avec le corps médical ont lieu dans le cadre de l'urgence (une bronchite, une grippe). Un enfant n'a pas ses vaccins à jour et l'autre âgé de 3 ans n'a pas vu de médecin depuis plus d'un an et demi.

Une des femmes a arrêté sa consommation de « crystal met » depuis 5 mois, ceci toute seule.

LES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES AUX FEMMES ET JEUNES ENFANTS

Consultation avec la directrice de l'école Anne Hébert.

Le personnel de l'école reçoit beaucoup de demandes de références médicales francophones, surtout des récents immigrants unilingues d'origine africaine. Si ce personnel peut aider dans une certaine mesure à faire des traductions, il ne lui est pas possible de faire de l'accompagnement médical. Les références données sont celles trouvées dans l'annuaire « la Colombie-Britannique à votre service ».

À l'école l'infirmière scolaire est anglophone et le cours d'éducation sexuelle aurait dû avoir lieu en anglais avec du matériel anglais et a été ainsi refusé par les enseignants.

Au niveau du Conseil scolaire francophone, il est possible d'avoir une évaluation psycho-éducative en français, mais pas d'évaluation en santé mentale, ce qui pose des problèmes pour les familles exclusivement francophones.

Réseau-Femmes et Inform'elles

Réseau-Femmes de Colombie-Britannique est l'organisme porte-parole des femmes de la Colombie-Britannique avec comme mission de regrouper les femmes francophones de la province pour représenter, promouvoir et défendre leurs droits et intérêts et contribuer à leur épanouissement. Depuis ses débuts, Réseau-Femmes s'est intéressé à la santé des femmes francophones de la province. En 1998, un service téléphonique d'intervention socio communautaire francophone, Inform'elles, voit le jour. Il s'agit d'un service d'écoute, de soutien, d'information et de références. Une consultation avec une représentante de Réseau-Femmes nous apprend que les besoins en références de soins de santé physique ou mentale y étaient constamment signalés, en particulier une demande importante en counselling. Inform'elles recevait plus de 1050 appels par an. Après 5 ans de fonctionnement, ce service a été arrêté par manque de financement en janvier 2004. Depuis, d'ailleurs, les intervenants de la Boussole remarquent une augmentation du nombre d'appels de femmes pour des raisons comme la contraception, l'avortement et aussi des situations de violence.

Suggestions

Les suggestions proposées ont été:

- La réinstauration du service Inform'elles avec un financement stable pour son rôle d'information des femmes au niveau de la santé et de la prévention et de protection dans des situations de violence.
- L'embauche d'une infirmière scolaire francophone, un psychothérapeute francophone sous contrat.
- Réseau-Femmes nous signale que les femmes aimeraient voir figurer dans le répertoire des ressources francophones les services alternatifs qui sont importants dans le domaine de la prévention, de même qu'un registre d'évaluation de la qualité des services en français: les femmes aimeraient aussi avoir accès à de l'information sur les professionnels de la santé.

5 - LES FAMILLES IMMIGRANTES

LE PROFIL DU GROUPE

Nous avons conduit 13 entrevues avec des personnes (10 hommes et 3 femmes) originaires de Djibouti, d'Algérie (4), du Maroc, de Côte d'Ivoire, du Congo Kinshasa (2), du Togo.

Elles sont à Vancouver depuis en moyenne trois ans : leur date d'arrivée à Vancouver est de deux mois à 13 ans. Cinq personnes rapportent être isolées, sans support social. Les autres ont des amis et/ou le support d'une congrégation religieuse. Aucune n'a de famille étendue en Colombie-Britannique.

Sur le plan de l'éducation: sept personnes ont poursuivi des études universitaires avec obtention du diplôme, une personne a complété des études au niveau collégial, deux ont fini leurs études secondaires et trois personnes n'ont pas complété leur études secondaires. 11 personnes évaluent leur niveau d'anglais rudimentaire à moyen. Dix personnes sur 13 se servent de l'Internet pour leur courrier et l'accès aux journaux de leur pays.

Toutes les personnes ont un logement fixe.

Sept n'ont pas d'emploi ou sont à la recherche d'un emploi, les autres ont des enfants en bas âge, ou une grossesse en cours, ou une assurance d'invalidité. Trois ont un travail à plein temps, trois à temps partiel.

Deux personnes n'ont pas d'assurance médicale.

LA SANTÉ

Une seule personne rapporte une consommation de cigarettes et une autre une consommation ancienne de crack.

Six personnes souffrent de stress, anxiété, insomnie, dépression, manque d'appétit.

Toutes les personnes voudraient pouvoir consulter en français.

Dix personnes ont un médecin traitant, mais un seul de ces médecins parle le français.

Les consultations ont eu lieu : walk-in clinics, Children Hospital, Royal Columbian Hospital, médecins généralistes privés, St Paul Hospital, DownTown Community Health Clinic, Mental Health Team, clinique 3 Bridges.

Cinq personnes ont eu besoin d'accompagnement lors de leurs visites chez le médecin: soit un ami bilingue, un mari, une personne a fait appel aux services de l'agence MOSAIC, deux autres ont bénéficié soit de l'accompagnement d'un travailleur social, d'un bénévole ou encore lors d'hospitalisations de l'aide d'un employé de l'hôpital.

LES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES AUX FAMILLES IMMIGRANTES

Une étude récente de l'immigration francophone dans la région du Vancouver métropolitain nous indique « qu'entre 1997 et 2002, 3313 immigrants connaissant le français se sont installés directement dans la région du Grand Vancouver » (Lapointe 2004). Lorsque l'on tient compte de l'immigration secondaire c'est-à-dire le cas des immigrants qui ont comme porte d'entrée le Québec ou une autre province avant de venir s'établir à Vancouver on compte alors près de 6000 immigrants. L'auteure souligne aussi la grande dispersion géographique de l'installation des immigrants dans la région du Grand Vancouver.

