

IMMIGRATION ET SANTÉ OÙ EN SONT LES FRANCOPHONES ?

UNE ENQUÊTE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES IMMIGRANTS FRANCOPHONES EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Nicholos Poullos, Chargé d'étude



RésoSanté
Colombie-Britannique

Votre santé en français

IMMIGRATION ET SANTÉ OÙ EN SONT LES FRANCOPHONES ?

Avis de non responsabilité

Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada ou de la Société Santé en Français, ni celles de l'Agence de Santé Publique du Canada.

Remerciements

J'aimerais remercier tous ceux et celles qui ont participé à cette étude, y compris ceux qui ont participé au sondage en ligne, au groupe de discussion et aux entrevues. J'aimerais aussi remercier ceux qui ont apportés leurs réactions aux premières ébauches du sondage, notamment Farah Kotida et Ismaël Traoré de l'Affiliation of Multicultural Societies and Service Agencies of BC; Munira Lalji de l'Agence de la Santé publique du Canada; Benjamin Stoll, Carine Lefloc et Marc-Antoine Bélanger de RésoSanté Colombie-Britannique; Emmanuel Archer du Réseau en immigration francophone; et Jean-Bruno Nkondi et Bonfils Mada du Programme en immigration francophone. Remerciements particuliers à Sébastien Bianchin de Vancouver en français, Lily Crist de La Boussole et Paul Mulungu du Centre d'Intégration pour Immigrants Africains de m'avoir invité à promouvoir le sondage lors de leurs événements communautaires.

Note sur l'usage du masculin: Le masculin est utilisé dans ce rapport afin d'alléger le texte et comprend le féminin lorsque le contexte l'indique.

Cette initiative est financée par Santé Canada, via la Société Santé en français, dans le cadre du Plan d'action pour les langues officielles 2018-2023 : investir pour notre avenir.

Ce projet est financé par le gouvernement du Canada.

TABLE DES MATIÈRES

Liste de figures	2
Liste de tableaux	2
Liste d'acronymes	3
Note sur les définitions	3
Sommaire exécutif	4
Contexte	6
Revue de la littérature	8
Méthodologie	10
Portrait démographique des immigrants francophones en Colombie-Britannique	12
Résultats du sondage	14
<i>Statistiques démographiques</i>	14
<i>L'état de santé des immigrants francophones</i>	16
<i>Les opinions sur les soins de santé en français</i>	21
<i>Besoin d'information</i>	21
Résultats des entrevues et du groupe de discussion	24
<i>Entrevues avec les intervenants communautaires</i>	24
<i>Groupe de discussion avec les intervenants de première-ligne</i>	29
<i>Discussion</i>	32
Conclusion et recommandations	36
Références	42
Annexe	44

LISTE DE FIGURES

Figure 1 : Les immigrants francophones par région d'origine	12
Figure 2 : Immigrants francophones par genre	13
Figure 3 : Non-immigrants francophones par genre	13
Figure 4 : Immigrants francophones par âge	13
Figure 5 : Non-immigrants francophones par âge	13
Figure 6 : Personnes interrogées par genre	14
Figure 7 : Personnes interrogées par âge	14
Figure 8 : Personnes interrogées par pays d'origine	14
Figure 9 : Personnes interrogées par statut d'immigration	14
Figure 10 : Personnes interrogées par première langue officielle parlée	15
Figure 11 : Personnes interrogées par niveau d'éducation	15
Figure 12 : Personnes interrogées par années vécues en C.-B.	15
Figure 13 : Personnes interrogées par région de résidence	15
Figure 14 : État de santé générale	16
Figure 15 : État de santé mentale	16
Figure 16 : Facteurs causant du stress identifiés par les personnes interrogées	18
Figure 17 : Besoins d'information	22

LISTE DE TABLEAUX

Tableau 1 : Les immigrants francophones par sous-région d'origine	12
Tableau 2 : États de santé générale et mentale autoévalués - Différence entre moyennes	17
Tableau 3 : Niveau de connexion avec la communauté francophone	19
Tableau 4 : Niveau de satisfaction des services de santé – Rien à signaler inclus	20
Tableau 5 : Niveau de satisfaction des services de santé – Rien à signaler exclu	20
Tableau 6 : Niveau de satisfaction des services de santé - Différence entre moyennes	20
Tableau 7 : Pourcentage de participants ayant un médecin de famille	21

LISTE D'ACRONYMES

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CFSM	Communauté francophone en situation minoritaire
CSF	Conseil scolaire francophone
ELIC	Enquête longitudinale auprès des immigrants au Canada
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
MSP	Medical Services Plan (le programme d'assurance maladie de la province)
PHSA	Provincial Health Services Authority (la régie de santé provinciale)
PLOP	Première langue officielle parlée

NOTE SUR LES DÉFINITIONS

Les définitions de « francophone » et « immigrant » varient souvent en fonction des organismes et des auteurs qui les utilisent. Souvent, ces définitions sont utilisées de manière restrictive et ne reflètent pas la réalité de la composition des communautés francophones. Pour ce rapport, nous utilisons les définitions larges suivantes de manière générale quand nous discutons des francophones et des immigrants :

Francophone : Une personne qui choisit de vivre une grande partie de leur vie en français, y compris la participation aux activités en français et la demande des services en français.

Immigrant : Une personne qui n'est pas née au Canada mais qui y réside, soit temporairement, soit de façon permanente.

Nous utilisons cette définition d'« immigrant » puisque les immigrants temporaires peuvent devenir éventuellement les résidents permanents. De bonnes expériences avec les services en français pourraient influencer leur décision à rester et à s'intégrer dans la communauté francophone. Nous utilisons cette définition de « francophone » puisque les résultats de notre sondage démontrent que les immigrants avec l'anglais comme PLOP veulent faire partie de la communauté francophone.

Nous le noterons en cas d'utilisation d'une définition différente.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Depuis les années 1990, les Communautés Francophones en Situation Minoritaires (CFSM) ont de plus en plus considéré l'immigration comme un moyen de combattre le déclin démographique par l'entremise de l'accueil, l'intégration et la rétention des immigrants francophones. Cette stratégie est soutenue par le gouvernement fédéral, qui a alloué du financement aux CFSM à cette fin. Cependant, pour réussir à retenir les immigrants francophones, les CFSM doivent offrir un continuum de services à travers divers secteurs au-delà des services d'établissement seuls. La recherche sur les expériences et les besoins des immigrants francophones dans ces secteurs demeure limitée.

La santé est un des secteurs où la recherche sur les immigrants francophones est peu développée. La littérature portant sur les besoins en santé des immigrants au Canada suggère que, de manière générale, les nouveaux arrivants arrivent en meilleure santé que les personnes nées au Canada. En revanche, cet avantage en santé risque de disparaître au fur et à mesure que l'immigrant reste au Canada. Ce déclin est causé par une gamme de variables sociodémographiques et socioéconomiques, y compris, mais ne se limitant pas au genre, le revenu, l'emploi, la langue et la discrimination.

Cette étude examine le rapport entre ces variables et la santé des immigrants francophones en C.-B.. Elle combine diverses méthodes de récolte des données : i) une revue de la littérature sur la santé des immigrants au Canada et la santé des francophones habitant en dehors du Québec; ii) le traitement et l'analyse des statistiques générales sur l'immigration francophone en C.-B.; iii) un sondage en ligne des immigrants francophone; iv) des entrevues semi-dirigées avec des intervenants de la communauté francophone; et v) un groupe de discussion avec des intervenants de première ligne qui donnent un service direct aux immigrants francophones.

Les résultats de cette étude indiquent qu'en général les immigrants francophones considèrent que leur santé générale et leur santé mentale sont bonnes. Cependant, moins d'immigrants francophones considèrent leur santé mentale comme bonne comparée à leur santé générale.

On trouve également que plus d'immigrants francophones considèrent leur santé mentale comme mauvaise comparée aux immigrants en C.-B. de manière générale et ils ont tendance à sentir un déclin de leur santé par rapport à leur arrivée au Canada.

Les variables liées à la langue, au genre, à l'emploi, au revenu, au stress et aux interactions sociales sont significativement associées à la santé. Pour la santé mentale, les variables liées à la langue, l'âge, le genre, le stress, l'isolement social, la sensibilité culturelle et la discrimination ont les plus grands effets. On voit également une association significative entre la santé générale et la santé mentale. En effet, les immigrants francophones qui se sentent généralement en mauvaise santé sont plus enclins à se dire en mauvaise santé mentale.

Les données des entrevues et du groupe de discussion nous ont fourni des connaissances sur la nature des mécanismes qui s'opèrent derrière ces associations. Les participants ont suggéré que les immigrants manquent souvent de connaissances au sujet du système de santé en C.-B. et sont donc incapables d'y naviguer efficacement. De plus, les immigrants arrivent souvent avec différentes connaissances des soins de santé et des pratiques sanitaires au Canada. L'écart entre ce qu'ils attendent des soins de santé et ce qu'ils reçoivent peut créer une méfiance envers le système et une réticence à s'y engager à nouveau.

En outre, la santé n'est pas toujours vue comme une priorité par les nouveaux arrivants. Le coût de vie en C.-B., particulièrement dans le Grand Vancouver, fait que l'emploi et le revenu sont souvent les préoccupations principales des immigrants francophones. Néanmoins, le stress qui en résulte peut créer une spirale infernale où la santé affecte l'emploi et le revenu, qui à leur tour affectent la santé.

À partir des effets directs sur la santé, les immigrants francophones, de manière générale, ont des connexions faibles à la communauté francophone. Vu l'association significative entre les variables de santé et de connexions sociales, cela suggère que la communauté francophone pourrait faire un meilleur travail pour combler les besoins de connexions sociales des immigrants francophones en les encourageant à s'intégrer à la communauté. Ces connexions sont encore plus importantes si la communauté francophone veut maintenir sa vitalité en intégrant les immigrants francophones.

Afin de combler les besoins des immigrants francophones en matière de santé, ce rapport présente 9 recommandations générales pour RésoSanté Colombie-Britannique, la communauté francophone dans son ensemble et les partenaires non francophones et gouvernementaux.

Recommandation 1

Mettre l'accent sur les interventions au niveau de la santé de la population en plus des interventions qui se concentrent sur l'accès aux services de santé pour les individus et les comportements sains des individus.

Recommandation 2

Faire du genre et de l'orientation sexuelle une pièce maîtresse des programmes et des interventions. En particulier, s'assurer que les membres de la communauté ont des connaissances et des sensibilités au sujet des défis de santé auxquels les femmes et les membres de la communauté LGBTQ+ font face.

Recommandation 3

Augmenter le nombre de programmes qui considèrent les attitudes, perspectives et attentes culturelles par rapport à la santé et les soins de santé. Encourager la formation en sensibilité culturelle auprès des organismes francophones et des professionnels de la santé qui parlent français. Développer des ressources en ligne et papier pour aider les francophones à naviguer dans le système de santé en C.-B. pour commencer.

Recommandation 4

Augmenter le nombre d'initiatives pour soutenir les immigrants francophones aînés et adolescents.

Recommandation 5

Investir plus de ressources dans les programmes de santé mentale, particulièrement pour réduire les préjugés qui y sont associés.

Recommandation 6

Continuer à chercher de meilleures pratiques pour s'engager avec les immigrants francophones. Essayer de joindre les immigrants francophones qui ne sont pas connectés à la communauté par l'entremise de partenariats avec les organismes anglophones et des publicités dans des milieux comme les centres communautaires, les piscines publiques et les lieux de culte.

Recommandation 7

Repenser les programmes de santé comme des activités pour bâtir la communauté au lieu d'activités pour simplement s'informer sur la santé. S'assurer que les activités sont accessibles à diverses personnes et qu'elles ne sont pas trop loin d'où les immigrants francophones habitent.

Recommandation 8

Continuer et améliorer les partenariats avec des organismes anglophones et les gouvernements afin de soutenir une expansion et une bonification des services en français.

Recommandation 9

Augmenter le lobbying par rapport à l'accessibilité aux services et sur les autres facteurs qui impactent la santé des immigrants.

CONTEXTE

Depuis les années 1990, les communautés francophones en situation minoritaire ont conçu de l'immigration comme une façon de renverser le déclin démographique. Par conséquent, les intervenants des CFMS s'impliquent davantage dans le continuum de l'immigration afin de retenir les immigrants francophones comme membres de la communauté. Autrement dit, les communautés francophones veulent que les immigrants francophones vivent une partie de leur vie dans la langue française en participant aux activités communautaires et en transmettant cette langue à leurs enfants (Fourot, 2016).

Le gouvernement fédéral a aussi reconnu les bénéfices découlant de l'immigration pour les CFMS. En 2003, le gouvernement fédéral a sorti le Cadre stratégique pour favoriser l'immigration au sein des communautés francophones en situation minoritaire identifiant cinq objectifs :

- 1** Accroître le nombre d'immigrants d'expression française de manière à accroître le poids démographique des CFMS.
- 2** Améliorer la capacité d'accueil des communautés francophones en situation minoritaire et renforcer les structures d'accueil et d'établissement.
- 3** Assurer l'intégration économique des immigrants d'expression française au sein de la société canadienne et des CFMS en particulier.
- 4** Assurer l'intégration sociale et culturelle des immigrants d'expression française au sein de la société canadienne et des CFMS.
- 5** Favoriser la régionalisation de l'immigration francophone à l'extérieur de Toronto et Vancouver.

Ces objectifs ont été réaffirmés dans le Plan stratégique pour favoriser l'immigration au sein des communautés francophones en situation minoritaire (Citizenship and Immigration Canada—Francophone Minority Communities Steering Committee, 2006) et ont façonné le financement alloué pour l'immigration dans chacun des Plans d'action pour les langues officielles. Plus récemment, en mars 2018, le gouvernement fédéral a annoncé le Plan d'action fédéral/provincial/territorial visant à accroître l'immigration francophone à l'extérieur du Québec (Immigration, réfugiés et citoyenneté Canada, 2018) afin de mieux promouvoir l'immigration francophone à l'extérieur du Québec et d'assurer que les services en français sont disponibles pour les immigrants francophones. De même, le Plan d'action pour les langues officielles 2018-2023 (Gouvernement du Canada, 2018) alloue \$40 millions de financement pour attirer et retenir les immigrants francophones dans les CFMS.

L'intégration des immigrants aux CFMS, cependant, n'a pas été sans défis. D'une part, les organismes communautaires ont souvent de la difficulté à trouver un équilibre entre leur besoin de financement et leurs relations avec d'autres intervenants (Belkhouja & Beaudry, 2008). En effet, un rapport de 2014 a noté que les accords de financement en immigration peuvent avoir un impact sur les relations entre intervenants communautaires en refaçonnant les réseaux organisationnels et en suscitant la compétition pour le financement entre organismes (Fourot, 2014). D'autre part, les immigrants francophones peuvent avoir des difficultés à s'intégrer aux CFMS. Confrontés à un double statut minoritaire – triple pour les minorités racialisées – les immigrants francophones sont souvent sous-représentés dans les organismes communautaires et trouvent que les services correspondent mal à leurs besoins dans les secteurs comme l'éducation (Laghzaoui, 2018; Fourot, 2016). Les immigrants francophones racialisés, en particulier, se sentent souvent exclus des espaces francophones parce qu'ils perçoivent la francophonie canadienne comme étant pour les personnes de type caucasien, nées au Canada et ayant le français comme langue maternelle (Maddibo, 2016; Maddibo, 2009-2010).

Pour surmonter ces défis et d'augmenter la vitalité des CFMS par l'entremise de l'immigration, il faut que les CFMS soient capables de fournir un niveau de services aux immigrants francophones suffisant pour combler leurs besoins (Magassa, 2008). On ne doit pas concevoir des services d'établissement de manière restrictive comme étant de simples services offerts par les agences d'établissement et leurs employés, mais de manière holistique. Une intégration réussie se repose sur une gamme de secteurs, y compris l'éducation, le travail, le

logement, la formation linguistique, la santé, la religion et les sports et les loisirs (Fourot, 2016).

Cela est d'une importance particulière en Colombie-Britannique pour de multiples raisons. Premièrement, les immigrants représentent plus de 25% de la communauté francophone et le nombre d'immigrants francophones est en augmentation (Fourot, 2014). Deuxièmement, les données les plus récentes d'Immigration, réfugiés et citoyenneté Canada (2018) montrent que le nombre d'immigrants en C.-B. qui sont francophones unilingues est en croissance, tandis que le nombre d'immigrants ayant une connaissance du français et de l'anglais diminue. Troisièmement, les francophones en C.-B., contrairement à d'autres provinces, ont une concentration géographique très faible (Chavez & Bouchard-Coulombe, 2011). Par conséquent, la CFMS de la C.-B. accueille de plus en plus d'immigrants francophones unilingues dispersés sur la province. Cependant, la recherche sur le rôle des secteurs autres que les services d'établissement demeure limitée (Fourot, 2016).

En Colombie-Britannique, la santé est un des secteurs où la recherche sur les immigrants francophones est déficiente. À ce jour, peu d'information existe sur la santé des immigrants francophones dans cette province. En tout, il existe quatre rapports importants. En 2013, le Provincial Health Services Authority a mené une consultation communautaire qualitative sur ce sujet et a rédigé deux rapports résumant les résultats des rencontres avec les intervenants communautaires et les immigrants francophones eux-mêmes. En 2016, RésoSanté Colombie-Britannique a mené deux sondages communautaires : l'un sur la santé des francophones et l'autre sur l'accès aux services de santé en français. Même si ces sondages ne ciblaient pas les immigrants spécifiquement les données ont été triées par statut d'immigration. En somme, très peu de recherche existent sur la santé des immigrants francophones et il n'y a presque aucune donnée quantitative à ce sujet. Dans ce contexte, RésoSanté Colombie-Britannique, en partenariat avec l'ASPC, a entrepris cette étude pour explorer les besoins des immigrants francophones en matière de santé en C.-B.. Cette étude tente de combler les manques dans la recherche susmentionnée afin de dessiner un portrait plus complet de la santé des immigrants francophones en C.-B. et de fournir des recommandations à RésoSanté et la communauté francophone pour combler les besoins en matière de santé de cette population.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

La majorité de la littérature portant sur la santé des immigrants s'inspire de ce que les chercheurs appellent « l'effet de l'immigrant en santé. » Les immigrants ont tendance à arriver en meilleure santé que les personnes qui ne sont pas nées outremer, mais leur santé se met en déclin au fur et à mesure qu'ils restent dans le pays hôte. On observe cet effet non seulement au Canada, mais aux États-Unis, en Australie et dans plusieurs pays de l'Europe de l'Ouest (Subedi & Rosenberg, 2014). Au Canada, on estime souvent que les immigrants arrivent en meilleure santé que les Canadiens nés ici grâce aux politiques d'immigration qui sélectionnent des personnes qui sont plus probables d'être économiquement actives et en bonne santé sur la base de leur éducation, leurs compétences professionnelles, leur âge, et leurs compétences linguistiques (Beiser, 2005; Subedi & Rosenberg, 2014). Cependant, le déclin de la santé physique et mentale parmi les immigrants semble être le résultat de plusieurs facteurs.

La littérature canadienne sur le déclin de la santé des immigrants identifie plusieurs facteurs qui le causent, comme les habitudes de vie (Subedi & Rosenberg, 2014), la taille des centres urbains (Chadwick & Collins, 2015), la participation dans des organismes non religieux (Fuller-Thomson, Noack, & George, 2011), la participation dans des organismes de manière générale, les problèmes en accédant aux soins de santé, la région d'habitation (Robert

& Gilkinson, 2012) et la capacité à se faire de nouveaux amis (Zhao, Xue, & Gilkinson, 2010). Cependant, les deux catégories de facteurs qui sont les plus importantes sont les facteurs sociodémographiques et socioéconomiques.

Tout d'abord, plusieurs indicateurs sociodémographiques semblent prédire le déclin de la santé des immigrants au Canada, y compris le genre, l'âge, le pays d'origine, l'ethnicité et la langue. Dans plusieurs études, le genre est identifié comme un indicateur significatif de la santé physique et mentale (Subedi & Rosenberg, 2014; Kim et coll., 2013; Robert & Gilkinson, 2012; Salami, 2017; Fuller-Thomson et coll., 2011). Par exemple, Fuller-Thomson et coll. ont trouvé que les femmes ont 27% plus de risques de sentir un déclin de leur état de santé après 4 ans au Canada (2011). De même, Robert et Gilkensen ont trouvé que les femmes ont plus de risques d'indiquer des problèmes émotionnels quelques années après leur migration (2012). Les immigrants sont aussi plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé en fonction de leur pays d'origine (Fuller-Thomson, Noack, & George, 2011). Plus spécifiquement, les immigrants arrivant de l'Amérique du Sud et l'Amérique Centrale, l'Afrique et le Moyen-Orient indiquent plus de stress et de problèmes émotionnels (Robert & Gilkinson, 2012) et les immigrants arrivant des pays émergents sont plus susceptibles de perdre leur avantage en santé (Setia et coll., 2011).

