

**IMMIGRATION ET SANTÉ :  
OÙ EN SONT LES FRANCOPHONES DEPUIS 7 ANS ?**

**UNE MISE À JOUR DES CONNAISSANCES SUR LA SANTÉ  
DES PERSONNES IMMIGRANTES FRANCOPHONES EN  
COLOMBIE-BRITANNIQUE**

Par Aline Faria

Pour RésoSanté Colombie-Britannique



Financé par :

Funded by:



Immigration, Réfugiés  
et Citoyenneté Canada

Immigration, Refugees  
and Citizenship Canada

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier à toutes les personnes qui ont participé de l'étude et qui ont ainsi accepté de partager leur expérience et donner leur temps pour la recherche. Les données présentées dans ce rapport n'existeraient pas sans leur participation.

Je suis très reconnaissante à ma collègue Anh Pham, épidémiologiste et chercheuse postdoctorale au *Pacific Institut on Pathogens Pandemics and Society* (PIPPS), à *Simon Fraser University* (SFU). Anh a très gentiment accepté de collaborer dans l'étude pour mettre en place l'analyse quantitative, son domaine d'expertise qui est très loin du mien, avec des analyses qualitatives en communication et santé. Nos compétences se sont très bien complémentées dans cette recherche.

Mon gros merci également à RésoSanté pour m'avoir donné l'opportunité de travailler sur ce projet tellement passionnant dont le sujet me tient à cœur. Je tiens à remercier spécialement Benjamin Vernet, assistant de cabinet médical à la Clinique Santé Ouest, pour la révision et les contributions au questionnaire ainsi que pour son travail de transcription des entrevues. Je remercie également Nicolas Roux, responsable des communications & relations publiques à RésoSanté, pour tout son soutien avec la dissémination du sondage. Mes remerciements à Lily Crist, gestionnaire des opérations à ResoSanté, pour le suivi, les échanges et son soutien au projet. Je suis aussi reconnaissante à Nour Enayeh, directrice générale de RésoSanté, de m'avoir confié ce beau projet et de m'avoir fait confiance tout au long du parcours. Finalement, mon merci à Macy Doumbia, adjointe de direction et administration à RésoSanté, pour son soutien administratif.

Enfin, ma gratitude à Radio-Canada C.-B. et à tous les organismes francophones qui nous ont aidés à diffuser notre sondage. Plus largement, merci à toutes les personnes d'expression en français (mon terme pour éviter l'habituel « francophones et francophiles ») qui s'installent en Colombie-Britannique et qui donnent leur contribution quotidienne pour faire vivre la francophonie dans ce merveilleux côté ouest du pays.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	5
<b>CADRE THÉORIQUE</b> .....	6
<b>OBJECTIFS</b> .....	12
<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....	13
<b>RÉSULTATS DU SONDRAGE</b> .....	16
<b>Profil démographique</b> .....	16
<b>Profil économique</b> .....	19
<b>Profil linguistique</b> .....	22
<b>Profil de santé</b> .....	24
<b>Impacts de l’immigration sur la santé</b> .....	27
<b>Impacts de la pandémie de covid-19 sur la santé</b> .....	32
<b>L’accès aux services de santé</b> .....	38
<b>RÉSULTATS DES ENTREVUES</b> .....	50
<b>Enjeux systémiques :</b> .....	51
<i>Accès aux soins primaires :</i> .....	52
<i>Durée des consultations :</i> .....	53
<i>Accès aux spécialistes :</i> .....	56
<i>Délais d’attente :</i> .....	57
<i>Manque de suivi :</i> .....	59
<i>Absence de carte du Medical Services Plan (MSP) :</i> .....	60
<b>Enjeux de communication :</b> .....	62
<i>Comprendre le fonctionnement du système de santé :</i> .....	62
<i>Discordance linguistique :</i> .....	67
<i>Interprétation :</i> .....	72
<b>Enjeux culturels :</b> .....	76
<i>Approche médicale :</i> .....	76

<i>Correspondance des procédures</i> : .....	81
<b>DISCUSSION</b> : .....	84
<b>CONCLUSION</b> .....	90
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	93

## INTRODUCTION

En 2018, RésoSanté a publié le rapport « Immigration et santé : où en sont les francophones ? » qui a présenté les résultats de l'étude financée par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté dans le cadre du projet « Accueil en Santé ». Ce projet avait l'objectif de renforcer les capacités d'accueil aux personnes immigrantes francophones en Colombie-Britannique pour répondre à leurs besoins de santé. L'étude a formulé plusieurs recommandations, notamment l'encouragement de la formation sur la sensibilité culturelle des spécialistes de la santé et des organismes francophones, le développement de ressources en ligne et en papier pour aider les francophones à mieux comprendre les soins de santé en Colombie-Britannique, ainsi que l'augmentation du nombre de programmes prenant en compte les différentes perspectives et attentes culturelles en matière de santé. Cette étude a aussi identifié quelques barrières d'accès à la santé par les nouveaux et les nouvelles arrivant·e·s, comme l'incompréhension du système de santé, la méconnaissance de la possibilité d'être pris·e en charge en français et la priorité donnée au travail au début du parcours migratoire.

Malgré l'intérêt de ces découvertes, il est important de mieux connaître ces problématiques dans le point de vue des personnes immigrantes francophones en C.-B. qui n'avait été pris en compte que d'un point de vue quantitatif. Dans le cadre de l'étude de 2018, RésoSanté avait mis en place un sondage en ligne adressé aux immigrant·e·s francophones, mais les démarches qualitatives ont ciblé un autre public. On a réalisé des entrevues semi-dirigées et un groupe de discussion avec des intervenant·e·s de la communauté francophone qui travaillaient avec des immigrant·e·s francophones. Cette démarche a apporté des contributions remarquables, telles que les recommandations et les pistes mentionnées. Or, il fallait réaliser une autre étude pour mettre à jour le profil des immigrant·e·s francophones en C.-B. et leurs besoins de santé tout en tenant compte de leur perspective. La présente étude, une suite de l'étude précédente, s'insère dans ce contexte.

## CADRE THÉORIQUE

Comme souligne le rapport de 2018, élaboré dans le cadre du projet « Accueil en Santé » de RésoSanté, la santé des personnes immigrantes fait l'objet de nombreuses études dans plusieurs pays. Le document discute notamment de « l'effet de l'immigrant en santé » (McDonald & Kennedy, 2004 ; Beiser, 2005; Subedi & Rosenberg, 2014), l'idée selon laquelle les personnes immigrantes arriveraient dans le pays d'accueil en meilleure santé que la population locale, mais que celle-ci se détériorait au fil des années dans le pays d'accueil.

Le rapport souligne également que la politique canadienne d'immigration favorise la sélection de personnes en meilleure condition physique que la population née au pays. La question de la dégradation de leur santé est discutée dans plusieurs études mentionnées dans le document. Ces dernières mentionnent des facteurs pouvant influencer le déclin de la santé des personnes immigrantes, comme les habitudes de vie, la région d'habitation, l'accès aux soins de santé, la participation dans la vie communautaire et, notamment, les variables sociodémographiques et économiques (Poulios, 2018). À l'égard de ces variables, l'auteur, en s'appuyant sur la littérature, met l'accent sur le genre, l'âge, l'appartenance à une minorité ethnique, le pays d'origine, le revenu, le niveau d'éducation, la situation d'emploi et les compétences linguistiques. L'influence de ces facteurs sur « l'effet de l'immigrant en santé » est déjà abordée dans le document, raison pour laquelle nous ne nous attarderons pas sur ces points. Le lecteur souhaitant savoir plus d'informations sur ce sujet peut se référer au rapport de 2018 sur le site de RésoSanté.

Ce que nous trouvons important de mettre de l'avant ici, c'est la complexité de « l'effet de l'immigrant en santé ». Beiser (2005), dans une revue de littérature sur le sujet, rappelle que les personnes immigrantes ne constituent pas un groupe homogène. Il s'agit de divers groupes provenant de multiples pays ainsi que des personnes ayant des expériences différentes avec le processus de rétablissement dans le pays étranger, ce qui est influencé par plusieurs variables, notamment le statut d'immigration (*Ibid.*).

L'auteur rajoute que la façon dont nous comprenons ce sujet est résultat de notre contexte social, et explique ainsi que la relation entre l'immigration et la santé a fait l'objet de plusieurs discours dans la société en différentes époques. Plus spécifiquement, trois paradigmes auraient prédominé

ces discours : celui de « l'immigrant malade », celui de « l'immigrant en santé » et celui de « l'intégration » (*Ibid.*). Le premier, prédominant jusqu'à la moitié du XXe siècle, était lié à la perception de l'immigrant comme malade, de sorte que la population du pays devrait être protégée (*Ibid.*). Bien qu'il soit fondé sur le constat que plusieurs maladies, telles que la rougeole, la syphilis, et le choléra, ont été apportées par des immigrants européens dans le XVI et XVIIe siècles<sup>1</sup>, ce paradigme a alimenté des discours anti-immigration jusqu'à la période qui a suivi la Seconde Guerre (*Ibid.*). Pour illustrer les effets de ce discours, Beiser (2005) donne l'exemple de la surreprésentation des membres des groupes ethniques minoritaires dans les hôpitaux psychiatriques au Canada. Les données statistiques auraient longtemps appuyé l'idée que les personnes immigrantes auraient plus de maladies mentales que la population née au Canada, mais ces données cacheraient le problème du manque de ressources disponibles pour ces personnes (*Ibid.*). Dans un moment de besoin, les membres des groupes minoritaires auraient un réseau social plus fragmenté et ne pourraient pas compter sur des professionnels de la santé qui comprennent leur culture (*Ibid.*). L'auteur mentionne ainsi une étude de 1973 qui montre que les taux d'hospitalisation psychiatrique au Canada étaient plus importants chez les groupes les moins nombreux, ce qui indique la vulnérabilité sociale des membres des groupes ethniques minoritaires.

Pour le deuxième paradigme, celui de « l'immigrant en santé », les personnes immigrantes sont en très bonne santé et, si elles deviennent malades au cours du processus d'établissement, cela est dû aux risques auxquels elles sont exposées dans le nouvel environnement ou au stress du processus d'établissement en soi (*Ibid.*). L'auteur présente plusieurs études qui confirment l'effet de l'immigration sur la santé des personnes immigrantes, mais il attire l'attention sur des enjeux conceptuels et méthodologiques appuyant les résultats de ces études. Par exemple, certaines études abordent les immigrants comme un groupe homogène et d'autres ne prennent pas en compte la variable du temps sur les individus étudiés (*Ibid.*). En d'autres mots, il s'agissait, surtout dans le cas des premières études, des analyses transversales et non longitudinales. Bien que ses études rapportant « l'effet immigrant en santé » doivent être méticuleusement analysées, elles s'appuient sur un paradigme qui a apporté l'importante contribution de reconnaître les effets des conditions sociales sur la santé des personnes immigrantes (Fassin, 2019).

---

<sup>1</sup> Il faut rappeler que ces maladies ont représenté une menace spécialement pour les populations autochtones.

Enfin, pour le paradigme de « l'interaction », la condition de santé de l'immigrant est liée à plusieurs facteurs biologiques, individuels et sociaux en interaction, comme la prédisposition génétique, l'exposition à l'environnement, les expériences personnelles et l'existence des ressources sociales (Beiser, 2005). L'auteur explique que ce paradigme est né de la contradiction dans les résultats des études qui essaient de rendre compte des effets de l'immigration sur la santé des personnes immigrantes ainsi que des problématiques au sein des deux autres modèles. Selon lui, ce modèle répond au besoin de rendre compte des variables avant et après l'immigration, comme la possible exposition aux maladies et les habitudes de vie avant l'immigration ainsi que les niveaux d'acculturation après l'établissement. Nous y ajouterons l'importance de variables liées à la période « pendant » l'immigration pour rendre compte des parcours de mobilité soulignés par des trajectoires vers le pays d'accueil, notamment dans le cas des personnes réfugiées (France Culture, 2022).

Toutes ces problématiques doivent être prises en compte pour la compréhension des effets de l'immigration sur la santé des immigrant·e·s, mais d'une façon telle à considérer les particularités locales. Au Canada, la sélection des immigrant·e·s constitue une responsabilité du gouvernement fédéral. Les procédures de sélection, à l'exception de celles pour les réfugié·e·s, comprennent la réalisation des examens médicaux pour faire venir des personnes en bonne santé (Beiser, 2005). Pourtant, il revient à la responsabilité de chaque province de subvenir aux besoins de santé des immigrants qui s'y installent (*Ibid.*). Cela constitue une problématique pour les immigrant·e·s francophones vivant dans les communautés de langues officielles en situation minoritaire (CLOSM)<sup>2</sup>, car les services de santé sont notamment offerts dans la langue majoritaire de ces provinces.

Cela fait en sorte que les personnes immigrantes francophones au Canada, sauf le Québec, se trouvent dans une possible situation de double vulnérabilité pour leur santé, en raison des effets de l'immigration et des effets de vivre dans une CLOSM. Effectivement, plusieurs études<sup>3</sup> portent sur

---

<sup>2</sup> Les langues officielles minoritaires sont l'anglais au Québec et le français dans toutes les provinces à l'exception du Québec.

<sup>3</sup> Le rapport de RésoSanté (Poulios, 2018) mentionne certaines de ces études, particulièrement celles qui suggèrent l'impact de la minorité linguistique sur la santé des francophones hors Québec et celles qui mentionnent des défis de communication lors de la prise en charge.

les impacts d'un faible accès aux services de santé dans la langue des personnes habitant dans une CLOSM, peu importe qu'elle soit immigrante ou non. Depuis les années 2000, ces recherches se sont concentrées sur les défis auxquels font face les personnes vivant dans une CLOSM pour accéder aux soins de santé dans leur langue (Moissac, & Bowen, 2017), ainsi que sur les effets de ces barrières d'accès sur leur santé (Bouchard, 2011). Ces recherches ont démontré que le fait de résider dans une CLOSM est associé à un accès inégal aux ressources, ce qui fait de la langue un facteur social déterminant de la santé (Ibid.). Cette situation contribue ainsi au renforcement des inégalités de santé, surtout lorsqu'elle est associée à d'autres déterminants sociaux de santé, comme le genre, l'âge et le revenu (Ibid.).

Dans leur article qui décrit l'état des études sur la santé des francophones en contexte linguistique minoritaire, Bouchard, Savard et Dumond (2024) identifient les principaux postulats des recherches dans ce domaine dans les 20 dernières années. Ces postulats soulignent que la concordance linguistique en contexte de santé influence la qualité des soins, l'insécurité linguistique et la peur de ne pas avoir accès aux services dans la langue minoritaire réduisent sa demande et, par conséquent, l'offre des services dans les langues minoritaires constitue une politique d'équité.

Dans un autre recensement de la littérature sur la santé des francophones en contexte minoritaire, publié en 2018, Sauvageau (2018) observe que les principaux sujets abordés concernent les inégalités d'accès aux services de santé, les défis auxquels font face les spécialistes en santé, la formation de ceux-ci, des problématiques de santé particulières, des facteurs sociaux associés à la santé et la santé de populations spécifiques, notamment les femmes (12 articles) et les personnes âgées (13 articles). Les auteurs ont recensé seulement cinq articles portant sur les groupes d'immigrants en contexte de langue officielle minoritaire.

Pourtant, le lien avec l'immigration constitue une question importante pour faire avancer l'état de connaissances sur les différentes CLOSM au Canada. La compréhension des problématiques vécues par les personnes immigrantes est importante parce qu'elles doivent souvent faire face à des barrières linguistiques, culturelles et sociales pour comprendre le fonctionnement du système de santé dans la province d'accueil et pour réussir à utiliser les services (Quesnel-Vallé et al, 2011 ;

Pandley et al, 2022 ; Mattes et Lang, 2021). Ces barrières, ajoutées aux conditions sociales défavorisées d'une parcelle des immigrantes, peuvent contribuer à l'existence dudit « effet immigrant en santé ».

Bouchard, Savard et Dumond (2024) reconnaissent le besoin de plus de recherches pour comprendre ce lien entre la minorité linguistique officielle et l'immigration. Parmi les pistes de recherche que les auteur·e·s mentionnent comme importantes à développer, on trouve l'importance de « [...] mieux documenter les besoins des francophones dans les provinces où la population francophone est en croissance et où elle est souvent immigrante, comme l'Alberta et la Colombie-Britannique » (Ibid, p. 7, notre traduction). Les auteur·e·s soulèvent ainsi le développement des études sur les minorités francophones en d'autres provinces au-delà de l'Ontario, du Manitoba et du Nouveau-Brunswick, où il existe déjà plusieurs recherches et où la minorité francophone est majoritairement née au Canada.

En effet, Nouveau-Brunswick, la seule province bilingue du pays, concentre 25,1% de la population francophone du Canada hors Québec (Canadian Heritage, 2021). Par contre, les provinces qui attirent le plus d'immigrants francophones, à l'exception du Québec, sont Ontario, Alberta et C.-B., destination de, respectivement, 64,2%, 12,3% et 11,6% des immigrants ayant le français comme première langue officielle (Noël et Forgues, 2025). L'immigration joue ainsi un rôle important dans la vitalité de la communauté francophone de la C.-B, puisque 27% des personnes ayant le français comme la seule première langue dans la province sont nées à l'extérieur du Canada (Statistics Canada, 2021). D'où l'importance de développer plus d'études pour comprendre les besoins des immigrant·e·s francophones qui décident de s'installer dans les provinces où le français est une langue officielle minoritaire, comme C.-B.

En même temps, lorsque l'on parle des immigrant·e·s francophones en C.-B., on ne parle pas d'un seul groupe, mais de plusieurs communautés dont font partie des individus avec leurs cultures, conditions socioéconomiques et expériences personnelles. Comme souligné à l'égard de « l'effet immigrant sur la santé », il faut que les études portant sur les immigrants dans les CLOSM prennent en compte les différences au sein de ce groupe, qui est loin d'être homogène. Une perspective intersectionnelle (Crenshaw, Andrews et Wilson, 2024) s'avère donc pertinente pour la

compréhension des multiples déterminants sociaux<sup>4</sup> qui impactent la santé des individus et des communautés.

En plus de comprendre les impacts de l'immigration sur la santé des immigrant·e·s francophones habitant en C.-B., il faut tenir compte des impacts de la pandémie de la covid-19 sur la santé de cette population (ou ces populations, si l'on pense aux multiples groupes qui la constituent). Les effets de la pandémie sur le renforcement des inégalités au Canada sont bien connus (Mishra, 2023), mais ses impacts sur les immigrant·e·s francophones vivant en CLOSM ne sont pas encore connus, à notre connaissance. Cela est important, notamment dans une province où l'immigration est tellement significative au sein de la communauté francophone.

---

<sup>4</sup> Les principaux déterminants de la santé sont : « 1- le revenu et le statut social ; 2- l'emploi et les conditions de travail ; 3- l'éducation et la littératie ; 4- les expériences vécues pendant l'enfance ; 5- l'environnement physique ; 6- le soutien social et la capacité d'adaptation ; 7- les comportements sains ; 8- l'accès aux services de santé ; 9- la biologie et le patrimoine génétique ; 10- le genre ; 11- la culture ; 12- la race et le racisme » (Gouvernement du Canada, n.a.)

## OBJECTIFS

Comme notre étude vise à mieux outiller le milieu communautaire pour la formulation des plans d'action en vue des immigrant·e·s francophones en C.-B., nos objectifs de recherche sont plus généraux et exploratoires. Nous avons ainsi le but de mieux connaître les besoins de ce public pour permettre l'identification des stratégies visant leur santé. Nous nous pencherons particulièrement sur les impacts de l'immigration et de la pandémie de la covid-19 sur leurs conditions de santé ainsi que les enjeux d'accès au système de santé.