L'isolement, la séparation d'avec la famille et les amis, le manque de débouchés appropriés pour le niveau de scolarité, des conditions socio-économiques difficiles et une connaissance insuffisante de la langue anglaise sont des facteurs de stress ressentis par la majorité des personnes consultées. Elles s'adressent aux agences d'aide aux immigrants pour trouver des références de médecins francophones. Celles-ci vont soit consulter l'annuaire « la Colombie-Britannique à votre service en français », soit le site web du *College of Physicians and Surgeons*, soit consulter la Boussole.

Les intervenants des agences consultés reçoivent aussi beaucoup de demandes d'accompagnement médical qu'ils ne peuvent satisfaire puisque cela ne fait pas partie de leur mandat (agences MOSAIC, *Immigrant Services Society*, *Delta Immigrant Services Society*). Le Centre d'intégration pour Immigrants Africains est en mesure cependant de fournir cette aide aux immigrants à raison de 5 à 6 accompagnements par mois. Un intervenant se plaint de discrimination envers les immigrants francophones à qui l'on suggère de déménager au Québec.

Tous les intervenants soulignent qu'il existe non seulement une barrière linguistique, mais aussi une réticence culturelle à consulter pour des problèmes de santé mentale ou émotionnels, ce qui ne fait que renforcer l'isolement.

Les intervenants indiquent aussi que souvent lors de conflit enfants/parents chez les immigrants, les enfants peuvent être retirés de la famille à cause d'un manque de compréhension culturelle de la part des intervenants, avec toutes les conséquences psychologiques que cela implique.

L'association VAST (Association de Vancouver pour les survivants de la torture) qui offre une aide psychologique aux survivants de la torture ne compte pas de psychologues francophones au moment de la rédaction de ce rapport mais des personnes de l'équipe parlent français et d'autre part l'association offre l'aide d'interprètes formés spécialement.

Suggestions

Les suggestions proposées sont:

- Une traduction du formulaire de demande pour l'obtention de la carte d'assurance médicale de la Colombie-Britannique.
- Des brochures traduites en français dans les hôpitaux.
- L'élaboration d'une liste de médecins francophones.
- Établissement d'un centre où pourraient avoir lieu des réunions d'information sur la santé, la prévention, en se servant de programmes de prévention nationaux tels que « Partons du bon pied » conçu par Santé et Bien-être Canada (1993) dans le cadre de la Stratégie nationale antidrogue, « Y'a personne de parfait », programme d'éducation et de soutien destinés aux parents d'enfants de moins de 5 ans élaboré par Santé Canada et aussi le parenting en français.
- L'embauche d'un agent de liaison francophone en travail social, sensibilisé aux différences culturelles et qui pourrait intervenir lors de conflits parents/enfants, évitant un retrait injustifié des enfants.
- Tous les intervenants insistent sur un grand besoin de psychologues francophones ou référence en santé mentale car les gens ne savent pas où s'adresser et beaucoup de réfugiés souffrent de stress post traumatique, besoin d'animatrice sociale bilingue dans les hôpitaux, un médecin francophone spécialiste des maladies tropicales, une maison de transition pour les femmes francophones en situation de conflit. Un intervenant souhaiterait que les intervenants médicaux soient francophones, et pas seulement capables de communiquer en français.

RÉCAPITULATIF DES ENTREVUES

Table 3 – Les 5 groupes

	Jeunes du Québec	Hommes 30-55 ans	Aînés > 55 ans	Femmes & enfants	Immigrants
Nombre d'entrevues	10	13	7	6 (+ 2 enfants)	13
Age	17 - 30 ans	30 – 55 ans	55 – 65 ans	17 – 31 ans	
Durée du séjour à Vancouver	10 mois [0 - 3 ans]	7 ans [2 mois - 26 ans]	[qq mois - 22 ans]	[2 sem. - 3 ans]	3ans [2 mois - 13 ans]
Logement	moitié sans adresse fixe	4 sans logement fixe		2 sans adresse fixe	tous ont un logement fixe
Emploi	tous chercheurs d'emploi	1 a un travail fixe	Tous sans emploi	3 chercheurs emploi	3 temps plein 3 temps partiel
Aide sociale	5	3		3	
Éducation	6 – 10 année, 2 secondaires	2 secondaires, 2 illettrés		3 année - CEGEP	7 universitaires 1 collégial 2 secondaires
Assurance médicale	8 sans CareCard	2 avec CareCard	tous ont la CareCard	3 CareCard	2 sans assurance
Drogues	70% utilisent drogues	tous (alcool ou drogue)	3 alcool, 2 marijuana	3 drogue, 2 alcool	aucune

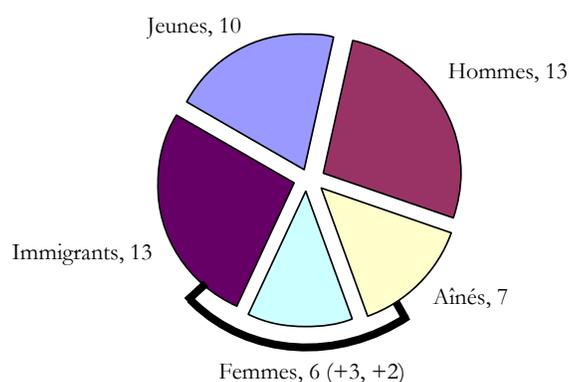


Figure 1 – Répartition des groupes

LE PROBLÈME DE L'ASSURANCE MÉDICALE

Un problème récurrent à travers tous les groupes est celui de l'assurance médicale, et en particulier le manque de reconnaissance réciproque entre les assurances du Québec et de la Colombie-Britannique.