Le fait de faire partie d'une minorité visible ou d'avoir expérimenté de la discrimination sont aussi des indicateurs significatifs de la santé. Kim et ses collaborateurs ont trouvé que le fait d'être victime de la discrimination augmente le risque d'être en mauvaise santé (2013). De même, le fait de faire partie d'une minorité visible rend un immigrant plus susceptible aux problèmes émotionnels (Robert & Gilkinson, 2012). Cela peut interagir avec la discrimination pour le rendre encore plus susceptible à un déclin en santé physique et mentale (De Maio & Kemp, 2010). Hyman a aussi identifié le racisme comme un déterminant de la santé, avec une gamme d'effets directs et indirects sur cette dernière (2009).

Certains indicateurs socioéconomiques sont aussi liés à la santé selon plusieurs études. Subedi and Rosenberg (2014), Kim et coll. (2013), et Zhao et coll. (2010) ont tous trouvé que le revenu est un indicateur significatif de la santé générale. De même, Robert et Gilkenson (2012) et DeMaio et Kemp (2010) ont trouvé des associations entre le revenu et la santé mentale. Les niveaux d'éducation semblent aussi avoir un impact sur la santé. Kim et coll. (2013) ont trouvé que les hommes avec un moindre niveau d'éducation avaient plus de risques de se sentir en mauvaise santé et Omariba et Ng (2011) ont trouvé que le niveau

d'éducation a un impact plus important que la littératie sur la santé. Il semble que l'éducation ait aussi un impact sur la santé mentale, avec des niveaux de stress plus hauts chez les immigrants avec un plus haut niveau d'éducation (Robert & Gilkinson, 2012). Finalement, plusieurs chercheurs ont trouvé que le fait d'être sans emploi a un impact sur la santé autoévaluée (Kim et coll., 2013; Setia et coll., 2011; Robert & Gilkinson, 2012).

La compétence linguistique est un autre facteur qui affecte la santé des immigrants. Pottie et coll. (2008) ont trouvé que les mauvaises compétences en anglais ou en français impactent la santé des femmes. Par contre, Zhao et coll. (2010) ont trouvé uniquement une association entre la connaissance de l'anglais et la santé. D'autres études quantitatives ont trouvé des associations entre le genre, la langue et la santé (Kim et coll., 2013; Fuller-Thomson et coll., 2011; Omariba & Ng, 2011). Des études qualitatives surlignent les barrières que la langue peut créer par rapport à l'accès aux soins de santé (Lum et coll., 2016; Chadwick & Collins, 2015; Khandor & Koch, 2011).

Même si la langue influence la santé des immigrants, il existe très peu de travaux qui examinent l'influence de la langue sur la santé des francophones en situation minoritaire. Une étude quantitative utilisant des données de la ESCC suggère que les francophones hors Québec se sentent en mauvaise santé plus fréquemment que les anglophones. La différence disparaît pour les femmes quand on contrôle pour d'autres facteurs, mais reste significative pour les hommes (Bouchard et coll., 2009). Une autre étude des francophones au Nouveau-Brunswick démontre que les francophones ont tendance à se sentir en mauvaise santé plus fréquemment que les anglophones, mais cette différence n'est pas significative (Bélanger et coll., 2011). Cependant, comme le Nouveau-Brunswick est une province officiellement bilingue, on s'attend à ce que la disponibilité des services de santé soit meilleure. Des études qualitatives ont confirmé les défis linguistiques auxquels les francophones en situation minoritaire font face. Cela inclut des défis liés à la langue comme des difficultés de communication avec les professionnels (Hien & Lafontant, 2013; Ngwakongnwi et coll., 2012), un manque de satisfaction des services d'interprétation et des déceptions par rapport au manque de services (Ngwakongnwi et coll., 2012). Ces études identifient aussi des enjeux spécifiques aux immigrants francophones, y compris le manque de connaissance du système de santé, le coût des services qui ne sont pas couverts par l'assurance provinciale (Ngwakongnwi et coll., 2012), le manque d'information sur les services disponibles, un plus haut risque de dépression et un manque d'activité physique à cause de l'hiver et des différences culturelles (Hien & Lafontant, 2013).

Les données sur les immigrants francophones dans des provinces spécifiques sont très limitées. En Colombie-Britannique, il existe uniquement des études communautaires préliminaires. Entre 2010 et 2013, le Provincial Health Services Authority a entrepris une consultation communautaire sur la santé des immigrants francophones afin d'obtenir des données qualitatives sur leurs expériences du système de santé provincial. Ils ont réalisé deux rapports à partir de ce projet – l'un après une consultation avec les immigrants seuls et l'autre après une consultation avec les immigrants et les prestataires de services. Les thèmes découlant de ces consultations correspondent souvent aux indicateurs susmentionnés, comme les barrières de communication, les différences culturelles et l'influence des facteurs socioéconomiques. De même, RésoSanté Colombie-Britannique a entrepris deux études en 2016 afin de mieux comprendre l'état de santé des francophones et déterminer leurs besoins par rapport à l'accès aux services de santé en français. Le premier a trouvé que les immigrants francophones ont tendance à se sentir en plus mauvaise santé mentale et physique que les non immigrants (RésoSanté Colombie-Britannique, 2016). Le deuxième a trouvé que les immigrants francophones sont généralement moins à l'aise en anglais. Par conséquent, ils essaient de consulter les professionnels qui parlent français plus souvent que les non-immigrants. En revanche, ils ne trouvent pas toujours des médecins de famille qui peuvent communiquer dans la langue de leur choix (RésoSanté Colombie-Britannique, 2016). Il est important de noter que ces deux études ne ciblaient pas les immigrants spécifiquement. Donc, les données ne se portent pas sur les immigrants exclusivement.

La présente étude s'inscrit donc dans un champ de recherche qui est en train de se développer. Cependant, comme la majorité des études sont pancanadiennes, il existe toujours des fossés à combler par rapport aux données sous-nationales. Cette étude cible donc la population immigrante francophone de la C.-B. uniquement.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude utilise le modèle des déterminants de la santé afin d'identifier les facteurs clés qui affectent la santé des immigrants. Le modèle des déterminants de la santé s'éloigne des perspectives traditionnelles sur la santé qui considère la santé comme un manque de maladies. Selon elles, les humains tombent malades pour des raisons opaques. Les maladies créent des besoins en santé qui sont comblés par le système de santé. Le modèle des déterminants de la santé, en revanche, est un modèle écologique où une variété de facteurs sociaux, physiques et génétiques interagissent avec les comportements et les réponses biologiques des individus pour influencer non seulement la santé, mais le bien-être et la vitalité personnelle (Evans & Stoddart, 1990). Par conséquent, les données qualitatives et quantitatives de cette étude portaient sur les 12 déterminants de la santé identifiés par l'Agence de la santé publique du Canada (Gouvernement du Canada, s.d.) :

1	Niveau de revenus et situation sociale
2	Réseaux de soutien social
3	Niveau d'instruction
4	Emploi et conditions de travail
5	Environnement social
6	Environnement physique
7	Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles
8	Développement sain durant l'enfance
9	Patrimoine biologique et génétique
10	Services de santé
11	Genre
12	Culture

De ces 12 déterminants de la santé, seul le développement sain durant l'enfance n'était pas considéré pour deux raisons. Premièrement, pour des raisons d'éthique, l'échantillon a été limité à des personnes âgées de 18 ans et plus. Deuxièmement, les questions portant sur les expériences des adultes pendant leur enfance sont très intimes et peuvent provoquer des émotions négatives. Par conséquent, les questions portant sur ce sujet étaient exclues des sondages.

Cette étude a utilisé des méthodes mixtes pour recueillir des données. Pour collecter les données quantitatives, nous avons développé un sondage de 51 questions destiné aux immigrants francophones en nous inspirant d'autres sondages en santé publique au Canada comme l'ESCC et l'ELIC. De plus, nous avons cherché les avis des intervenants de la communauté francophone afin de nous assurer que les questions étaient sensibles à la réalité des immigrants francophones et qu'elles étaient rédigées d'une manière compréhensible pour des immigrants issus de divers milieux. Nous avons groupé les questions dans des catégories comprenant les indicateurs sociodémographiques, linguistiques et socioéconomiques et qui portent sur la santé mentale, les connexions sociales, les habitudes de vie, la santé physique et les besoins en information. Nos variables dépendantes étaient la santé générale et la santé mentale autoévaluées. Nous avons tiré nos variables indépendantes des autres catégories. Plusieurs questions ont aussi demandé aux participants d'expliquer leurs réponses aux questions précédentes.

Un second sondage qualitatif a été envoyé aux intervenants communautaires. Ce sondage a contenu des questions sur les perceptions des intervenants sur les enjeux de santé auxquels les immigrants francophones font face et comment RésoSanté peut les soutenir dans leur travail. Nous avons aussi utilisé ce sondage comme outil de recrutement pour les entrevues qualitatives avec les intervenants en les demandant de nous fournir leur adresse courriel s'ils étaient intéressés.

Étant donné la petite taille de la population à laquelle nous nous intéressions¹ et nos ressources étant limitées, nous avons recruté les participants en utilisant une

1. Statistique Canada indique que le nombre d'immigrants faisant partie de la Communauté de langue officielle en situation minoritaire en C.-B. était 15 860 selon le recensement de 2016 (2017b). Cela est calculé en additionnant le nombre d'immigrants qui ont le français comme PLOP et la moitié des immigrants ayant l'anglais et le français comme PLOP. Le nombre d'immigrants ayant le français ou le français et l'anglais comme PLOP est 21 470. Leur définition d'un immigrant n'inclut pas les personnes qui ne sont pas résidents permanents. Selon leurs données, il existe 2 230 immigrants de plus qui ne sont pas résidents permanents qui habitent en C.-B. avec soit le français, soit le français et l'anglais comme PLOP (2017b).

variété de méthodes choisies afin de maximiser la taille de notre échantillon. Des publications étaient faites sur la page Facebook de RésoSanté toutes les deux semaines, avec quelques interruptions. Nous avons identifié des intervenants à travers les listes de partenaires de RésoSanté et des recherches sur l'internet. Nous les avons contactés en leur demandant de compléter le sondage qui leur était dédié et de diffuser dans leurs réseaux le sondage destiné aux immigrants. Nous avons aussi contacté les pages Facebook des organismes francophones en leur demandant de partager les publications Facebook de RésoSanté. Les immigrants francophones étaient incités à participer à l'étude par la possibilité de gagner une carte-cadeau de 50.00 \$ chez Canadian Tire dans un tirage au sort.

Les données quantitatives étaient analysées en utilisant les logiciels Stata 13 et Microsoft Excel. À cause de la petite taille de l'échantillon et les méthodes d'échantillonnage, nous aurions causé des problèmes méthodologiques en exécutant des modèles sur nos données. Cela étant, nous avons croisé les variables dépendantes avec différentes variables indépendantes et nous avons testé les résultats pour la signification statistique avec le test exact de Fisher. Pour la majorité des analyses, nous avons recodé les variables dépendantes dans des catégories binaires « Mauvais/Bon. » Afin d'augmenter l'effectif des cellules, nous avons aussi regroupé quelques variables indépendantes en catégories binaires. Pour les variables significatives, nous avons calculé des rapports de cotes pour surligner l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante.

Les données qualitatives étaient collectées d'un groupe de discussion avec des intervenants de première ligne et des entrevues individuelles avec des intervenants communautaires. Le groupe de discussion était axé sur le rôle que jouent les soins et les services de santé dans le processus d'établissement. Nous avons demandé aux participants de discuter de la manière dont ils parlent de la santé avec leurs clients, les types de questions que leurs clients leur posent et comment ils mettent leurs clients en contact avec les services de santé dont ils ont besoin. Les entrevues portaient sur les perceptions des intervenants du rôle que jouent les différents déterminants de la santé sur l'état de santé de leurs clients et comment la communauté francophone peut combler les besoins des immigrants francophones en santé.

Nous avons analysé les verbatims du groupe de discussion et des entrevues en utilisant le logiciel NVivo 12. Les verbatims étaient lus une première fois afin d'établir un cadre d'analyse pour le codage des différentes thématiques. Ensuite, ils étaient codés selon ce cadre d'analyse. Après le codage initial, les extraits associés avec les différents codes étaient lus une fois de plus pour établir des sous-thèmes.

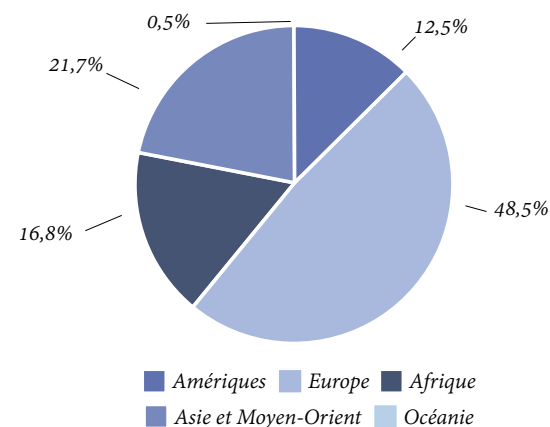
Nous n'avons pas cherché les expériences des immigrants francophones directement d'eux pour deux raisons. D'abord, les deux études du PHSA susmentionnées ont déjà traité des thématiques similaires et certains intervenants ont indiqué que la réalité sur le terrain n'a pas beaucoup changé depuis. Ensuite, nous avons eu des soucis éthiques par rapport aux discussions avec les immigrants francophones sur leurs expériences de la santé au Canada. Spécifiquement, nous avons été alertés qu'en demandant aux immigrants de s'exprimer sur les défis auxquels ils ont fait face nous pourrions leur rappeler des souvenirs traumatiques dont ils n'aimeraient pas parler dans le cadre d'un groupe de discussion.

PORTRAIT DÉMOGRAPHIQUE DES IMMIGRANTS FRANCOPHONES EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Selon les données du recensement de 2016, il y a 73 325 personnes avec le français comme PLOP en C.-B., ou 1,6% de la population totale de la province. De ces 73 325 personnes, 21 470 sont des immigrants qui sont résidents permanents ou citoyens naturalisés et 2 230 sont des immigrants temporaires. En ajoutant le nombre de résidents permanents et citoyens naturalisés au nombre d'immigrants temporaires, on remarque que 32,3% des francophones en C.-B. ne sont pas nés au Canada.

Comme démontré dans la figure 1, la majorité des immigrants francophones viennent d'Europe. Après l'Europe, nous trouvons l'Asie et le Moyen-Orient, suivis par l'Afrique, puis les Amériques. Seule l'Océanie ne contribue pas beaucoup au nombre d'immigrants en C.-B..

Figure 1 Les immigrants francophones par région d'origine



Source: Statistique Canada, 2017b

En divisant ces régions en sous-régions, on peut voir que la majorité des immigrants francophones viennent de l'Europe de l'Ouest comme présenté dans le Tableau 1. Cette sous-région représente plus du triple d'immigrants que la prochaine sous-région – l'Asie du Centre-Ouest et le Moyen-Orient. Les autres sous-régions significatives sont : l'Europe de l'Est, l'Asie de l'Est, l'Afrique du Nord, l'Afrique de l'Est et l'Amérique du Sud.

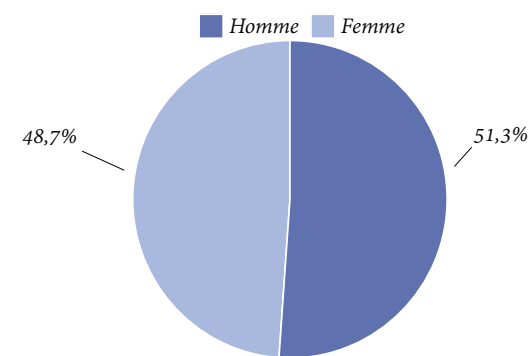
Tableau 1 Les immigrants francophones par sous-région d'origine

Sous-région	Pourcentage
Europe de l'Ouest	34,8%
Asie du Centre-Ouest et le Moyen-Orient	8,5%
Europe de l'Est	8,4%
Asie de l'Est	8,0%
Afrique du Nord	6,3%
Afrique de l'Est	6,2%
Amérique du Sud	5,7%
Europe du Sud	4,4%
Afrique du Centre	4,3%
Asie du Sud-Est	3,0%
Afrique Centrale	2,7%
Asie du Sud	2,2%
Afrique de l'Ouest	1,5%
Amérique du Nord	1,2%
Caraïbes et Bermudes	1,2%
Europe du Nord	1,1%
Océanie	0,5%
Afrique du Sud	0,2%

Source: Statistique Canada, 2017b

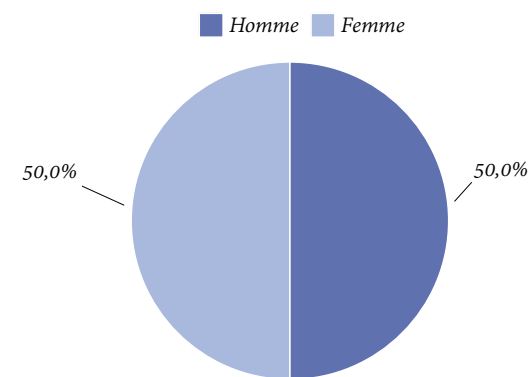
Selon les figures 2 et 3, la population immigrante francophone se divise presque également entre hommes et femmes, avec environ 49% et 51% respectivement. Cela est assez proche de la division entre hommes et femmes auprès des non immigrants.

Figure 2 Immigrants francophones par genre



Source: Statistique Canada, 2017a

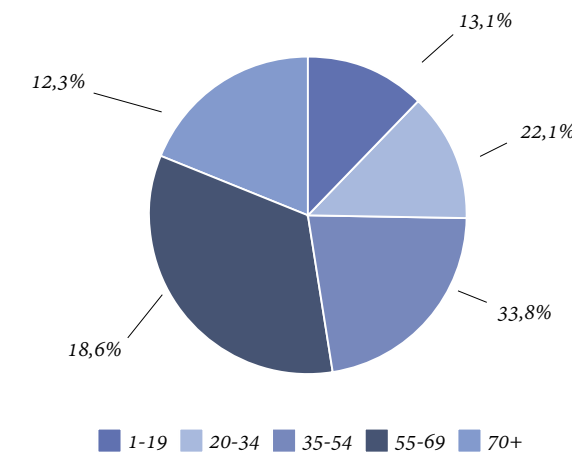
Figure 3 Non-immigrants francophones par genre



Source: Statistique Canada, 2017a

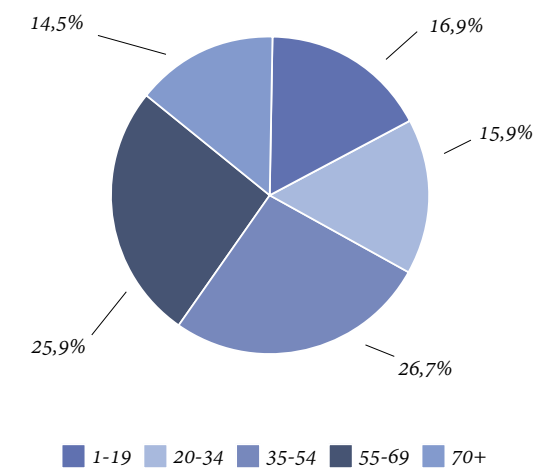
Les Figures 4 et 5 montrent le découpage des tranches d'âge parmi les immigrants francophones et les non-immigrants. En résumé, les non-immigrants sont plus âgés que les immigrants. Cependant, il y a plus d'enfants non immigrants (moins de 19 ans) qu'immigrants.

Figure 4 Immigrants francophones par âge



Source: Statistique Canada, 2017a

Figure 5 Non-immigrants francophones par âge

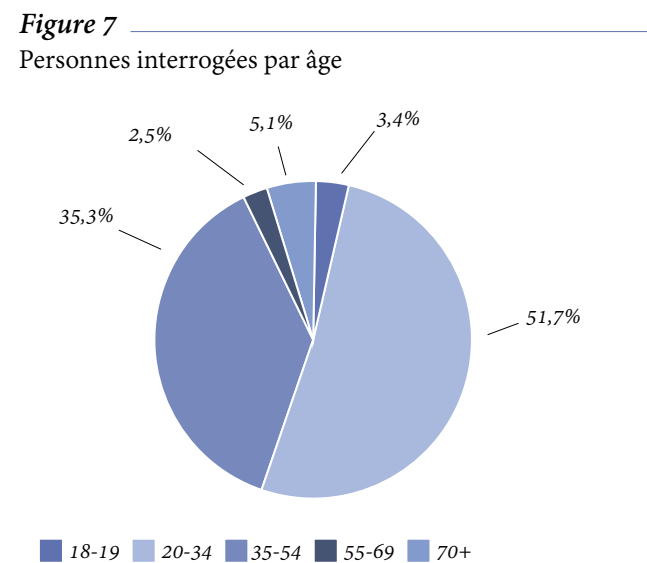
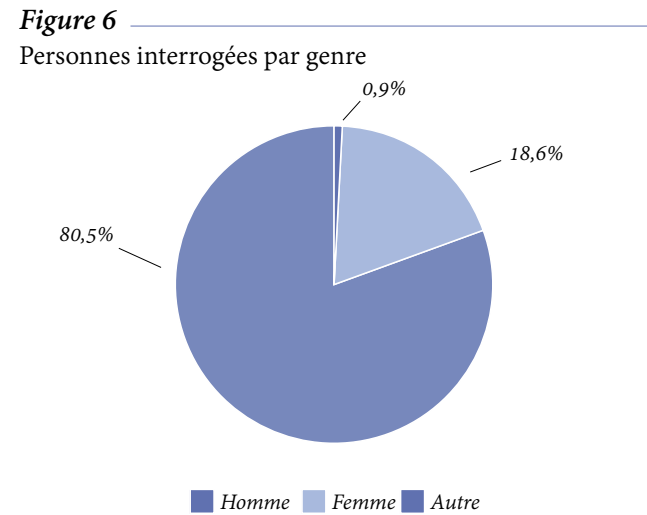


Ces données suggèrent que les immigrants francophones ont des besoins en matière de santé différents des non-immigrants. La population non immigrante plus âgée aurait besoin de soins directs, tandis que la population immigrante moins âgée bénéficierait plus des programmes de prévention et de promotion de la santé au fur et à mesure qu'ils vieillissent. En outre, plus de 50% des immigrants francophones ne viennent pas d'Europe. Ces immigrants pourraient avoir des attentes différentes envers le système de santé des immigrants européens puisque les systèmes de santé européens sont proches de celui du Canada. Par conséquent, ils auraient besoin des programmes adaptés à leurs besoins.