Comme nous l'avons remarqué, le lien entre l'immigration et la santé fait l'objet de nombreuses études qui discutent ledit « effet immigrant sur la santé », d'où l'importance de nous pencher sur ce lien. Toutefois, nous n'avons pas la prétention de mesurer cet effet ou de répondre si, oui ou non, il existe parmi les immigrants francophones en C.-B. Notre démarche s'appuie plutôt sur la perception des participant·e·s de l'étude sur les impacts de l'immigration sur leur santé. La même démarche sera appliquée pour comprendre les impacts de la pandémie de la covid-19, une période d'incertitude ayant impacté de façon différente plusieurs communautés au Canada, et plusieurs individus au sein de ces communautés. Finalement, les défis d'accès au système de santé en C.-B. sont également au cœur de cette étude en raison de l'existence de plusieurs types de barrières (sociales, culturelles, linguistiques, économiques, etc.) qui sont identifiées dans les recherches avec des personnes immigrantes (Pandley et al, 2022; Mattes et Lang, 2021; Quesnel-Vallé et al, 2011 ; ). Il s'agit d'ailleurs d'un facteur pouvant avoir une influence sur « l'effet immigrant sur la santé ».

Notre étude vise ainsi à répondre aux questions suivantes : 1) Quelle est la perception des immigrant·e·s francophones en C.-B. de l'impact de l'immigration sur leurs conditions de santé physique et mentale ? 2) Quelle est la perception de ces personnes de l'impact de la pandémie de la covid-19 sur leur santé et leurs conditions socioéconomiques ? 3) À quels défis les immigrant·e·s francophones font face pour accéder aux services de santé en C.-B. ? 4) Comment les variables sociodémographiques et socioéconomiques impactent-elles leur santé ?

## MÉTHODOLOGIE

Compte tenu des objectifs de cette étude, nous avons adopté des méthodes mixtes. Pour la collecte des données, nous avons élaboré un sondage adressé aux personnes immigrantes francophones de C.-B en nous inspirant du questionnaire de l'étude 2018. Notre version du sondage a été révisée par des employé·e·s de RésoSanté pour assurer de la pertinence des questions. Ensuite, nous avons réalisé des entrevues semi-directives ciblant ce même public.

Le sondage a été mis en ligne entre le 1er décembre 2024 et le 6 février 2025. Pour y répondre, les participant·e·s devraient remplir les trois critères d'admissibilité suivants :

- 1) habiter actuellement en C.-B. ;
- 2) être né·e à l'extérieur du Canada, peu importe leur pays d'origine et leur statut d'immigration actuel (permis de travail ou d'étude temporaire, résidence permanente, citoyenneté ou réfugié·e);
- 3) parler français comme première langue ou comme langue additionnelle.

Tout au début du sondage, nous avons posé trois questions d'admissibilité pour assurer que les participant·e·s répondraient à nos critères. En plus de ces questions, le questionnaire comprenait 47 questions, dont cinq ouvertes. Les questions étaient divisées en cinq blocs thématiques : informations démographiques (âge, sexe, genre, appartenance à une minorité visible, statut d'immigration, région du pays d'origine, etc.), langues (première langue officielle, niveau de maîtrise des langues officielles, etc.), conditions économiques (tranche de revenu, situation d'emploi, etc.), conditions de santé (perception sur la santé physique et mentale, existence des conditions chroniques, etc.), et services de santé (les défis d'accès, l'accès aux services en français, etc.).

Nous avons diffusé le sondage dans les réseaux sociaux et l'infolettre de RésoSanté, auprès des organismes francophones dans la province, et à travers des annonces commanditées sur Instagram et Facebook. Nous avons aussi été invités à diffuser le sondage lors de l'émission Panorama, de Radio Canada, le 27 janvier 2025. Durant la période de mise en ligne du sondage, nous avons recueilli 157 réponses, dont 112 complètes et admissibles. Tous les participants et toutes les

participantes ont eu le choix de participer à un tirage au sort pour concourir à la chance de gagner l'une des cinq cartes-cadeaux d'une valeur de CAD 20 chacune. Les répondant·e·s ont aussi été invité·e·s à nous fournir leurs coordonnées dans le cas où ils ou elles accepteraient d'être contacté·e·s pour participer à la deuxième étape de la recherche : les entrevues semi-dirigées.

En raison de la date d'échéance pour finaliser l'étude, nous avons entamé cette deuxième étape simultanément à la collecte et subséquente analyse des réponses du sondage. Ainsi, nous avons dû établir les critères pour contacter les personnes intéressées au fur et à mesure du déroulement du recrutement. Dans la mesure du possible, nous avons essayé de recruter de personnes ayant un profil variable selon leur genre, âge, statut d'immigration, appartenance à une minorité visible ainsi que la région de leur pays d'origine et la région où elles habitent en C.-B<sup>5</sup>.

Au total, nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées avec 25 personnes immigrantes francophones habitant en C.-B. Une seule entrevue a été réalisée en présentiel, selon la préférence de l'interviewée, et toutes les autres sur Zoom. Tous les entretiens ont été audio ou vidéo enregistrés sur le compte Zoom fourni par SFU ou avec la version payante de l'application d'intelligence artificielle Otter.ai, et ensuite, ils ont été transcrits. En raison de notre date d'échéance, la tâche de la transcription a été divisée entre un service de transcription professionnel embauché, la responsable de l'étude et un employé de RésoSanté basé à la Clinique Santé Ouest. Les deux derniers ont transcrit les entrevues à l'aide de la fonction de transcription en temps réel sur Zoom ou de la transcription automatique de Otter.ai.

L'analyse quantitative des données du sondage a été menée par la collaboratrice Anh Pham, épidémiologiste et chercheuse postdoctorale à SFU, qui a utilisé le logiciel Python 3.1 pour cette étape. Cette analyse examine la corrélation entre les caractéristiques démographiques (ex. : genre, âge, revenu, statut d'immigration au Canada, et maîtrise des langues officielles) et les résultats en matière de santé (ex. : conditions de santé physique et mentale). L'analyse des corrélations considère l'écart entre -1 et 1, de sorte que les résultats proches de -1 et de 1 indiquent des relations

---

<sup>5</sup> Vers la fin des entrevues, nous avons accepté d'inclure une personne qui n'avait pas participé au sondage, mais qui répondait à certains critères dont nous avons besoin pour diversifier le profil des participant·e·s. Cette personne nous avait contactés spontanément pour participer à la deuxième étape de l'étude.

statistiquement importantes et ceux proches de 0 indiquent une relation pas importante. En ce qui a trait à l'analyse qualitative, toutes les transcriptions des entrevues ont fait l'objet d'un codage thématique, à l'aide du logiciel NVivo, par la responsable de l'étude. Cette dernière a aussi analysé qualitativement les réponses ouvertes du sondage en utilisant le même logiciel.

Les personnes interviewées et celles ayant répondu au sondage ont été dûment informées des procédures concernant l'étape à laquelle elles ont participé, ainsi que de leurs droits en tant que participantes de l'étude. Les participant·e·s de la première étape de la recherche ont eu accès à un formulaire de consentement libre et éclairé disponible au début du sondage. Les personnes interviewées ont reçu un autre formulaire spécifique pour la participation aux entrevues, et ont pu donner leur consentement écrit ou verbal, selon leur choix. L'étude a été approuvée le 16 octobre 2024 par le comité d'éthique en recherche avec des êtres humains de SFU<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Le comité d'éthique à SFU a évalué et approuvé la présente étude, et non celle de 2018. Comme ces deux études avaient des questions de recherche et des procédures de collecte de données différentes, nous avons soumis une demande d'évaluation éthique indépendante.

## **RÉSULTATS DU SONDAGE**

Dans cette section, nous présentons les résultats des données recueillies dans le sondage, et qui se concentrent ainsi sur l'analyse quantitative. D'abord, nous dressons le portrait des participant·e·s aux niveaux démographique, économique, linguistique et de santé. Ensuite, nous discutons les impacts de l'immigration et de la pandémie de la covid-19 sur la santé des participant·e·s, avec le but d'identifier les facteurs ayant influencé ces impacts. Notre démarche pour les comprendre s'appuie sur la perception et sur les expériences des répondant·e·s, partagées à travers des questions ouvertes du sondage. Nous terminons cette section avec la présentation des résultats quantitatifs concernant les enjeux d'accès aux services de santé en C.-B. pour les personnes immigrantes francophones.

### **Profil démographique**

La plupart des répondant·e·s sont des femmes (75,89%), proviennent de l'Europe (73,21%), habitent dans la région de Métro Vancouver (70,53%), se trouvent dans la tranche d'âge de 35-49 ans (49,11%), sont des citoyen·ne·s Canadien·ne·s (41,96%), et vivent en C.-B. depuis 1-4 ans (35,78%). La majorité n'appartient à aucun groupe de minorité visible (54,37%). Parmi ceux et celles appartenant à l'un de ces groupes, la plupart ont déclaré être arabes (12,62%), noirs (11,65%) ou appartenir à un groupe autre non listé (13,59%). Six personnes se sont encore identifiées comme des latino-américain·e·s (5,83%), deux comme chinois·e (1,94%) et deux comme Sud-Asiatique du Sud-est (1,94%). Les graphiques et les tableaux ci-dessous illustrent le profil démographique des participant·e·s :

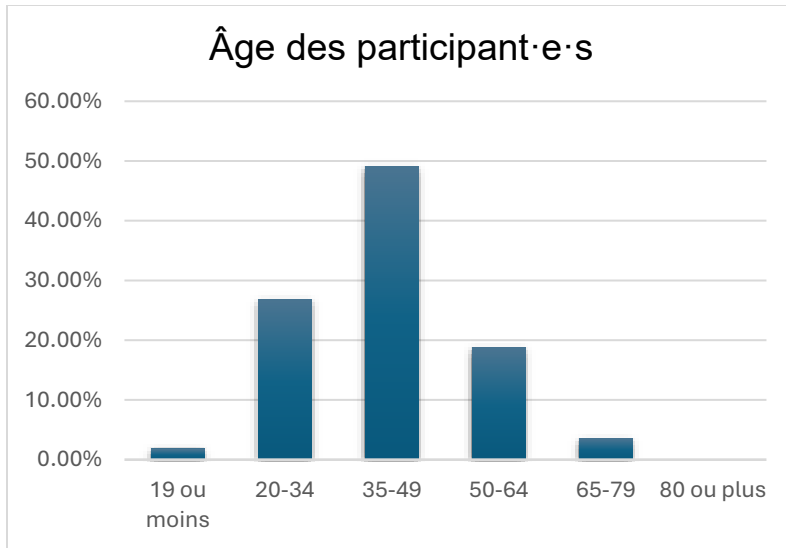


Figure 1: Question - Quel âge avez-vous? Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous (n=112).

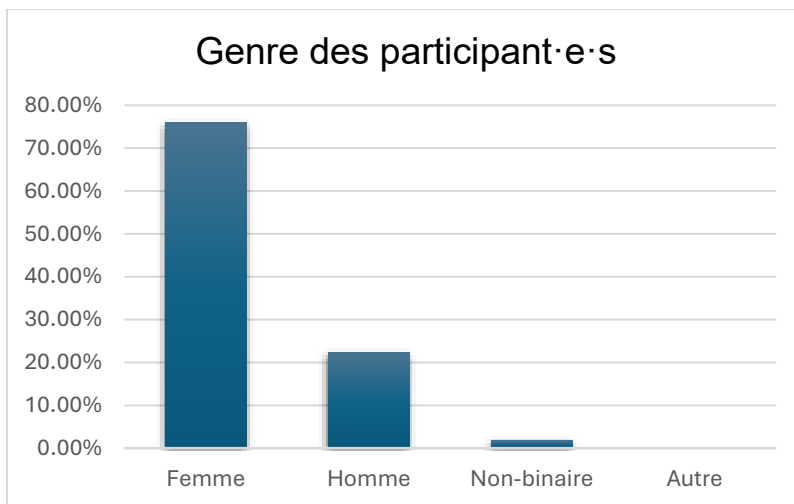


Figure 2: Question - Quelle option correspond le mieux à votre genre? (n=112)

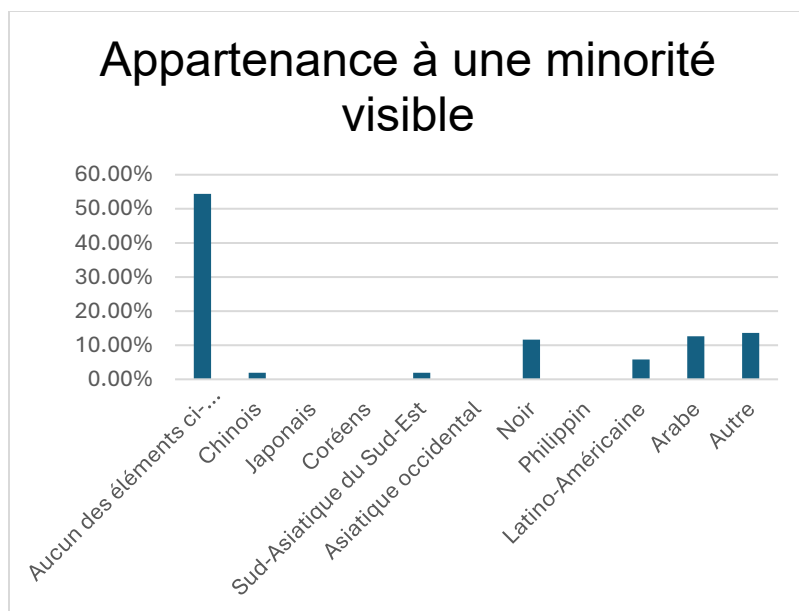


Figure 3: Question - Veuillez cocher la ou les cases correspondant aux groupes de minorité visible auxquels vous vous identifiez. Plus d'une option est possible (n=109).

Statut d'immigration au Canada	Pourcentage	Nombre de participant·e·s
Travailleur / travailleuse temporaire	22,32%	25
Étudiant·e international	0,89%	1
Résident·e permanent·e	33,04%	37
Réfugié·e	0,89%	1
Demandeur / demandeuse d'asile	0,89%	1
Citoyen / Citoyenne	41,96%	47
<b>Total</b>		<b>112</b>

Figure 4: Question - Quel est votre statut actuel d'immigration au Canada? (n=112)

Région du pays d'origine	Pourcentage	Nombre de participant·e·s
Afrique	17,86%	20
Amérique du Nord	1,79%	2
Amérique du Sud	1,79%	2
Amérique Centrale et les Caraïbes	1,79%	2
Asie	2,68%	3
Australie et Océanie	0,00%	0
Europe	73,21%	82
Moyen-Orient	0,89%	1
Autre	0,00%	0
<b>Total</b>		<b>112</b>

Figure 5: Question - Dans quelle région se trouve votre pays d'origine? (n=112)

Nombre d'années en C.-B.	Pourcentage	Nombre de participant·e·s
Moins d'un an	13,39%	15
1-4 ans	34,82%	39
5-9 ans	27,68%	31
10 ans ou plus	21,43%	24
	<b>Total</b>	<b>109</b>

Figure 6: Question - Depuis combien d'années vivez-vous en Colombie-Britannique? (n=109)

## Profil économique

Pour ce qui est des conditions socioéconomiques, presque la moitié des répondant·e·s a un statut d'emploi permanent (45,54%), alors que 15,18% ont un emploi temporaire et 12,5% travaillent comme des professionnel·le·s autonomes. Parmi le reste des répondant·e·s, 2,68% sont des retraité·e·s, 6,25% des étudiant·e·s, 7,14% se trouvent au chômage et 2,68% dans l'incapacité de travailler. Au total des 112 répondant·e·s, la plupart travaillent en temps plein (58,04%) et presque le quart en temps partiel (21,43%), le restant ayant coché l'option « sans objet » pour cette question.

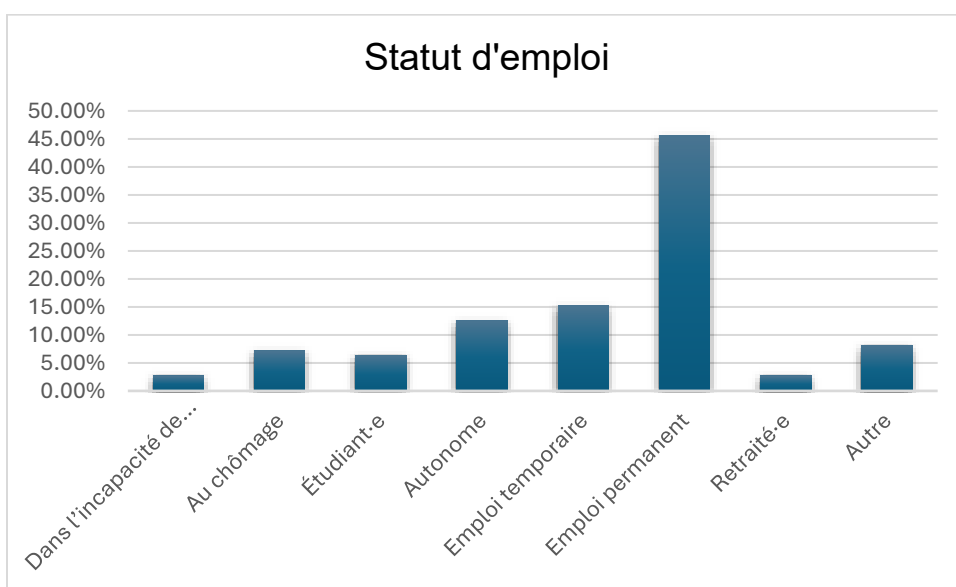


Figure 7: Question - Qu'est-ce qui décrit le mieux votre statut d'emploi actuel? (n=112)

La plupart possèdent un diplôme de cycles supérieurs (54,46%) ou de premier cycle (26,79%), ce qui démontre un niveau de scolarité supérieur comparé à celui de la population générale dans la province. Selon les données de Statistique Canada (2022), seulement 1% de la population de C.-B. possède un diplôme de doctorat, 6,3% un diplôme de maîtrise et 47,1% un diplôme de premier cycle ou plus.

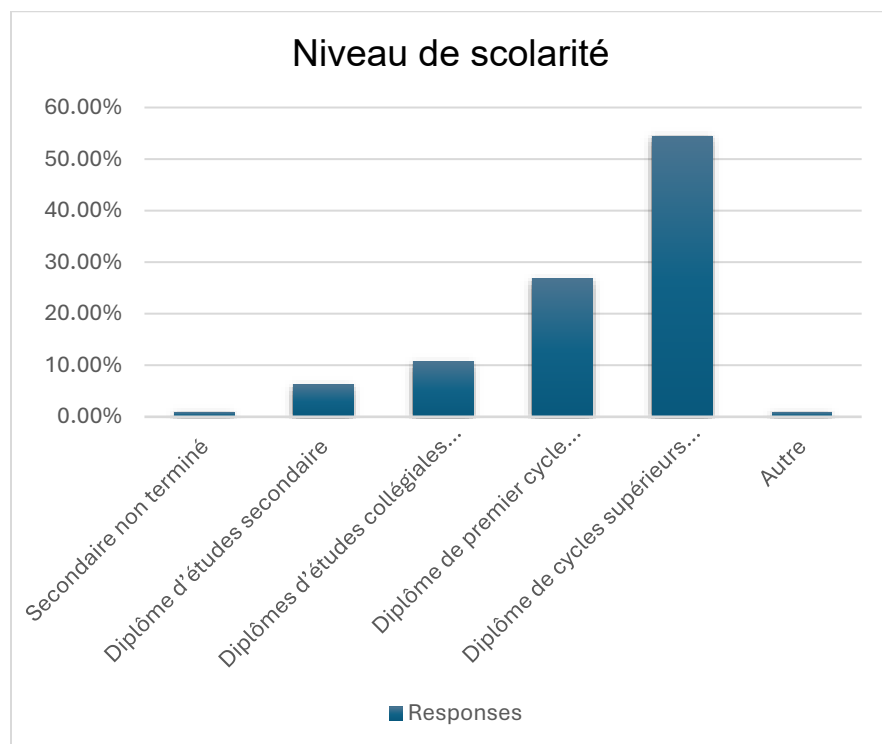


Figure 8: Question - Quel est votre niveau de scolarité ? (n=112)

En ce qui a trait au revenu du ménage, la majorité a un revenu familial, avant impôts et déductions, de 50 000 CAD à 100 000 CAD (35,14%), ce qui correspond à la moyenne des revenus ménagers dans la province. Selon les données du Censur de 2021 par Statistique Canada (2021), le revenu ménager moyen, avant taxes, en C.-B. est de 85.000 CAD.