Les francophones originaires du Québec et qui possèdent une carte d'assurance maladie valide (appelée « Carte Soleil » au Québec) rencontrent un obstacle en Colombie-Britannique. En effet selon le dépliant « Services de santé assurés hors du Québec » publié par la Régie de l'assurance maladie du Québec il est précisé que « si vous consultez un médecin dans une autre province canadienne, vous devez lui présenter votre carte d'assurance maladie et vous assurer qu'elle est valide. Si le médecin accepte d'être payé selon les tarifs du Québec, vous n'avez rien à déboursier. La Régie de l'assurance maladie du Québec paiera directement le médecin. Si le médecin refuse d'être payé selon les tarifs du Québec, vous devez lui payer les honoraires qu'il exige, puis adresser à la Régie de l'assurance maladie du Québec une demande de remboursement en y joignant l'original du reçu signé par ce médecin. La Régie vous remboursera les frais payés suivant les tarifs en vigueur au Québec ».

En pratique, les médecins et services de santé de Vancouver refusent d'accepter la Carte Soleil. Mais pour les francophones dans le besoin et principalement les jeunes en provenance du Québec qui voyagent avec un très petit budget, le montant à la charge de la personne assurée est un obstacle à la consultation médicale. Cela nous a été signalé par de nombreuses personnes : clients de la Boussole, intervenants sociaux et médecins. Parmi les francophones en provenance du Québec, tous pensaient que l'assurance-maladie du Canada était universelle.

La solution à ce problème est l'assurance médicale de la Colombie-Britannique. Les résidents de la Colombie-Britannique sont obligés légalement de souscrire à *Medical Services Plan*, l'assurance médicale de la Colombie-Britannique. Une prime à taux réduit est offerte si le revenu net ajusté pour l'année précédente est de 24 000 \$ ou moins, ou à ceux qui ne peuvent payer les primes parce qu'ils rencontrent des difficultés financières et l'assurance est gratuite pour ceux dont le revenu net ajusté est inférieur à 16 000 \$.

Mais il subsiste pour beaucoup de démunis le problème d'avoir une adresse fixe, et celui de la période d'attente de 2 mois minimum à partir de la date de la demande. Plusieurs personnes ont aussi mentionné la difficulté à remplir le formulaire en anglais.

L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL

Toutes les personnes consultées ont répondu préférer obtenir des soins d'un professionnel de la santé francophone, et certaines ajoutaient même « québécois! », et ceci indépendamment de leur niveau d'évaluation personnel de la langue anglaise et aussi de leur durée de séjour en Colombie-Britannique.

Plusieurs personnes ont eu besoin d'accompagnement médical, soit en raison d'un unilinguisme, soit en raison de problèmes mentaux ou sociaux. Dans certains cas, il a été nécessaire d'effectuer une traduction en urgence; ainsi deux personnes ont eu besoin d'aide pour des consentements à signer avant des interventions chirurgicales en urgence.

L'accompagnement médical se déroule de façon informelle ou formelle.

De façon informelle, soit une solution va être trouvée sur place pour faire face aux besoins du patient souvent identifiés au moment même de la consultation médicale, soit le patient a anticipé le besoin et vient accompagné.

1. La traduction s'effectue par un membre de la famille, le plus souvent conjoint(e) ou ami(e). Il a été signalé que des médecins peuvent avoir des réticences à soigner un patient si c'est un membre de la famille qui interprète ou bien selon le niveau de l'interprète par crainte de poursuites.

2. La traduction est effectuée par un employé de l'hôpital que l'on fait venir d'un autre service. Dans un cas, le client interrogé rapporte que l'employé bien que bilingue n'a pas été capable d'expliquer de manière satisfaisante les raisons de l'opération chirurgicale recommandée et ne pouvait traduire les termes médicaux en français. Finalement, un médecin francophone du service a pu donner une traduction satisfaisante.

De façon formelle, un rendez-vous doit être pris en avance. Plusieurs personnes ont bénéficié d'un accompagnement médical (par travailleur social, ou interprète professionnel de MOSAIC ou SUCCESS) dans le domaine de la santé mentale.

1. La traduction s'effectue par un bénévole : il a été rapporté par des intervenants sociaux des erreurs d'éthique commises « en voulant bien faire » et aussi des problèmes de confidentialité. Les bénévoles se sentent parfois pris au centre d'une situation conflictuelle, ou chargée d'agressivité (par exemple un bénévole accompagne une personne ayant une attente « utopique » de la part de l'intervenant médical) ou bien éprouvent le besoin de défendre les intérêts de la personne qu'ils accompagnent s'ils estiment qu'elle n'est pas bien traitée.

2. La traduction s'effectue par un interprète professionnel d'une agence. Les rendez-vous sont pris à l'avance, demandés par le patient ou suggérés par l'intervenant médical qui réalise le manque de compréhension de son patient. L'interprète a suivi une formation professionnelle ce qui va le préparer à faire face aux problèmes énumérés plus haut. Il s'agit d'une solution coûteuse et qui parfois n'est pas applicable pour des raisons pratiques. Une responsable d'une équipe en santé mentale nous explique que souvent les patients n'ont pas le sens de la réalité, ne vont pas se rendre à leur rendez-vous, arriver en retard, ne pas revenir si on remet les rendez-vous à une date ultérieure. D'autre part dans le domaine de la santé mentale le besoin dépasse la simple traduction : l'équipe voudrait travailler avec quelqu'un qui aurait connaissance du contexte (un employé liaison en santé mentale).