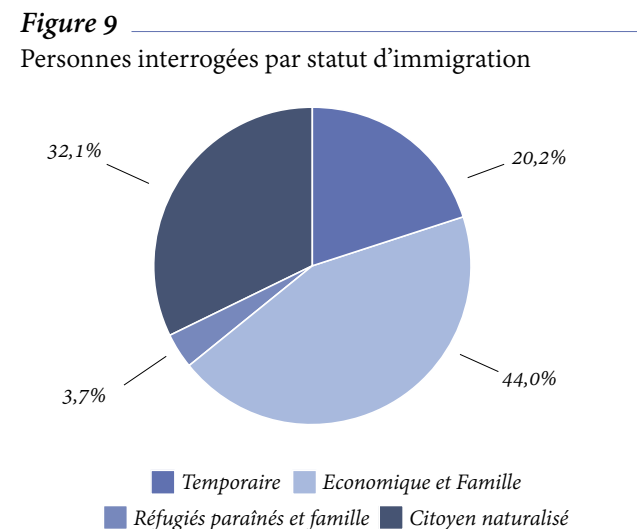
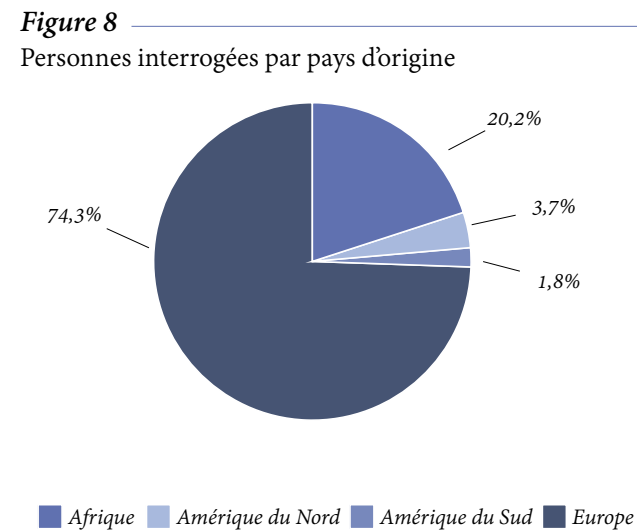
RÉSULTATS DU SONDAGE

STATISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

Notre échantillon comprenait 118 participants, parmi lesquels 94 avaient complété l'entièreté du sondage. Comme le présente la figure 6, les personnes interrogées étaient majoritairement des femmes avec presque 5 femmes pour un homme. Un répondant s'identifiait à un genre autre qu'homme ou femme.

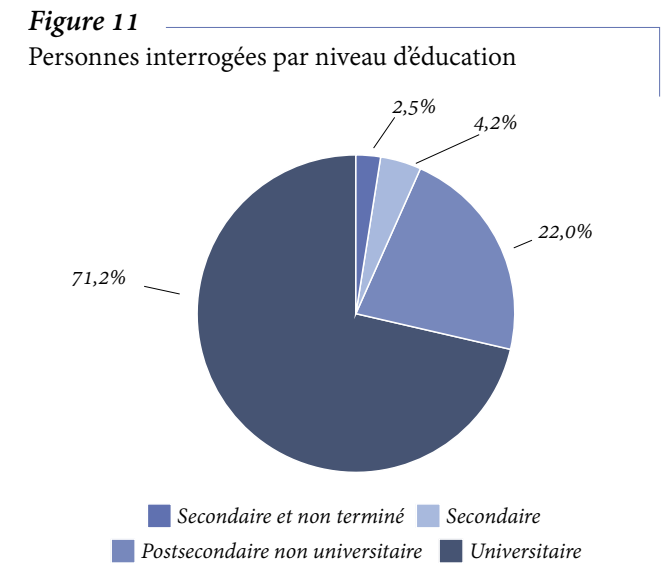
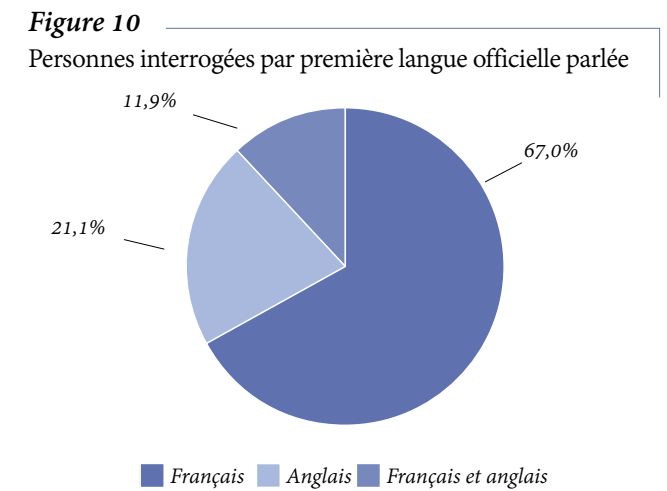


La figure 7 montre la répartition des personnes interrogées par tranches d'âge. La majorité des personnes interrogées avaient entre 20 et 35 ans. Venaient ensuite les personnes de 35 et 54 ans. Nous avons reçu un nombre de réponses limité des personnes de plus de 55 ans ou moins de 20 ans. Cela est probablement dû au fait que nous avons limité le sondage aux personnes âgées de 18 ans et plus et que ceux qui sont âgés de 55 ans et plus utilisent moins l'internet. Les immigrants francophones de notre échantillon viennent majoritairement d'Europe. Comme le démontre la figure 8, près de trois quarts des personnes interrogées ont indiqué qu'ils venaient d'un pays européen. Environ 20% des personnes interrogées viennent d'Afrique. Les autres personnes interrogées sont originaires d'Amérique du Nord et d'Amérique du Sud.

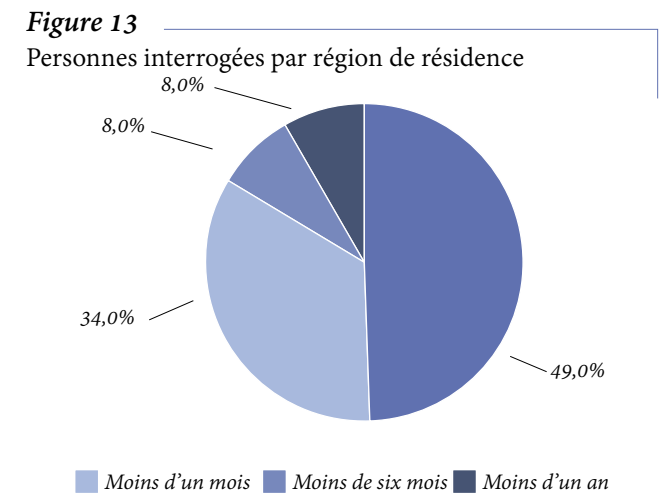
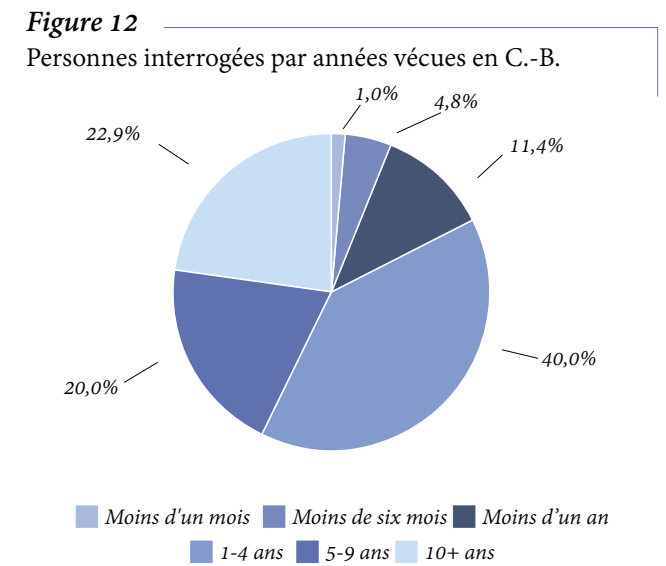


La figure 9 indique que la majorité relative des personnes interrogées sont venues au Canada comme immigrants économiques. Plus de 30% sont des citoyens naturalisés, tandis que 20% sont des migrants temporaires. Seulement 3% sont des réfugiés. Cela est peut-être lié au fait que les réfugiés ont un accès à l'internet plus limité. Cependant, la proportion de réfugiés est concordante avec d'autres rapports qui montrent que la C.-B. accueille une proportion de réfugiés moindre comparée à d'autres provinces (Fourot, 2014).

Selon les figures 10 et 11, la majorité des immigrants francophones ont le français comme PLOP, suivi par environ 21% avec l'anglais. Presque 12% des personnes interrogées ont indiqué le français et l'anglais comme PLOP.



Les personnes interrogées sont très instruites. Comme démontre la Figure 11, environ 7% d'entre elles seulement n'avaient pas une éducation postsecondaire. Parmi les personnes avec une éducation postsecondaire, plus de 70% ont un diplôme universitaire, tandis que 22% ont une éducation postsecondaire autre qu'universitaire.

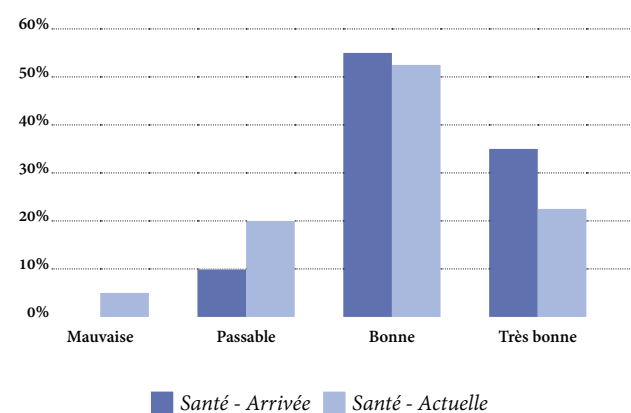


La majorité des personnes interrogées habitent en C.-B. depuis plus d'un an, comme le démontre la figure 12. Une majorité relative de 40% habite dans la province depuis 1 à 4 ans, tandis que 20% habitent en C.-B. depuis 5 à 9 ans et environ 23% l'habitent depuis plus de 10 ans. 11% des personnes interrogées habitent dans la province depuis moins d'un an et moins de 5% l'habitent depuis moins de 6 mois. Seulement 1% l'habitent depuis moins d'un mois. Comme l'indique la figure 13, une majorité relative des personnes interrogées, 49%, habitent dans la Ville de Vancouver. 34% habitent dans les autres régions du Grand Vancouver, tandis que 9% et 8% habitent dans le Grand Victoria et d'autres régions de la province respectivement.

L'ÉTAT DE SANTÉ DES IMMIGRANTS FRANCOPHONES

La grande majorité des immigrants francophones se considère en bonne ou très bonne santé générale et mentale actuellement – environ 75% et 69% respectivement. Cependant, ils étaient plus nombreux à leur arrivée au Canada, environ 90% et 76% respectivement. Concernant la santé générale, aucune personne interrogée ne se sentait en mauvaise santé et environ 10% se sentaient en santé passable à leur arrivée.

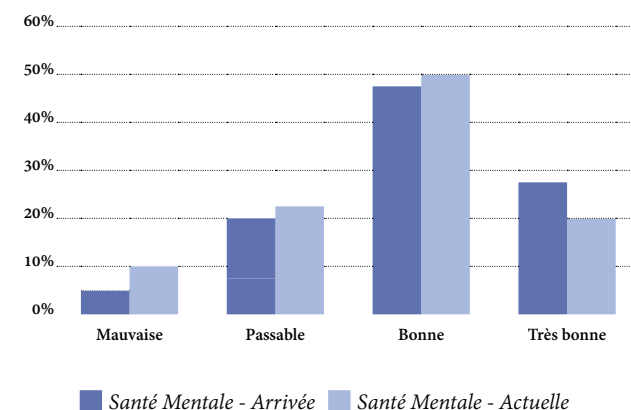
Figure 14
État de santé générale



On peut remarquer dans la figure 14 que le nombre de personnes interrogées décrivant leur santé actuelle comme passable ou mauvaise est beaucoup plus haut que ceux qui

décrivent leur santé comme tel à leur arrivée. Presque 20% des personnes interrogées se sentent en santé passable et 5% se sentent en mauvaise santé. Il existe des tendances similaires pour la santé mentale. En revanche, les personnes interrogées se considèrent en moins bonne santé mentale par rapport à leur santé générale. Environ 75% se sentaient en bonne ou très bonne santé mentale à leur arrivée au Canada. Tandis que le pourcentage d'immigrants se sentant en bonne santé mentale actuelle est un peu plus haut, le pourcentage de ceux qui se sentent en très bonne santé mentale a décliné de 28% à environ 20%. De même, le pourcentage de personnes interrogées se sentant en mauvaise ou passable santé mentale est plus haut – 10% et 20% respectivement. Ces résultats sont présentés dans la figure 15.

Figure 15
État de santé mentale



Le tableau 2 présente des statistiques sommaires pour les variables d'état de santé examinées dans cette étude. Nous avons mesuré ces variables sur des échelles à 4 pointes (Mauvais, Passable, Bon, Très Bon). L'état de santé générale a une moyenne de 2,24. Cela confirme que la plupart des immigrants francophones se perçoivent comme étant en « bonne » ou en « très bonne » santé. Un écart-type de 0,63 indique que la majorité des personnes interrogées se trouvent dans l'une de ces deux catégories. Les immigrants francophones ont tendance à se sentir en moins bonne santé actuellement. La moyenne de 1,93 indique que plus de francophones sentent que leur santé est « mauvaise » ou « passable » actuellement. Un écart-type de 0,72 indique que les réponses sont plus dispersées : beaucoup de personnes interrogées se sentent toujours en bonne santé, mais un plus grand nombre se sent en moins bonne santé. Comme pour la santé générale, les immigrants francophones se sentent généralement en bonne santé

mentale. Cependant, le moyenne de 2,01 suggère que c'est dans une moindre mesure que pour leur santé générale. Un plus grand écart-type indique que les réponses à cette question sont plus dispersées aussi. De même, les immigrants francophones se sentent en moins bonne santé mentale actuellement qu'à leur arrivée. La moyenne de 1,8 indique que la plupart des immigrants se sentent toujours en bonne santé mentale, mais plus d'immigrants se sentent maintenant en mauvaise ou passable santé mentale par rapport à leur arrivée.

Tableau 2

États de santé générale et mentale autoévalués - Différence entre moyennes

VARIABLE	À l'arrivée		Actuel		Différence entre moyennes (test T)
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
État de santé autoévalué	2,24	0,63	1,93	0,72	0,30**
État de santé mentale autoévalué	2,01	0,79	1,80	0,87	0,20*
Observations	96		94		94

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Pour les analyses de signifiante, nous avons choisi d'utiliser le niveau de 0,1 à cause de la taille limitée de l'échantillon et la méthode d'échantillonnage afin d'inclure le plus grand nombre d'indicateurs possibles. Le tableau 2 présente aussi les résultats de deux tests T pour les variables de santé générale et mentale. Dans les deux cas, il existe des différences statistiquement significatives entre la santé mentale et générale à l'arrivée et actuelle au niveau de 0,1. En générale, les immigrants se sentent en moins bonne santé qu'à leur arrivée.

Afin de trouver quels sont les indicateurs les plus liés à la santé, nous avons croisé une série de variables avec les états de santé générale et mentale et avons exécuté des analyses de signifiante sur les résultats. Pour ces tests, nous avons codé les variables sur les états de santé en catégories binaires de « mauvais/bon » afin de simplifier les analyses. Les tableaux de données utilisés pour cette analyse se trouvent dans l'Annexe A.

De ces analyses, nous avons trouvé plusieurs indicateurs qui sont associés de manière statistiquement significative avec la santé générale. Premièrement, nous avons trouvé une association entre le taux de satisfaction des services de santé en anglais et la santé générale. Plus spécifiquement, la satisfaction avec les services en anglais était associée de façon positive avec la santé générale. Environ 37% des personnes interrogées qui n'étaient pas satisfaites des services de santé en anglais se sentaient en mauvaise santé,

mais la proportion diminue à 24% pour ceux qui en étaient satisfaits. En termes de rapports de cotes, les immigrants qui n'étaient « pas du tout satisfait » ou « pas satisfait » avec les services de santé en anglais avaient 2,3 fois plus de risques de se sentir en mauvaise santé que les immigrants qui étaient « satisfait » ou « complètement satisfait ».

Deuxièmement, le tabagisme est lié à la santé générale. Ceux qui fument au moins une fois par jour auraient plus de risques de se sentir en mauvaise santé que ceux qui fument parfois ou qui ne fument pas. Cependant, à cause du petit effectif des cellules du tableau, on doit interpréter ces résultats avec précaution. Le poids a aussi un lien significatif avec la santé générale. Une plus grande proportion de ceux qui se sentent en mauvaise santé générale se considèrent aussi en surpoids ou en sous-poids. Ceux qui se considèrent en surpoids étaient 2.2 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé, tandis que ceux qui se considèrent en sous-poids étaient 10.5 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé.

Se sentir isolé est aussi associé à la santé générale. En général, ceux qui se sentent toujours ou souvent isolés socialement étaient plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé. De même, la santé mentale est associée avec la santé générale. Ceux qui se sentent en mauvaise santé mentale étaient 3,5 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé générale.

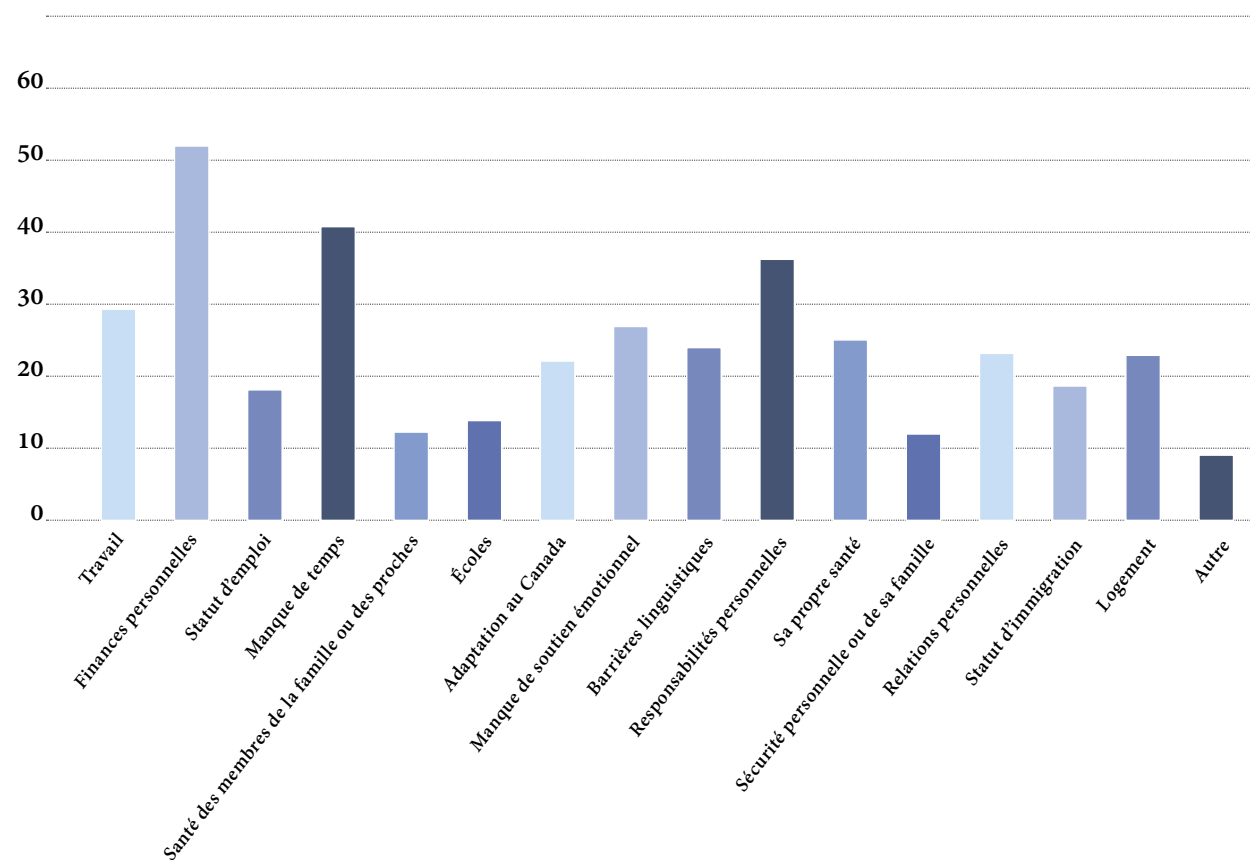
L'état de santé mentale est associé à plusieurs variables. Démographiquement, la mauvaise santé mentale est plus présente chez les personnes âgées de 30 à 50 ans. Les personnes interrogées ayant entre 40 et 49 ans étaient les plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale, avec seulement 35% de ces personnes se sentant en bonne santé mentale. Les femmes sont aussi 3,6 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale que les hommes. La seule personne s'identifiant à un genre autre qu'homme ou femme se sentait aussi en mauvaise santé mentale.