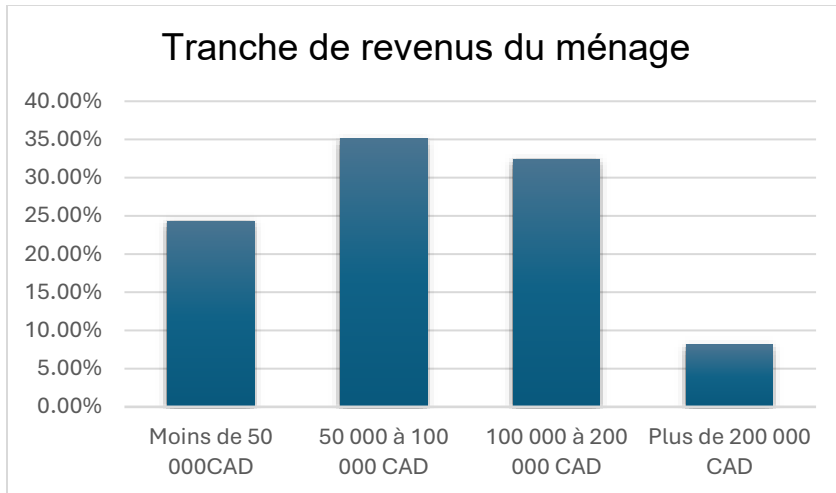


Figure 9 : Quelle est la tranche de revenus de votre ménage? (Veuillez fournir une estimation totale de tous les membres du ménage, avant impôts et déductions) (n=111)

Les personnes avec un revenu total du ménage de moins de 50 000 CAD — étant ainsi au-dessous de la moyenne de la province — correspondent à 24,32% des répondant·e·s. Cependant, le nombre de participant·e·s dont le revenu du ménage est supérieur à la moyenne dans la province est d'environ 40%, puisque 32,43% des répondant·e·s sont dans la tranche de 100 000 CAD à 200 000 CAD et 8,11% dans la tranche de plus de 200 000 CAD. Cela peut refléter le niveau d'études élevé de la majorité des répondant·e·s, ou le fait que la plupart vivent en couple — donc deux personnes contribuant au revenu du ménage. Le graphique en bas montre la composition des ménages :

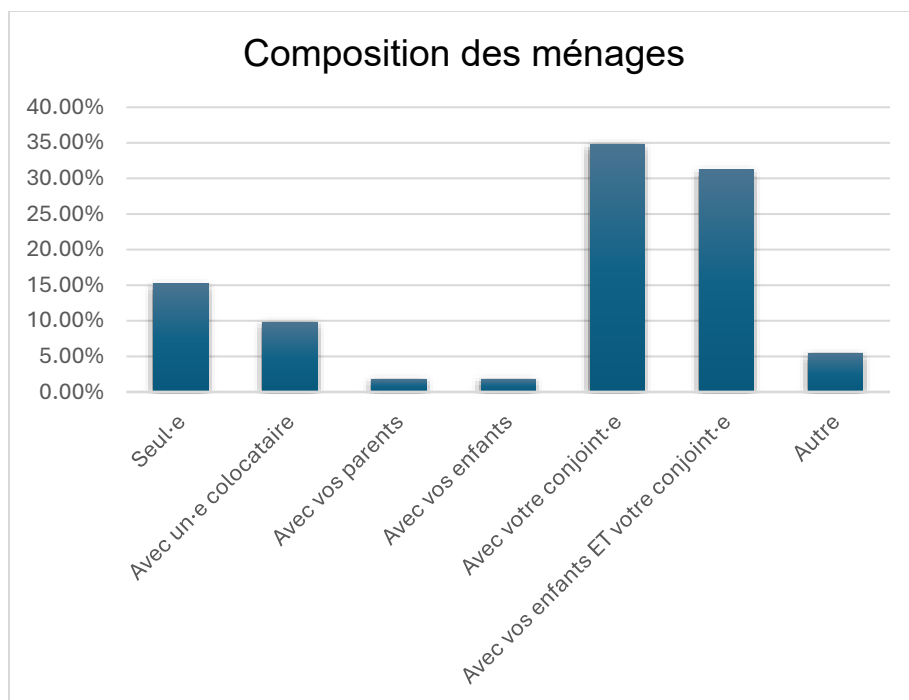


Figure 10: Question - Avec qui habitez-vous? (n=112)

## Profil linguistique

Comme le sondage visait des personnes immigrantes francophones, il n'est pas surprenant que la majorité des répondant·e·s aient le français comme première langue officielle au Canada (55,36%). Toutefois, un nombre important de participant·e·s ont affirmé avoir le français et l'anglais (33,93%) comme première langue. Environ 10,7% ont seulement l'anglais comme première langue officielle, et ce, même s'ils ou elles considèrent le français comme l'une de leurs langues au Canada. Pour participer au sondage, il fallait répondre « oui » à la question d'éligibilité « Considérez-vous le français comme l'une de vos langues au Canada (même si ce n'est pas votre langue maternelle) ? ».

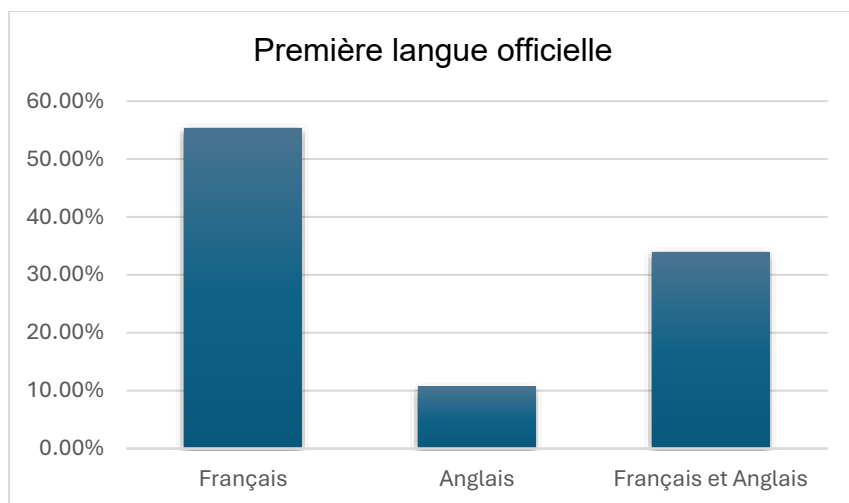


Figure 11: Quelle langue considérez-vous votre première langue officielle du Canada? (n=112)

Tous les participants et toutes les participantes sont à l'aise avec la langue française, 95,54% ayant affirmé pouvoir tenir une conversation « très bien » et 3,57% « assez bien ». La plupart sont aussi à l'aise avec l'anglais, car 66,07% peuvent tenir une conversation « très bien » et 24,11% « assez bien ». Par contre, 8,93% ont déclaré ne pas parler l'anglais très bien.

Les résultats montrent que les répondant·e·s sont plus connecté·e·s à la communauté francophone qu'à celle du milieu anglophone ou de leur pays d'origine. Le nombre de personnes qui se sentent « souvent » ou « toujours » connecté·e·s à la communauté francophone est de 75,89%, alors que ce nombre revient à 68,75% et 53,57%, respectivement, pour ce qui est de la connexion avec la communauté anglophone et celle du pays d'origine.

Le français est également très présent dans l'entourage des répondant·e·s, parce que 50% ne parlent que le français à la maison et 27,68% parlent le français et l'anglais. Même dans l'ambiance de travail, le français se fait présent, vu que 35,71% parlent l'anglais et le français et 27,68% seulement le français. L'anglais est la seule langue de travail de 30,36% des répondant·e·s. Le tableau en bas illustre les différentes utilisations des langues dans chaque contexte de vie :

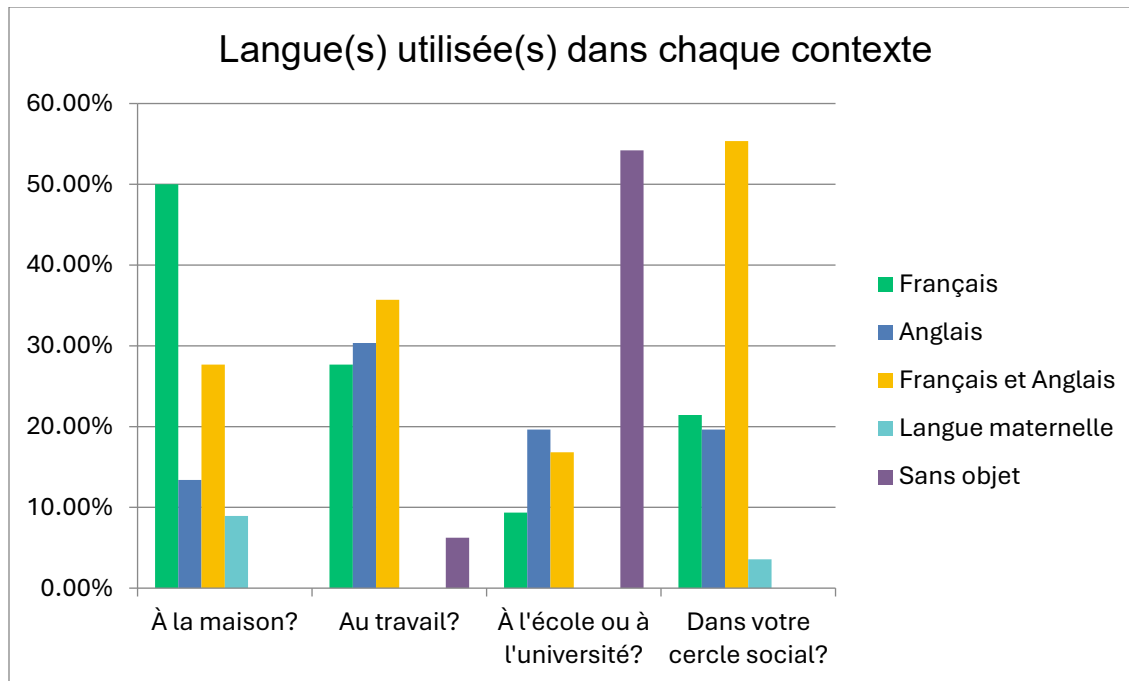


Figure 12: Question - Quelle langue utilisez-vous le plus souvent :[options en haut] (n= 112)

## Profil de santé

Parmi les répondant·e·s ayant répondu aux questions sur la perception de la santé (n=111), la majorité se dit en « bon » ou « très bon » état. Le nombre de personnes qui perçoivent leur santé physique comme « bonne » ou « très bonne » (72,07%) est supérieur au nombre de participant·e·s ayant la même perception de leur santé mentale (62,17%), comme nous pouvons le remarquer dans les graphiques en bas :

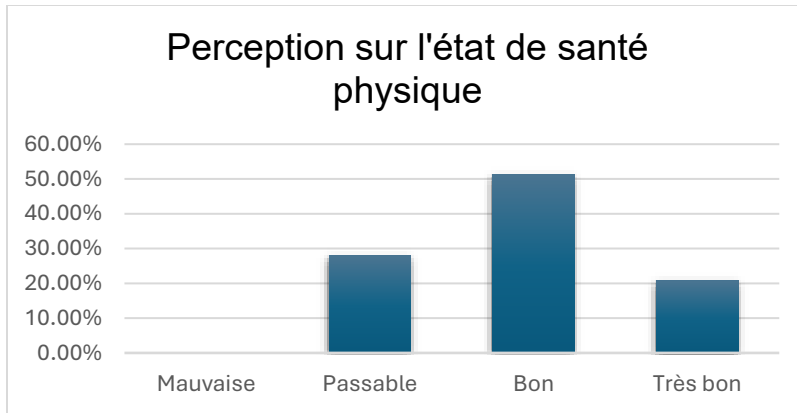


Figure 13: Question - Comment décririez-vous votre état de santé physique actuellement? (n=111)

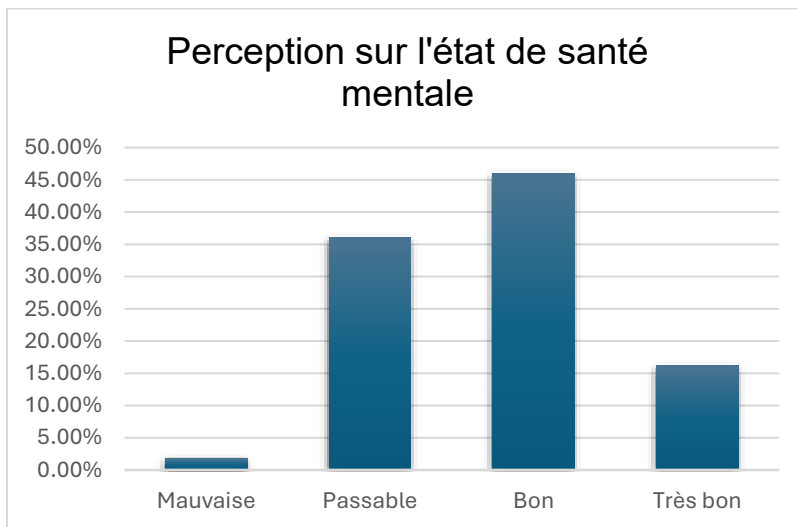


Figure 14: Question - Comment décririez-vous votre état de santé mentale actuellement? (n=111)

Le nombre de personnes (n=40) reportant un état de santé mentale « passable » est supérieur à celui qui évalue leur santé physique de cette même façon (n=31). Deux personnes ont encore décrit leur santé mentale comme « mauvaise », alors que personne n'a choisi cette option pour la perception de l'état de santé physique. La majorité des répondant·e·s (57,27%) n'ont pas de diagnostic de maladie chronique. Comme le montre le tableau en bas, les maladies les plus récurrentes sont les troubles mentaux (7,27%), l'hypertension artérielle (8,18%) et autres maladies (14,55%).

Diagnostic de maladie chronique	Pourcentage	Nombre de participant·e·s
Aucun des éléments ci-dessus	57,27%	63
Maladies respiratoires	3,64%	4
Maladies neurologiques	2,73%	3
Maladies cardiovasculaires	4,55%	5
Hypertension artérielle	8,18%	9
Diabète	4,55%	5
Arthrite	2,73%	3
Troubles mentaux	7,27%	8
Cancer	2,73%	3
Autre (veuillez préciser)	14,55%	16

Figure 15: Question - Avez-vous déjà reçu un diagnostic pour l'une (ou plus) des maladies chroniques suivantes? Plusieurs réponses sont possibles (n=110).

Parmi ces dernières, les participant·e·s ont mentionné le prédiabète, l'insomnie, la covid longue, le syndrome de fatigue chronique, le syndrome de tachycardie orthostatique posturale (POTS), l'hyper ou l'hypothyroïdie (4 fois), l'endométriose (4 fois), le stress, la dépression et l'anxiété, le cholestérol, les problèmes digestifs, les hernies et l'insuffisance lymphatique. Pour ce qui est de l'existence de handicap, 92,52% des répondant·e·s (n=107) n'en ont aucun. Parmi les handicaps reportés, une personne a un handicap auditif, trois personnes ont des problèmes de mobilité et cinq ont affirmé avoir un autre type de handicap (troubles cognitifs intermittents, manque d'équilibre, extrême fatigabilité, neurodiversité et handicap associé au processus de vieillissement).

Nous avons testé statistiquement la corrélation entre le diagnostic de maladies chroniques et des variables suivantes : âge, genre, revenu, langue, perception sur la santé, et statut d'immigration. Comme c'est logiquement attendu, il existe une tendance à ce qu'une plus mauvaise perception de la santé physique soit associée à la présence des conditions chroniques (corrélation 0,62<sup>7</sup>). Il existe également une forte association entre une plus mauvaise perception de l'état de santé mentale et l'existence des conditions chroniques (corrélation 0,75), ce qui est commun dans les cas de multimorbidités.

---

<sup>7</sup> Le score est mesuré entre -1 et 1. Un résultat plus proche de -1 démontre une plus forte corrélation négative, alors qu'un résultat plus proche de 1 démontre une plus forte corrélation positive.

Nous avons remarqué qu'un plus haut revenu est aussi associé à une plus haute probabilité d'avoir des conditions chroniques (Coefficient: 0,379 ;  $p = 0.034$ ). Cela peut indiquer que les personnes ayant un plus haut revenu ont un meilleur accès aux services de santé, et sont ainsi plus susceptibles d'être diagnostiquées, ou cela peut refléter d'autres facteurs liés à leur style de vie. L'association devient nulle lorsqu'on ajoute la variable âge à la corrélation.

Il est aussi intéressant de remarquer que la maîtrise de l'anglais est associée à l'existence des conditions chroniques (corrélation 0,61), ce qui peut refléter un meilleur accès aux services de santé aux personnes maîtrisant l'anglais — donc plus de diagnostics — et des défis de navigation dans le système pour celles ne maîtrisant pas la langue. D'ailleurs, l'existence des conditions chroniques est associée à l'utilisation des services d'interprétation (corrélation 0,72), parce que les personnes ayant des conditions chroniques peuvent avoir plus besoin de ce type de service.

Enfin, l'existence des conditions chroniques est aussi associée à l'impact négatif de l'immigration sur la santé mentale des répondant·e·s (correlation 0.65). Cela veut dire qu'il est plus probable que les personnes ayant des maladies chroniques aient perçu un impact négatif de l'immigration sur leur santé mentale. La corrélation avec les autres variables n'a pas montré d'associations statistiquement significatives.

### **Impacts de l'immigration sur la santé**

Nous avons demandé aux participant·e·s d'évaluer l'impact de l'immigration sur leur santé physique et mentale. Pour ce faire, ils ou elles devraient choisir les réponses « tout à fait en désaccord », « plutôt en désaccord », « plutôt en accord » ou « tout à fait en accord » pour chaque option suivante : impact négatif, impact positif ou aucun impact. Nous avons posé la même question pour la santé physique et la santé mentale.

Les résultats quantitatifs montrent une légère différence entre la perception de l'impact sur la santé mentale et la santé physique. Pour la majorité des répondant·e·s, l'immigration a eu un impact plus négatif sur leur santé mentale (19%) que physique (14%) et un impact beaucoup plus positif sur

leur santé physique (32%) que mentale (20%). Il faut noter que le nombre de personnes incertaines ou ayant une perception mixte est assez élevé (37% et 45%).

Impact de l'immigration	Type d'impact	Pourcentage
Santé physique	Mixte / incertain·e·s	37%
	Impact positif	32%
	Aucun impact	17%
	Impact négatif	14%
Santé mentale	Mixte / incertain·e·s	45%
	Impact positif	20%
	Aucun impact	17%
	Impact négatif	19%

Figure 16: Figure 3: Impact de l'immigration sur la santé physique et mentale.