3. La traduction s'effectue par un travailleur social. Les intervenants mentionnent des difficultés : « difficultés car je ne suis pas docteur », « difficultés car je n'ai eu aucune formation dans ce domaine » et souligne la durée de cet accompagnement qui peut atteindre ½ journée, suivant l'attente, pour une seule consultation.

Il est à noter que parmi les personnes interrogées qui avaient bénéficié des services d'accompagnement médical aucune ne se plaignait de problème de confidentialité, ou de difficultés à confier leurs problèmes mais plusieurs soulignaient l'impression de ne pas avoir été traduites avec exactitude ou de ne pas avoir été comprises par l'intervenant médical.

LES PROBLÈMES PERÇUS PAR LES MÉDECINS

Les médecins consultés nous ont fait part de certaines de leurs réticences à vouloir soigner des francophones dans le besoin.

S'ils ont fait leurs études en anglais, même en étant francophones, la pratique de la médecine en français va demander plus d'efforts, le vocabulaire vient plus difficilement, tous les formulaires sont en anglais. Passer constamment d'une langue à l'autre prend davantage de temps. Ceci est vrai pour tous les groupes socio-économiques.

Avec une population défavorisée la communication est plus difficile, il y a plus de problème de confiance, d'agressivité, il y a aussi plus de difficulté à transmettre tout le bagage médical. Un autre problème est que la population francophone défavorisée est souvent transitoire or les médecins de famille préfèrent assurer leur clientèle.

Il est à souligner que tout récemment une initiative a été prise à l'échelle nationale par le consortium de formation qui vise à lier dans un réseau virtuel les étudiants francophones hors Québec dans les différentes facultés des sciences de la santé. Ceci permettra aux étudiants de faire des stages en milieu francophone hors du Québec. Des fonds ont été identifiés pour cette tâche et le programme est en train d'être publicisé à l'intérieur des différentes facultés de médecine.

LES RESSOURCES EN LIGNE

BC Health offre 3 possibilités de consultation et d'information médicales en français.

1) *BC Health Files en ligne*. <http://www.bchealthguide.org/healthfiles/bilingua/French.pdf>

150 fiches d'information médicale sont disponibles en anglais, mais l'information en français ne porte que sur 35 fiches. Il est à regretter l'absence de fiches sur les maladies sexuellement transmissibles, la grossesse, les maladies infectieuses de la petite enfance, la nutrition et les maladies chroniques comme le diabète, la maladie de Parkinson, par exemple.

2) *BC NurseLine*, 24 heures sur 24 : 1 866 215 47 00, et à Vancouver au : 604 215 47 00

Il s'agit d'un service téléphonique confidentiel et gratuit qui permet de consulter une infirmière spécialement formée pour donner des renseignements, des évaluations et des conseils en matière de santé. Ce service offre des services de traduction en 130 langues (!).

Si vous demandez un service en français, l'infirmière fera appel à un interprète qui traduira alors en direct l'échange téléphonique. Il est à noter que le service vous demande votre numéro de carte d'assurance médicale (CareCard), mais répondra néanmoins aux questions de personnes qui ne peuvent le fournir.

Depuis juin 2003, entre 17 heures et 9 heures du matin, les habitants de la Colombie-Britannique peuvent aussi accéder à un pharmacien.

3) *BC Guide Santé*

La version française du *BC Health Guide* a paru au mois de juin 2004. Il s'agit d'un manuel qui présente des indications sur la façon de reconnaître et de gérer plus de 200 problèmes de santé courants et indique des éléments de prévention.

Aucune personne interrogée ne nous a mentionné l'utilisation de ces services. Cependant à l'école Anne Hébert et dans toutes les agences d'aide aux immigrants consultées la distribution du Guide Santé était en cours au moment de notre enquête (juillet 2004). Il semble toutefois un peu utopique de voir ces services utilisés par des personnes sans abri, ou itinérantes, mais ils sont par contre d'un grand intérêt pour les familles avec jeunes enfants et les immigrants. Il faudrait que ces services soient largement publicisés dans l'annuaire « la Colombie-Britannique à votre service en français », dans les journaux de langue française ainsi que dans les centres d'immigration, les agences et les écoles fréquentées par les francophones avec information du personnel.

LA COLLECTE DES INFORMATIONS

Tous les intervenants de la santé ne tiennent pas de statistiques des langues parlées des patients; ainsi la Fraser Health Authority qui a sous sa responsabilité entre autres Royal Columbian Hospital, Burnaby Hospital, Surrey Memorial Hospital, Delta Hospital, Eagle Ridge Hospital ne tient pas de statistiques au moment de notre enquête.

Par contre, Vancouver Coastal Health Authority au niveau des régions de Vancouver et Richmond a introduit un nouveau système de recueil d'information sur les patients appelé *Primary Access Regional Information System* (PARIS). Cette technologie va permettre entre autre la coordination des services au sein des divers intervenants en santé communautaire.

Un accord est en cours entre la Fédération des Francophones de la Colombie-Britannique/RésoSanté et le Vancouver Coastal Health Authority pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires dans leur langue pour les francophones. Cet accord, grâce au projet PARIS va permettre de mettre en rapport les patients francophones avec les intervenants de la santé francophones dans les régions de Vancouver et Richmond. L'accord repose sur les étapes suivantes :

- la création d'un répertoire des professionnels francophones de la santé,
- le recueil des données concernant les langues parlées par le patient,
- établir le lien, quand cela est possible, entre les patients francophones et les professionnels de la santé francophones.