Des indicateurs liés au travail et aux revenus étaient aussi statistiquement significatifs. Les personnes interrogées qui n'étaient pas satisfaites de leur emploi étaient 3,7 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé et ceux qui se sentent stressés au travail étaient 4,5 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale. De même, ceux qui n'ont pas assez ou qui ont juste assez d'argent étaient 2,9 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale. D'autres situations stressantes avaient aussi un impact significatif sur la santé mentale. Ceux qui expérimentent les hauts niveaux de stress à la maison étaient 5,8 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale,

tandis que ceux qui expérimentent les hauts taux de stress en général étaient 7 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale. Similairement, ceux qui sentaient que le système de santé était insensible à leur culture d'origine étaient deux fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale et ceux qui ont expérimenté la discrimination dans le système de santé étaient 8 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale.

Les personnes interrogées ont identifié plusieurs facteurs contribuant à leur stress comme indique la Figure 16. Les finances personnelles sont le facteur le plus rapporté, suivi par le manque de temps, les responsabilités personnelles et le travail. Sa propre santé et le manque de soutien émotionnel étaient les prochains facteurs les plus rapportés. Étonnement, le statut d'immigration, l'adaptation à la vie au Canada et les barrières linguistiques étaient parmi les moins fréquemment rapportés. Seule la santé des membres de la famille ou de l'entourage, l'école et sa propre sécurité ainsi que la sécurité de sa famille étaient rapportées plus souvent. Les autres facteurs de stress pour les immigrants francophones sont : le racisme caché et latent, les relations romantiques, l'épanouissement personnel et un manque de contact avec les anglophones.

Figure 16
Facteurs causant du stress identifiés par les personnes interrogées



La difficulté à communiquer ou la communication difficile avec les professionnels de la santé prédit aussi la mauvaise santé mentale. 53% des personnes interrogées qui avaient des difficultés à communiquer avec les professionnels de la santé se sentaient en mauvaise santé mentale, comparé aux 26% qui avaient des problèmes occasionnellement. Ainsi, ceux qui ont des difficultés de communication étaient 3,2 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale. Plusieurs variables liées aux connexions sociales avaient des liens statistiquement significatifs avec la santé mentale. Seulement 21% des personnes interrogées qui voyaient leurs amis au moins une fois par mois et aucune parmi celles qui voyait sa famille proche au moins une fois par mois se sentaient en mauvaise santé mentale. En contrepartie, 59% des personnes interrogées qui voyaient des amis moins d'une fois par mois et 100% de ceux qui voyaient leur famille proche moins d'une fois par mois se sentaient en mauvaise santé mentale. L'isolement social a un impact encore plus grand. 68% des personnes interrogées qui se sentaient souvent ou toujours isolées socialement se sentaient en mauvaise santé mentale. En revanche, seulement 13% des personnes interrogées qui se sentaient rarement ou jamais isolées socialement se sentaient en mauvaise santé mentale. Les personnes qui se sentaient fréquemment isolées socialement étaient 14,4 fois plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale.

Puisque les connexions sociales sont un déterminant de la santé, nous avons demandé aux participants d'évaluer leur niveau de connexion à la communauté francophone sur une échelle de 4 points. Nous avons ensuite demandé aux participants de préciser leur réponse à cette question. Le Tableau 3 présente la distribution des réponses de ceux qui ont répondu à cette question.

Tableau 3
Niveau de connexion avec la communauté francophone

Vous sentez-vous connecté(e) à la communauté francophone de la Colombie-Britannique?		
	Nombre	Pourcentage
Aucune connexion	2	3,1%
Faible connexion	29	44,6%
Forte connexion	19	29,2%
Très forte connexion	15	23,1%
Total	65	100%

Parmi ceux qui n'ont indiqué aucune connexion ou une faible connexion à la communauté francophone, la raison la plus citée était le fait de ne pas connaître de francophones

ou de ne pas avoir d'informations sur la communauté. Pour deux participants, la seule connexion qu'ils avaient avec la communauté se faisait à travers l'école. Ils connaissaient peu de francophones en dehors.

Parmi ceux qui ont une forte connexion ou une très forte connexion avec la communauté, la raison la plus citée était le fait de travailler dans la communauté ou de faire partie d'un organisme communautaire, suivi par le fait de faire du travail bénévole dans la communauté ou de participer à des événements communautaires. Un plus petit nombre de participants se sentaient connectés à la communauté parce qu'ils avaient des amis francophones. Quelques participants ont mentionné comme raison le fait d'avoir des enfants au CSF, ou être au CSF eux-mêmes. Les deux dernières personnes qui sentent une forte connexion l'ont expliqué par un manque de compétences en anglais et le fait qu'ils se tenaient informés par les médias francophones.

LES OPINIONS SUR LES SOINS DE SANTÉ EN FRANÇAIS

Nous avons demandé aux personnes interrogées de répondre à trois questions par rapport à leurs niveaux de satisfaction des services de santé en C.-B.. La première question demandait s'ils étaient satisfaits des services en anglais, suivi par les services en français, puis l'accès aux services en français. Nous avons mesuré ces questions sur une échelle à 4 points (Pas du tout satisfait, Pas satisfait, Satisfait, Complètement satisfait).

Tableau 4

Niveau de satisfaction des services de santé
Rien à signaler inclus

	Satisfaction avec les services en anglais	Satisfaction avec les services en français	Satisfaction avec l'accès aux services en français
Pas du tout satisfait	5 (5,2%)	12 (12,5%)	10 (10,6%)
Pas satisfait	10 (10,4%)	10 (10,4%)	22 (23,4%)
Satisfait	52 (51,2%)	22 (22,9%)	30 (31,9%)
Complètement satisfait	17 (17,7%)	15 (15,6%)	7 (7,4%)
Rien à signaler	12 (12,5%)	37 (38,5%)	25 (26,6%)
Total	96	96	94

Tableau 5

Niveau de satisfaction des services de santé
Rien à signaler exclu

	Satisfaction avec les services en anglais	Satisfaction avec les services en français	Satisfaction avec l'accès aux services en français
Pas du tout satisfait	5 (6.0%)	12 (20.3%)	10 (14.5%)
Pas satisfait	10 (11.9%)	10 (16.9%)	22 (31.2%)
Satisfait	52 (61.9%)	22 (37.3%)	30 (43.5%)
Complètement satisfait	17 (20.2%)	15 (25.4%)	7 (10.1%)
Total	84	59	69

Tableau 6

Niveau de satisfaction des services de santé
Différence entre moyennes

Satisfaction des services en anglais		Satisfaction des services en français		Différence entre moyennes (test T)
Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
2.02	0.77	1.63	1.07	0.39*

Observations: 56

** $p < 0,01$, * $p < 0,05$

Le tableau 6 présente des statistiques sommaires pour les personnes interrogées qui ont répondu aux deux questions sur la satisfaction avec les services. La satisfaction moyenne avec les services en anglais était 2,02 – ce qui signifie que, en générale, les personnes interrogées étaient « satisfaites » des services qu'elles ont utilisés en anglais. La satisfaction moyenne avec les services en français, en revanche, était de 1,63 – ce qui signifie que la plupart des réponses étaient entre « Pas satisfait » et « Satisfait » des services auxquels ils ont eu accès.

Nous avons exécuté un test T de signifiante afin de déterminer si la différence entre la satisfaction moyenne des services de santé était statistiquement significative. La différence entre les moyennes des deux variables était statistiquement significative au niveau de 0,1. Cela signifie qu'il y aurait seulement une chance sur 10 d'obtenir ces résultats s'il n'y avait vraiment pas de différence. Ainsi, les immigrants francophones sont généralement plus satisfaits des services en anglais que des services en français.

Nous avons ensuite demandé aux participants d'expliquer leurs réponses à ces questions. Une grande proportion

d'immigrants n'a pas évalué leur satisfaction des services en français ou de l'accès aux services en français. Ce qui s'explique par le fait que la plupart des personnes interrogées qui ont expliquées leurs réponses ont noté la difficulté à trouver des professionnels de la santé qui parlent français. En total, 64 personnes ont répondu à cette question et 20 d'entre eux ont mentionné la difficulté de trouver des professionnels qui parlent français. Une personne a noté : « C'est pas facile de trouver des spécialistes francophones même avec le répertoire, ils sont souvent over booker » (Participant 8).

Plusieurs personnes n'ont jamais cherché de professionnels qui parlent français, parfois parce qu'ils n'en ont jamais senti le besoin, mais aussi à cause des difficultés du système de santé en général : « Je ne cherche pas particulièrement de services en français, parce que je n'en ai pas besoin, mais aussi parce que souvent le plus accessible est la clinique sans rendez-vous la plus proche, et vu le niveau de service, c'est déjà souvent un miracle si je peux être vu en anglais » (Participant 58).

Quelques personnes ont noté qu'il est beaucoup plus facile de communiquer avec un médecin en français qu'en anglais. Cela a conduit quelques répondants à exprimer un sentiment de soulagement quand ils trouvent un professionnel qui parle français, soit grâce au répertoire de RésoSanté, soit par hasard. Cependant, d'autres personnes ont eu de mauvaises expériences avec les professionnels qui parlent français : « J'ai eu une très mauvaise expérience avec un médecin trouvé par l'intermédiaire de l'annuaire de RésoSanté. J'ai quitté ce cabinet médical et demandé un transfert chez un autre médecin. Cela a pris près de 2 ans. À mon nouveau cabinet médical j'ai trouvé (sans chercher particulièrement) un docteur francophone. Les mamans francophones [groupe Facebook] se donnent des conseils quotidiennement donc si je recherche un spécialiste francophone je demanderai plutôt aux mamans qui vont pouvoir me donner un avis dans lequel j'aurais davantage confiance » (Participant 36).

Quel que soit la langue de service, certains ont exprimé de l'insatisfaction par rapport au système de santé en général : « Relativement satisfaite, mais déçue par la rapidité des rendez-vous et le niveau de services beaucoup moins bon que dans le pays de provenance » (Participant 86).

Nous leur avons aussi demandé s'ils avaient un médecin de famille. Nous avons demandé à ceux qui ont répondu « non » à cette question la raison de cette absence de médecin. Le tableau 7 présente les totaux des réponses sur le médecin de famille.

Tableau 7

Pourcentage de participants ayant un médecin de famille

Avez-vous actuellement un médecin de famille ?	Total	%
Non	40	41.7 %
Oui	56	58.3%
Total	96	100%

Parmi les 41,7% de personnes interrogées qui n'ont pas un médecin de famille, la plupart ont dit qu'elles ne peuvent pas en trouver parce les médecins ne prennent pas de nouveaux patients. Le même nombre de personnes a dit qu'ils étaient incapables d'en trouver un ou qu'ils n'en avaient pas besoin. Quelques personnes ont dit qu'ils n'avaient pas le temps d'en chercher. Pour l'une d'entre elles : « La recherche d'un médecin de famille francophone acceptant de nouveaux parents [sic : patients] demande beaucoup de temps que l'on a consacré à la recherche d'un emploi » (Participant 64).

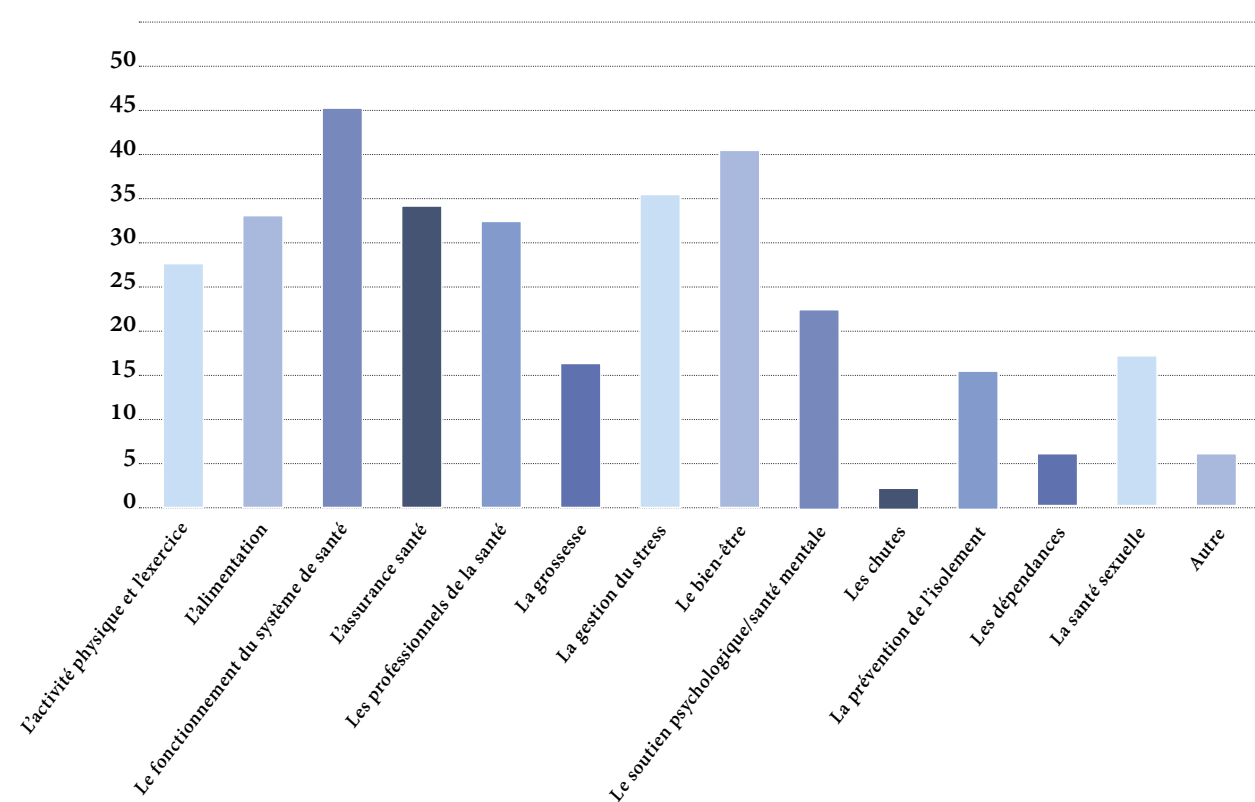
Une autre personne a indiqué que cette situation est assez commune parmi leurs amis : « C'est quasiment mission impossible... Je pourrais en chercher un, mais ça prendrait énormément de temps. Je suis loin d'être un cas isolé dans mon entourage. Mes quelques amis qui ont un médecin de famille sont des locaux, qui vivent à Vancouver depuis toujours » (Participant 12).

Les autres personnes interrogées n'avaient pas de médecin de famille soit parce qu'elles n'en ont pas cherché, soit elles ne savaient pas comment en trouver, soit elles préféraient des soins homéopathiques.

BESOIN D'INFORMATION

Finalement, nous avons demandé aux participants d'indiquer sur quels sujets ils aimeraient avoir plus d'information. La Figure 17 présente ces résultats. L'information sur le fonctionnement du système obtenait le taux de demande le plus élevé. Venaient ensuite les informations sur le bien-être personnel. L'activité physique et l'exercice, l'alimentation et les professionnels de la santé ont reçu des taux de demande similaires. Ensuite, le soutien psychologique et la santé mentale, suivie par la grossesse, la prévention de l'isolement et la santé sexuelle ont reçu des taux similaires. Les personnes interrogées ont aussi identifié d'autres thèmes d'importance, y compris la santé en petite enfance, les impacts de l'état de santé sur les demandes de citoyenneté, les rendez-vous de suivi obligatoires et la santé post-partum.

Figure 17
Besoins d'information



RÉSULTATS DES ENTREVUES ET DU GROUPE DE DISCUSSION

ENTREVUES AVEC LES INTERVENANTS COMMUNAUTAIRES

Nous avons interviewé des intervenants communautaires d'une variété de secteurs, incluant des employés des associations francophones et des employés travaillant en services de santé et services sociaux en français. Nous avons posé aux interviewés des questions à propos du rôle de la langue dans la santé, l'accès aux services de santé en français et les défis auxquels les francophones font face par rapport à leur santé. Les citations sont légèrement modifiées pour améliorer la lisibilité.

Comme on pouvait s'y attendre, tous les interviewés avaient quelque chose à dire à propos du rôle que joue la langue dans le maintien de la bonne santé des francophones. Les problèmes soulevés par les participants ont inclus les malentendus entre professionnel et patient, la discrimination à laquelle un francophone peut faire face

lorsqu'il ne parle pas anglais et les déceptions et confusions liées au manque d'accès aux soins de santé en français dans un pays bilingue. Les immigrants francophones « veulent communiquer en français. Ça c'est la première chose » (Entrevue 5). Le rôle de la langue « est primordial. » Assurer que les services en français sont disponibles et une des principales raisons d'être des organismes francophones (Entrevue 4).

Quand les francophones peuvent être servis dans leur langue, leur première réaction est « La surprise ! » « Je ne savais pas que ce serait possible ! » « Ils remarquent que « ça fait une belle différence et que c'est beaucoup plus confortable d'être en français » (Entrevue 3). Cependant, certains sont déçus du niveau d'accès aux services de santé en français car « c'est dur de savoir qu'on est dans un pays francophone, que je peux dire est bilingue, que la francophonie est là, mais on ne peut pas accéder toute de suite à ces services ici, comme vite. » (Entrevue 5). De même, la réalité du statut de la langue française dans la province peut être décevante. Il arrive que les professionnels de la santé qui parlent français n'aient pas le vocabulaire adéquate pour bien aider les patients francophones. Quand un interviewé a accompagné un client à un rendez-vous médical, il s'est aperçu que « tout le jargon technique, médical, [le médecin] ne le savait pas. Il le savait en anglais [mais pas] en français. Mais, [le répertoire des professionnels de santé qui parlent français] a dit que c'est un docteur qui parle français » (Entrevue 1).

Ces difficultés de communication peuvent avoir des conséquences négatives et impacter le bien-être des immigrants francophones. « C'est souvent une question de sécurité à la fois émotionnelle et physique, que quelqu'un qui n'est pas parfaitement bilingue francophone n'étant pas parfaitement bilingue essayant de transiger avec un professionnel de la santé unilingue, ce n'est pas certain qu'ils vont toujours comprendre exactement tout ce qu'on lui dit de faire et de ne pas faire » (Entrevue 2). Pour les immigrants qui sont francophones unilingues, les services d'interprétation peuvent se substituer à un professionnel qui parle français. Cependant, certains immigrants n'utilisent pas ces services et préfèrent demander aux membres de leur famille de traduire. Ce qui n'est pas une solution idéale car ils n'expriment pas toujours bien ce que le patient veut dire (Entrevue 3). Cela dit, les interprètes ont besoin de formations en sensibilité culturelle pour éviter les problèmes de communication entre les différentes cultures francophones (Entrevue 1).

Vu que la langue est importante pour les immigrants francophones, la plupart des interviewés ont identifié l'accès aux services de santé en français comme un intérêt principal. Pour un interviewé, « l'accès à des professionnels

francophones pour quelqu'un qui ne maîtrise pas parfaitement la langue anglaise » est l'enjeu principal pour les immigrants francophones en matière de santé. Même si cet interviewé se considère bilingue, « parfois il y a des termes relatifs à la santé qui ne viennent pas immédiatement à mon esprit parce qu'on les utilise presque une fois aux dix ans » (Entrevue 2).

Un autre interviewé a décrit les services de santé comme un service de base aux côtés des autres. En revanche, ce n'est pas facile de trouver ces services en français. Pour lui, « à chaque appel que je reçois des immigrants, il y a trois sujets de base, » dont le logement, les médecins de famille et l'emploi. Cependant, « on a toujours des difficultés de répondre à la hauteur des besoins des personnes, vu qu'on sait que le logement c'est vraiment difficile, un médecin de famille francophone ce n'est pas donné non plus. C'est possible, mais on sait que ce n'est pas évident. Puis, le travail, quand on peut... je pense que des trois choses, le travail c'est la plus facile à y arriver » (Entrevue 5).