Nous avons également demandé aux participant·e·s du sondage de répondre, dans une question ouverte, comment l'immigration avait impacté leur santé, le cas échéant. L'analyse qualitative de ces réponses (n=85) montre que l'impact est lié à l'alimentation, aux activités physiques, aux changements des conditions de vie, aux démarches d'immigration, et à l'accès aux services de santé. Au contraire de l'analyse quantitative, dans laquelle on remarque un équilibre<sup>8</sup> entre l'impact positif (20%) et négatif (19%) de l'immigration sur la santé mentale, les réponses ouvertes indiquent plus d'impacts négatifs.

Les réponses suggèrent un remarquable impact négatif sur l'alimentation après l'arrivée des participant·e·s au Canada. La plupart affirment avoir une plus mauvaise alimentation en C.-B., par rapport à leur pays d'origine, avec une plus grande consommation de gras et de sucre, comme l'illustre la réponse suivante : « Beaucoup de tentations avec les produits sucrés disponibles en magasin. Le pain n'est pas du tout le même pain par rapport à celui consommé en France » (R1). Le coût de l'alimentation de qualité est aussi soulevé : « L'absence de nourriture nutritive bon marché est un vrai problème au Canada » (R14). Une autre participante soulève cette problématique du coût, même si l'immigration, de façon générale, ne semble pas avoir impacté sa santé :

<sup>8</sup> Même si l'impact négatif de l'immigration sur la santé mentale (19%) est plus perceptible que l'impact négatif sur la santé physique (14%), comme nous avons remarqué.

Je ne pense pas que l'immigration ait un réel impact négatif sur ma santé physique, mais j'ai remarqué que mon alimentation a changé : produits plus sucrés, plus gras et moins qualitatifs (légumes, produits bio ou locaux qui sont très chers et donc peu accessibles). [...] (R32)

D'autres mentionnent encore les différences dans les réglementations entre les pays et le manque de compréhension des étiquettes dans les produits :

Impact négatif sur santé physique : Aliments de moins bonne qualité (exemple: pain, lait), davantage de junk food et d'additifs, moins de sévérité sur la réglementation de l'alimentation biologique comparée à l'Europe. J'ai pris du poids depuis que je vis en C.-B. Beaucoup de mes amies francophones ont rencontré des problèmes de santé depuis leur arrivée en C.-B. [...] (R42)

La qualité de l'alimentation est moins bonne que dans mon pays d'origine. Il est plus difficile de trouver des produits sains, locaux, non transformés. Je ne suis pas habituée aux règles d'étiquetage du Canada. Il est donc plus compliqué de comprendre ce que je mange réellement et de choisir de bons aliments. [...] (R69)

Par contre, d'autres répondant·e·s ont soulevé le fait qu'ils ou elles cuisinent plus souvent à la maison, que ce soit pour des contraintes économiques ou d'autres raisons. En tout cas, cela peut aboutir dans l'effet contraire, c'est-à-dire un impact positif sur l'alimentation après l'arrivée au Canada. La réponse en bas illustre ce point :

[...] L'immigration et ma santé physique : faisant attention à mes dépenses, je sors peu (consommation d'alcool très limitée) et ne mange pas à l'extérieur. Je cuisine sain et tous les repas. De ce fait, je me sens en bonne forme physique. [...] (R48)

De plus, la réduction de la consommation d'alcool est soulignée comme un aspect positif sur la santé physique, même si cela indique d'autres enjeux, comme le manque d'un réseau social. L'extrait de la réponse suivante montre cette perspective : « [...] Consommation d'alcool : Je bois beaucoup moins ici. L'alcool est plus cher et l'aspect « festif » n'est pas le même. Mes cercles d'amis non plus, ce qui fait que je sors et bois très rarement » (R69).

Pour ce qui est des activités physiques, plusieurs répondant·e·s mentionnent que le style de vie en Colombie-Britannique leur a permis d'avoir une meilleure qualité de vie, moins sédentaire, et ce, grâce au contact avec la nature et à la possibilité de faire des activités à l'extérieur. L'extrait de

réponse suivante l'explique : « L'accès facile à la nature en C-B et l'environnement social plus porté sur les activités en extérieur ont eu un effet très positif sur moi. Je suis passé d'un mode de vie sédentaire à un mode de vie plus actif. [...] » (R77). Cette perception de l'impact positive du style de vie en C.-B. sur les activités physiques peut expliquer pourquoi l'immigration aurait eu un impact plutôt positif sur la santé physique (32%) des répondant·e·s.

Par contre, plusieurs personnes affirment avoir une vie plus sédentaire en Colombie-Britannique, malgré le style de vie dans la province, axé sur la nature et les activités extérieures. Comme rappelle la réponse ci-dessous, ce style de vie dépend de l'accès aux parcs dans la région où la personne habite :

[...] Point d'attention : l'accès au sport est aussi un sujet qui impacte ma santé physique et mentale. Avec un petit budget, il y a peu d'accès à des infrastructures. Il est possible de courir, mais cela implique d'être dans un espace le permettant (accès à un parc, dans de bonnes conditions). (R48)

Ainsi, comme souligné par quelques participant·e·s, l'accès aux installations sportives est limité par des contraintes économiques et sociales (e.g ; prix des abonnements, charge de travail, au boulot ou à la maison). D'autres participant·e·s mentionnent encore l'utilisation accrue des voitures comme un facteur impactant la réalisation des activités physiques : « (Dans la ville où j'habite) L'architecture des routes et de la ville ne facilite pas l'utilisation de vélo ou tout simplement marcher. J'ai plus tendance à prendre la voiture » (R69)<sup>9</sup>.

En effet, les changements dans les conditions de vie représentent un impact important de l'immigration, notamment sur la santé mentale des participant·e·s. Ces changements renvoient, par exemple, à la sphère professionnelle, familiale et économique, comme le montre cet extrait : « Le coût de vie très élevé, la difficulté à trouver un emploi à cause du manque d'expérience canadienne, la pression pour gérer les charges, la difficulté d'adaptation au climat et l'impact social sont des facteurs ayant impacté sur ma santé mentale » (R7).

---

<sup>9</sup> Il n'est pas clair l'effet de cette problématique, parce que d'autres participant·e·s trouvent que, au contraire, l'utilisation des vélos est mise de l'avant en C.-B. Comme souligne l'extrait, cela dépend de la région où la personne habite.

Nous notons particulièrement l'impact de ces changements de vie sur la santé mentale et physique des femmes responsables des charges familiales, problématique accentuée par l'absence des ressources de soutien, tel que décrit en bas :

Lors de mon immigration au Canada avec mon conjoint et mes enfants, j'ai découvert l'absence d'accueil périscolaire. Nous sommes venus dans le cadre de l'emploi de mon conjoint aussi pour pallier à cette absence, c'est moi qui ai pris la charge de m'occuper des enfants après l'école qui termine très tôt. Comme ce n'était pas un choix, mais une situation subie, cela a impacté ma santé mentale négativement (ressentiment...). De plus, je n'ai pas pu rechercher un emploi à la hauteur de mes compétences par manque de garde périscolaire. Cela a donc impacté ma santé mentale un peu plus: sentiment d'impuissance, stress. Ne travaillant pas, je suis devenue plus sédentaire, restant plus souvent à la maison et cela a impacté ma santé physique (prise de poids, perte musculaire) entraînant aussi des problèmes liés à la sédentarité (mal de dos, ...). (R81)

Si, d'un côté, les changements dans les conditions de vie ont entraîné des conséquences négatives sur la santé mentale, de l'autre, plusieurs participant·e·s observent que ces mêmes conditions de vie ont eu un effet positif sur leur santé mentale. On peut le voir dans ce passage : « [...] Positive : Une société moins stressée, des compagnies qui respectent leurs employées. Accès à un environnement plus naturel (R30). »

En plus des changements dans les conditions de vie, d'autres participant·e·s soulignent l'impact négatif de l'isolement social sur la santé mentale, soit à cause de l'éloignement de la famille, soit à cause du manque de réseau social en C.-B. : « Je pense que ce qui impacte négativement la santé mentale est le fait d'être loin de sa famille. Par contre, la qualité de vie est meilleure, donc cela apporte un impact positif » (R52).

Plusieurs répondants ont mis de l'avant les propres démarches administratives de l'immigration comme un facteur impactant négativement leur santé mentale. Cela est dû à l'instabilité du statut temporaire et au stress causé par les démarches d'immigration. Les réponses caractérisent le sentiment d'insécurité pendant cette période comme une source d'anxiété, ayant même des effets sur la qualité du sommeil. Les extraits en bas ajoutent encore l'augmentation de la consommation de cigarettes et d'alcool ainsi que des effets à long terme sur la santé :

L'impression d'instabilité, d'insécurité de mon statut d'immigré a sans détour un impact sur ma consommation de cigarettes et d'alcool. Donc un impact sur ma capacité de développement de mon entreprise canadienne (R47).

Notre projet d'installation au Canada était ambitieux compte tenu de la condition de santé de mon épouse et de la reconversion professionnelle que nous préparions. Les démarches administratives pour obtenir notre statut de résidence permanente, nos emplois définitifs, nos logements etc. ont été source d'une grande anxiété. La difficulté à voir l'avenir sereinement, déjà grande du fait de la maladie de mon épouse a lourdement impacté notre santé mentale, et par raisonnement, dans une certaine mesure physique. Ils ont accéléré à la fois les symptômes neurologiques de mon épouse et de manière générale notre vieillissement (R67).

Enfin, la dernière problématique concerne l'accès aux services de santé. Bien que certaines personnes remarquent une amélioration de leur accès par rapport à leur pays d'origine, la plupart affirment que l'immigration a eu un impact négatif. Cette perception est liée surtout aux difficultés d'accès aux médecins de famille et aux spécialistes ainsi qu'au coût des soins supplémentaires, comme nous pouvons remarquer dans les trois réponses en bas :

Je pense que le manque de service médical, des médecins disponibles (j'avais un et il prit sa retraite) a impacté ma santé et la santé de ma famille. Je me prends de l'aspirine ou des aspirines par moi-même. Le stress et le manque de sommeil aussi fait des problèmes à la santé. Même si j'essaie de faire l'exercice, le temps passe trop vite. (R2)

Beaucoup moins d'accès aux soins, surtout avec des spécialistes, depuis que je suis au Canada par rapport à la France. (R31)

« [...] Négatif, Coût de soins : les coûts dentaires, de vue par ex. qui nécessitent un apport \$ personnel - en plus de la partie couverte par la mutuelle. Un scandale que la santé soit autant capitalisée ! [...] » (R41)

Cet enjeu de l'accès aux services de santé est accentué par d'autres défis que nous verrons plus loin dans l'analyse des entretiens, même si ces derniers ne sont pas mis de l'avant, par les personnes interviewées, comme des impacts directs de l'immigration sur leur santé.

### **Impacts de la pandémie de covid-19 sur la santé**

Comme pour l'immigration, nous avons posé deux questions sur la perception de l'impact de la pandémie de la covid-19 sur la santé physique et mentale des participants. Par rapport aux

résultats des impacts de l'immigration, les impacts positifs de la pandémie sont moins reportés, tandis que les impacts négatifs sur la santé physique sont beaucoup plus perceptibles (25%) et légèrement plus remarquables sur la santé mentale (21%). La même observation à propos du nombre de personnes incertaines ou ayant des perceptions mixtes s'applique à cette question (41% et 49%).

Impact de la pandémie de la covid-19	Type d'impact	Pourcentage
Santé physique	Mixte / incertain·e·s	41%
	Impact positif	17%
	Aucun impact	17%
	Impact négatif	25%
Santé mentale	Mixte / incertain·e·s	49%
	Impact positif	18%
	Aucun impact	12%
	Impact négatif	21%

Figure 17: Impact de la pandémie de la covid-19 sur la santé physique et mentale.

Comme le montre le graphique, la perception de l'impact négatif de la pandémie sur la santé physique (25%) est plus importante que sur la santé mentale (21%). Pour mieux comprendre les problématiques associées à la pandémie dans le contexte de l'immigration francophone en C.-B., nous avons posé aux participant·e·s du sondage une question ouverte concernant les impacts de la pandémie de la covid-19 sur leur santé. L'analyse des réponses reçues (n=67) montre que les principales problématiques sont liées aux changements des conditions de vie et de travail, à l'isolement, aux activités physiques, à l'alimentation, à la covid longue et à l'accès aux services de santé.

L'impact le plus important mentionné concerne les changements dans les conditions de vie et de travail. Pour notre surprise, la pandémie est souvent associée à un impact positif sur la santé mentale dû à la possibilité de travailler en ligne : « Je ne dois perdre plus de temps dans le transport en commun et je peux avoir plus des heures de sommeil à cause que je travaille dès la m[aison] » (R29). Elle est aussi perçue comme un facteur ayant encouragé des changements de vie importants,

à l'exemple de la décision d'immigrer au Canada : « J'ai pris la décision de changer de vie, et d'émigrer au Canada. Vendre mes sociétés françaises et les installer au Canada » (R5)<sup>10</sup>.

En revanche, la pandémie a eu un impact négatif important sur la santé mentale, causé par la perte d'emploi et le confinement à la maison, surtout dans le cas où les conditions d'habitation étaient défavorables, comme le montre cette réponse : « Perte de mon emploi, que j'avais mis du temps à le trouver. Impact sur ma santé mentale, car confinés à 4 dans un appartement sans extérieurs » (R58). En effet, plusieurs répondant·e·s ont reporté avoir eu de pertes d'emplois et de revenu à cause de la pandémie, certain·e·s ayant même changé de métier. Cette situation peut avoir eu des effets également sur la santé physique des participant·e·s : « Le Covid a surtout affecté ma santé physique (la perte de mon emploi m'a fait déprimer, ce qui m'a conduit à augmenter ma consommation de sucre... et au diabète) donc un impact négatif » (R20).

Ce qui ressort aussi des réponses est l'isolement social, qui semble avoir un impact plus long sur la santé mentale de quelques répondant·e·s, comme le montre cette réponse : « Isolement social. Développement d'anxiété dû à l'enfermement même après les confinements. Difficulté à rester en place sans bouger sans avoir de l'agitation » (R43). Les impacts de l'isolement sont aussi remarqués dans la réponse en bas :

La pandémie de la covid-19 a été une période stressante pour moi. L'incertitude liée à la situation, les restrictions et l'isolement social ont eu un impact sur ma santé mentale. J'ai ressenti beaucoup de stress et même un peu de dépression à certains moments. Le manque d'interactions sociales et les changements dans mon quotidien ont aussi affecté mon moral. Heureusement, avec le temps, j'ai pu m'adapter et retrouver un certain équilibre (R4).

L'isolement a davantage posé des défis pour les personnes qui venaient d'arriver au Canada lors de l'éclosion de la pandémie, et qui n'avaient pas encore eu l'occasion d'établir un cercle social : « Étant arrivée quelques mois avant la pandémie, je n'ai pas pu sociabiliser et faire du sport pour gérer mon stress. L'impact a été énorme sur mon bien-être de façon général » (R63). Ce type de situation suggère une position de vulnérabilité des immigrant·e·s récemment arrivé·e·s dans des

---

<sup>10</sup> C'est aussi le cas des personnes interviewées qui ont décidé de quitter d'autres provinces canadiennes et de s'installer en C.-B. ainsi que de celles qui ont déménagé de Métro Vancouver vers d'autres régions.

situations d'émergence sanitaire, puisque l'établissement des réseaux sociaux constitue un déterminant social de la santé.

Pour ce qui est de la santé physique, la pandémie, au contraire de l'immigration, a eu un impact plutôt positif sur l'alimentation, parce que plusieurs répondant·e·s ont affirmé avoir eu plus de temps pour préparer des repas à la maison. En dépit de cette amélioration dans la qualité de l'alimentation de ces personnes, la pandémie a eu un effet plutôt négatif sur leur santé physique, selon notre analyse quantitative. Ce résultat peut être partiellement expliqué par la réduction des activités physiques pendant cette période. Même si quelques répondant·e·s ont déclaré avoir eu plus de temps pour la pratique sportive, la possibilité de réaliser des activités physiques est conditionnée par d'autres facteurs, tels que l'accès aux parcs, comme discuté dans le cas des impacts de l'immigration. La réponse suivante démontre ce lien entre la qualité de vie pendant la pandémie et la région où la personne habitait : « On s'est tourné vers des aliments locaux, de meilleure qualité. Beaucoup de sport, de marche, de méditation<sup>11</sup>, beaucoup de temps pour faire ce qui nous plaisait. On habitait à la campagne » (R40). Plusieurs participant·e·s ont mentionné ainsi une réduction des activités physiques, voire la prise de poids pendant cette période. La réponse suivante illustre les impacts du manque d'activités physiques même après la pandémie :

La reprise d'activité physique était très dure après la pandémie. Mon corps était amorphe. Psychologiquement c'est comme si le temps c'était arrêté et même chose ça a été très dur de revenir à un rythme normal et d'être social (R52).

L'impact négatif de la pandémie sur la santé physique peut aussi être attribué au fait que certaines personnes ayant participé à l'étude ont été infectées. Les quatre personnes ayant déclaré avoir eu la covid affirment que la maladie a laissé des conséquences à long terme sur leur condition physique :

j'ai été hospitalisé avec le covid, et après j'ai souffert avec le long covid jusqu'à maintenant, mais ça va mieux, car j'ai un docteur de famille superbe. (R7)

covid longue.... devenue handicapée (R18)

J'ai eu le covid long donc très mal au corps/ arthrose temporaire. De plus, aucun contact social a impacté ma santé mentale de façon négative. (R22)

---

<sup>11</sup> Il semble que la personne voulait écrire « méditation ». Cela semble une faute de frappe.

Rien à faire niveau santé mentale. J'ai attrapé le covid 5 fois par contre, et je paye encore les conséquences. (R30)

Finalement, les impacts de la pandémie sont aussi associés aux enjeux d'accès aux services de santé, bien que cette problématique soit moins soulevée dans les réponses à cette question du sondage. L'accès réduit aux services est évoqué, par exemple, dans cette réponse : « difficulté d'accès aux soins, RDV médicaux décalés à cause de covid dans le suivi du cancer par exemple. Moins d'activité physique pendant le confinement, stress, impact sur le sommeil » (R27).

Dans notre analyse quantitative, nous avons aussi essayé de comprendre l'impact de la pandémie sur l'accès aux services de santé, spécifiquement aux soins primaires. Comme attendu, les résultats montrent que l'accès aux cliniques de soins primaires a été réduit pendant la pandémie<sup>12</sup>. Le graphique ci-dessous indique que le nombre de personnes qui visitent une clinique de soins primaires plus fréquemment a été légèrement réduit durant la pandémie. Après la covid-19, plus de personnes cherchent ces services plus fréquemment, par rapport aux périodes avant et pendant la pandémie :

---

<sup>12</sup> Pour donner une référence temporelle de la pandémie aux participant·e·s, nous avons considéré la période entre les années 2020-2022.