Le recueil des données concernant les langues parlées par le patient est un point délicat. Au cours de notre enquête nous avons remarqué que beaucoup de francophones démunis (surtout s'ils ont des problèmes de santé mentale ou s'ils sont des jeunes de rue) ne vont pas faire la démarche de s'identifier comme francophones et que d'autre part leur évaluation personnelle de leur niveau d'anglais est souvent à la hausse.

Par ce même accord, VCHA grâce à un site en ligne va pouvoir fournir aux francophones des informations sur les services en français fournis par le VCHA, ainsi que les diriger vers du matériel éducatif sur la santé en français.

RECOMMANDATIONS

Dans son rapport au ministre fédéral de la Santé en septembre 2001, les membres du Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire brossent un tableau de la situation de l'accès aux soins de santé en français pour le million de francophones canadiens qui vivent en situation minoritaire (CCCFSM 2001). Le comité recommande à Santé Canada la mise en oeuvre d'une stratégie visant à activer les 5 leviers d'action suivants : le réseautage, la formation, le lieu d'accueil, la technologie et l'information.

Nos recommandations vont s'aligner sur ces 5 leviers.

LE RÉSEAUTAGE

- 1) La liste des médecins francophones de la Colombie-Britannique de Résosanté ne comporte pour l'année 2003-2004 que 19 praticiens en médecine générale. Or sachant que la province compte plus de 8000 médecins et que la population de la Colombie-Britannique compte 1,6% de francophones, on peut estimer qu'il doit y avoir au moins 125 médecins francophones. Une campagne d'information par Résosanté ciblée sur les besoins des francophones auprès du *College of Physicians and Surgeons* doit pouvoir rallonger la liste.
- 2) Dans la même veine, cette campagne doit aussi encourager le réseautage au sein des professionnels de la santé pour permettre l'obtention de références au niveau de tous les services de santé.

LA FORMATION

- 3) Pour faire face aux problèmes rencontrés lors de l'accompagnement médical des francophones démunis, nous suggérons la création d'une organisation de bénévoles regroupant des personnes bilingues et volontaires à partir de toutes les associations francophones. Ces bénévoles auraient la possibilité de suivre une formation les préparant à une interprétation médicale avec si possible spécialisation dans le domaine de la santé mentale. Des cours sont offerts au *Vancouver Community College* avec plusieurs niveaux d'enseignement donnant l'obtention du *Health Care Services Interpreting Certificate*; il existe également un cours enseigné à distance avec l'obtention d'un *Certificate in Community Services*. Une formation orientée plus spécifiquement dans le domaine de la santé mentale pourrait être envisagée en partenariat avec une des équipes de *Mental Health*.
- 4) Envisager le bilinguisme comme facteur favorable à l'embauche des professionnels en contact avec les sans abri : en particulier infirmier de rue, travailleur de rue, employé dans les abris et plus particulièrement dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie.
- 5) Former les intervenants à l'usage des outils technologiques comme l'Internet pour accéder aux ressources en ligne de *BC Health*, par exemple.

LE LIEU D'ACCUEIL

- 6) Il est important d'identifier un point d'entrée dans le système médical. Au vu des problèmes rencontrés par les médecins dans les soins aux francophones démunis (itinérance, mauvais suivi, rendez-vous manqués), il semble indispensable de trouver un médecin généraliste francophone, sensibilisé et intéressé aux problèmes des démunis qui travaillerait en relation avec la Boussole et autres agences à partir d'une clinique du centre ville qui deviendrait le point d'entrée des francophones dans le système médical.
- 7) De la même façon serait désignée une *Mental Health Team* du centre ville comme centre de référence francophone en santé mentale.
- 8) La Boussole semble le meilleur choix de lieu d'information pour les francophones dans le besoin à Vancouver. Il faut qu'elle soit en mesure de répondre à la demande et qu'elle bénéficie d'un financement stable. La Boussole peut aussi participer à l'élaboration et la diffusion du kit santé décrit plus bas.
- 9) Une consultation régulière d'un psychologue à la Boussole peut répondre au besoin d'écoute active, d'orientation et de références à des services spécialisés si nécessaire.
- 10) Un infirmier bénévole peut avoir un rôle important au niveau de la prévention pour les jeunes familles et aussi pour fournir de l'information pour les consommateurs de drogues et alcool.
- 11) Il faut faciliter la création d'un groupe d'Alcooliques Anonymes et/ou thérapie de groupe sur la réduction des méfaits en toxicomanie en français dans les locaux du centre communautaire.
- 12) La ligne d'écoute Inform'elles de Réseau-Femmes était une source de diffusion de l'information et de la prévention pour les femmes au niveau de la santé. Elle doit être réinstaurée rapidement.

LA TECHNOLOGIE

- 13) L'utilisation de l'Internet permet une mise à jour fréquente de la liste des ressources francophones et peut être un outil à envisager par la création d'un site en ligne ou bien par l'utilisation du site de la Boussole. L'information peut être diffusée par le « kit santé » et des affiches à distribuer.
- 14) Les services en ligne en français de BC Health méritent une publicité plus importante dans l'annuaire « la Colombie- Britannique à votre service en français », les journaux de langue française ainsi que dans les centres d'immigration, les agences et les écoles fréquentées par les francophones avec information du personnel.
- 15) Le système informatique PARIS (*Primary Access Regional Information System*) utilisé par le Vancouver Coastal Health Authority se présente comme un outil technologique qui peut mettre en relation les patients francophones avec les intervenants bilingues dans le domaine de la santé. Ceci ne peut être réalisé que dans le cadre d'un recueil très spécifique et rigoureux de l'information. Les francophones ont tendance à surévaluer leur niveau d'anglais et ne s'identifieront peut être pas comme francophones à moins qu'il ne leur soit demandé quelle est leur langue maternelle. Il est donc souhaitable de

favoriser l'information de toutes les personnes qui participent à ce projet afin d'obtenir un consensus sur le recueil des données concernant les langues parlées.