Cette perception de la difficulté d'accès aux services en français était partagée par un autre interviewé. Pour lui, l'accès aux services de santé en français « est plutôt difficile. » Pour en trouver, « il faut rencontrer ou discuter avec la bonne personne. Déjà il faut avoir accès à des services comme RésoSanté ou [l'organisme chez lequel l'interviewé travaille]. » Après ce contact initial avec un service en français, les intervenants peuvent « aller chercher [des services pour eux] parce qu'on sait où aller appeler, on sait à qui demander pour avoir des services dans telle ville. » Néanmoins, « ce n'est pas quelque chose qui est évident pour les gens. Je pense que l'internet a facilité cet accès de ressources quand même. Mais de manière générale ce n'est pas facile » (Entrevue 3). Il existe aussi un écart entre la facilité de l'accès pour des Canadiens français qui déménagent en Colombie-Britannique et les immigrants. Les services de santé en français sont « plus facilement trouvés, identifiés par les Canadiens qui immigreront ici. Donc un québécois qui vient à Vancouver va avoir le réflexe de chercher du service public en français plus qu'un immigrant, qui ne va pas arriver à chercher » (Entrevue 3). Cela est particulièrement inquiétant quand les francophones peuvent aussi faire face à la discrimination linguistique dans les cliniques de langue anglaise. D'abord, « le fait que ces services de base ne soient pas livrés dans leur langue est vraiment un facteur néfaste à leur intégration. Ça c'est évident. » Mais, cet interviewé a aussi eu plusieurs « clients qui se voient refuser l'accès aux soins parce qu'ils parlent français » (Entrevue 4).

Les francophones aînés seraient particulièrement vulnérables quant à l'accès aux services dans leur langue.

Cela « devient de plus en plus important, parce que nos communautés vieillissent et parce qu'il n'y a pas une association des aînés qui travaille dans le social dans Grand Vancouver. » Plusieurs francophones « maintenant commencent à avoir la soixantaine et plus et donc nous les accompagnons aussi à leurs rendez-vous médicaux, aussi bien pour faire la traduction que pour s'assurer des suivis » (Entrevue 4).

Les interviewés ont aussi identifié plusieurs défis auxquels les immigrants francophones font face pour se maintenir en bonne santé. Le défi le plus souvent identifié est l'accès à l'information. Les interviewés 1, 3, 4 et 5 se sont tous exprimés sur le fait que les immigrants francophones n'ont souvent pas assez d'information pour pouvoir naviguer dans le système de santé en C.-B. ou pour adapter leurs habitudes de vie à la vie d'ici. Selon un interviewé, « il y a deux grands problèmes. Le premier c'est comprendre comment ça fonctionne. Comment comprendre à qui parler pour avoir les bons soins. [...] Et la deuxième c'est comment je fais pour pas payer, pour être couvert proprement et avoir une assurance ? » (Entrevue 3).

Les immigrants non européens et en particulier les immigrants africains ont des besoins d'information qui s'étendent aux normes culturelles par rapport à la santé. Pour un interviewé, le fait de ne pas comprendre la définition occidentale de la santé « c'est vraiment très grave. » Par exemple, « il y a beaucoup de gens qui ne savent même pas qu'il faut prendre la carte pour faire des activités physiques [au centre communautaire]. Il y a beaucoup de gens qui viennent ici qui ne savent même pas qu'il y a le médecin de famille. » Les différences culturelles affectent aussi la perception des rendez-vous médicaux. En Afrique, « quand tu es malade, chaque fois on prescrit quelque chose. Mais ici, ce n'est pas qu'on va te prescrire quelque chose » (Entrevue 1).

Le besoin d'information peut aussi varier en fonction des catégories d'immigration. Un interviewé a noté que le besoin d'information est encore plus haut pour les réfugiés car « c'est la réalité, les familles de réfugiés malheureusement n'ont pas – je ne veux pas non plus dire que c'est toujours comme ça, okay ? Mais en majorité, n'ont pas eu toutes les mêmes conditions, même au niveau de l'éducation, des études, que des autres familles qui arrivent [...] avec une formation supérieure, qui ont fait vraiment un processus long avant de venir ici, un processus lié à un domaine précis de travail. » Souvent, « ces gens-là ont besoin toujours d'être encadrés [...] C'est les gens qu'on va devoir arrêter plus longtemps pour expliquer des fois nos règlements, comment ça fonctionne » (Entrevue 5). Les besoins d'information s'étendent à d'autres sujets aussi. Un interviewé, par

exemple, a noté le besoin d'information en santé sexuelle en particulier car, dans le Grand Vancouver c'est un sujet « dont personne ne parle » et que la communauté francophone « n'en parle pas beaucoup » (Entrevue 4).

L'emploi, le logement et le coût de la vie sont d'autres facteurs identifiés par plusieurs interviewés comme ayant un impact sur la santé des immigrants francophones. Pour un interviewé, l'emploi et la santé sont les pierres d'angle de l'intégration puisque l'intégration « revient sur comment avoir le job, comment avoir le boulot, comment avoir la maison. La santé c'est très important parce que si tu n'es pas saine, tu ne peux aller travailler » (Entrevue 1).

Même la recherche d'un emploi affecte la santé des immigrants « au niveau de la dépression, du stress et puis tout ce qui est anxiété, estime de soi. » Pour plusieurs « c'est une période très stressante » car « quand tu dois chercher un emploi, tu dois être au top de la forme tout le temps et tu dois passer beaucoup de temps en train d'être activement en recherche. Mais en même temps, tu as un manque de ressources financières. Donc, le stress gruge sur sa santé physique avec problèmes de sommeil, problèmes d'alimentation. » Quand tu es immigrant, l'impact est « pire, parce que tu n'as pas accès à certains services. Donc c'est tes économies, ou le petit pécule que tu as qui diminue chaque jour et chaque jour tu as cette pression qui augmente » (Entrevue 4).

Ces effets pourraient être « en lien avec ce que la vie nous demande ici » dans le Grand Vancouver. « Quand on arrive, le coût de vie est tellement cher que la première chose qu'on pense c'est à travailler puis on ne fait pas trop attention au reste. » Pour plusieurs immigrants, « si tu n'as pas besoin nécessairement [des services de santé], si tu sens que tu es correct, puis tu n'aies pas un gros mal à la tête ou une urgence, tu continues à travailler et tu laisses tomber ça. Tu dis « non je vais faire ça après, je dois travailler, je n'ai pas le temps de quitter le travail. » Les exigences de la vie dans le Grand Vancouver fait que les immigrants francophones « ignore[nt] les petits signes qui commencent à accumuler, qu'à un moment donné ça devient grand. Puis peut-être quand tu vas chercher de l'aide, c'est un peu tard » (Entrevue 5).

La culture a aussi plusieurs impacts sur la santé des immigrants francophones selon les interviewés. Cela peut affecter leurs habitudes de vie, leur alimentation et leurs attentes envers le système de santé. De plus, cela peut causer des cas de discrimination non seulement dans le système de santé, mais dans la communauté francophone. Les immigrants francophones, d'Europe ou d'autres régions, expérimentent des chocs culturels en utilisant le système de santé en C.-B.. « Dans les deux cas, il y a un manque

de confiance dans le système de santé canadien, mais un Européen va quand même se tourner vers cette médecine occidentale » (Entrevue 3).

Un interviewé a parlé des différences entre le rôle du médecin en France et au Canada. Pour les français, « si tu n'es pas tout à fait d'accord avec le traitement [...] tu peux demander une seconde opinion. » Mais, « dans certains pays, tu n'as pas forcément l'habitude de contredire le médecin. C'est l'opinion et toi, en tant que membre de la famille, patient, ou autre, tu ne contredis pas. Alors que dans certains pays, tu as l'habitude de dire « okay, je ne suis pas d'accord avec ça, c'est quoi l'autre option, l'option B » (Entrevue 4).

Cependant, comme notés dans les deux citations précédentes, les interviewés estiment que les immigrants européens trouvent la santé en C.-B. plus facile à comprendre que les immigrants venant des pays non européens. « Beaucoup d'Européens, d'immigrants européens qui arrivent, [sont] des classes sociales éduquées, privilégiées. Pour beaucoup de personnes qui arrivent ici, ces personnes ont déjà des diplômes universitaires, ou déjà des connaissances et même un niveau de base en anglais. Ou même s'ils ne parlent pas super bien l'anglais, ils sont capables de comprendre ou d'exprimer certaines idées. » De plus, les immigrants européens ont souvent « une connaissance du service des soins et de certains types de soins qu'on peut trouver en Amérique du Nord. [...] Les personnes qui viennent d'autres pays ont aussi des expériences similaires, ont aussi des niveaux d'éducation variés, multiples. Mais, [...] le système nord-américain quand même est assez similaire au système européen » (Entrevue 4).

Les immigrants issus des pays non européens, en revanche, font souvent face à des difficultés dues aux différences entre les habitudes de vie de leur pays d'origine par rapport au Canada en plus de devoir comprendre un nouveau système de santé. Selon un interviewé, « ce qui rend un immigrant en mauvaise santé d'abord, il ne s'adapte pas. [...] Par exemple, un immigrant, il peut voir que rouler en voiture, c'est un luxe. Donc lui, chaque fois [qu'il sort] il est en voiture. Il ne voit pas que marcher, il peut vraiment marcher. » Ces différences entre les habitudes peuvent affecter les enfants des immigrants francophones aussi. Par exemple, « beaucoup de parents ne savent pas [les lieux où ils peuvent] amener les enfants dans les sports », ce qui peut priver les enfants des occasions pour l'exercice physique (Entrevue 1).

Ils font face aussi à des défis en s'adaptant à une alimentation différente. Un interviewé amène ses clients « dans des Superstores, pour leur dire ça, les calories, qu'est-ce que ça signifie « calories », qu'est-ce que ça signifie, mettre

beaucoup de sucre. » Souvent, ses clients pensent que « mettre beaucoup de sucre, c'est bien. Mettre beaucoup de l'huile, c'est bien. Mais ce n'est pas bien. Le sucre n'est pas bien. » Donc, cet intervenant essaye de les enseigner (Entrevue 1). Les barrières technologiques peuvent aussi poser de problèmes pour les immigrants non européens. Souvent, les nouvelles technologies sont « plus étranges [pour eux]. Ils vont se dire « comment est-ce que je vais faire ça » en essayant d'accéder aux services automatisés par téléphone ou en ligne (Entrevue 1).

À partir des difficultés à comprendre les soins de santé en C.-B. et à s'adapter aux nouvelles habitudes de vie, les interviewés ont discuté de la discrimination à laquelle les immigrants non européens peuvent faire face dans le système de santé. Un interviewé a expliqué qu'il voit des cas de discrimination « Beaucoup... beaucoup... beaucoup... trop souvent. Selon lui, cette discrimination peut causer des graves problèmes « si par exemple, si tu n'es pas bien connu [et] tu pars seul [aux services de santé]. [...] Si tu pars seul à l'hôpital tu vas mourir. » Il conseil à ses clients : « [quand] tu pars à l'hôpital et tu es seul, en cas d'urgence, si tu es malade, prends quelqu'un, pars avec lui. » Sinon, on risque de ne pas être soigné assez rapidement. Par exemple, un de ses clients « est venu de l'aéroport. Arrivé à l'aéroport, il a fait l'histoire médicale. On l'a mis à l'hôpital ici. On ne lui a pas soigné pendant 5 heures et demie. Il était là, il est mort. [...] parce qu'il n'y avait pas quelqu'un qui était parti pour l'accompagner » (Entrevue 1).

Les immigrants non européens font aussi parfois face à la discrimination au sein de la communauté francophone. Un interviewé a exprimé que plusieurs immigrants africains ne se sentent pas les bienvenus auprès de la communauté francophone. En effet, ils sentent qu'ils sont utilisés pour augmenter le poids démographique de la communauté francophone sans leur fournir le soutien dont ils ont besoin pour s'épanouir. Selon lui, « il y a la francophonie mondiale et la francophonie canadienne. Nous, on dit qu'on fait partie de la francophonie. Mais eux, ils disent « non vous n'êtes pas, vous ne faites pas partie de la francophonie. » [...] Parce qu'ils définissent par la race, mais pas par la langue. Il y a des gens [africains] qui sont nés en Belgique, qui sont nés en France, du côté francophone. Mais quand ils viennent ici ils deviennent francophiles » (Entrevue 1).

Selon cet interviewé, le sentiment d'exclusion fait que les immigrants africains « se sont retirés entre eux. Ils se sont retirés. » Le fait que les immigrants africains se retirent de la communauté francophone cause plusieurs « histoires d'isolement. Il y a beaucoup de gens qui sont isolés. » Cela est particulièrement important chez les enfants africains. « Beaucoup des enfants, quand ils arrivent en 8e année, 9e année, ils quittent la francophonie. Parce qu'ils commencent

à s'isoler. Donc 10e année, 11e année, 12e, ils commencent à être seul. » Par conséquent, plusieurs immigrants pensent qu'ils peuvent avoir plus de connexions sociales en se retirant entre eux dans des petites communautés. Selon cet interviewé, les immigrants africains commencent à croire que « quand on est petit, on est ensemble, mais quand on grandit, maintenant les gens sont seuls » (Entrevue 1).

Un autre interviewé a expliqué que la discrimination peut prendre d'autres formes. Il existe aussi « une discrimination [...] évidente [...] si tu regardes les CA dans nos communautés francophones. Il n'y a pas beaucoup de diversité. C'est assez blanc café. » Néanmoins, pour lui, « [...] il n'y a peut-être pas une discrimination d'office qui est partout. » En général, « il n'y a pas une communication sur les besoins des immigrants » et « il y a un manque total de connaissance. » Cela est encore plus grave pour les immigrants qui « ne sont pas que les Français de France ou les Belges qui arrivent ici. Parce que les activités qui sont préparées dans la communauté sont ciblées par rapport à ces immigrants-là » (Entrevue 4).

Finalement, nous avons demandé aux interviewés de proposer des solutions et des pistes d'action dont ils ont discuté durant leurs entrevues. Les principales solutions proposées étaient une présence sur le terrain et plus de représentation auprès des décideurs.

Les interviewés ont envisagé une variété d'interventions sur le terrain. Deux interviewés ont noté qu'un travailleur de soutien qui pourrait guider les immigrants dans leurs expériences avec le système de santé en C.-B. serait un atout. Le fait de « réussir avoir un interlocuteur pour une personne qui est capable de guider cette personne dans toute son expérience dans le système serait d'une grande valeur » (Entrevue 3). Un interviewé a noté qu'un intervenant social en matière de santé pour les immigrants africains « pourrait vraiment nous épauler à faire beaucoup de choses. Ça serait vraiment une bonne chose d'avoir un intervenant social africain en matière de la santé » (Entrevue 1).

Deux autres interviewés ont identifié la nécessité de faire plus de travail pour atteindre les immigrants là où ils sont, en privilégiant les activités de proximité. « Souvent les immigrants vont plutôt aller dans des choses qui sont proches de leur logement. [...] Il y a toutes sortes d'organismes qui offrent des services aux enfants, par lequel on peut toucher les familles et je trouve qu'on n'a pas assez fait peut-être de travail dans ce sens-là. » Par exemple, « en été il y a tellement de familles qui vont à la piscine, aussi bien à l'extérieur qu'intérieure. [...] Parfois c'est plus facile d'aller voir directement, d'attirer plus de personnes quand on est sur leur lieu où ils sont » (Entrevue 4). Un autre interviewé

a remarqué que les immigrants qui fréquentent les organismes francophones sont « *les gens qui ont recherché le système francophone. Mais si on veut élargir, [...] on doit rejoindre à ceux qui ne nous appartiennent pas. Qui parlent français et qui peuvent nous aider à avoir plus de forces-là, mais qui sont... je ne sais pas où. Donc le défi c'est de les trouver peut-être avec ces cliniques et tout, mais pas juste la publicité entre nous-là.* » (Entrevue 5). Les lieux identifiés par les interviewés comme permettant de mieux cibler les immigrants francophones pour mieux les informer sont : les centres communautaires, les piscines, les bibliothèques et les lieux de cultes.

Plusieurs interviewés ont noté la nécessité de faire du lobbying pour améliorer les services en français. Un interviewé a mentionné que RésoSanté doit « *continuer à faire du lobbying, comme ce qui est fait aujourd'hui, continuer à faire du réseautage, continuer à connecter des points dans la communauté, à travailler donc avec les Services francophones qui connectent les points dans le système* » (Entrevue 3). Un autre interviewé a noté la nécessité d'informer les différents niveaux de gouvernement des besoins des immigrants francophones. Les décideurs politique doivent « *reconnaître les besoins aussi bien de nos clients que des patients francophones.* » La communauté francophone doit entreprendre une action politique « *de base. Aussi bien avec les Ministères de la Santé, avec le ministère provincial, fédéral. Il faut que les personnes soient au courant de ce qui se passe.* » Et, en matière de « *santé, vu nos populations vieillissantes, vu les nouveaux immigrants, les réfugiés qui arrivent avec de multiples besoins au niveau de la santé, il est essentiel que RésoSanté prenne sa place de leader dans ce domaine-là* » (Entrevue 4).

Un autre interviewé a insisté sur le fait que pour que les actions soient efficaces, les organismes francophones doivent toucher plus de membres de la communauté pour les convaincre de demander des services en français. Par exemple, « *à Surrey présentement on a autour de 5, 6 milles francophones. C'est beaucoup.* » Mais seulement environ dix pourcents sont membres d'une association francophone. Il faut se demander : « *Où est-ce qu'ils sont ces 5 000-là ? Qu'est-ce qu'on pourrait faire si on était capable d'aller rejoindre les autres 4 500 ?* » Cet interviewé a suggéré que la mobilisation politique de ces francophones pourrait avoir un impact positif sur la prestation des services en français. Si 5 000 francophones demandaient un service dans leur langue, « *juste le fait de demander, ça va créer un problème, une confusion, puis ça va résulter d'autres services et plus de services. Juste le fait de déranger le quotidien.* » Mais, pour pouvoir créer cet impact, « *il faut trouver ces francophones-là et les motiver à utiliser leur langue dans leur quotidien, soit en santé, soit dans la vie* » (Entrevue 5).

Les interviewés ont mentionnés d'autres solutions, dont :

- Des initiatives pour informer les francophones sur les bilans de santé à faire (Entrevue 1).
- Augmenter l'inclusion de la diversité ethnoculturelle au sein de la communauté francophone (Entrevue 1).
- Avoir quelques ressources imprimées pour les immigrants qui ne savent pas bien utiliser l'internet (Entrevues 1 et 4).
- Plus d'information sur les habitudes de vie saine à Vancouver (Entrevue 3).
- Informer les intervenants anglophones des services disponibles en français (Entrevue 3).
- Collaborer plus avec les intervenants anglophones (Entrevue 4).
- Des sessions d'information pour les nouveaux arrivants qui leur montrent exactement comment fonctionne le système de santé (Entrevue 4).
- Développer des infographies montrant comment fonctionne le système de santé (Entrevue 4).
- Plus d'information pour les francophones sur les services de santé gratuits (Entrevue 4).
- Plus de ressources en ligne (Entrevue 4).
- Plus de finance pour la recherche afin d'augmenter l'information disponible à la communauté (Entrevue 4).
- Plus de lobbying par rapport aux problèmes rencontrés avec le délai de carence du MSP (Entrevue 4).
- Plus de présence médiatique dans les médias de langue anglaise (Entrevue 5).
- Développer de la publicité en anglais ainsi qu'en français (Entrevue 5).
- Intégrer les thématiques de santé dans d'autres événements communautaires (Entrevue 5).

GROUPE DE DISCUSSION AVEC LES INTERVENANTS DE PREMIÈRE-LIGNE

Nous avons aussi mené un groupe de discussion avec des intervenants de première ligne qui interagissent quotidiennement avec les francophones dans le cadre de leur travail. Les discussions portaient sur les difficultés auxquelles les immigrants font face en raison des différences de culture et de langue et entre le système de santé canadien et celui de leur pays d'origine. Ces difficultés, selon les participants, suscitent souvent des sentiments de lassitude et de méfiance auprès des immigrants, ce qui peut causer ou exacerber les problèmes de santé mentale et peut causer un déclin de la santé physique. Les participants ont aussi discuté des solutions à ces problèmes.

Les immigrants francophones ont souvent des difficultés à comprendre comment le système de santé en C.-B. fonctionne. La vitesse auquel le système opère peut les ébranler. Même l'idée d'avoir besoin d'un rendez-vous pour voir un médecin peut exiger de grands ajustements culturels de la part de l'immigrant. En Colombie-Britannique, « *quand on dit qu'il faut qu'on appelle le médecin, qu'il faut prendre un RDV, faut qu'on programme, faut trouver un interprète, toute cette procédure-là c'est difficile* » d'expliquer aux immigrants. Cette complexité fait qu'il y a « *certaines qui comprennent [et] d'autres personnes ne comprennent pas* » (Participant 5).

Ce manque de compréhension peut affecter non seulement la santé des adultes, mais également des enfants. Pour certains parents immigrants, les services de santé pour les enfants avec des besoins particuliers n'étaient pas disponibles dans les écoles de leur pays d'origine. Cela fait en sorte qu'ils ne savent pas toujours qu'ils peuvent demander de l'aide si leurs enfants ont des difficultés. « *Quand on arrive d'un système complètement différent où tout ce qui est besoin spécialisé n'est pas intégré au niveau scolaire on a beaucoup de familles qui ont du mal à comprendre et accepter que leur enfant a des difficultés qu'il faut les référer, faut aller voir un pédiatre, faut aller voir un spécialiste* » (Participant 1).