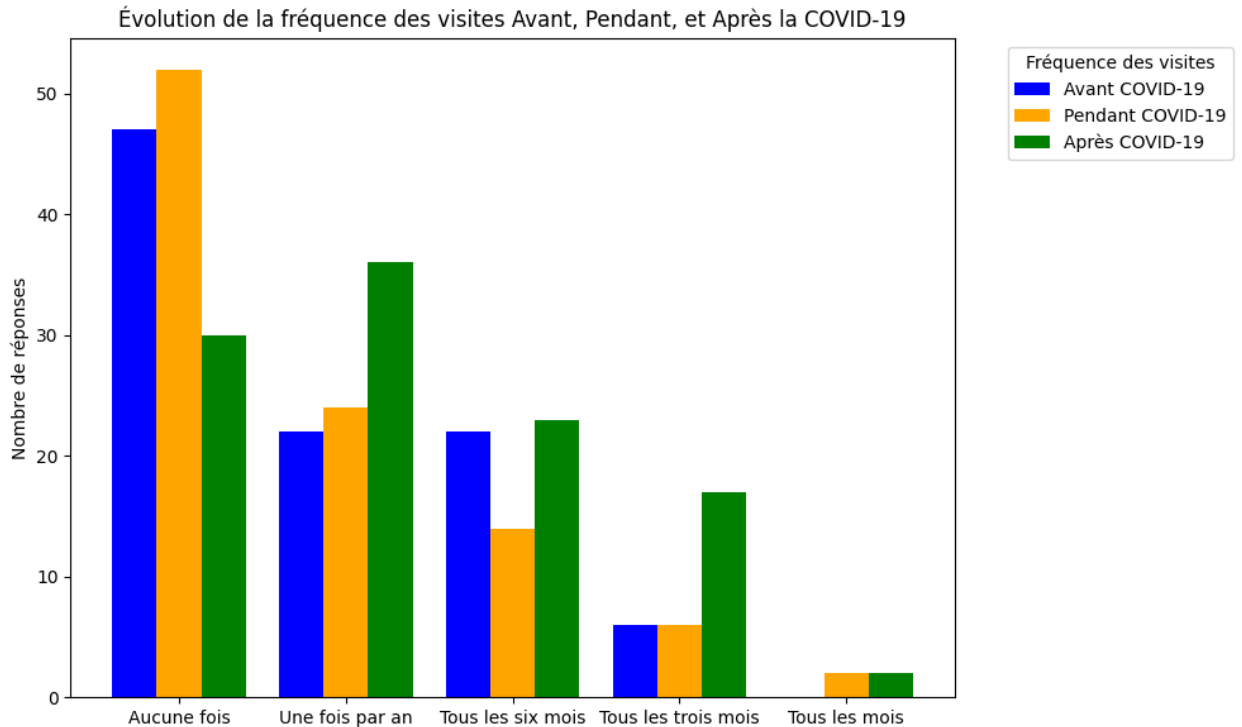


Figure 18: Question - Quelle a été la fréquence de vos visites à une clinique de soins primaires en Colombie-Britannique dans chaque période suivante ? Veuillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent à votre cas (n=108).

L'analyse de la corrélation entre les variables et le nombre de visites dans chaque période « avant », « pendant » et « après » la covid-19 suggère une relation importante avec le statut d'immigration. Cette analyse montre que ne pas avoir la citoyenneté est associé à moins de visites avant la pandémie. En effet, le coefficient négatif (-0.287,  $p < 0.001$ ) suggère que les citoyen·ne·s ont une plus haute tendance à avoir eu des visites à une clinique de soins primaires que le restant des participant·e·s. Cela peut être lié au fait que les citoyen·ne·s sont plus enclins à avoir un revenu plus haut, comme le montre le tableau en bas :

Immigration	Revenu	Nombre de participant·e·s
Citoyen / Citoyenne	Plus de 200 000 CAD	4
	100 000 à 200 000 CAD	21
	50 000 à 100 000 CAD	14
	Moins de 50 000 CAD	8
Demandeur / demandeuse d'asile	50 000 à 100 000 CAD	1

Réfugié·e	Moins de 50 000 CAD	1
Résident·e permanent·e	Plus de 200 000 CAD	1
	100 000 à 200 000 CAD	10
	50 000 à 100 000 CAD	15
	Moins de 50 000 CAD	10
Travailleur / travailleuse temporaire	Plus de 200 000 CAD	4
	100 000 à 200 000 CAD	5
	50 000 à 100 000 CAD	9
	Moins de 50 000 CAD	7
Étudiant·e international	Moins de 50 000 CAD	1

Figure 19: Insertion entre le statut d'immigration et le revenu.

Toutefois, nous ne pouvons pas affirmer que cette différence de revenu a impacté l'accès au service de santé. La corrélation entre revenu, statut d'immigration et nombre de visites à une clinique de soins primaires avant la covid-19 est statistiquement insignifiante. De plus, comme il fait cinq ans depuis le début de la pandémie, il se peut tout simplement que les personnes non citoyennes n'aient pas encore été au Canada pendant la pandémie. Nous nous pencherons par la suite sur l'analyse des enjeux d'accès aux services de santé, y compris ceux en français.

### L'accès aux services de santé

Pour comprendre les problématiques liées à l'utilisation des services de santé, nous avons consacré une partie importante du sondage à la compréhension des enjeux d'accès aux soins et de satisfaction avec leur qualité. Pour ce faire, nous avons posé des questions sur les types de soins le plus utilisés, sur les besoins en termes de services en français et sur les défis rencontrés par les répondant·e·s lors de leur prise en charge.

Les résultats montrent que les services les plus utilisés, au cours de l'année précédente au sondage, sont le médecin généraliste et le dentiste, suivi de la thérapie physique, du médecin spécialiste et des professionnels de la santé mentale. Le graphique en bas montre la relation entre le type de service utilisé et le nombre de personnes ayant coché chaque option :

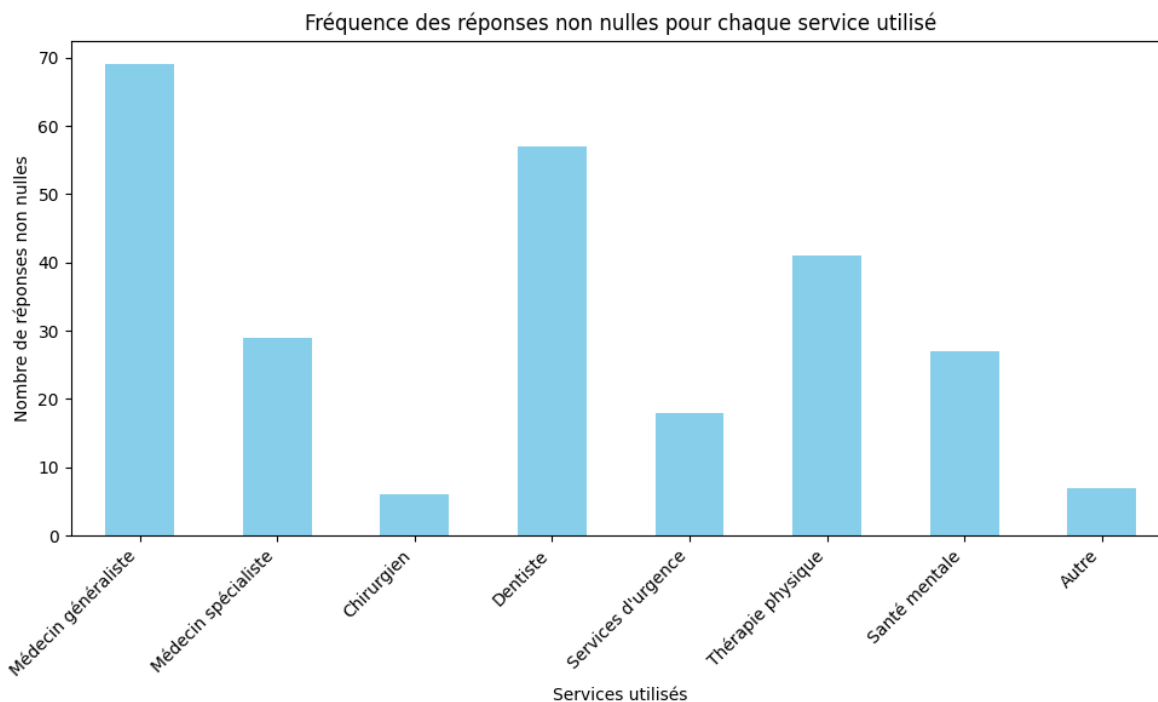


Figure 20: Question - À quel(s) type(s) de services de santé avez-vous eu recours l'année dernière en Colombie-Britannique ? Plusieurs réponses sont possibles (n=110).

Pour ce qui est de l'accès à un médecin de famille, 52,25% des répondant·e·s ont déclaré en avoir, alors que 47,75% n'en ont pas. Parmi les répondant·e·s n'ayant pas un médecin de famille (n=53), 29 personnes (54,72%) sont inscrites auprès du *Health Connect Registry* en attente pour en avoir, et 24 (45,28%) n'y sont pas inscrites. Parmi ces dernières, 15 ne connaissaient pas le service.

Bien que les participant·e·s s'identifient comme francophones, la majorité utilise l'anglais pour communiquer avec leur médecin ou infirmier·ère praticien·ne. Cela était attendu puisque l'offre des services de santé dans la province est majoritairement en anglais.

La plupart des répondant·e·s n'ont pas eu ou ont rarement eu des difficultés de compréhension avec les professionnel·le·s de la santé. Évidemment, les personnes ayant souvent ou toujours ce type de défi sont plus nombreuses lorsqu'il s'agit des services en anglais. Cependant, la plupart ont affirmé rarement avoir des défis de compréhension avec des professionnel·le·s en anglais.

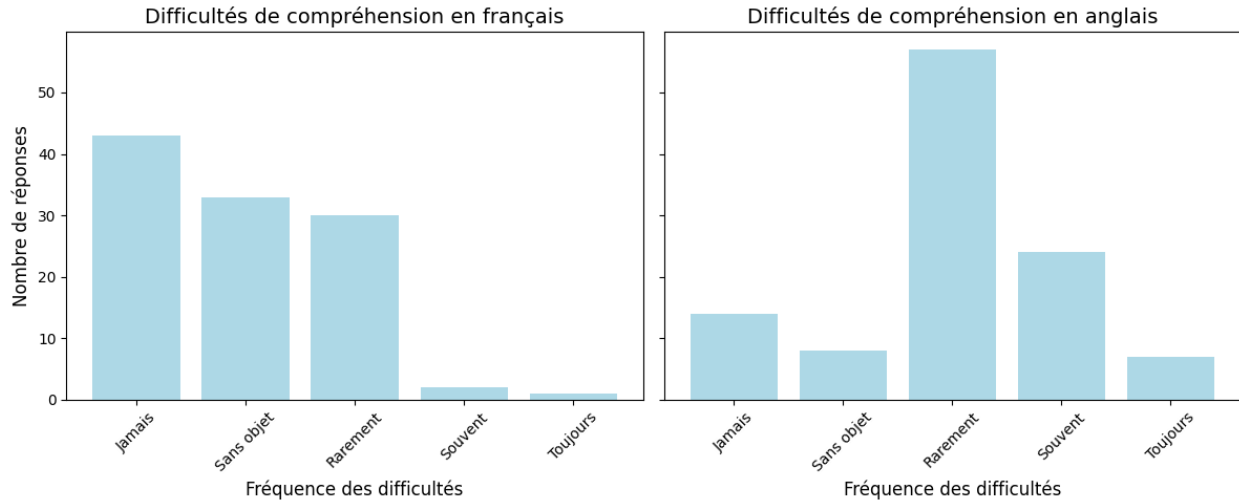


Figure 21: Question - En général, avez-vous des difficultés de compréhension avec des professionnel·le·s de la santé (n=111)

Cela explique pourquoi la majorité des participant·e·s n'a jamais cherché des services d'interprétation lors des consultations médicales. La plupart ont affirmé ne pas avoir besoin de ce type de service (56,36% ou 62 personnes). Toutefois, le manque de connaissance par rapport à son existence est aussi une raison pour laquelle les répondant·e·s ne l'ont pas sollicité. En effet, 26 personnes (23,64%) ont coché cette option dans la question du sondage concernant le service d'interprétation.

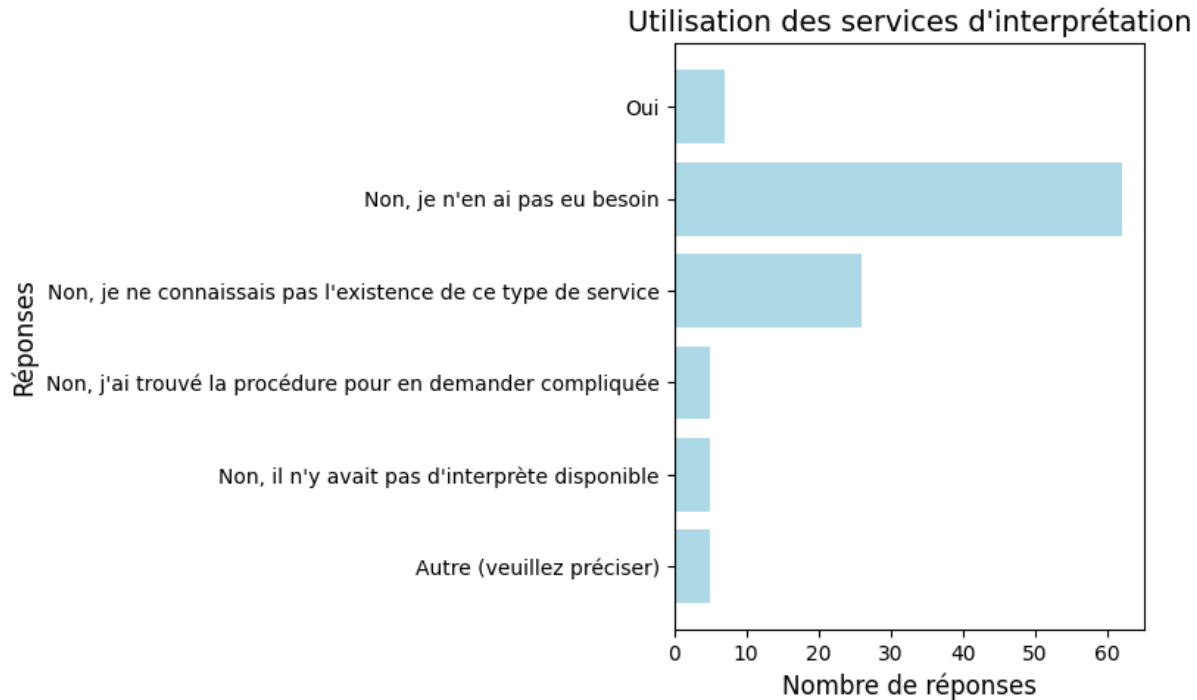


Figure 22: Question - Avez-vous déjà fait appel à des services d'interprétation pour vos rendez-vous de santé? (n=110)

Même si l'anglais ne pose pas un défi majeur de compréhension avec les professionnel·le·s de la santé pour la plupart des répondant·e·s, cela ne signifie pas que l'offre des services de santé en français n'est pas importante. Parmi 111 personnes ayant répondu à la question sur la satisfaction des services, 70 sont « pas du tout » ou « peu satisfait·e·s » avec l'accès aux services de santé en français (63,06%), alors que ce numéro revient à 39 pour l'accès aux services en anglais (35,45%).

En ce qui concerne la qualité des services, la plupart des répondant·e·s (46,3%) ont coché l'option « sans objet » pour le français, ce qui reflète le manque d'accès aux services dans cette langue. Lorsque l'accès existe, 31,48% sont « satisfait·e·s » ou « très satisfait·e·s » et 22,23% « peu satisfait·e·s » ou « pas du tout satisfait·e·s ». Pour les services en anglais, 51,38% sont « satisfait·e·s » ou « très satisfait·e·s », 34,86% sont « peu satisfait·e·s » ou « pas du tout satisfait·e·s » et seulement 13,76% ont coché « sans objet ». Les graphiques en bas montrent les différents niveaux de satisfaction avec l'accès et la qualité des services en français et en anglais :

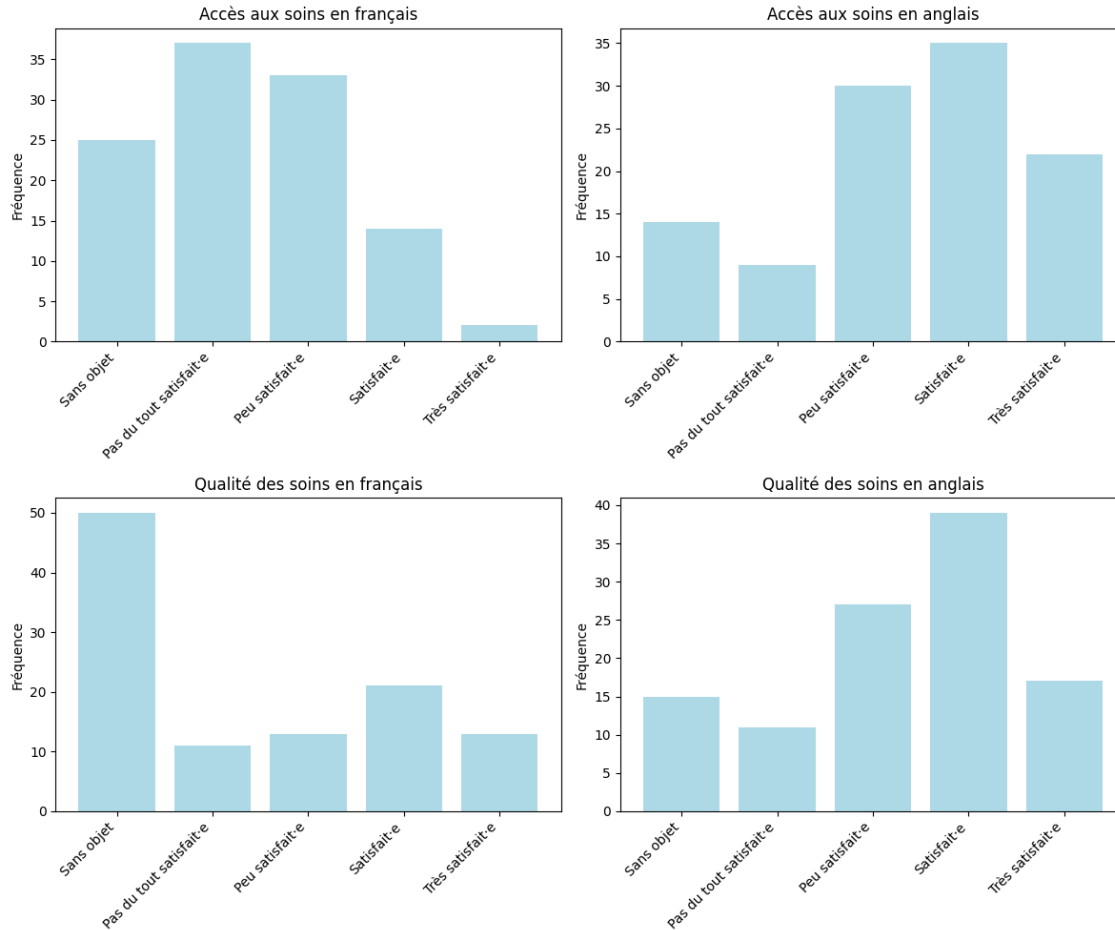


Figure 23: Questions - Quel est votre niveau de satisfaction avec l'accès aux services de santé en : [français] [anglais] (n=111) ; Quel est votre niveau de satisfaction avec la qualité des services en : [français] [anglais] (n=110).

Lorsqu'on associe la satisfaction avec les services de santé et les variables dans les tableaux en bas, nous remarquons qu'il existe une relation négative (*risk ratio* 0.71 - 95% CI 0.5-1.0) entre la satisfaction avec l'accès aux services en anglais et le nombre d'années en C.-B. Cela veut dire qu'une plus longue résidence dans la province est liée à un niveau de satisfaction plus bas.

Une autre remarque intéressante, c'est la relation entre la satisfaction avec la qualité des services en anglais et les conditions de cohabitation avec d'autres personnes. Cette association indique que les individus habitant avec d'autres personnes ont 22% moins de chances d'être « très satisfaits » avec la qualité des services en anglais, en comparaison à ceux habitant seuls (*risk ratio* = 0.78). Les autres associations sont statistiquement non significatives.