L'INFORMATION

- 16) Un « kit santé en français » peut expliquer notamment la nécessité d'obtenir l'assurance-maladie de la Colombie-Britannique avec description des procédures à suivre. Les différentes ressources francophones ainsi que les services d'information en ligne de BC Health peuvent également y figurer. La diffusion de ce « kit santé » peut se faire dans des lieux comme la gare, l'aéroport, les agences d'immigration, les centres d'accueil et les écoles francophones.
- 17) On peut aussi envisager l'addition d'une rubrique « Health Services » en français dans le *Survival Manual*, aussi appelé *Vancouver Youth Services Directory*, qui est une compilation de tous les services de la ville de Vancouver pour les jeunes à risques, utilisé par les jeunes et de nombreux intervenants sociaux.
- 18) Une campagne de promotion par tous les intervenants sociaux auprès de la communauté francophone dans le besoin pour s'identifier comme francophone et demander les services existants d'interprétation peut les encourager à ne pas se satisfaire d'un service inférieur (mauvaise compréhension par le professionnel de la santé, mauvaise compréhension des conseils ou prescriptions du personnel soignant).
- 19) Au niveau des universités, tout récemment, un accord vient d'être harmonisé entre la province de Québec et les autres provinces concernant les spécialités de médecine. Ceci peut permettre de voir davantage de médecins francophones bilingues dans notre région dans le futur. Une information des étudiants en médecine francophones des besoins de la population francophone de Vancouver à l'Université de la Colombie Britannique peut les sensibiliser davantage.

CONCLUSIONS

Dans le rapport de 2002 « Pour un meilleur accès à des services de santé en français », les francophones de la Colombie-Britannique qui ont répondu au questionnaire estimaient à plus de 90% parler assez bien l'anglais pour soutenir une conversation dans cette langue; la majorité rapportait des habitudes de vie positives pour la santé et avait consulté un médecin par prévention au moins une fois par an. 60% estimaient que leur santé physique et émotionnelle était excellente, et 75% ont indiqué pouvoir faire appel à un réseau d'appui en cas de besoin. Les services de santé identifiés à offrir en priorité étaient : la médecine générale, la psychologie, la psychiatrie et le counselling.

Les francophones démunis représentent un groupe hétérogène de personnes qui ont en commun leurs revenus limités et une mauvaise connaissance de l'anglais. Ces deux facteurs vont conditionner leurs modes de vie et, souvent associés à une vulnérabilité individuelle, vont entraîner rapidement marginalisation et exclusion.

Notre consultation effectuée auprès des clients du seul centre communautaire francophone à mission sociale de la région de Vancouver permet de dresser le profil des francophones démunis. L'isolement, le niveau rudimentaire ou moyen de maîtrise de la langue anglaise, les conditions de logement insuffisantes, le niveau d'éducation limité (sauf en ce qui concerne les immigrants) et les difficultés à obtenir un emploi fixe s'ajoutent aux difficultés économiques. Ces facteurs de risque aggravent la vulnérabilité individuelle sur le plan de la santé, vulnérabilité souvent déjà présente, que ce soit avec le déclenchement d'une maladie chronique ou bien une maladie mentale, des problèmes émotionnels, une dépendance aux drogues ou à l'alcool ou l'association des deux.

L'accès à des services de santé en français apparaît comme nécessaire et souhaité par tous les francophones démunis. Il est rarement possible pour des raisons d'assurance maladie, de manque de ressources répertoriées, d'absence de réseautage. La communauté francophone doit se mobiliser, s'informer et s'organiser de façon à pouvoir répondre aux besoins de ses membres les plus vulnérables en utilisant les ressources déjà existantes. D'autre part la désignation d'une clinique au centre ville, identifiée comme lieu d'entrée dans le système médical pour les francophones démunis permettrait un accès à des soins dans les deux langues. De même dans le domaine de la santé mentale, il semble indispensable de faire pression au niveau des *Mental Health Teams* pour obtenir l'embauche de professionnels bilingues ainsi que la désignation d'un site déjà existant pour les francophones.

« La santé a une valeur d'instrument » nous dit l'Organisation Mondiale de la Santé. Les francophones dans le besoin, qu'il s'agisse de jeunes canadiens de l'Est ou d'immigrants récents au Canada, méritent un accès à des services de santé et essentiellement en santé mentale, dans leur langue, afin de se sortir de la spirale les entraînant vers la marginalisation : première étape pour pouvoir envisager les autres, trouver un travail, un logement adéquat, poursuivre son éducation.