Souvent, les différences culturelles expliquent ce manque de compréhension. Dans certains cas, les immigrants sont issus de pays où ils peuvent aller chez le docteur quand ils veulent pour avoir une courte réponse. Dans d'autres cas, ils ont internalisé des stigmates à propos de leurs propres conditions médicales et ils ont peur que les docteurs d'ici dévoile des informations confidentielles.

Pour les immigrants africains en particulier, plusieurs des normes de santé au Canada n'ont pas de sens. Par exemple, le jogging est considéré comme « *perte de temps pour beaucoup de cultures. Sérieusement, c'est une perte de temps parce qu'ils ne font pas le lien entre l'exercice physique et la santé* » (Participant 8).

Ce participant a aussi mentionné que les immigrants africains ont souvent des superstitions par rapport aux causes des problèmes de santé. Par exemple, « *dans beaucoup de peuples africains, quand ils sont malades, quand ça ne va pas physiquement, ils vont aller à l'hôpital. Et encore ils ne vont pas penser que c'est une maladie. Ils vont tout simplement penser que si ça ne va pas c'est peut-être l'autre hier qui m'a regardé méchamment, des choses comme ça.* » (Participant 8).

Les participants ont aussi identifié la maîtrise de la langue comme un défi majeur pour la santé des nouveaux arrivants francophones en raison de son effet sur la qualité de leurs interactions avec le système de santé. Selon un des participants, il est très difficile de trouver de bons services en français à Vancouver, surtout pour les immigrants avec de graves maladies. Effectivement, quand « *quelqu'un arrive avec des problèmes de santé assez sérieux, il faut vraiment trouver les bons services, des services en français pour les francophones évidemment. Ça c'est toujours un défi à Vancouver* » (Participant 1).

Quand ces services ne sont pas disponibles, souvent un interprète doit aider les immigrants ayant des difficultés en anglais. Cependant, l'utilisation d'un interprète n'est pas une solution parfaite. Quand un des participants a accompagné un de leurs clients et son enfant à un rendez-vous médical et « on a posé la question sur l'historique de l'enfant, on se rencontre un blocage. Parce qu'elle aimait être capable d'expliquer, mais elle est bloquée par rapport à la langue. » Au-delà de la langue, ses clients sont souvent réticents de partager leur histoire médicale avec un interprète « parce qu'il y a des histoires qui sont purement... quelqu'un trouve que ça c'est confidentiel et peut se confier à personne. Mais, quand on se trouve devant une interprétation, vous sentez, la personne commence à se bloquer. » (Participant 5).

Les participants ont aussi souligné les difficultés auxquelles les immigrants font face quand ils essayent de prendre rendez-vous avec les professionnels de la santé. Les secrétaires médicales ne parlent souvent pas français même si le docteur lui, le parle. Par conséquent, les agents d'établissement doivent souvent accompagner leurs clients à travers le processus entier. De même, « c'est important d'aller jusqu'au bout avec le client parce que, leur donner les numéros de téléphone, ils vont appeler un appel pis ça va être fermé » parce que les secrétaires n'étaient pas capables de parler français. Il est également important de « s'assurer s'ils ont fait un retour, parce qu'ils étaient heureux de leur rendez-vous, est-ce que ça a bien passé ? [...] Parce que [...], même s'il n'y a pas trop de médecins francophones, si ça ne passe pas bien, [...] ils ne sont pas tenus de rester avec le médecin » (Participant 1).

D'autres participants ont mis en avant le besoin d'informations sur des services en français disponibles pour les intervenants de première ligne. Ils ont identifié le répertoire de RésoSanté comme une des ressources principales pour ces travailleurs, ainsi que les Services francophones du PHSA et l'option française sur la ligne téléphonique de MSP. Cependant, un participant a mis l'accent sur le besoin pour les intervenants de diriger le plus de personnes possibles vers ces ressources pour assurer que le besoin soit reconnu et les ressources maintenues. Pour lui, « l'enjeu c'est que ce soit utilisé » par les immigrants, car « si c'est nous [les intervenants communautaires] qui les appelons, ça ne va pas nécessairement compter » (Participant 3).

Ces facteurs peuvent souvent susciter des sentiments de méfiance envers le système de santé et un sentiment de fatigue envers tous les processus. Souvent, « simplement par une mauvaise compréhension du système ici au Canada, par différence culturelle, là du coup on se retrouve avec des décalages, des déceptions, des rejets et probablement aussi

une dégradation du niveau de santé à terme toujours par simple incompréhension du fonctionnement local » (Participant 3).

Un autre participant a mentionné le risque d'incompréhension croissante en l'absence d'une journée d'information sur le système de santé. « C'est ça qui a ressorti beaucoup quand les gens vivent avec ce décalage et qu'il n'y a pas une journée d'éducation, de sensibilisation pour vraiment comprendre. Ce qu'on a vu c'est cette méfiance qui se développe, qui se développe, puis c'est très inquiétant. Parce que là, surtout quand il y a une grande distance culturelle, je dirais plus la distance est grande, plus il y avait de méfiance. » Si les immigrants n'ont pas assez d'information, ils risquent de se dire « je vais plus. Je ne leur fais plus confiance. Je n'y vais pas. Si mon médecin m'a donné une référence, je n'y vais pas. Ce système ça ne vaut rien et ça m'intéresse plus » (Participant 9).

Outre la perte de confiance, les réfugiés en particulier peuvent commencer à sentir une lassitude liée aux difficultés du système de santé. Les nombreux rendez-vous, tests, vaccinations et autres étapes laissent des séquelles sur leur santé mentale. Un participant a eu un cas où son client ne comprenait pas la raison pour laquelle il devrait faire plus d'examen médicaux, disant « Pourquoi quand j'arrive encore ici je dois encore aller ? » Le participant leur a répondu « c'est parce que c'est la procédure. » Mais, le participant a aussi noté que souvent ses clients « sont fatigués. Ils veulent, comme on dit en anglais « move on with their life. » » (Participant 4).

Les participants ont identifié plusieurs pistes pour essayer de combler les besoins des immigrants francophones en matière de santé. Premièrement, plusieurs participants ont identifié les ateliers comme une méthode efficace pour fournir des informations sur la santé et le bien-être des immigrants. Pour ces événements, des partenariats avec d'autres organismes sont clés car les intervenants de première ligne, « nous n'avons pas l'expertise, [mais nous avons] des notions. » S'ils sentent un besoin sur un sujet spécifique comme l'alimentation, « on organise un atelier sur l'alimentation et non seulement on va chercher l'expertise, soit on travaille avec RésoSanté et on amène la personne qui va faire la présentation, nous on amène les nouveaux arrivants » (Participant 2).

Certains participants, en revanche, ont noté qu'il est difficile de recruter des participants pour les ateliers. Un participant a exprimé du scepticisme sur l'efficacité des ateliers. D'autres participants, en réponse à ce dernier, ont suggéré que les informations liées à la santé devraient être incorporées dans d'autres événements. Plutôt qu'avoir un

événement spécifiquement pour la santé, intégrer la santé dans d'autres événements peut encourager des personnes à y participer. « Il faut vraiment être créatif, créer des activités peut-être pour jeunes, une journée sur la santé peut-être. Et créer d'autres choses et serrer les thèmes là-dedans. [...] Maintenant, on essaie d'insérer toutes les sessions d'information dans des activités plus communautaires pour qu'il y a cette ambiance de connexion, de rapprochement, cette ambiance sociale » (Participant 7).

Ces types d'activités, dans un cadre moins formel, peuvent trouver un équilibre entre fournir l'information sur la santé et accorder de l'importance aux connaissances que les immigrants apportent avec eux. Par exemple, les cuisines communautaires créent la possibilité de trouver « un certain équilibre entre l'idée qu'on est là pour les éduquer, pour donner des informations qui manquent et l'idée de reconnaître leurs pratiques et leurs connaissances. » Pendant une de leurs cuisines communautaires, un participant a remarqué que « toutes ces femmes venaient avec beaucoup de connaissances en cuisine en général, donc c'était valorisé. Puis il y avait un échange informel sur leurs perceptions et connaissances en santé. » Ce type d'activité « crée une ambiance, un climat de confiance que là on vient pour suggérer de nouvelles informations ou pratiques. Que ce n'est pas comme nous sommes juste ici pour diminuer leurs connaissances » (Participant 9).

L'autre idée principale exprimée par les participants était le besoin de communication et de collaboration entre intervenants. Selon un participant l'amélioration des services de santé en français est « un travail de long terme. » Leur organisme a « effectivement besoin [des retours des organismes francophones], que ce soit RésoSanté, que ce soit PHSA, pour savoir où sont encore les manques, pour voir les outils qui manquent, les endroits où il y a justement un trou dans le service en français » (Participant 3).

Finalement, un autre participant a évoqué le besoin d'être au courant de ce que les autres intervenants font et de trouver des occasions de collaboration. Les organismes francophones ont besoin de « venir nous demander les questions. Qu'est-ce que vous faites ? Et de rassembler et puis de penser : Est-ce qu'il y a d'autres choses qu'on peut faire ensemble ? Et de nous informer aussi, venir vers nous. » Ce participant a surligné le besoin d'une table « où on échange souvent et où il y a au moins une continuité » et « des moments d'actualisation : Où on est maintenant ? Qu'est-ce qu'on a fait ? » (Participant 7).

DISCUSSION

Les résultats de cette étude indiquent que les immigrants francophones sont généralement en bonne santé. Concernant les statuts de santé générale et mentale, la plupart des immigrants francophones (environ 70% et 60% respectivement) se sentaient soit en bonne ou en très bonne santé. On peut donc conclure que les immigrants francophones sont majoritairement en bonne santé.

Bien que la majorité des immigrants francophones se sente en bonne santé, les résultats de l'enquête sont inquiétants pour deux raisons. Tout d'abord, les taux de bonne santé générale et mentale sont moindres que ceux des immigrants en C.-B. qui ont participé au composant annuel de ESCC – 86% et 92% respectivement (Statistics Canada, 2014). Deuxièmement, un nombre statistiquement significatif d'immigrants francophones se sentent en moins bonne santé générale et mentale maintenant qu'à leur arrivée. Il existe donc une évidence de « *l'effet de l'immigrant en santé* » dans la population immigrante francophone de la C.-B.. Les immigrants francophones ont donc besoin de plus de ressources pour les aider à maintenir leur santé après avoir immigré en C.-B..

Les services de santé en français ne semblent pas combler complètement les besoins en santé des immigrants francophones. Bien que la plupart des personnes interrogées soient satisfaites des services de santé en français, un moindre nombre de personnes était satisfait de ces services

comparés aux services en anglais. Des données qualitatives du sondage suggèrent que de mauvaises expériences avec les médecins qui parlent français peuvent expliquer ce nombre. Cependant, la frustration ressentie envers le système de santé apporte un a priori négatif envers les services en français, aggravé par la difficulté à les trouver. Le taux de satisfaction de l'accès aux services de santé était encore plus bas, avec seulement 54% des personnes interrogées s'en disant satisfaits. Les données qualitatives du sondage suggèrent que cela est probablement lié aux difficultés de trouver des professionnels de la santé qui parlent français et le fait que la plupart des médecins de famille qui parlent français n'acceptent pas de nouveaux patients. De plus, une assez grande proportion des personnes interrogées n'a exprimé ni satisfaction ni insatisfaction au sujet des services de santé en français et leur accès. Ce qui pourrait indiquer que beaucoup d'immigrants francophones n'accèdent pas aux services de santé en français. Il semble que certaines personnes n'ont pas beaucoup d'intérêt à trouver des services de santé en français. Pour d'autres, il semble qu'ils n'ont pas d'opinion en raison de la difficulté à trouver un professionnel qui parle français ou du manque de connaissances des services en français. En revanche, ceux qui réussissent à trouver des services de santé en français ont tendance à avoir des expériences positives. Les données du sondage et des entrevues indiquent que les immigrants francophones qui accèdent aux services en français, volontairement ou par hasard, ressentent une grande satisfaction d'être servi dans la langue de leur choix.

Plusieurs facteurs rendent l'accès aux services en français difficile pour les immigrants francophones. D'abord, les immigrants francophones manquent souvent d'information. Les données des entrevues et du groupe de discussion suggèrent que les immigrants francophones ne comprennent pas complètement comment le système de santé en C.-B. fonctionne. Souvent, les immigrants francophones ne comprennent pas ce que signifie être couverts par le MSP et ne savent pas à quoi s'attendre durant leurs rendez-vous avec le médecin ou ont d'autres difficultés liées au manque d'information. Ce manque d'information peut, à son tour, causer des expériences négatives pour les immigrants francophones qui sont choqués par le fonctionnement du système.

De plus, les immigrants francophones – principalement les immigrants non européens – ont différentes normes culturelles qui peuvent impacter leur compréhension de la santé au Canada. Les données indiquent que les immigrants francophones peuvent avoir des perceptions différentes de l'alimentation, l'activité physique, la confidentialité dans les professions médicales et les types de soins qu'ils

vont recevoir. Ainsi, plusieurs immigrants ont besoin d'informations sur comment adapter leurs habitudes à la vie en C.-B. pour maintenir leur santé.

Des barrières systémiques peuvent aussi impacter la santé des immigrants francophones. Les données du sondage montrent que les immigrants francophones qui n'ont pas sentis que le système de santé était sensible à leur culture d'origine étaient beaucoup plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale. Les immigrants francophones qui ont expérimenté de la discrimination dans le système de santé, même s'ils étaient peu nombreux, étaient encore plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale. Les données des entrevues et du groupe de discussion suggèrent que cet effet est en partie lié au manque d'information susmentionné, ce qui peut créer un sentiment de méfiance envers le système de santé dû à l'écart entre leurs attentes envers le système basées sur leur pays d'origine et la réalité du rapport médecin-patient au Canada. Les immigrants ont alors moins de chances de se réengager avec le système de santé parce qu'ils n'ont plus confiance.

Parallèlement, les immigrants francophones sont aussi affectés par le manque de médecins dans la province, ce qui les oblige à dépendre des cliniques sans rendez-vous. La plupart des immigrants francophones ne pourront pas développer une relation suivie avec un seul médecin qui comprend bien leur histoire médicale, en plus de parler leur langue. Les données des entrevues et du groupe de discussion indiquent que les immigrants francophones sont souvent habitués à des rendez-vous plus longs durant lesquels ils peuvent parler de leurs soucis en santé avec leur médecin de manière détaillée. Ce type de rendez-vous est plus facile avec un médecin de famille.

La langue peut aggraver ces problèmes. Les données du sondage indiquent que les difficultés à communiquer avec les professionnels de la santé impactent la santé mentale des personnes interrogées. Les données des entrevues et du groupe de discussion soutiennent cette hypothèse. Les participants ont indiqué que les malentendus et les incompréhensions sont beaucoup plus communs en communiquant en anglais et les immigrants se sentent beaucoup moins à l'aise en communiquant avec les professionnels de la santé en anglais. De plus, les données des entrevues ont indiqué que les immigrants francophones font face parfois à la discrimination linguistique des professionnels de la santé et des employés des cliniques à cause des préjugés latents envers les francophones dans l'ouest du Canada.

Ces barrières ne sont pas exclusives aux francophones

de la C.-B.. Un rapport de Danielle de Moissac (2016) a abordé les difficultés auxquelles les francophones dans d'autres provinces font face en accédant aux services de santé. Bien que la langue soit importante pour l'expérience des francophones dans les systèmes de santé, ces derniers ne sont pas sensibles aux besoins des francophones et y répondent mal. Souvent, la discordance entre la langue du patient et la langue du professionnel causent l'éloignement des francophones des services de santé, ou la réception de soins de moins bonne qualité. Le manque de professionnels qui parlent français est tout aussi important dans d'autres provinces (De Moissac, 2016). Ces problèmes d'accès impactent les francophones à travers tout le pays.

Les barrières à l'accès aux soins sont problématiques, car les données suggèrent que la santé des immigrants francophones est impactée par les pressions découlant de la vie en C.-B., surtout celles qui sont liées à l'emploi et au revenu. Le revenu et l'emploi étaient en corrélation avec la mauvaise santé générale et mentale. Ceux qui n'étaient pas satisfaits de leur emploi ou qui avaient juste assez ou moins qu'assez d'argent étaient beaucoup plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé. Les données des entrevues suggèrent que ces résultats sont dus à la priorité accordée à l'emploi et au revenu en immigrant en C.-B.. La pression de trouver un emploi pour subvenir à ses besoins quotidiens est plus immédiate. Les immigrants font alors moins attention à leur santé, ce qui peut causer un déclin de leur état de santé. D'autres données du sondage soutiennent cette hypothèse. Le revenu, le travail, le manque de temps et les responsabilités personnelles étaient les causes de stress les plus citées par les personnes interrogées. Ainsi, faisant face aux barrières linguistiques, les immigrants francophones pourraient décider que les soins de santé, avec le stress qu'ils impliquent, ne sont pas prioritaires par rapport aux besoins plus immédiats.

Outre ces facteurs, la santé des immigrants francophones est impactée par la fréquence des contacts avec les amis et la famille proche et par l'isolement social plus généralement. Tout seuls, ces résultats suggèreraient que les immigrants francophones ont besoin de plus de ressources en santé mentale. Cependant, la santé mentale est aussi liée à la santé générale. Les immigrants francophones qui se sentent en mauvaise santé mentale ont tendance à se sentir en mauvaise santé générale et vice versa. Alors, les efforts pour améliorer la santé mentale des immigrants francophones pourraient aussi améliorer leur santé générale.

Certains groupes semblent être plus vulnérables à la mauvaise santé que d'autres. Les données des entrevues suggèrent que les immigrants non européens, les réfugiés, les aînés et les adolescents font face à de plus grands

obstacles pour rester en bonne santé. Les immigrants non européens pourraient faire face à de plus grands défis à cause des différentes attentes et normes culturelles par rapport à la santé. Même si cela ne figure pas dans les données du sondage, plusieurs interviewés et participants au groupe de discussion ont indiqué que cela pourrait être le cas. Les réfugiés étaient aussi identifiés comme vulnérables dans les données qualitatives. Ils arrivent souvent au Canada avec des problèmes de santé plus graves parce qu'ils ont souvent subi des traumatismes et des violences avant leur arrivée. Les réfugiés n'étaient pas un grand segment démographique dans nos données quantitatives et tous se sentaient en bonne santé. Il est possible que notre méthode d'échantillonnage n'ait pas été efficace pour trouver des réfugiés plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé. Les immigrants âgés étaient aussi identifiés comme étant vulnérables à cause des distances à parcourir pour trouver un service en français, le manque de disponibilité des services dans leur langue et la pauvreté. Les immigrants francophones adolescents, surtout ceux qui ne sont pas européens, étaient aussi identifiés comme étant vulnérables par certains interviewés. Puisque plusieurs n'habitent pas près des services communautaires francophones, ils perdent souvent, une fois qu'ils ont quitté le CSF, leur connexion avec la communauté francophone et les ressources qu'elle peut fournir.

Les données du sondage suggèrent que certains groupes sont plus susceptibles de se sentir en mauvaise santé mentale. Les femmes ont plus de risques d'être en mauvaise santé mentale et ont de plus hauts taux de stress et d'isolement social que les hommes. Cela peut-être dû aux responsabilités supplémentaires qui incombent souvent aux femmes en plus des efforts qu'elles doivent faire pour s'adapter à la vie au Canada. Ainsi, les femmes ont besoin de plus de soutien en santé mentale que les hommes. Même si peu de personnes s'identifiaient comme homme ou femme parmi les personnes interrogées, ils pourraient également être plus susceptibles d'avoir une mauvaise santé mentale en raison des stigmates et de la discrimination auxquels les personnes non binaires font face.

Les immigrants temporaires et les citoyens naturalisés ont des taux de mauvaise santé mentale un peu plus hauts que les immigrants économiques et les réfugiés. Concernant les immigrants temporaires, la nature précaire de leur résidence pourrait en être la cause, considérant que plusieurs services sont uniquement fournis aux résidents permanents. La communauté francophone pourrait davantage soutenir la santé mentale de ces immigrants. Les citoyens naturalisés ont peut-être des taux de mauvaise santé mentale plus élevés pour des raisons similaires : les citoyens naturalisés perdent l'accès à plusieurs services qui

sont fournis aux résidents permanents. De plus, ils sont aussi au Canada depuis plus longtemps, ce qui leur rend plus vulnérables à l'effet de l'immigrant en santé.

Finalement, les personnes entre 40 et 59 ans ont tendance à se sentir en mauvaise santé plus fréquemment. Cela s'explique probablement par les pressions de la vie que l'on connaît à ces âges-là. Ils doivent souvent prendre soin des enfants, tout en gagnant assez d'argent pour leurs dépenses et en ayant moins de temps pour se détendre.