Variable	p-value (univariable)	p-value (multivariable)	Risk Ratio	95% CI
âge	0.254			
sex	0.035	0.79	1.25	(0.24, 6.57)
genre	0.036	0.796	1.21	(0.28, 5.26)
minorites	0.672			
vivre	0.134	0.098	0.83	(0.67, 1.03)
education	0.187	0.542	1.11	(0.79, 1.57)
immigration	0.667			
origine	0.346			
années_au_canada	0.079	0.425	0.87	(0.62, 1.22)
<b>années_au_bc</b>	<b>0.013</b>	<b>0.048</b>	<b>0.71</b>	<b>(0.5, 1.0)</b>
première_langue	0.806			
français	0.194	0.575	0.68	(0.17, 2.66)
anglais	0.375			
revenu	0.84			
emploi	0.487			
horaire_de_travail	0.782			
impact_economique	0.525			
etat_physique	0.189	0.113	1.43	(0.92, 2.21)
etat_mentale	0.947			
visit_before	0.268			
visit_during	0.263			
visit_after	0.94			

Figure 24: Association des variables avec la satisfaction de l'accès aux services en anglais.

Variable	p-value (univariable)	p-value (multivariable)	Risk Ratio	95% CI
âge	0.587			
sex	0.501			
genre	0.148	0.794	1.1	(0.53, 2.31)
minorites	0.903			
vivre	0.957			
education	0.486			

immigration	0.088	0.717	1.05	(0.82, 1.34)
origine	0.282			
années_au_canada	0.243			
années_au_bc	0.462			
première_langue	0.511			
français	0.366			
anglais	0.093	0.207	1.31	(0.86, 1.99)
revenu	0.304			
emploi	0.836			
horaire_de_travail	0.147	0.655	0.91	(0.59, 1.39)
impact_economique	0.571			
etat_physique	0.753			
etat_mentale	0.732			
visit_before	0.284			
visit_during	0.007	0.061	0.8	(0.64, 1.01)
visit_after	0.047	0.107	0.82	(0.64, 1.04)

Figure 25: Association des variables avec la satisfaction de l'accès aux services en français.

Variable	p-value (univariable)	p-value (multivariable)	Risk Ratio	95% CI
âge	0.624			
sex	0.253			
genre	0.2	0.903	1.04	(0.52, 2.11)
minorites	0.749			
<b>vivre</b>	<b>0.069</b>	<b>0.013</b>	<b>0.78</b>	<b>(0.63, 0.95)</b>
education	0.465			
immigration	0.458			
origine	0.113	0.19	1.12	(0.94, 1.34)
années_au_canada	0.699			
années_au_bc	0.441			
première_langue	0.527			
français	0.833			

anglais	0.153	0.871	1.03	(0.69, 1.54)
revenu	0.172	0.771	1.05	(0.74, 1.51)
emploi	0.701			
horaire_de_travail	0.8			
impact_economique	0.399			
etat_physique	0.068	0.88	1.03	(0.68, 1.58)
etat_mentale	0.497			
visit_before	0.291			
visit_during	0.864			
visit_after	0.296			

Figure 26: Association des variables avec la satisfaction de la qualité des services en anglais.

<b>Variable</b>	<b>p-value (univariable)</b>	<b>p-value (multivariable)</b>	<b>Risk Ratio</b>	<b>95% CI</b>
âge	0.052	0.11	0.69	(0.43, 1.09)
sex	0.235			
genre	0.2			
minorites	0.743			
vivre	0.978			
education	0.953			
immigration	0.095	0.053	0.81	(0.66, 1.0)
origine	0.648			
années_au_canada	0.383			
années_au_bc	0.394			
première_langue	0.261			
français	0.578			
anglais	0.646			
revenu	0.121	0.085	0.72	(0.5, 1.05)
emploi	0.308			
horaire_de_travail	0.7			
impact_economique	0.027	0.943	1.02	(0.6, 1.74)
etat_physique	0.382			

etat_mentale	0.409			
visit_before	0.41			
visit_during	0.728			
visit_after	0.425			

Figure 27: Association des variables avec la satisfaction de la qualité des services en français.

Parmi 109 répondant·e·s, 37,61% n'ont jamais cherché des services de santé en français et seulement 2,75% ne trouvent pas l'accès difficile. Pour le restant de ces participant·e·s, tous les types de services indiqués dans le graphique en bas sont compliqués à trouver en français. À leur avis, le médecin généraliste (40,37%), le médecin spécialiste (39,45%) et les professionnels de la santé mentale, tels que le psychologue et le psychiatre (38,53%), sont les plus compliqués sur le plan de l'accès.

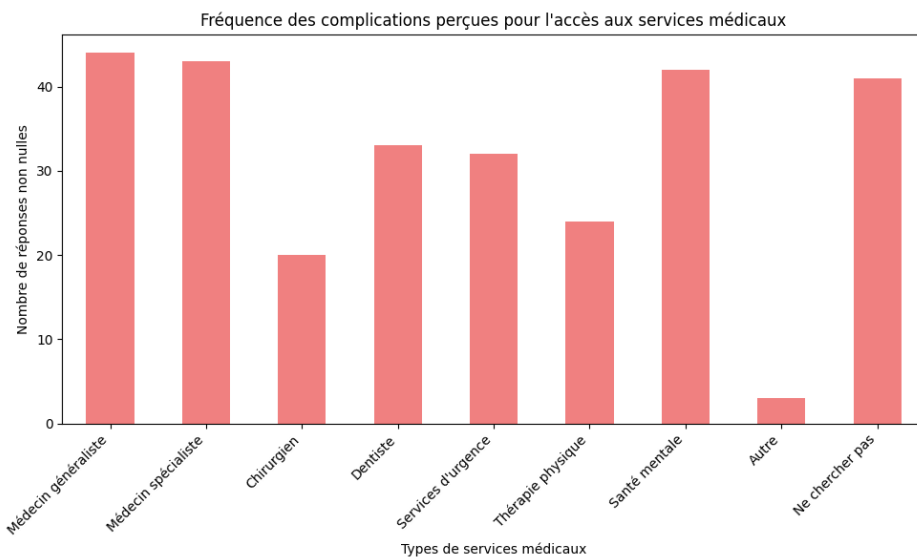


Figure 28: Question - Pour quelles professions est-il le plus compliqué de trouver des services en français? Plusieurs réponses sont possibles (n=109).

Les défis d'accès à ces professionnels se traduisent en termes de besoins. Les répondant·e·s (n=108) affirment que les types de services de santé les plus importants à obtenir en français sont en santé mentale (77,78%) et en médecine générale (76,85%). La médecine spécialisée vient au quatrième rang (45,37%), après les services d'urgence (47,22%).

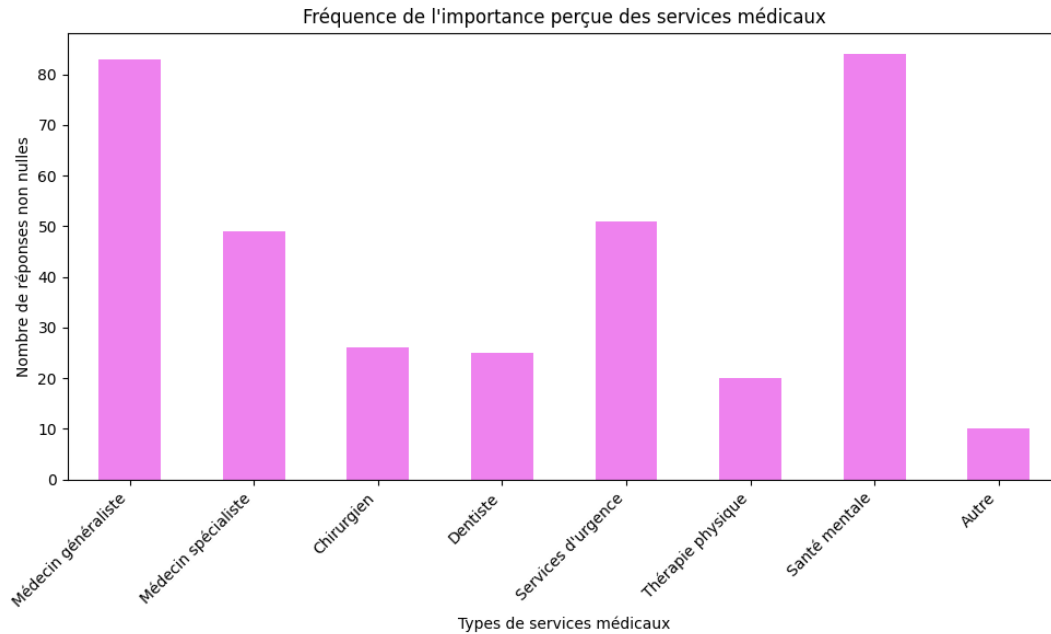


Figure 29: Question - Pour vous, pour quelles professions est-il le plus important d'obtenir des services en français? Plusieurs réponses sont possibles (n=108).

En plus de la langue, d'autres défis s'imposent aux participant·e·s pour l'utilisation des services de santé, soit en français soit en anglais. Au niveau des rendez-vous, les délais d'attente entre la prise de rendez-vous et la visite constituent le défi le plus important pour environ la moitié des répondant·e·s (47,75%). La difficulté à prendre un rendez-vous est le deuxième défi le plus mentionné (35,14%). En ce qui concerne d'autres défis non liés aux rendez-vous, les problématiques majeures sont le coût des services complémentaires (61,47%) et des assurances maladie privées (35,78%) ainsi que la compréhension du fonctionnement du système de santé (33,94%).

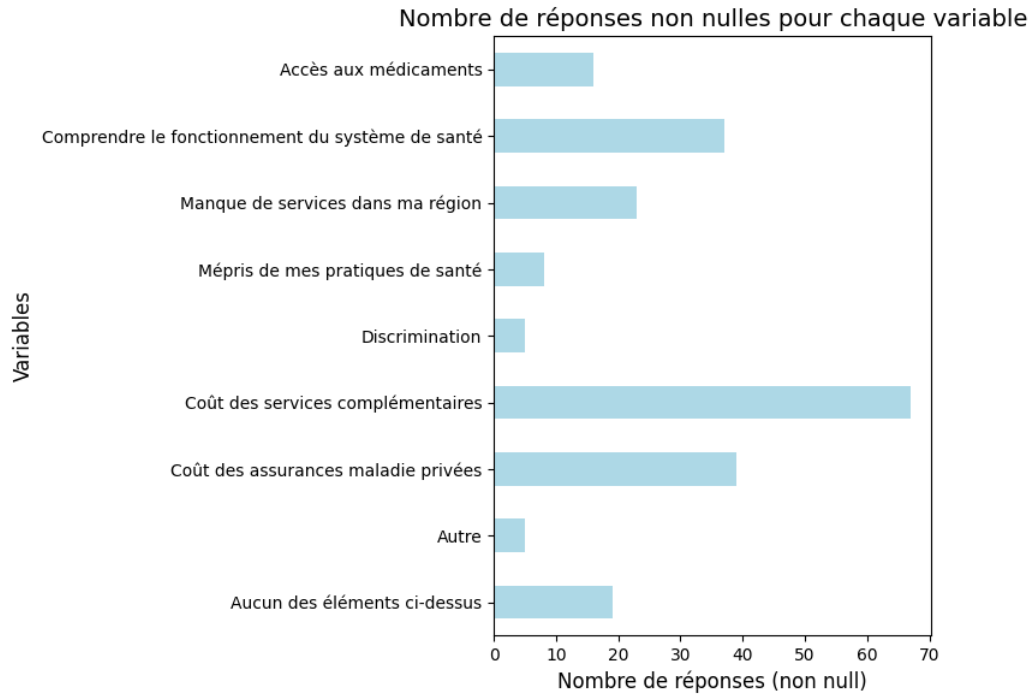


Figure 30: Question - Actuellement, rencontrez-vous des difficultés liées à vos rendez-vous de santé? Plusieurs options sont possibles (n=111).

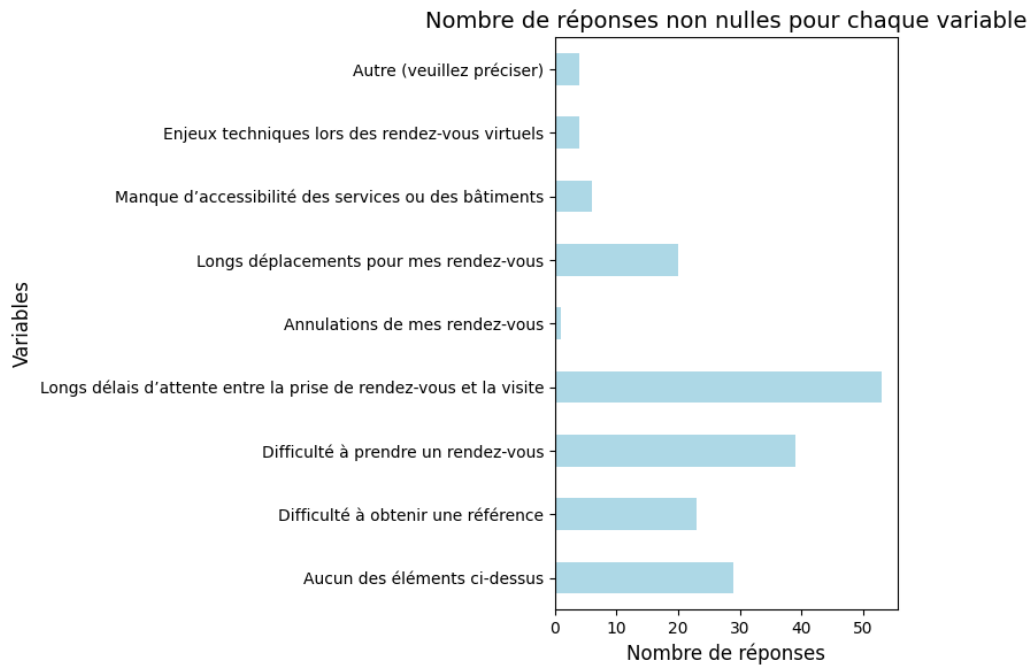


Figure 31: Question - Rencontrez-vous d'autres défis pour utiliser les services de soins de santé? Plusieurs options sont possibles (n= 109).

Ces défis ont aussi été mentionnés dans les entrevues. Ajoutées à d'autres enjeux, elles constituent souvent une barrière importante pour l'accès aux services et pour la qualité dans la prise en charge des personnes immigrantes francophones en C.-B. Dans la section suivante, nous nous pencherons sur l'analyse des entrevues et apportons ainsi un regard qualitatif sur les défis d'accès aux services de santé, selon la perspective des personnes interviewées. Nous apporterons également quelques réponses aux questions ouvertes du sondage pour appuyer les propos des interviewé·e·s.

## RÉSULTATS DES ENTREVUES

Dans la deuxième étape de la recherche, notre but était de mieux comprendre les enjeux concernant l'utilisation des services de santé en C.-B pour les personnes immigrantes habitant en C.-B. Pour ce faire, nous avons réalisé des entrevues semi-directives avec 25 personnes, dont 18 femmes et 7 hommes<sup>13</sup>. Pour préserver leur identité, nous avons utilisé des pseudonymes à la place de leur nom, à l'exception des cas où la personne a choisi de conserver son prénom. La majorité des personnes interviewées se trouve dans la tranche d'âge de 35 à 49 ans, a un revenu familial, avant impôts, situé entre 100 000 CAD et 200 000 CAD, habite dans la région de Métro Vancouver, possède la résidence permanente, provient de l'Europe et est au Canada depuis un à quatre ans. Les tableaux en bas montrent la relation entre le nombre de participant·e·s et ces caractéristiques démographiques.

Genre		Tranche d'âge		Revenu du ménage avant taxes		Région où habite	
Femme	18	20-34	8	Moins de 50 000CAD	4	Mainland/Southwest	18
Homme	7	35-49	11	50 000CAD à 100 000CAD	9	Vancouver Island/Coast	6
		50-64	4	100 000CAD à 200 000CAD	10	Thompson/Okanagan	1
		65-79	2	Plus de 200 000CAD	2		

Statut au Canada		Nombre d'années au Canada		Région du pays d'origine	
Citoyenneté	9	Moins d'un an	1	Europe	15
Résidence permanente	10	1-4 ans	8	Afrique	5
Permis de travail	6	5-9 ans	7	Asie	1
		Plus de 10 ans	7	Amérique du Sud, Amérique Centrale et Caraïbes	4

Pour répondre aux objectifs de l'étude, nous nous sommes concentrés, dans notre analyse des entrevues, à identifier les défis auxquels font face les personnes immigrantes francophones pour accéder et utiliser les services de santé en C.-B., soit en anglais, soit en français (question de

<sup>13</sup> Pour essayer d'équilibrer la quantité de personnes de chaque genre, nous avons contacté, sans succès, tous les hommes et toutes les personnes s'identifiant comme non binaires qui avaient laissé leurs coordonnées pour l'entrevue.

recherche 4). Par conséquent, l'analyse se concentre sur les problématiques identifiées et sur ce qui ne marche pas bien dans le système de santé, selon la perspective des personnes interviewées. Cela ne veut pas dire qu'elles n'ont pas soulevé des aspects positifs du système. Plusieurs participant·e·s ont raconté des expériences positives lors de leur accès aux soins de santé, à l'exemple de la qualité des soins, la relation avec les professionnel·le·s de la santé, la gratuité des services, la possibilité d'avoir accès aux services de renseignement par téléphone, et l'ouverture de la clinique Santé Ouest pour répondre aux besoins de santé des francophones<sup>14</sup>.

Par contre, plusieurs problématiques ont été identifiées, et ensuite divisées en trois codes lors de notre analyse thématique : enjeux systémiques, enjeux de communication et enjeux culturels. Le premier code concerne des problématiques structurelles qui sont déjà assez connues dans le contexte canadien et même global, comme l'accès aux soins primaires, l'accès aux spécialistes, les délais d'attente, et le manque de suivi. D'autres problématiques sont plus spécifiques à la C.-B. (durée des consultations) ou au contexte de l'immigration (absence de carte MSP). Pour ce qui est des enjeux de communication, nous avons identifié des problématiques liées à la compréhension du système de santé, à la discordance linguistique en santé et à l'interprétation pour les rendez-vous de santé. Finalement, à l'égard des enjeux culturels, nous avons remarqué l'existence des problématiques liées aux différences dans l'approche médicale entre les pays et à la correspondance des procédures. Ensuite, nous aborderons chacun de ces enjeux séparément, mais il faut savoir que plusieurs de ces problématiques sont interconnectées, ce qui rend leur résolution un défi majeur.

### **Enjeux systémiques :**

Parmi les défis mentionnés par les personnes interviewées, plusieurs renvoient à des problématiques liées au fonctionnement du système de santé. Il s'agit des défis auxquels font face la population générale de C.-B. et du Canada ainsi que les autres groupes d'immigrants. Les enjeux systémiques mentionnés concernent l'accès aux soins primaires, la durée des consultations, l'accès aux spécialistes, les délais d'attente, le manque de suivi et l'absence de carte MSP.

---

<sup>14</sup> Par rapport à ce dernier point, plusieurs participant·e·s évoquent d'ailleurs la nécessité d'élargir le réseau de santé francophone pour donner accès aux personnes qui habitent dans d'autres régions, surtout celles autour de Vancouver.