RÉFÉRENCES

- Adam, D. (2000). Langue et santé: deux aspects du même engagement, Allocution prononcée devant l'Assemblée générale annuelle du Réseau des services de santé en français de l'Est de l'Ontario. Ottawa, ON: Commissariat aux langues officielles.
- Boivin, J.-F. (2003, April 10). *The health of street youth*. Paper presented at the epidemiology seminar series of the Royal Victoria Hospital, Montréal, QC.
- Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Ottawa, ON: Santé Canada.
- CCCFSM. (2001). *Rapport au Ministre Fédéral de la Santé par le Comité Consultatif des Communautés Francophones en Situation Minoritaire*. Ottawa, ON: Ministère des travaux publics et des services gouvernementaux Canada.
- Desmeules, K. (2004). *Les jeunes de rue francophones de Vancouver et l'employabilité*. Vancouver, BC: Société de développement économique de la Colombie-Britannique.
- Dussault, M. (2002). *Imaginons notre bien-être--Compte-rendu de la consultation provinciale sur la santé*. Vancouver, BC: Réseau-Femmes Colombie-Britannique.
- Eberlé, M. (Ed.). (2001). *Homelessness--Causes & Effect. The Relationship between Homelessness and the Health, Social services and Criminal Justice Systems: a review of the literature* (Vol. 1). Vancouver, BC: British Columbia Ministry of Social Development and Economic Security.
- FCFA. (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français - Etude pour le Comité Consultatif des Communautés Francophones en Situation Minoritaire (CCCFSM)*. Ottawa, ON: Fédération des Communautés Francophones et Acadienne du Canada.
- FCFA. (2004). *Profil de la communauté francophone de la Colombie-Britannique (2^{ème} éd.)*. Ottawa, ON: Fédération des Communautés Francophones et Acadienne du Canada.
- FFCB. (2002). *Besoins et priorités en matière d'accès aux services de santé en français en Colombie-Britannique: qu'en pensent les francophones*. Vancouver : Fédération des francophones de la Colombie-Britannique.
- Frankish, J., Hwang, S. W., & Quantz, D. (2003, September 22-23). *The Relations Between Homelessness & Health in Canada--Research Lessons and Priorities*. Paper presented at the International Think Tank on Reducing Health Disparities and Promoting Equity for Vulnerable Populations, Ottawa, ON.
- Graves, J. (2004). *Shelterless in Vancouver - Administrative report 2004*. Vancouver, BC: Vancouver City Council.
- Hwang, S. W. (2000). Mortality among men using homeless shelters in Toronto. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2152-2157.
- Kinnon, D. (1999). *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada : un aperçu*. Ottawa, ON: Santé Canada.
- Lapointe, G. (2004). *L'accueil, l'établissement et l'intégration des personnes immigrantes francophones dans la région du Vancouver métropolitain*. Vancouver, BC: Fédération des francophones de la Colombie-Britannique.
- Long, D. (1997). Street-involved youth. In S. Harrison & V. Carver (Eds.), *Alcohol and drug problems: A practical guide for counsellors* (2nd ed., pp. 351-358). Toronto, ON : Addiction Research Foundation.

- McCreary. (2001). *No place to call home: a profile of street youth in British Columbia*. Vancouver, BC: The McCreary Centre Society.
- McCreary. (2002). *Between the cracks: homeless youth in Vancouver*. Vancouver, BC : The McCreary Centre Society.
- McFadyen, L., & Fletcher, M. (2002). *From our side of the street: Vancouver street youth discuss health needs, health care accessibility, and medical clinic experiences*. Vancouver, BC : University of British Columbia.
- Mitchell, A. (2003). *Lookout's emergency shelter programmes--Downtown shelter*. In Annual report 2002-2003 (pp. 2). Vancouver, BC: Lookout Emergency Aid Society.
- Phipps, S. (2003). *Répercussions de la pauvreté sur la santé-Aperçu de la recherche*. Ottawa, ON: Institut Canadien d'information sur la santé.
- Réseau-Femmes C-B. (2002). *Les besoins spécifiques des femmes francophones de la Colombie Britannique en matière de santé*. Vancouver, BC : Réseau-Femmes Colombie-Britannique.
- Réseau-Femmes C-B. (2002). *Mémoire soumis à la commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*. Vancouver, BC : Réseau-Femmes Colombie-Britannique.
- Romilly, C. (Ed.). (2003). *Dusk to Dawn--Annual Report: April 2002 - March 2003*. Vancouver, BC : Family Services of Greater Vancouver.
- Roy, É., Boivin, J.-F., Haley, N., & Lemire, N. (1998). Mortality Among Street Youth. *The Lancet*, 352(9121), 32.
- Roy, É., Haley, N., Leclerc, P., Sochanski, B., Boudreau, J.-F., & Boivin, J.-F. (2004). Mortality in a Cohort of Street Youth in Montreal. *Journal of the American Medical Association*, 292(5), 569-574.
- Santé Bien-être social Canada (1993). *Partons du bon pied! S'allier contre la drogue*, Ottawa, ON: Health Canada.
- Verdant. (2000). *Homeless street youth in downtown south: a snapshot study*. Vancouver, BC: Social Planning Dept. of the City of Vancouver.
- Woodward, J., Eberlé, M., Kraus, D., & Graves, J. (2002). *Research Project on Homelessness in Greater Vancouver*. Vancouver, BC: Greater Vancouver Regional District.
- Younes, M., & Bourret, A. (1997). *Femmes itinérantes francophones en Colombie-Britannique--Vers un programme d'outreach*. Vancouver, BC: Réseau-Femmes Colombie-Britannique.

ANNEXE 1 : LISTE DES INTERVENANTS CONSULTÉS

INTERVENANTS SOCIAUX

- Marie-Claude Collins, directrice de l'école Anne Hébert
- Diane Payette, conseillère à l'école Anne Hébert et psychothérapeute dans le privé
- Un professeur à l'école secondaire Kitsilano
- Dominique Boivin, travailleur de rue et agent de liaison à l'emploi à la Boussole
- Sean, travailleur de rue à Covenant House
- Sylvain Delorme, Youth Resource Worker, Youth Action Center, DEYAS
- Isabelle Flaig, éducatrice, Youth Detoxification Program, DEYAS
- Patricia Viannay, coordonnatrice des programmes de la Boussole
- Mambo Masinda, bilingual counsellor, MOSAIC
- Shirley Alvarez, Health Care settlement worker, Immigrants Services Society
- Josée Musare, Delta Immigrant Services Society
- Paul Mulangu, directeur exécutif, Centre d'Intégration pour Immigrants Africains
- Jamal Nawri, Association Francophone de Surrey
- Une interprète de Delta Immigrant Services Society
- Karl Desmeules, sociologue
- Marie Dussault pour Réseau Femmes
- Jeff, Triage Emergency Services
- Erik Desbois, intervenant social à La Boussole
- Frances MacQueen, coordonnatrice à VAST (Association de Vancouver pour les survivants de la torture)
- Yves Trudel, coordonnateur, Résosanté
- Al Mitchell, emergency services manager, Lookout
- Steven Smith, program coordinator, Dusk to Dawn