Deux autres groupes pourraient aussi être plus vulnérables à la mauvaise santé. En effet, Les personnes qui sont en surpoids ou en sous-poids sont plus susceptibles à se sentir en mauvaise santé. Il est possible que ces individus associent les problèmes de poids avec la mauvaise santé et donc se considèrent en mauvaise santé. Il est également possible que ceux qui ne sont pas au poids santé se sentent simplement en mauvaise santé. Ces immigrants ont besoin de plus de soutien pour maintenir des habitudes de vie saine et faire de l'activité physique.

Il est aussi possible que les hommes soient susceptibles d'être en mauvaise santé pour des raisons différentes des femmes. Cela n'est pas basé sur les résultats du sondage, mais le fait que la majorité des personnes interrogées étaient des femmes. Cela dit, les hommes fument plus, boivent plus et se considèrent en surpoids plus souvent que les femmes. Ainsi, les hommes ont plus de risques d'être en mauvaise santé dans le futur. De plus, dans une étude sur la santé dans les CFSM, le fait d'être membre d'un CFSM avait une association négative avec la santé des hommes, mais pas avec la santé des femmes (Bouchard et coll., 2009). Ensemble, ces résultats suggèrent que les immigrants francophones ont des défis différents en matière de santé selon le genre et ont donc besoin de différentes interventions.

Les résultats suggèrent aussi que certains problèmes de santé méritent plus d'attentions que d'autres. Premièrement, il apparaît clairement que plus d'attention doit être portée à la santé mentale des immigrants francophones, non seulement parce que leur santé mentale est pire que leur santé générale, mais parce qu'une association existe entre les deux., il est donc possible qu'en fournissant du soutien pour la santé mentale des immigrants francophones, cela ait aussi des effets sur d'autres aspects de leur santé. Deuxièmement, les immigrants francophones veulent être mieux informés sur comment rester en bonne santé. Les résultats du sondage indiquent qu'il y a une forte demande d'information sur le fonctionnement du système de santé, y compris l'assurance maladie. Cependant, il y avait aussi plusieurs demandes d'information sur les habitudes de

vie comme l'activité physique, l'alimentation, la gestion du stress et le bien-être en général. Troisièmement, même si ce thème n'avait pas autant de demandes, les données des entrevues suggèrent que la santé sexuelle est un sujet qui n'est pas assez abordé dans la communauté francophone et peu de ressources qui y sont disponibles. Finalement, il y avait beaucoup plus de demandes d'information sur la gestion du stress que sur la santé mentale et le soutien psychologique. Cependant, le stress était fortement associé avec la mauvaise santé mentale dans le sondage. Il est possible que ces résultats soient dus à une réticence à voir le stress comme un état qui mérite des soins de santé mentale. Cela suggère qu'un effort doit être fait pour réduire les stigmates associés à la santé mentale dans la communauté francophone et qu'ainsi les immigrants francophones se sentent plus à l'aise de demander des services de soutien en santé mentale.

Jusqu'à maintenant, nous avons seulement abordé les implications de ces résultats pour la santé des immigrants francophones. Cependant, ces résultats ont aussi des conséquences pour le projet d'immigration francophone en C.-B.. 50% des personnes interrogées ne sentaient aucune connexion ou une faible connexion avec la communauté francophone, même si cela n'était pas associé de manière statistiquement significative avec la santé. Ces résultats sont inquiétants pour la santé future des immigrants francophones puisque les connexions sociales sont un déterminant de la santé. Mais, cela est encore plus inquiétant pour l'intégration des immigrants à la communauté francophone, surtout si on considère que notre méthode d'échantillonnage favorisait les immigrants qui étaient déjà au courant de l'existence d'un ou plusieurs organismes francophones. En combinaison avec de plus hauts taux de mauvaise santé parmi les immigrants qui se sentent isolés socialement, cela suggère que les immigrants francophones ne voient pas la communauté comme une manière de combler leurs besoins sociaux.

Selon les données qualitatives du sondage et des entrevues, les immigrants qui réussissent à se connecter avec la communauté sont très satisfaits. Cependant, d'autres données des entrevues suggèrent que la communauté francophone peut s'aliéner des immigrants francophones, surtout les immigrants non européens. La différence entre la segmentation démographique des pays d'origine du sondage et des données de Statistique Canada suggère aussi que la communauté a du mal à joindre plusieurs immigrants francophones de la province, surtout par rapport aux services de santé. La communauté francophone pourrait tirer bénéfice d'un changement de perspective de son rôle en matière de santé en passant d'une perspective qui cherche plutôt à connecter les immigrants francophones à

des services dans leur langue à une perspective qui mette en avant la possibilité de créer des connexions sociales à travers la santé. Pour accomplir cela, la communauté francophone doit démontrer aux immigrants francophones que 1) la communauté francophone est là pour les soutenir par rapport à leur santé et 2) elle peut faire un meilleur travail que les services anglophones. Comme la littérature sur l'immigration francophone le suggère, l'intégration et la rétention des immigrants va au-delà de ce que proposent les services d'établissement. La communauté francophone doit s'assurer que les immigrants ont de bonnes expériences dans plusieurs secteurs et qu'ils font le lien entre ces bonnes expériences et le fait de faire partie d'une communauté de langue française.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Alors que la communauté francophone compte davantage sur l'immigration pour soutenir sa vitalité, elle doit continuer à soutenir le travail fait dans tous les secteurs qui aident les immigrants francophones à s'intégrer. Ce soutien n'est nulle part plus important que dans le secteur de santé, puisque la santé est un des premiers sujets d'importance pour les immigrants quand ils arrivent.

Les résultats de cette étude suggèrent que les immigrants francophones sont généralement en bonne santé. Cependant, quand on les compare à d'autres études, la proportion d'immigrants francophones qui sont en bonne santé est moindre que celle des immigrants en général. Les immigrants francophones se considèrent aussi en moins bonne santé qu'à leur arrivée au Canada. Ces résultats concordent avec « l'effet de l'immigrant en santé », ou la santé des immigrants se met en déclin au fur et à mesure qu'ils restent au Canada. Cependant, le fait que moins d'immigrants francophones se considèrent comme étant en bonne santé par rapport aux immigrants en général suggère que les immigrants francophones sont peut-être plus vulnérables à cet effet.

En outre, les immigrants francophones n'ont peut-être pas les ressources dont ils ont besoin pour maintenir un bon état de santé par rapport à leurs homologues non francophones. Selon nos données, les immigrants francophones étaient moins satisfaits des services de santé en français qu'ils ont utilisés par rapport aux services qu'ils ont utilisés en anglais. Ils étaient seulement légèrement satisfaits de leur niveau d'accès aux services de santé en français. Par conséquent, nous avons rédigé une liste de 9 recommandations qui pourraient améliorer les expériences des immigrants francophones en matière de santé en C.-B..

Recommandation 1

Mettre plus l'accent sur les interventions au niveau de la santé de la population en plus des interventions qui se concentrent sur l'accès aux services de santé pour les individus et les comportements sains des individus.

La majorité des interventions en matière de santé dans la communauté francophone mettent l'accent sur l'information, sur les comportements sains, ou sur les services en français. Par conséquent, on place la responsabilité pour les immigrants francophones de se maintenir en bonne santé au niveau des individus. Cependant, le cadre des déterminants de la santé indique que le niveau de contrôle qu'un individu a sur sa santé est assez faible et que les facteurs sociaux et systémiques jouent un rôle beaucoup plus important. Nos résultats soutiennent cet argument. Le genre, le revenu, l'emploi, la discrimination et la sensibilité culturelle avaient tous un impact sur la santé des immigrants francophones. Plus d'accent doit être mis sur les interventions qui prennent en compte ces facteurs et qui aident à limiter leurs impacts.

Recommandation 2

Faire du genre et de l'orientation sexuelle une pièce maîtresse des programmes et des interventions. En particulier, s'assurer que les membres de la communauté ont des connaissances et des sensibilités au sujet des défis de santé auxquels les femmes et les membres de la communauté LGBTQ+ font face.

En s'appuyant sur la Recommandation 1, le genre doit jouer un rôle clé dans les programmes de santé auprès de la communauté francophone. Les données de cette étude suggèrent que les femmes immigrantes ont plus de risques de mauvaise santé mentale que les hommes et sont plus stressées et isolées. Les programmes et les interventions qui considèrent les défis particuliers auxquels les femmes font face dans le secteur de santé, ainsi que les pressions sociales placées sur les femmes par rapport aux rôles des genres, pourraient fournir aux femmes immigrantes francophones le soutien dont elles ont besoin pour être en bonne santé mentale et pour réussir à s'intégrer en C.-B..

Cela ne signifie pas que les besoins des hommes en matière de santé n'ont pas besoin d'attention. Or, les hommes sont peut-être moins susceptibles de participer aux activités pour renforcer leur santé, mais ont aussi des taux plus importants de comportements à risque, comme la consommation du tabac et d'alcool. Les hommes ont aussi de plus grands risques de problèmes de poids que les femmes. L'attention doit être portée sur la manière d'encourager les hommes immigrants francophones à participer aux activités qui soutiennent leur santé.

Enfin, les immigrants francophones qui font partie de la communauté LGBTQ+ pourraient être particulièrement susceptibles d'être en mauvaise santé. Même s'ils n'étaient pas représentés de manière significative dans le sondage, les personnes LGBTQ+ fond déjà face à de plus grands défis dans la société de manière générale. Cumulés aux défis liés à l'immigration, ainsi qu'aux barrières linguistiques, leurs défis pourraient être aggravés. Les organismes francophones doivent s'assurer d'être des espaces sûrs pour ces individus.

Recommandation 3

Augmenter le nombre de programmes qui considèrent les attitudes, perspectives et attentes culturelles par rapport à la santé et les soins de santé. Encourager la formation aux sensibilités culturelles auprès des organismes francophones et des professionnels de la santé qui parlent français. Développer des ressources en ligne et papier pour aider les francophones à s'y retrouver parmi les soins de santé en C-B pour commencer.

Beaucoup des défis représentés dans nos données découlaient des différences culturelles. Les immigrants européens et non européens ne savent souvent pas quoi attendre du système de santé en C-B. L'écart entre leurs attentes vis-à-vis du système et la réalité peut causer une méfiance qui décourage les immigrants francophones de s'y engager. Les immigrants francophones ont besoin de plus d'occasions d'apprendre le fonctionnement du système de santé, y compris ce à quoi s'attendre lors d'un rendez-vous médical, où aller pour différents problèmes de santé, comment le MSP fonctionne et ce qu'il couvre, quels services sont disponibles gratuitement et où les trouver et pour quels types de services on doit payer.

Les immigrants non européens auront peut-être besoin d'informations sur les habitudes de vie saine au Canada. Les données des entrevues et du groupe de discussion ont indiqué qu'ils ont différentes perspectives sur la nutrition, l'activité physique et la santé mentale. Cependant, les données qualitatives suggèrent que cette information est mieux transmise lors des activités autres que des ateliers.

Certains interviewés ont suggéré de fournir des informations générales sur le fonctionnement du système de santé avec des infographies qui montrent quoi faire et où aller pour différents problèmes de santé, ou les étapes à suivre pour se préparer à un rendez-vous avec un professionnel de la santé.

Recommandation 4

Augmenter le nombre d'initiatives pour soutenir les immigrants francophones aînés et adolescents.

Les immigrants aînés francophones et les immigrants adolescents francophones font tous les deux face à des défis en matière de santé pour des raisons similaires. Spécifiquement, les deux populations sont plus souvent isolées de la communauté francophone, ont des problèmes de revenus et habitent plus loin des services francophones.

Les programmes qui ont pour but d'améliorer la connexion de ces groupes à la communauté francophone et réduire l'isolement social pourraient avoir des effets positifs importants sur leurs santé mentale et physique.

Recommandation 5

Investir plus de ressources dans les programmes de santé mentale, particulièrement pour réduire les préjugés qui y sont associés.

Les immigrants francophones ont des taux plus élevés de mauvaise santé mentale par rapport à la santé générale. De plus, ils ont de hauts taux de stress et d'isolement social. Bien qu'ils veuillent plus d'informations sur la gestion du stress, ils en demandent moins sur la santé mentale.

Les programmes soutenant la santé mentale positive et réduisant les stigmates autour des problèmes de santé mentale, ainsi que les programmes pour aider avec la gestion du stress pourraient avoir un effet positif sur la santé des immigrants. Les programmes pour créer des connexions communautaires aideraient aussi.

Recommandation 6

Continuer à chercher de meilleures pratiques pour s'engager avec les immigrants francophones. Essayer de joindre ou rejoindre les immigrants francophones qui ne sont pas connectés à la communauté par l'entremise de partenariats avec les organismes anglophones et des publicités dans des milieux comme les centres communautaires, les piscines publiques et les lieux de culte.

Les immigrants francophones représentent plus de 30% de la population francophone totale de la province. Cependant, il est souvent difficile de les joindre, ce que le taux assez bas de réponse au sondage et les données des entrevues suggèrent.

Les interviewés ont indiqué que la communauté francophone doit chercher en dehors des lieux traditionnels de recrutement pour joindre les immigrants francophones où ils sont. Les immigrants francophones ont moins de chances de s'engager avec la communauté s'ils doivent se déplacer loin pour le faire.

Recommandation 7

Repenser les programmes de santé comme des activités pour bâtir la communauté au lieu d'activités pour simplement s'informer sur la santé. S'assurer que les activités sont accessibles à des personnes diverses et qu'elles ne sont pas trop loin d'où les immigrants francophones habitent.

Les données des entrevues indiquent que les immigrants francophones sont moins susceptibles d'assister aux événements qui portent purement sur des sujets liés à la santé. Cela est probablement dû au fait qu'ils considèrent la santé moins importante que l'emploi et le revenu. En intégrant les activités et les informations sur la santé à d'autres événements, les immigrants francophones ont moins de risques de sentir qu'ils perdent leur temps.

De plus, l'intégration des informations et des activités sur la santé à d'autres événements fait de la santé un outil pour créer des connexions communautaires. Comme les immigrants francophones ont tendance à ne pas se sentir très connectés à la communauté et à se sentir isolés socialement, cela pourrait améliorer la santé mentale des immigrants sans la cibler directement.

En revanche, ces activités doivent prendre place plus près des lieux où les immigrants habitent. Ceux qui habitent hors de la Ville de Vancouver ne veulent souvent pas se déplacer en ville pour les activités en langue française. Tenir des événements dans des lieux autres que Vancouver pourrait non seulement avoir des effets positifs pour la santé des immigrants francophones, mais pourrait les aider à créer plus de connexions avec la communauté francophone.

Dans les communautés où l'accès aux professionnels de la santé où les activités axées sur la santé sont restreints à cause de la distance, les efforts devraient être faits pour s'assurer que les immigrants ont autant d'accès possibles à des services dans leur langue. Cela pourrait prendre la forme des services d'interprétation ou de télésanté.

Recommandation 8

Continuer et améliorer les partenariats avec des organismes anglophones et les gouvernements afin de soutenir une expansion et une bonification des services en français.

Les immigrants francophones sont peu satisfaits de l'accès aux services en français. Cependant, ils sont aussi moins satisfaits des services en français que des services en anglais. La communauté francophone a besoin de plus de soutien des gouvernements fédéral et provincial, ainsi que des intervenants communautaires non francophones afin d'assurer que les francophones ont accès aux services de qualité dans la langue officielle de leur choix. Cela est non seulement important pour la santé des immigrants francophones puisque leur santé est impactée par leur capacité à communiquer avec les professionnels de la santé, mais aussi pour leur satisfaction lors de leur expérience d'intégration auprès de la communauté francophone.

Cependant, l'expansion et la bonification de la prestation des services exigent du financement. Les gouvernements provincial et fédéral doivent assurer que les organismes francophones ont les ressources financières nécessaires pour monter des initiatives et des programmes ciblés adaptés aux besoins de leur communautés. Les organismes non francophones devraient considérer comment inclure les francophones dans les demandes de financement et collaborer avec les organismes francophones afin de créer des programmes dans les deux langues officielles.

Recommandation 9

Augmenter le lobbying par rapport à l'accessibilité des services et sur les autres facteurs qui impactent la santé des immigrants.

La communauté francophone, particulièrement en partenariat avec RésoSanté C.-B., devrait continuer à demander une plus grande capacité de services de santé en français et en particulier pour la santé mentale. Cependant, les résultats de cette étude montrent qu'il y a d'autres facteurs qui impactent la santé des immigrants francophones qui vont au-delà de l'accès aux services en français. La communauté francophone devrait augmenter le lobbying pour la sensibilité culturelle dans le système de santé et auprès de la communauté francophone, la sensibilité aux enjeux LGBTQ+ dans le système de santé et auprès de la communauté francophone et devrait s'allier avec des organismes qui travaillent à limiter les impacts du coût de la vie élevé dans la province. RésoSanté devrait aussi faire du lobbying pour des travailleurs de soutien en matière de santé qui parlent français, ce qui pourraient aider les nouveaux arrivants à mieux naviguer dans le système de santé.

RÉFÉRENCES

- Beiser, M. (2005). The Health of Immigrants and Refugees in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 30(2), S30-S44.
- Belkhdja, C., & Beaudry, M. (2008). Developing Reception and Integration Strategies in Urban Francophone Minority Communities. *Canadian Issues*(Spring), 80-83.
- Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M.-H., Gilbert, A., & Dubois, L. (2009). La santé en situation linguistique minoritaire. *Healthcare Policy*, 4(4), 36-42.
- Chadwick, K. A., & Collins, P. A. (2015). Examining the relationship between social support availability, urban center size, and self-perceived mental health of recent immigrants to Canada: A mixed-methods analysis. *Social Science & Medicine*(128), 220-230.
- Chavez, B., & Bouchard-Coulombe, C. (2011). *Portrait des minorités de langue officielle au Canada : les francophones de la Colombie-Britannique*. Ottawa: Statistique Canada.
- Citizenship and Immigration Canada—Francophone Minority Communities Steering Committee. (2006). *Strategic Plan to Foster Immigration to Francophone Minority Communities*. Ottawa: Citizenship and Immigration Canada, Canadian Heritage, Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada. Récupéré sur <http://publications.gc.ca/collections/Collection/Ci51-153-2006E.pdf>
- De Maio, F. G., & Kemp, E. (2010). The Deterioration of Health Status Among Immigrants to Canada. *Global Public Health*, 5(5), 462-478.
- De Moissac, D. (2016). *Accès aux services de santé et d'interprète-accompagnateur : l'expérience des communautés minoritaires à faible densité de francophones au Canada*. Ottawa: Société de santé en français.
- Evans, R. G., & Stoddart, G. L. (1990). Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science & Medicine*, 31(12), 1347-1363.
- Fourot, A.-C. (2014). *Typologie des capacités d'accueil des CFMS : Analyse comparée de la Colombie-Britannique et du Manitoba*. Ottawa: Citoyenneté et Immigration Canada.
- Fourot, A.-C. (2016). Redessiner les espaces francophones au présent : la prise en compte de l'immigration dans la recherche sur les francophonies minoritaires au Canada. *Politique et sociétés*, 35(1), 25-48.
- Fuller-Thomson, E., Noack, A. M., & George, U. (2011). Health Decline Among Recent Immigrants to Canada: Findings from a Nationally-Representative Longitudinal Survey. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 273-280.
- Gouvernement du Canada. (2018). *Investir dans notre avenir : 2018-2023 Plan d'action pour les langues officielles*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Récupéré sur <https://www.canada.ca/content/dam/pch/documents/services/official-languages-bilingualism/official-languages-action-plan/plan-daction.pdf>
- Gouvernement du Canada. (s.d.). *Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas?* Consulté le avril 24, 2018, sur Agence de la Santé Publique du Canada: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante/pourquoi-canadiens-sont-sante.html>
- Hien, A., & Lafontant, J. (2013). Iniquités de santé en milieu minoritaire : diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury. *Canadian Journal of Public Health*, 104(6), S75-S78.
- Hyman, I. (2009). Racism as a Determinant of Immigrant Health. *Policy Brief for the Public Health Agency of Canada*.
- Immigration, Refugees, and Citizenship Canada. (2018). *Facts and Figures 2016: Facts and Figures 2016: Immigration Overview - Permanent Residents - Annual IRCC Updates*. Ottawa: Immigration, Refugees, and Citizenship Canada.
- Immigration, réfugiés et citoyenneté Canada. (2018). *Plan d'action FPT visant à accroître l'immigration francophone à l'extérieur du Québec*. Ottawa: Immigration, réfugiés et citoyenneté Canada. Récupéré sur http://publications.gc.ca/collections/collection_2018/ircc/Ci4-177-2018-fra.pdf
- Khandor, E., & Koch, A. (2011). *The Global City: Newcomer Health in Toronto*. Toronto: Toronto Public Health & Access Alliance.
- Kim, I.-H., Carrasco, C., Mutaner, C., McKenzie, K., & Noh, S. (2013). Ethnicity and Post-Migration Health Trajectory in New Immigrants to Canada. *American Journal of Public Health*, 103(4), e96-e104.
- Laghzaoui, G. (2018). La médiation entre l'école francophone et les familles immigrants en Colombie-Britannique : regards et discours d'enseignants immigrants francophones. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation*, 17(2), 96-124.
- Lum, I. D., Swartz, R. H., & Kwan, M. Y. (2016). Accessibility and Use of Primary Healthcare for Immigrants Living in the Niagara Region. *Social Science & Medicine*(156), 73-79.
- Maddibo, A. (2016). The Way Forward: African Francophone Immigrants Negotiate Their Multiple Minority Identities. *International Migration & Integration*, 17, 853-866.
- Madibbo, A. (2009-2010). Pratiques identitaires et racialisation des immigrants africains francophones en Alberta. *Canadian Ethnic Studies*, 41-42(3-1), 175-189.
- Magassa, M. (2008). Recruitment and Reception Capacity of Francophone Minority Communities. *Canadian Issues, Printemps 2008*, 102-106.
- Ngwakongnwi, E., Hemmelgarn, B. R., Musto, R., Quan, H., & King-Shier, K. M. (2012). Experiences of French-Speaking Immigrants and Non-Immigrants Accessing Health Care Services in a Large Canadian City. *International Journal of Environmental Research and Public Health*(9), 3755-3768.
- Omariba, D. R., & Ng, E. (2011). Immigration, Generation and Self-rated Health in Canada: On the Role of Health Literacy. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 281-285.
- Pottie, K., Ng, E., Spitzer, D., Mohammed, A., & Glazier, R. (2008). Language Proficiency, Gender, and Self-Reported Health: An analysis of the first two waves of the Logitudinal Survey of Immigrants to Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 99(6), 505-510.
- RésoSanté Colombie-Britannique. (2016). *Consultation publique sur l'accès aux services de santé en français*. Vancouver: RésoSanté Colombie-Britannique.
- RésoSanté Colombie-Britannique. (2016). *Enquête sommaire sur la santé des francophones de Colombie-Britannique*. Vancouver: RésoSanté Colombie-Britannique.
- Robert, A.-M., & Gilkinson, T. (2012). *Mental Health and Well-Being of Recent Immigrants in Canada: Evidence from the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada*. Ottawa: Citizenship and Immigration Canada.
- Salami, B. (2017). *Mental Health of Immigrants and Non-Immigrants in Canada: Evidence from the Canadian Health Measures Survey and Service Provider Interviews in Alberta*. Edmonton: PolicyWise for Children and Families.
- Setia, M. S., Lynch, J., Abrahamowicz, M., Tousignant, P., & Quesnel-Vallee, A. (2011). Self-rated health in Canadian immigrants: Analysis of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada. *Health & Place*(17), 658-670.
- Statistics Canada. (2017a). *First Official Language Spoken (5), Language Used Most Often at Work (8), Other Language(s) Used Regularly at Work (9), Language Spoken Most Often at Home (8), Immigrant Status (4) and Place of Birth (144) for the Population Aged 15 years and Over Who Worked Since 2015, in Private Households of Canada, Provinces and Territories, Census Metropolitan Areas and Census Agglomerations, 2016 Census - 25% Sample Data* (table). "Immigration and ethnocultural diversity highlight tables, 2016 Census." "2016 Census: Release topics." *Census*. Statistics Canada Catalogue no. 98-400-X2016086. Ottawa, Ontario. November 29. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/tp-eng.mss?LANG=E&APATH=3&DE-TAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=110595&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOW-ALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=120&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=> (accessed July 3, 2018).
- Statistics Canada. (2017b). *First Official Language Spoken (7), Mobility Status 1 Year Ago (9), Place of Residence 1 Year Ago (15), Immigrant Status and Period of Immigration (11), Age (19) and Sex (3) for the Population Aged 1 Year and Over in Private Households* (table). "Immigration and ethnocultural diversity highlight tables, 2016 Census." "2016 Census: Release topics." *Census*. Statistics Canada Catalogue no. 98-400-X2016383. Ottawa, Ontario. May 30. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/tp-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=112460&PRID=10&PTYPE=109445&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2017&THEME=120&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=> (accessed July 3, 2018).
- Subedi, R. P., & Rosenberg, M. W. (2014). Determinants of the variation in self-reported health status among recent and more established immigrants in Canada. *Social Science & Medicine*(115), 103-110.
- Zhao, J., Xue, L., & Gilkinson, T. (2010). *Health Status and Social Capital of Recent Immigrants in Canada*. Ottawa: Citizenship and Immigration Canada.