### *Accès aux soins primaires :*

Les défis d'accès aux soins primaires sont liés à des barrières d'accessibilité pour les personnes immigrantes nouvellement arrivées, qui doivent comprendre le fonctionnement du système et qui fréquemment ne comptent pas sur un réseau social. Ces barrières amènent, par exemple, plusieurs personnes à ne pas s'inscrire auprès du *Health Connect Registry* lorsqu'elles arrivent. Pour certaines personnes interviewées, cette inscription n'était pas une priorité au début du parcours migratoire ou elle ne semblait pas une procédure raisonnable. Audrey, par exemple, raconte pourquoi elle ne s'y est pas inscrite, même en ayant connaissance du service :

Je pense que nos contacts — nos connaissances et nos amis, etc. nous ont pu expliquer comment ça marchait quand on n'avait pas de médecin. Je sais qu'on nous avait dit au tout début, quand on est arrivé, qu'il fallait s'inscrire sur une liste d'attente de 2 ans pour avoir un médecin de famille et ça me semblait tellement absurde que je ne l'ai pas fait. Et puis au bout d'un an, je me suis dit, mince, j'aurais dû le faire. Il ne me resterait plus qu'un an à attendre (Audrey).

Si d'un côté, cela constitue un défi particulier chez les personnes immigrantes, de l'autre, l'enjeu de l'accès aux soins primaires concerne notamment un problème structurel dans la société, celui du manque de médecins de famille. Les défis d'accès peuvent être accrus dans les régions plus éloignées, comme l'illustre Thomas, habitant dans un village sur l'Île de Vancouver : « C'est vrai que, quand je suis arrivé, pour avoir un médecin de famille, c'était très difficile, parce que les médecins, ils sont débordés ici. Encore une fois, il y a deux médecins ici pour 4.500 habitants » (Thomas).

En plus de l'accès à un médecin de famille, la difficulté d'être pris·e en charge dans une clinique sans rendez-vous ressort dans les entrevues. Selon Julien, les *walk-in clinics* ne marchent plus comme telles, parce que, souvent, il faut prendre un rendez-vous, les médecins n'acceptent pas de nouveaux clients et l'horaire d'ouverture est limité aux heures commerciales. Il s'agit d'un changement qu'il remarque dans l'offre des soins de santé depuis les 20 ans qu'il habite dans la région de Métro Vancouver : « il y a beaucoup de *walk-in clinic*, on ne peut plus y accéder du tout. [...] J'en connais plusieurs près de chez moi qui... c'est *only for their patients*. So it's not a *walk-in*

*clinic* » (Julien). Les défis d'accès à une clinique sans rendez-vous sont aussi mentionnés par Élise, qui raconte son parcours d'une clinique à l'autre dans la région métropolitaine de Vancouver :

Il y a un an et demi, deux ans, j'ai appelé 32 cliniques pour demander un médecin ou un rendez-vous. Personne ne faisait de *walk-in*, de rendez-vous. 32 cliniques. Parce que je voulais—je ne sais plus ce que j'avais. Peut-être une bronchite ou je vais faire un check-up. Donc déjà, impossible de trouver un rendez-vous. Aucun *walk-in*. Je ne comprenais pas pourquoi personne prenait de nouveaux clients. Je me disais : mais ce n'est pas possible. Personne ne prend de nouveaux patients ? C'est incroyable. Donc très déçue (Élise).

Si l'accès aux soins primaires en anglais est un défi, cela devient une problématique accrue lorsqu'il s'agit des services en français, comme l'illustre Julie, qui avait récemment essayé de trouver un médecin généraliste francophone pour son conjoint : « On a fait beaucoup de recherches, mais déjà, il n'y a pas assez de staff. Il n'y a pas assez d'accès aux soins et, maintenant, de rajouter le paramètre de la langue, il n'y en a pas. Zéro. » (Julie). Plusieurs interviewé·e·s se sont déjà inscrit·e·s pour obtenir un médecin francophone ou ont recherché des recommandations des professionnel·le·s francophones sur les réseaux sociaux ou dans le répertoire disponible sur le site de RésoSanté. La frustration se manifeste souvent lorsqu'on découvre que les professionnels sur la liste ne prennent plus de nouveaux patients. L'accès aux services en français est tellement difficile que plusieurs personnes décident de ne pas les chercher, soit parce qu'elles se sentent à l'aise en anglais, soit parce que l'accès en anglais est considérablement plus facile.

Une fois que les personnes interviewées arrivent à accéder aux soins primaires, elles reportent un autre enjeu systémique, celui de la durée des consultations dans les soins primaires. Comme nous le verrons plus loin, cette problématique doit être comprise en lien avec des enjeux culturels qui influencent la façon dont les participant·e·s perçoivent l'approche médicale au Canada, et spécifiquement en C.-B.

*Durée des consultations :*

La durée des consultations est une problématique mise de l'avant dans les réponses à une question du sondage<sup>15</sup> et dans les entrevues, au cours desquelles ce sujet a émergé spontanément. En général, la durée moyenne des consultations dans les soins primaires en C.-B. est d'environ 10 minutes, période pendant laquelle les patient·e·s peuvent exprimer les symptômes d'une seule problématique de santé. La plupart des personnes répondantes du sondage et des personnes interviewées estiment que 10 minutes ne sont pas suffisantes. Elles remettent aussi en question la pratique d'aborder une seule problématique par consultation. La plupart étant d'origine européenne, les participant·e·s trouvent cette durée plus courte que dans leur pays d'origine, où la consultation prendrait entre 20 et 30 minutes, selon leur expérience.

Pour la majorité, cette politique apporte des conséquences importantes sur la qualité des soins de santé. D'abord, elle amènerait à l'absence d'une approche holistique pour traiter l'individu dans son ensemble, ce qui est aussi lié aux perspectives culturelles des approches médicales (voir section sur les enjeux culturels). La réponse suivante du sondage illustre bien cette perception non globale des soins :

C'est très court et pas vraiment adapté aux besoins réels du patient. Cela donne l'impression de ne pas être écouté et suivi de manière réelle et qualitative. Comment traiter un seul problème de santé sans prendre en compte l'ensemble de la situation ? Pour moi, traiter un seul problème de santé n'a pas de sens et retarde l'accès aux soins. C'est très différent en France, où l'on prend rendez-vous pour définir les différents maux et les traiter dans leur ensemble et de manière complémentaire (R35).

Cette directrice empêcherait ainsi les médecins de poser des diagnostics en mettant plusieurs symptômes en corrélation. Les réponses suivantes du sondage expliquent ce point de vue :

C'est très étrange et cela ne permet pas d'avoir une vue de santé globale et d'y déceler l'origine d'un problème. C'est une médecine basée sur le symptôme en raison du temps et cela donne une impression d'incompétence. C'est peu rassurant, quelque soit la gentillesse du médecin (R38).

Cette durée est insuffisante et provoque une qualité de service relativement basse. En effet, en 10 minutes, on traite le symptôme et pas la cause. De ce fait, les problématiques restent présentes dans la durée. Je suis allée chez mon médecin traitant en indiquant que j'avais

---

<sup>15</sup> La durée des consultations a fait l'objet de la question ouverte du sondage ayant reçu le plus grand nombre de réponses (n=96). Comme cette problématique a émergé dans les entrevues, nous prenons des réponses du sondage pour discuter de la durée des consultations dans cette section consacrée à l'analyse des entrevues.

des problématiques d'anxiété qui semblaient être liées à la pré-ménopause et elle m'a prescrit des anxiolytiques alors que ce n'est pas ce que je cherchais (R92).

Cette perception de la durée des consultations comme un empêchement à l'identification des problématiques de santé est également présente dans les entretiens :

Un médecin, il est censé, à minima, vous prendre votre attention, parce que ça peut cacher d'autres problèmes auxquels vous n'attendez pas forcément. Il est censé englober ce problème dont vous parlez dans la totalité de votre santé, et tout ça en dix minutes, ce n'est pas possible. C'est pas forcément possible. Donc, si le médecin vous connaît bien depuis plusieurs années, éventuellement, mais là, c'est pas le cas. Pour toutes les gens que je connais autour de moi, c'est pas le cas. (Anne).

La durée de la consultation compromet aussi, selon plusieurs participant·e·s, leur relation avec les professionnel·le·s de la santé, qui n'auraient pas le temps de les écouter convenablement. Cette relation marquée par le temps leur donnerait « l'impression d'être un numéro » (R87), ce qui a été aussi repéré dans les entretiens, comme le montrent les extraits suivants :

J'ai toujours l'impression, en fait, de déranger. Un peu l'impression qu'on ne m'écoute pas forcément et que c'est un peu le travail à la chaîne. Donc, c'est peut-être— je l'ai vécu dans d'autres pays aussi, ce n'est pas nouveau. Mais c'est toujours un peu l'impression d'avoir, quand on a un problème, en fait, on a aussi besoin d'être rassuré. Et j'ai l'impression parfois que les médecins ne font pas ce travail-là (Lucie).

C'est très très optimisé pour le temps du Docteur. C'est à dire qu'on va avoir trois ou quatre salles où le patient se [mot] amenés et on attend le docteur. Le Dr vient nous voir, il passe 30 s, il dit, Ok, c'est quoi votre problème, Bon, « ok mettez-vous, enfin, vous pouvez déshabiller, mettez-vous, sur la table, etc. » Il part. Il va voir un autre patient, puis il revient. C'est très machinal et très optimisé. On sent que chaque seconde compte. (Thibault).

Malgré la mise de l'avant de cette sensation d'optimisation du temps, d'autres participant·e·s trouvent que cette expérience peut varier selon le médecin – il s'agirait donc plutôt d'une problématique de la relation avec le professionnel de la santé que d'un enjeu systémique<sup>16</sup>. D'autres trouvent encore que l'optimisation du temps est pertinente dans la mesure où le ou la patient·e est aussi responsable de la qualité de la consultation : « Cela me semble acceptable. Il faut se préparer avant le rendez-vous pour parler de nos inquiétudes et être efficace. » (R11) En

---

<sup>16</sup> En revanche, la relation avec les professionnel·le·s de la santé est souvent mentionnée comme une expérience positive du système de santé en C.-B.

effet, le besoin de se préparer pour les rendez-vous de santé a été mentionné à plusieurs reprises dans les entrevues, soit en raison de la durée de la consultation ou en raison du vocabulaire en anglais.

#### *Accès aux spécialistes :*

Le défi d'accès aux spécialistes constitue la suite de la problématique d'accessibilité aux soins primaires, puisqu'il faut consulter un médecin généraliste pour se faire référer aux spécialistes. Les médecins spécialistes les plus mentionnés comme de difficiles accès sont le dermatologue et le gynécologue, comme exemplifie le commentaire ci-dessous recueilli dans le sondage :

Pour voir une gynécologue, c'est impossible. Pour voir un dermatologue c'est 2 ans et pour mes canaux carpiens j'attends depuis 2019, car Covid a décalé de 4 ans les prises de rendez-vous, car ce n'est pas considéré comme urgent, mais « esthétique ». Oui ne pas être capable de prendre qqchose dans les mains et d'avoir mal est considéré comme « esthétique ». Hallucinant...minimum 4 ans oui on m'a dit que c'est normal! (R26)<sup>17</sup>

La difficulté d'obtenir une référence pour consulter ces professionnels est aussi bien illustrée par la participante interviewée, Élise, qui a décidé de chercher les services de ces spécialistes en France, son pays d'origine :

J'ai demandé d'aller voir le gynécologue deux fois. Non. Puisque j'ai Je suis en santé, je n'ai rien de grave. Moi, je voulais faire un check-up puisqu'en France, c'est très faisable. Du coup, j'en ai fait en France. Donc, dermatologue, non, donc je suis allé en France. Et gynécologue, ils m'ont tous dit non. Donc voilà, personne ne voulait me référer. Donc non, très déçue (Élise).

En plus de la difficulté à obtenir une référence, l'accès au gynécologue renvoie aux comparaisons avec le système de santé dans le pays d'origine ainsi qu'à la gêne de consulter un médecin généraliste ou de faire confiance dans son expertise. La participante Maria, originaire de l'Amérique du Sud, trouve l'accès au gynécologue plus facile dans son pays d'origine et exprime la gêne de consulter un médecin généraliste à la place d'un gynécologue :

---

<sup>17</sup> Réponse à la dernière question du sondage qui invitait les répondantes à partager toute autre expérience avec les services de santé en C.-B.

Ça, c'est la seule chose qu'au Canada me choque beaucoup, qu'on n'ait pas accès aux gynéco si on n'a pas des enfants. Moi, je ne veux pas avoir des enfants. Alors, tu dois aller chez les médecins des familles, pour moi c'est pas si confortable que ça, parce qu'ils n'ont pas l'expérience, et c'est pas la même chose (Maria).

D'autres participantes, comme Julie, démontrent encore le besoin de consulter un gynécologue en tant que spécialiste ayant l'expérience et l'habitude de soigner une partie spécifique et intime du corps de la femme : « [...] je ne sais pas comment dire ça, mais c'est une personne qui a l'habitude de voir cette partie du corps. Il va savoir s'il y a un problème » (Julie). Hélène compare ainsi le besoin de consulter un gynécologue avec le besoin d'aller chez le dentiste, et rajoute que cela devrait être un droit des femmes :

Et d'autres cas, c'est le gynécologue, ça ne devrait pas passer par là. Donc, aux besoins des femmes, on devrait avoir le droit d'aller au gynécologue tout simplement, comme on va chez le dentiste. Mais pour moi, le gynécologue, c'est ça (Hélène).

Finalement, la dernière problématique identifiée pour l'accès aux spécialistes, de façon générale, concerne la restriction de la possibilité de voir un spécialiste francophone. Il s'agit d'une problématique d'accès en raison de l'offre limitée, puisqu'il est évidemment plus facile de trouver un spécialiste anglophone que francophone en C.-B. C'est le cas, par exemple, de Louise qui, au moment de l'entrevue, attendait depuis un an et deux mois pour voir un gynécologue francophone. En même temps, c'est aussi une question de manque de choix à cause de la façon dont fonctionnent les références aux spécialistes. On attire l'attention sur le fait que les patient·e·s n'ont pas toujours le choix du spécialiste à consulter. C'est souvent le médecin généraliste qui va les référer directement vers un spécialiste et le ou la patient·e va être contacté·e par l'établissement de ce professionnel pour être informé·e de la date de son rendez-vous.

#### *Délais d'attente :*

Les délais d'attente sont une problématique systémique importante identifiée dans les entrevues et dans les réponses ouvertes du sondage. Effectivement, cet enjeu est intrinsèque à d'autres problématiques reportées et discutées précédemment, comme l'accès aux soins primaires et aux spécialistes. Les délais sont ainsi liés à l'attente pour avoir un rendez-vous avec le médecin de

famille, pour obtenir une référence vers un spécialiste et une fois référée, pour avoir un rendez-vous avec le spécialiste : « Quand le médecin de famille recommande de voir un spécialiste sur tel sujet et il peut se passer des mois et des mois et des mois avant que les choses ne bougent » (Julien). Pour Claire, l'existence de ces délais contribue à ralentir davantage le système, car la personne se voit obligée d'annuler un rendez-vous lorsque celui-ci n'est plus nécessaire, comme elle l'explique :

Et donc il y a des choses tellement inefficaces, je veux dire— inefficaces, oui et non, tout est relatif, mais récemment ma fille qui avait besoin d'un rendez-vous, oui j'obtiens un rendez-vous avec mon médecin deux semaines plus tard, et puis la chose s'était réglée toute seule. Mais à l'époque moi il fallait que je prenne rendez-vous, je ne pouvais pas juste attendre de voir si ça allait se régler tout seul, et de toute façon je savais que les délais étaient longs, donc j'ai pris un rendez-vous, mais donc il a fallu que j'appelle, non maintenant je peux juste écrire un email, mais il a fallu que je demande un rendez-vous, et après il a fallu qu'on annule le rendez-vous. C'est bête, tout ça pour rien quoi (Claire).

En plus des rendez-vous médicaux, les délais concernent l'attente pour faire un examen et, ensuite, pour obtenir le retour du médecin sur les résultats de l'examen, comme le souligne Audrey :

Je pense que, enfin, je vois que le système est saturé, et je vois que, dans certains cas, du coup, en fait, on doit attendre très longtemps entre un examen, et puis—enfin, entre la prescription d'un examen et cet examen, et puis entre—jusque d'ailleurs, on ne va pas forcément avoir un rendez-vous de quelqu'un qui va nous expliquer les choses (Audrey).

La problématique des délais se rapporte aussi au temps d'attente pour se faire opérer, comme le remarque Julie :

Tout ce que vous faites, au fait, ça prend beaucoup de temps. Par exemple, j'ai une collègue qui ça fait mal aux oreilles. Ils ont dit qu'ils vont faire trois ans avant qu'on puisse lui faire une opération pour ses oreilles. Trois ans de vivre avec un problème d'oreille, c'est grave (Julie).

Elle suscite également les délais en termes d'attente aux urgences, une problématique qui, selon elle, s'est aggravée, mais qui n'est pas si récente, puisqu'elle existait avant la pandémie de la covid-19.

[...] c'est parti aux urgences parce que je m'étais fait mal aux côtes. J'ai attendu je crois que c'était six heures à huit heures dans la salle d'urgence. Je comprends que ce n'est pas une urgence très très urgente, parce qu'ils ne peuvent pas mettre une plaque, quelque chose

là-bas, mais ils devaient faire des tests, donc je ne pouvais pas partir. C'étaient six heures, huit heures en urgence. C'était 2018 si je me trompe pas (Julie).

En ce qui concerne ce type de délai, Manon attire l'attention sur la vulnérabilité des personnes qui se rendent seules à l'hôpital, notamment dans le cas des personnes plus âgées :

Je ne parle pas des jeunes, je parle des personnes assez âgées, avancées dans l'âge. Toute la journée, là, à attendre le... le médecin. Mais y a rien. Y a rien qui leur permette de se restaurer un peu. Comme ma copine, elle est là, elle m'a dit: "Si t'es pas venue avec moi, je vais rester là jusqu'à... J'ai faim, j'ai faim." Parce que si vous vous levez de là, vous allez chercher à manger et vous revenez, peut-être que l'infirmière vous a appelé, et ben voilà, votre place est perdue. Il faut faire quelque chose pour les personnes qui sont en attente à l'hôpital (Manon).

Si, d'un côté, plusieurs participant·e·s critiquent tous ces longs délais d'attente dans le système de santé en C.-B. et affirment que les délais sont moins longs dans leur pays d'origine, surtout la France, d'autres participant·e·s français·e·s remarquent, de leur côté, des attentes similaires ou même moins longues en C.-B. Pierre a eu des expériences globalement positives avec la santé en C.-B. depuis qu'il y a emménagé en 2023.

[...] les délais n'ont pas semblé si horrible que ça par rapport à ce que j'ai connu. Le plus long que j'ai eu à attendre... Pour mes problèmes de thyroïde, il faut que je vois un endocrinologue. Les délais pour avoir un rendez-vous, j'ai cinq mois de délai. Bon, en France, je connais quelqu'un qui a eu le même, un parcours un peu similaire. C'était 8 mois d'attente (Pierre).

Charlotte partage son avis : « Nous [elle et son conjoint], on a l'impression que les délais sont moins longs qu'en France, quand on est dans le système » (Charlotte). Cet extrait apporte toutefois une remarque importante, parce qu'il conditionne les délais moins longs à l'insertion préalable de la personne dans le système de santé. En d'autres mots, cela revient encore une fois à la problématique de l'accès aux soins primaires.