INTERVENANTS MÉDICAUX

- Dr Véronic Ouellette, médecin de famille en cours de spécialisation en santé communautaire.
- Dr Brian Conway, coordinator of the DownTown Infectious Diseases Clinic, président Résosanté
- James Tigchlaar, Outreach Team Leader, BCCDC (STD/AIDS Control).
- Elaine Jones, RN, Street Youth Services, BCCDC.
- Pauline Young, Outreach Supervisor à Triage.
- Ray Edney, Youth Counsellor, Adolescent Outreach Services, Vancouver Coastal Health Authority.
- Chris, manager Safe Injection Site.
- Mark Rayter, manager Child and Youth Mental Health services, Vancouver Coastal Health Authority.
- Lily Chow , Strathcona Mental Health Team.

CLIENTS DE LA BOUSSOLE

- 10 jeunes hommes de 17 à 30 ans
- 6 femmes de 17 à 61 ans
- 13 hommes de 30 à 52 ans
- 12 immigrants d'Algérie (4), Maroc (3), Djibouti, Congo Kinshasa (2), Côte d'Ivoire, Togo; 9 hommes et 3 femmes.
- 6 aînés de plus de 55 ans, dont 2 femmes, originaires de France, du Sénégal et Québec.

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTREVUE

La Boussole, centre communautaire francophone désire obtenir votre aide dans la réalisation d'un projet qui vise à développer des services de santé en français. Nous aimerions avoir un portrait des besoins de la clientèle de la Boussole en ce qui concerne le secteur de la santé. Les réponses à vos questions resteront strictement anonymes.

1. Sexe, âge, lieu de naissance
2. Origine géographique
3. Arrivée en Colombie-Britannique depuis quand?
4. Conditions de vie :
 - Isolement ?
 - Famille en C.-B.?
 - Logement?
 - Comment vous nourrissez-vous?
 - Travail fixe?
 - Avez-vous une carte d'assurance-maladie?
5. Niveau de communication en anglais (rudimentaire, moyen, bon, excellent)
6. Besoins en services de santé :
 - Avez-vous un médecin traitant?
 - En cas de besoin, sauriez-vous où vous adresser? Où avez-vous trouvé l'information.
 - Où iriez-vous ?
7. Expériences antérieures avec le système médical :
 - Où, adresse?
 - Avec qui vous y êtes vous rendu? (travailleur social, traducteur, ami, seul)?
 - Satisfaction? Défis?
 - Suivi?
 - Suggestions

8. Vous considérez-vous en bonne santé?
9. Avez-vous un problème de santé en ce moment?
- Consommez-vous (drogues, alcool) ? Fumez-vous?
10. Niveau d'études : primaire, secondaire, collège, université (obtention du diplôme)
11. Utilisez-vous Internet?

ANNEXE 3 : RESSOURCES DE SANTÉ OFFERTES AUX FRANCOPHONES DÉMUNIS

Les centres de soins suivants sont ceux où les personnes interrogées ont eu le plus souvent accès aux soins de santé :

- Hôpital St Paul
- Vancouver General Hospital
- Royal Columbian Hospital
- Children's Hospital

Offre un service d'interprétation en français (interprètes professionnels) et également un service de traduction payant. L'hôpital possède une liste de ses employés qui parlent le français.

- Mid-Main community health center, 3998 Main St , tel 604 873 3666

Un médecin francophone a une consultation. Rendez-vous nécessaire. Seulement si patient n'a pas de médecin de famille et s'il habite dans le quartier.

- Mid Main Youth Clinic, 3998 Main St, tel 604 709 64 00 numéro de poste 2092

Pour les jeunes en-dessous de 25 ans et ceux sans assurance médicale. Drop-in, pas de rendez-vous nécessaire, le mercredi de 14 heures 30 à 17 heures.

- Pine Free Community Health Youth Clinic, 1985 West 4th Avenue, tel 604 736 23 91

Pour les jeunes en dessous de 25 ans. Pour les personnes sans assurance médicale, les heures de consultation sont le matin les jours de semaine et le mercredi toute la journée. La clinique est ouverte de 9 heures à midi et de 14 heures à 17 heures le lundi, mardi, jeudi et vendredi, de 9 heures à midi et 14 heures 30 à 17 heures 30 le mercredi et de 13 heures à 16 heures le samedi. Le 3eme mercredi du mois, les heures sont de 9 heures à midi et de 14 heures 30 à 19 heures 30.

- Three Bridges Youth Clinic
- Pender Community Health Center, 59 West Pender, tel 604 669 91 81
- Health Contact Center
- Down Town Community Health Clinic, 569 Powell Street, tel 604 255 31 51

Ouvert de 8 heures 30 à 20 heures 30 du lundi au vendredi

- Evergreen Community Health Center
- Providence
- Strathcona Mental Health Team

- Bridge Community Health Clinic, au Raven Song Community Health Center, 2450 Ontario Health Clinic, tel 604 709 6540

Clinique gratuite (soins primaires et prévention) pour les réfugiés et nouveaux immigrants. Pas de médecin francophone. Travaille avec Immigrant services Society of BC, BC Multicultural Health Services Society et Vancouver Community Health Services. Pas de rendez-vous nécessaire.