ANNEXE

Tranche d'âge	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
18-19	0	3 (100%)	0	3 (100%)	3
20-34	12 (24%)	37 (76%)	11 (22%)	38 (78%)	49
35-54	9 (25%)	27 (75%)	15 (42%)	21 (58%)	36
55-69	0	2 (100%)	2 (100%)	0	2
70+	2 (50%)	2 (50%)	1 (25%)	3 (75%)	4
Total	23 (24%)	71 (76%)	29 (31%)	65 (69%)	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,67		0,05		

Tranches d'âges (en décennies)	État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	
18-19	0	3 (100%)	3
20-29	5 (22%)	18 (78%)	23
30-39	10 (23%)	34 (77%)	44
40-49	11 (65%)	6 (35%)	17
50-59	2 (67%)	1 (33%)	3
60-69	0	0	0
70-79	1 (33%)	2 (67%)	3
80+	0	1 (100%)	1
Total	29	65	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,01		

Genre	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Homme	5 (31%)	11 (69%)	2 (13%)	14 (83%)	16
Femme	18 (23%)	59 (77%)	26 (34%)	51 (66%)	77
Autre	0	1 (100%)	1 (100%)	0	1
Total	23 (24%)	71 (76%)	29 (31%)	65 (69%)	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,65		0,07		
Rapport de cotes			3,6		

Années en C.-B.	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Moins d'un mois	0	1 (100%)	1 (100%)	0	1
Moins de 6 mois	1 (25%)	3 (75%)	0	4 (100%)	4
Moins d'un an	2 (18%)	9 (82%)	4 (36%)	7 (64%)	11
1-4 ans	11 (29%)	27 (71%)	10 (26%)	28 (74%)	38
Sous-total	14 (26%)	40 (74%)	15 (28%)	39 (72%)	54
5-9 ans	3 (19%)	13 (81%)	4 (25%)	12 (75%)	16
10+ ans	6 (27%)	16 (73%)	10 (45%)	12 (55%)	22
Sous-total	9 (24%)	29 (76%)	14 (37%)	24 (63%)	38
Total	23 (25%)	69 (75%)	29	63 (32%)	92
Test exact de Fisher (valeur p)	0,95		0,25		

Région d'origine	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Afrique	3 (19%)	13 (81%)	4 (25%)	12 (75%)	16
Amérique du Nord	0	4 (100%)	0	4	4
Amérique du Sud	2 (100%)	0	1 (50%)	1 (50%)	2
Europe	18 (25%)	54 (75%)	24 (33%)	48 (67%)	72
Total	23 (24%)	71(76%)	29 (31%)	65 (69%)	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,10		0,47		

**Vu des effectifs de 0 pour certaines cellules, ces résultats devraient être interprétés avec caution

Statut d'immigration	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Temporaire	6 (30%)	14 (70%)	9 (45%)	11 (55%)	20
Économique	11 (27%)	30 (73%)	9 (22%)	32 (78%)	41
Réfugié	0	3 (100%)	0	3 (100%)	3
Citoyen naturalisé	6 (20%)	24 (80%)	11 (37%)	19 (63%)	30
Total	23	71	29	65	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,72		0,16		

Satisfaction de son emploi	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Pas du tout satisfait	1 (100%)	0	0	1 (100%)	1
Pas satisfait	6 (40%)	9 (60%)	9 (60%)	6 (40%)	15
Sous-total	7 (44%)	9 (56%)	9 (56%)	7 (44%)	16
Satisfait	10 (19%)	42 (81%)	15 (29%)	37 (71%)	52
Complètement Satisfait	6 (23%)	20 (77%)	5 (19%)	21 (81%)	26
Sous-total	16 (21%)	62 (79%)	20 (26%)	58 (74%)	78
Total	23 (24%)	71 (76%)	29 (31%)	65 (69%)	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,13		0,03		
Test exact de Fisher (valeur p) avec variables binaires	0,06		0,03		
Rapport de cotes	3,0		3,7		

Situation financière	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Pas assez de revenu	8 (38%)	13 (62%)	11 (52%)	10 (48%)	21
Juste assez de revenu	8 (28%)	21 (72%)	10 (34%)	19 (66%)	29
Sous-total	16 (32%)	34 (68%)	21 (42%)	29 (58%)	50
Assez de revenu	6 (16%)	31 (84%)	7 (19%)	30 (81%)	37
Un revenu abondant	0	3 (100%)	1 (33%)	2 (67%)	3
Sous-total	6 (15%)	34 (85%)	8 (20%)	32 (80%)	40
Total	22 (24%)	68 (76%)	29 (32%)	61 (68%)	90
Test exact de Fisher (valeur p)	0,23		0,06		
Test exact de Fisher (valeur p) avec variables binaires	0,09		0,04		
Rapport de cotes	2,7		2,9		

Stress à son travail	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Jamais	3 (33%)	6 (67%)	3 (33%)	6 (67%)	9
Rarement	4 (13%)	28 (87%)	3 (9%)	29 (91%)	32
Sous-total	7 (17%)	34 (83%)	6 (15%)	35 (85%)	41
Souvent	13 (28%)	34 (72%)	18 (38%)	29 (62%)	47
Toujours	3 (50%)	3 (50%)	5 (83%)	1 (17%)	6
Sous-total	16 (30%)	37 (70%)	23 (43%)	30 (57%)	53
Total	23	71	29	65	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,12		0,001		
Rapport de cotes			4,5		

Stress à sa domicile	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Jamais	2 (18%)	9 (82%)	2 (18%)	9 (82%)	11
Rarement	11 (23%)	37 (77%)	8 (17%)	40 (83%)	48
Sous-total	13 (22%)	46 (78%)	10 (17%)	49 (83%)	59
Souvent	9 (26%)	25 (74%)	18 (53%)	16 (47%)	34
Toujours	1 (100%)	0	1 (100%)	0	1
Sous-total	10 (29%)	25 (71%)	19 (54%)	16 (46%)	35
Total	23	71	29	65	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,43		0,001		
Rapport de cotes			5,8		

Stress en général	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Jamais	0	1 (100%)	0	1 (100%)	1
Rarement	8 (19%)	34 (81%)	5 (12%)	37 (88%)	42
Sous-total	8 (19%)	35 (81%)	5 (12%)	38 (88%)	43
Souvent	13 (28%)	34 (72%)	21 (44%)	26 (56%)	47
Toujours	2 (67%)	1 (33%)	3 (100%)	0	3
Sous-total	15 (30%)	35 (70%)	24 (48%)	26 (52%)	50
Total	23	70	29	64	93
Test exact de Fisher (valeur p)	0,22		0,00		
Rapport de cotes			7,0		

Aise avec la communauté anglophone	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Jamais	0	0	0	0	0
Rarement	8 (36%)	14 (64%)	12 (55%)	10 (45%)	22
Sous-total	8 (36%)	14 (64%)	12 (55%)	10 (45%)	22
Souvent	10 (18%)	47 (82%)	13 (23%)	44 (77%)	57
Toujours	4 (33%)	8 (67%)	2 (17%)	10 (83%)	12
Sous-total	14 (20%)	55 (80%)	15 (22%)	54 (78%)	69
Total	22	69	27	64	91
Test exact de Fisher (valeur p)	0,16		0,02		
Rapport de cotes			4,32		

Fréquence des visites avec des amis

	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Moins d'une fois par année	2 (40%)	3 (60%)	4 (80%)	1 (20%)	5
Au moins une fois par année	7 (41%)	10 (59%)	9	8	17
Sous-total	9 (41%)	13 (59%)	13 (59%)	9 (41%)	22
Au moins une fois par mois	5 (16%)	26 (84%)	8 (26%)	23 (74%)	31
Au moins une fois par semaine	8 (26%)	23 (74%)	5 (16%)	26 (84%)	31
Sous-total	13 (21%)	49 (79%)	13 (21%)	49 (79%)	62
Total	22 (26%)	62 (74%)	26 (31%)	58 (69%)	84
Test exact de Fisher (valeur p)	0,22		0,005		
Test exact de Fisher (valeur p) with Binary Variable	0,09		0,002		
Rapport de cotes	2,6		5,4		

Frequency seeing close family

	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Moins d'une fois par année	5 (22%)	18 (78%)	14 (61%)	9 (39%)	23
Au moins une fois par année	15 (31%)	34 (69%)	12 (25%)	37 (75%)	49
Sous-total	20 (28%)	52 (72%)	26 (37%)	46 (63%)	71
Au moins une fois par mois	0	3 (100%)	0	3 (100%)	3
Au moins une fois par semaine	0	7 (100%)	0	7 (100%)	7
Sous-total	0	10 (100%)	0	10 (100%)	10
Total	20	62	26	56	81
Test exact de Fisher (valeur p)	0,31		0,002		
Test exact de Fisher (valeur p) avec variables binaires	0,11		0,03		

Satisfaction des services de santé en anglais

	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Pas du tout satisfait	4 (80%)	1 (20%)	3 (60%)	2 (40%)	5
Pas satisfait	2 (20%)	8 (80%)	2 (20%)	8 (80%)	10
Sous-total	6 (37%)	9 (63%)	5 (33%)	10 (67%)	15
Satisfait	16 (31%)	35 (69%)	18 (35%)	33 (65%)	51
Completely Satisfait	0	17 (100%)	3 (18%)	14 (82%)	17
Sous-total	16 (24%)	55 (76%)	21 (31%)	47 (69%)	68
Total	22	61	26	57	83
Test exact de Fisher (valeur p)	0,001		0,24		
Test exact de Fisher (valeur p) avec variables binaires	0,21				
Rapport de cotes	2,3				

Respect de sa culture d'origine

	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Jamais	7 (30%)	16 (70%)	8 (35%)	15 (65%)	23
Rarement	8 (22%)	28 (78%)	14 (39%)	22 (61%)	36
Sous-total	15 (25%)	44 (75%)	22 (37%)	37 (63%)	59
Souvent	5 (23%)	17 (77%)	3 (14%)	19 (86%)	22
Toujours	2 (40%)	3 (60%)	3 (60%)	2 (40%)	5
Sous-total	7 (26%)	20 (74%)	6 (22%)	21 (78%)	27
Total	22	64	28	58	86
Test exact de Fisher (valeur p)	0,77		0,09		
Rapport de cotes			2,1		

Avoir expérimenté de la discrimination

	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Jamais	14 (23%)	48 (77%)	14 (23%)	48 (77%)	62
Rarement	6 (30%)	14 (70%)	8 (40%)	12 (60%)	20
Sous-total	20 (25%)	62 (75%)	22 (27%)	60 (73%)	82
Souvent	2 (40%)	3 (60%)	3 (60%)	2 (40%)	5
Toujours	1 (33%)	2 (67%)	3 (100%)	0	3
Sous-total	3 (38%)	5 (62%)	6 (75%)	2 (25%)	8
Total	23	67	28	62	90
Test exact de Fisher (valeur p)	0,62		0,01		
Rapport de cotes			8,2		

Fruits et légumes consommés au cours d'une semaine

	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Aucun	0	1 (100%)	0	1 (100%)	1
1 à 2	11 (30%)	26 (70%)	16 (43%)	21 (57%)	37
3 à 4	11 (27%)	30 (73%)	8 (20%)	33 (80%)	41
Sous-total	22 (28%)	57 (72%)	24 (30%)	55 (70%)	79
5+	1 (7%)	13 (93%)	5 (36%)	9 (74%)	14
Total	23	70	29	64	93
Test exact de Fisher (valeur p)	0,38		0,10		

Tabagisme

	Heath status		Total
	Mauvais	Bon	
Je ne fume pas	20 (25%)	60 (75%)	80
Moins d'une fois par semaine	0	4 (100%)	4
Quelques fois par semaine	0	4 (100%)	4
Une fois par jour	1 (100%)	0	1
Plusieurs fois par jour	2 (67%)	1 (33%)	3
Total	23	69	92
Test exact de Fisher (valeur p)	0,08		

**Vu des effectifs de 0 pour certaines cellules, ces résultats devraient être interprétés avec caution

Poids

	État de santé		Total
	Mauvais	Bon	
Oui, je suis au poids santé	8 (16%)	42 (84%)	50
Non, je suis en surpoids	8 (30%)	19 (70%)	27
Non, je suis en sous-poids	4 (67%)	2 (33%)	6
Je ne sais pas	2 (29%)	5 (71%)	7
Total	22	68	90
Test exact de Fisher (valeur p)	0,04		
Rapport de cotes	2,2	10,5	

Difficultés à communiquer avec les professionnels de la santé

	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Jamais	3 (14%)	18 (86%)	7 (33%)	14 (67%)	21
Rarement	13 (24%)	42 (76%)	13 (24%)	42 (76%)	55
Sous-total	16 (21%)	60 (79%)	20 (26%)	56 (74%)	76
Souvent	4 (31%)	9 (69%)	6 (46%)	7 (54%)	13
Toujours	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)	0	2
Sous-total	5 (33%)	10 (67%)	8 (53%)	7 (47%)	15
Total	28	63	21	70	91
Test exact de Fisher (valeur p)	0,42		0,07		
Test exact de Fisher (valeur p) avec variables binaires	0,32		0,06		
Rapport de cotes			3,2		

Sentiment d'isolement social

	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
Jamais	2 (25%)	6 (75%)	1 (13%)	7 (87%)	8
Rarement	10 (18%)	45 (82%)	7 (13%)	48 (87%)	55
Sous-total	12 (19%)	51 (81%)	8 (13%)	55 (87%)	63
Souvent	7 (28%)	18 (72%)	15 (60%)	10 (40%)	25
Toujours	4 (67%)	2 (33%)	6 (100%)	0	6
Sous-total	11 (35%)	20 (65%)	21 (68%)	10 (32%)	31
Total	23	71	29	65	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,07		0,00		
Test exact de Fisher (valeur p) with Binary Variable (valeur p)	0,124		0,00		
Rapport de cotes	2,33		14,4		

État de santé

	État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	
Mauvais	12 (52%)	11 (48%)	23
Bon	17 (24%)	54 (76%)	71
Total	29	65	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,02		
Rapport de cotes	3,5		

État de santé mentale

	État de santé		Total
	Mauvais	Bon	
Mauvais	12 (41%)	17 (59%)	29
Bon	11 (17%)	54 (83%)	65
Total	23	71	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,02		
Rapport de cotes	3,5		

Genre

	Isolement social		Total
	Rarement	Fréquemment	
Homme	14 (82%)	3 (18%)	17
Femme	51 (63%)	30 (37%)	81
Autre	1 (100%)	0	1
Total	66 (67%)	33 (33%)	99
Test exact de Fisher (valeur p)	0,19		

Genre

	Stress au travail		Total
	Rarement	Fréquemment	
Homme	14 (74%)	5 (26%)	19
Femme	32 (39%)	51 (61%)	83
Autre	0	1 (100%)	1
Total	46 (45%)	57 (55%)	103
Test exact de Fisher (valeur p)	0,01		

Genre	Stress à sa domicile		
	Occasionnellement	Fréquemment	Total
Homme	19 (100%)	0	19
Femme	44 (54%)	38 (46%)	82
Autre	1 (100%)	0	1
Total	64 (63%)	38 (37%)	102
Test exact de Fisher (valeur p)	0,00		

Genre	Stress en général		
	Occasionnellement	Fréquemment	Total
Homme	17 (89%)	2 (11%)	19
Femme	32 (40%)	49 (60%)	81
Autre	0	1 (100%)	1
Total	49 (49%)	52 (51%)	
Test exact de Fisher(valeur p)	0,00		

Connexion à la communauté francophone	État de santé		État de santé mentale		Total
	Mauvais	Bon	Mauvais	Bon	
	Aucune connexion	0	2 (100%)	1 (50%)	
Une faible connexion	11 (24%)	34 (76%)	14 (31%)	31 (69%)	45
Sous-total	11 (23%)	36 (77%)	15 (32%)	32 (68%)	47
Une forte connexion	7 (23%)	23 (77%)	9 (30%)	21 (70%)	30
Une très forte connexion	5 (29%)	12 (71%)	5 (29%)	12 (71%)	17
Sous-total	12 (26%)	35 (74%)	14 (30%)	33 (70%)	47
Total	23	71	29	65	94
Test exact de Fisher (valeur p)	0,94		0,96		

Genre	Poids				Total
	Oui, je suis au poids santé	Non, je suis en surpoids	Non, je suis en sous-poids	Je ne sais pas	
Homme	8 (50%)	6 (38%)	1 (6%)	1 (6%)	16
Femme	43 (57%)	21 (28%)	5 (7%)	6 (8%)	75
Total	51 (56%)	27 (30%)	5 (5%)	6 (7%)	91

Genre	Tabagisme					Total
	Je ne fume pas	Moins d'une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Une fois par jour	Plusieurs fois par jour	
Homme	11 (69%)	1 (6%)	1 (6%)	0	3 (19%)	16
Femme	70 (91%)	3 (4%)	3 (4%)	1 (1%)	0	77
Autre	1 (100%)	0	0	0	0	1
Total	82 (87%)	4 (4%)	4 (4%)	1 (1%)	3 (3%)	94

Moyenne des boissons alcooliques par jour

	Observations	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Homme	16	0.78	1.12	0	4
Femme	68	0.29	0.37	0	1.57
Autr	1	0	N/A	0	0
Total	85	0.38	0.61	0	4