#### *Manque de suivi :*

Un autre enjeu systémique ressortant des entrevues est le manque de suivi, dans le sens où le prestataire de soins ne demande pas de revoir le patient pour évaluer la progression du cas. Gabin

raconte une situation dans laquelle il est allé dans une clinique sans rendez-vous pour se faire soigner d'un problème sur la peau. Le médecin lui a prescrit un médicament et l'a référé à un dermatologue qui, à son tour, a gardé la même prescription dans une consultation assez rapide. Gabin n'a pas été satisfait de la prise en charge parce qu'il n'a pas eu un suivi ni avec le dermatologue ni avec le médecin généraliste, comme il explique en bas :

[...] le médecin m'avait prescrit des médicaments à prendre et ne m'a pas donné un prochain rendez-vous. Mais je n'ai pas très bien compris pourquoi est-ce qu'un médecin, après avoir consulté un patient, ne pense pas à une évaluation ? C'est-à-dire que le médecin, en réalité est censé dire « Ok, tu prends ces médicaments pendant trois mois, et puis tu prends un rendez-vous, un nouveau rendez-vous ». Pourquoi on essayait de vérifier si ton problème s'améliore ou pas. Ou encore il n'a pas fait, par exemple, un examen de la peau. Je ne sais pas peut-être, parce qu'il a estimé que mon problème n'est pas aussi sérieux. Peut-être parce que je n'ai pas pu bien expliquer que je me sens mal pour qu'il le prenne plus au sérieux. (Gabin)

Le participant se demande encore si le manque de suivi dans ce cas était lié au fonctionnement du système de santé publique au Canada ou à une problématique de communication lors de la prise en charge en anglais, langue dans laquelle il n'était pas assez à l'aise pour bien exprimer ses symptômes.

L'enjeu de communication se fait aussi noter dans la question du manque de suivi rapportée par une autre participante. Anne raconte qu'elle a dû repartir avec son fils à l'urgence en raison d'un symptôme qu'il a eu à la suite de la première dose du vaccin de la covid-19. Le médecin à l'urgence les a envoyés à un cardiologue qui a fait un bon suivi. Elle rapproche toutefois le manque de suivi à la suite de cette situation, parce qu'aucun service ne l'a contacté pour savoir si son enfant avait eu d'autres réactions. Selon elle, il s'agit plutôt d'un manque de communication entre les services que d'une faute des professionnels.

#### *Absence de carte du Medical Services Plan (MSP) :*

Le manque d'accès aux soins de santé peut être lié aux enjeux administratifs du système de santé ainsi qu'au statut migratoire. Par exemple, la période de carence de trois mois pour avoir accès aux soins a été une source d'inquiétude pour des interviewé·e·s qui craignaient tomber malades pendant cette période, et ce, même si la personne avait une assurance maladie privée pour

rembourser partiellement les frais. La crainte d'avoir besoin des soins était tellement importante que plusieurs interviewé·e·s ont rapporté avoir développé la stratégie de faire plus d'attention à leur santé et à celle de leur famille pour ne pas tomber malade pendant cette période. Lorsqu'on lui a demandé quelles suggestions elle pourrait donner pour améliorer les soins de santé en C.-B., Laura a évoqué la période d'attente et son inquiétude à ce sujet avant même d'arriver.

Ma première suggestion, déjà, c'est le délai des trois mois quand on vient d'arriver. Pour moi, ça, c'est le pire parce que c'est aussi la période où on est beaucoup dans l'inconnu. Donc, en fait, c'est une période où on est déjà fragile. Et on se dit, en plus de ça, j'ai pas intérêt à tomber malade parce que sinon, ça va me compliquer encore plus la vie. Et ça, j'ai trouvé ça—mais depuis avant de partir, je m'étais dit, voilà, c'est un peu dur, je trouve (Laura).

En plus de la période de carence, les erreurs administratives peuvent représenter un problème pour des nouveaux et nouvelles arrivant·e·s qui ne savent pas comment marchent les procédures habituelles. Par exemple, Amélie a attendu plusieurs mois pour avoir sa carte MSP et celle de ses filles, parce qu'elle ne savait pas comment elle allait recevoir la carte et quels étaient les délais. Elle ne pouvait donc pas savoir que la carte s'était perdue dans l'envoi. C'est lors du besoin qu'elle a compris que sa situation n'était pas habituelle, comme elle le raconte :

Rien que le MSP pour pouvoir faire au départ, ça m'a pris trop de temps pour comprendre, etc. Et que j'étais obligé de faire. Après, pour avoir la carte de la MSP, ça s'est perdu en cours de route, on me l'a envoyé, ça s'est perdu, et moi, je savais pas que je devais la recevoir. Donc j'étais pendant des mois sans carte, et je croyais que c'était normal. Jusqu'au jour où j'avais besoin, c'était pour les lunettes de ma fille, je pense, ou un truc comme ça. Et puis j'essayais de prendre rendez-vous. O m'a demandé le numéro de ma carte. J'ai dit « non, j'ai pas ». Ça a fait une onde de choc avec le monsieur qui était au téléphone, et là j'ai compris que non, je devais les rappeler pour avoir ma carte pour avoir mes numéros, etc, etc. Donc ça, c'est quelque chose, par exemple, qui m'a pris beaucoup de temps. (Amélie)

Dans d'autres cas, les procédures administratives peuvent causer des conséquences plus graves, même si la personne immigrante les connaît bien. Par exemple, la vulnérabilité face aux procédures immigratoires peut mettre la personne dans une situation dans laquelle elle ne peut rien faire. Lucie a vécu les défis de l'absence de soins de santé en raison de ce qu'elle a décrit comme « cercle vicieux », après être devenue une personne sans statut. Sa demande de renouvellement de permis temporaire a été refusée et elle a dû faire un rétablissement de statue. Pendant l'attente pour avoir le statut restauré, elle n'avait pas le droit de travailler et ne pouvait pas quitter le Canada. Elle n'avait pas non plus le droit de se faire soigner par le système public, alors qu'elle ne répondait

pas aux critères d'admissibilité pour contracter une assurance privée ni au Canada ni en France, son pays d'origine.

Et lorsque j'ai appelé Immigration pour leur faire part de cette situation, je leur ai demandé quel est mon statut. « Vous êtes sans statut. » Donc, je ne suis ni touriste, ni résidente temporaire, ni résidente permanente. Donc, je n'ai droit à rien. Donc, si j'ai un problème de santé, et je le dis parce que ça a été le cas, j'ai eu un problème de santé, et c'est là, dans ce moment-là, qu'est-ce qu'on fait ? Parce qu'il faut payer. Sauf que sans statut, on ne peut pas travailler. Sans travailler, on ne peut pas gagner d'argent. Si on n'a pas d'argent, on ne peut pas avoir accès aux soins de santé. Donc là, on est dans un cercle vicieux, et ça devient problématique (Lucie).

Cette situation lui a fait tomber dans une zone grise pour avoir accès aux soins de santé en tant qu'immigrante sans statut. Lors d'une situation où cette participante a eu besoin de soins d'urgence, elle a dû payer 15 000 CAD pour y avoir accès. Cette dépense a rajouté une charge financière importante pour une personne qui n'avait pas le droit de travailler. Il s'agit donc d'un enjeu systémique relié aux démarches d'immigration qui a affecté son accès aux soins de santé.

### **Enjeux de communication :**

Le deuxième type de problématique identifiée est lié à des défis au niveau de la communication. Celle-ci est comprise dans une perspective à la fois informationnelle et interactionnelle. Cela veut dire que nous comprenons comme problématique de communication tout ce qui renvoie à la recherche et appropriation d'informations ainsi qu'aux interactions sociales. Étant une forme de médiation dans ces interactions, la langue constitue une question de communication, et, pour cette raison, les enjeux linguistiques ont été codés comme des enjeux communicationnels. Ce code comprend les problématiques de compréhension du système de santé, de la discordance linguistique et de l'appel à l'interprétation lors des rendez-vous médicaux.

### *Comprendre le fonctionnement du système de santé :*

L'un des premiers enjeux qui se posent comme obstacle à la compréhension du fonctionnement du système de santé est le fait que la santé n'est pas une priorité dans le parcours migratoire, ce qui

avait déjà été identifié dans le rapport de RésoSanté publié en 2018. D'autres besoins plus urgents sont priorisés tout au début, tels que le travail, les démarches d'immigration et la recherche de logement. Bien qu'il s'agisse d'une problématique plutôt sociale, cela impacte la recherche d'informations sur le système de santé en C.-B. L'extrait en bas illustre bien cette remarque :

Tu vois, c'est même mon objectif de—j'essaie toujours de nous donner un petit objectif personnel. Je voulais mettre en place tout ce qui concernait la résidence permanente parce que ça, ça prend du temps. Et puis là, je me dis, voilà, maintenant, mon autre priorité, c'est d'aller sur la partie santé, quoi. (Charlotte)

Ensuite, la participante rajoute que la santé est, en générale, une priorité pour elle, de sorte qu'elle s'est mise à essayer de comprendre le fonctionnement du système en C.-B. dès que possible : « Mais aujourd'hui... Enfin, pour moi, c'est un truc hyper important, parce que je me dis, tant que t'as la santé, tu peux travailler, tu peux faire plein de choses. Enfin, je veux dire, si t'as pas la santé, tout le reste, ça s'arrête à terme, quoi ». (Charlotte)

Pour d'autres personnes, le besoin vient avant qu'elles aient le temps de bien se renseigner. Certaines participantes ont raconté des situations dans lesquelles elles ont dû chercher les services de santé avant d'avoir les informations nécessaires pour comprendre son fonctionnement. Cette situation s'est passée avec Lucie, qui réfléchit sur l'importance de bien se renseigner sur le fonctionnement du système de santé avant d'avoir le besoin d'utiliser ces services :

C'est compliqué parce qu'en fait, comme j'étais seule, j'étais dans l'urgence en fait, j'avais un besoin médical. Et en fait, il y a tout l'aspect angoissant de, je ne vais pas bien, il faut que je trouve une solution pour aller mieux, et je suis toute seule, je n'ai personne, je ne connais personne, je ne sais pas comment le système fonctionne. Donc, je me souviens que c'était un peu compliqué de me dire, mais en fait, où est-ce que je vais trouver un médecin ? Qui est-ce que je vais voir si je ne vais pas bien ? Et le problème, c'est que c'est la question qu'on se pose quand ça ne va pas bien. Je pense que c'était un peu le problème, en fait. Il aurait fallu que ce soit une question que je me pose avant, dès mon arrivée, de me dire, lorsque j'aurai un problème, comment je vais gérer ça ? Parce qu'en fait, je me suis retrouvée à devoir gérer ça à un moment où je n'allais pas bien et où j'avais besoin de voir quelqu'un, de voir un médecin. Donc, c'était un peu complexe à ce moment-là (Lucie)

Toutefois, la recherche d'informations sur le fonctionnement du système de santé n'est pas toujours facile. Si, d'un côté, plusieurs participant·e·s ont évalué les informations en ligne comme accessibles et claires, d'autres, de leur côté, les ont trouvées éparpillées : « [...] ce n'est pas évident

pour aller chercher comment ça fonctionne. Puis où aller ? Pourquoi ? Comment ? Je trouve que ce n'est pas évident. C'est fragmenté » (Juan). La fragmentation des informations fait en sorte que la compréhension du fonctionnement du système devienne « *overwhelming* », pour emprunter les mots de Sophie. Selon Léa, les informations concernant le fonctionnement du système et la manière de l'utiliser devraient être plus facilement accessibles pour les nouveaux et les nouvelles arrivant·e·s.

[...] alors je pense que la première chose, c'est de faire vraiment un grand accès sur l'information, parce que l'information n'est pas très accessible. Honnêtement, quand on arrive ici, on patauge un tout petit peu. Ce serait important qu'il y ait une communication à plus grande échelle pour que les gens y soient conscients du système, le fonctionnement, comment ça fonctionne déjà, ce qu'ils doivent faire, eux, pour accéder à ce système-là, et puis les lieux, etc, où ils peuvent s'orienter. Je pense que l'information, elle manque beaucoup sur ça. Je sais, par exemple, qu'il y a ce service d'interprètes sur les services santé et d'ordre public, mais il y a beaucoup de monde qui ignore ça, par exemple. C'est pas une information qui est divulguée à grande échelle. Ça, c'est très important. (Léa)

L'accessibilité de l'information ne constitue pas nécessairement un problème d'absence d'information ou de manque de transparence, mais c'est lié à la facilité avec laquelle elle est découverte. Juan explique que la personne immigrante doit jouer un rôle actif sur la recherche d'information sur le système de santé, alors qu'elle ne connaît pas encore les ressources et ne sait pas nécessairement où aller chercher :

[...] c'est juste que l'information, ce n'est pas tout à fait disponible, puis c'est pas facile à trouver. Mais si tu la cherches, tu la trouves. Donc, si tu veux vraiment trouver comment ça fonctionne, puis tout ça, c'est juste rentrer sur Internet, puis tu vas la voir, c'est juste aller demander. C'est juste qu'il faut qu'on fasse quelque chose. Mais c'est vrai que c'est pas facile. Parce que si ça fonctionne d'une autre façon, c'est différent. Mais si tu veux avoir l'accès, si tu veux vraiment aller, l'information est là. C'est juste qu'il faut la chercher. Il faut savoir comment la trouver. (Juan)

En effet, la recherche d'informations sur la santé prend du temps, ce qui peut être une problématique lorsque la personne immigrante arrive, puisque son temps est consacré à d'autres priorités, comme déjà soulignée. De plus, comme l'information peut être éparpillée, la compréhension du fonctionnement du système de santé se fait au fur et à mesure que la personne l'utilise. Ainsi, elle recherche l'information selon le besoin et apprend à connaître le système avec l'expérience, comme dans un « système d'essais-erreurs » (Catherine). Comme raconte Catherine, elle a compris le fonctionnement du système à travers les détails, « [...] de style, j'attendais et puis

je n'avais pas enregistré tel truc [...] » (Catherine). Isabelle décrit ce processus comme un « fil en aiguille », tout en signalant qu'elle n'a pas eu des difficultés pour comprendre le fonctionnement du système peu à peu.

Pour la plupart des participant·e·s, ce processus est fait à travers des bouche-à-oreille. Même si la personne recherche des informations sur la santé auprès des organismes et sur Internet, ce sont souvent d'autres immigrant·e·s qui constituent la principale source d'information. Ayant vécu les mêmes démarches auparavant, ces personnes connaissent les défis et sont en mesure d'apporter des informations expérientielles adaptées. C'est le cas de Charlotte qui avait demandé des informations sur des examens gynécologiques à une autre femme immigrante, avec qui elle faisait des cours de danse. En outre, les autres immigrant·e·s peuvent avoir déjà établi un réseau social qui les apporte des informations pertinentes, comme c'est le cas des personnes avec qui Léa était en contact :

Y avait des collègues avec nous à l'université qui étaient dans la même classe que moi et j'ai essayé de leur demander. Eux, ils ont de la famille qui est arrivée bien avant ici, donc ils le connaissaient. Ils m'ont montré comment je dois faire pour faire mon MSP, etc. Ils m'ont expliqué ce côté obligatoire pour faire ça. (Léa)

Toutefois, même cette découverte du système à travers le bouche-à-oreille peut prendre du temps, parce qu'il faut d'abord, connaître les personnes, et puis se sentir à l'aise pour poser des questions, surtout à propos des sujets plus intimes, comme celui de la question posée par Charlotte à sa collègue du cours de danse. Pour éviter la perte de temps, surtout au début du parcours migratoire, certaines participantes suggèrent l'élaboration d'un document destiné aux nouveaux et nouvelles arrivant·e·s :

Des fois, j'ai trouvé que j'aurais pu recevoir même un package d'informations un peu plus conséquent sur certains traitements, sur certains examens pour pouvoir, moi, gagner du temps, moins me faire de soucis à aller chercher parce que je ne sais pas aussi bien chercher sur les sites canadiens en anglais des ressources que je n'aurais su le faire dans mon pays d'origine. Donc, des fois, ça peut me prendre du temps. (Audrey)

Charlotte suggère encore que ce document apporte des comparaisons avec le système de santé des autres pays afin de rendre plus facile la compréhension du système en C.-B – elle reconnaît

pourtant la difficulté de cette démarche en raison de la pluralité des pays de la francophonie. En tout cas, cette suggestion nous renvoie à un autre défi que nous avons identifié à l'égard de la compréhension du fonctionnement du système de santé : celui de l'analogie avec d'autres systèmes de santé.

Ayant des expériences précédentes dans leur pays d'origine et même dans d'autres pays, les interviewé·e·s arrivent souvent avec des attentes qui ne correspondent pas à la réalité rencontrée. Provenant d'un pays francophone africain et ayant déjà vécu en Europe, Léa, par exemple, ne s'attendait pas à trouver une société avec un mode de fonctionnement si différent de celui du modèle européen, y compris le système de santé. Ces différences posent des barrières au niveau de la recherche d'informations. Pour rendre le tout plus compréhensible, les nouveaux et les nouvelles arrivant·e·s cherchent souvent à trouver des similitudes avec les démarches entreprises dans d'autres systèmes, comme le raconte Charlotte, originaire de France :

[...] alors, ça prend un petit peu de temps de comprendre le système médical ici. Par exemple, moi, tu sais, en France, par exemple, on nous dit le frottis sanguin, c'est le frottis vaginal, c'est tous les ans. Donc, ici, tu vois, j'essaie de me renseigner en discutant avec des Françaises, en leur disant comment ça s'appelle ici, comment on fait. Même chose, tu vois, pour la mammographie. Je suis vraiment en phase d'apprentissage. (Charlotte)

Ce défi est rendu plus difficile par la peur de perdre des informations importantes par manque de familiarité avec le système de la C.-B. Pour emprunter les mots de cette participante, c'est de « [...] ne pas louper quelque chose que je dois faire ici [...] parce que je ne suis pas dans un système où je reçois les informations. » (Charlotte). Pour Pierre, cette recherche de similitudes avec le système de santé français a rendu sa compréhension du système canadien plus complexe qu'elle ne l'était : « [...] je le compliquais dans ma tête, j'étais en mode "mais oui, mais pour faire ça, il faut faire quelque chose", alors qu'au final, oui, tu as la MSP, tu as ta carte, Ciao, c'est bon quoi » (P. 2).

Finalement, la problématique de la compréhension du système de santé peut être accentuée par les barrières linguistiques, notamment dans le cas des personnes qui ne maîtrisent pas bien l'anglais. Comme le souligne Claire, « [...] c'est un peu déstabilisant quand on ne parle pas très bien l'anglais. » Comme nous le verrons par la suite, les défis posés par la langue vont au-delà de la

barrière initiale pour accéder au système de santé. Elle est au cœur de la qualité du service et de la satisfaction de la prise en charge, voire pour les personnes maîtrisant bien l'anglais.

### *Discordance linguistique :*

La langue constitue un défi important, notamment pour les participant·e·s n'étant pas à l'aise avec l'anglais. Moins une personne maîtrise une langue, plus elle est en position de vulnérabilité face à l'accès aux soins de santé et à la qualité des services en C.-B. Nous avons interviewé cinq personnes qui n'étaient pas suffisamment à l'aise en anglais pour avoir une prise en charge en santé de qualité. Ces personnes sont originaires de diverses régions, à savoir de l'Afrique (3), de l'Amérique du Sud (1) et de l'Asie (1). Par exemple, Hélène, originaire de l'Amérique du Sud et immigrante au Canada depuis environ 3 ans, a dû aller à l'hôpital en raison des problèmes urinaires urgents. Ne maîtrisant pas bien l'anglais, elle a vécu des barrières linguistiques importantes, mais elle a eu la chance de trouver un médecin hispanophone qui a pris charge d'elle en espagnol.

La barrière linguistique n'est pas vécue que par les personnes nouvellement arrivées, mais aussi par celles ayant déjà la citoyenneté canadienne. Nous avons remarqué que les personnes plus âgées peuvent devenir plus vulnérables dans ces conditions. Francophone d'origine sud-asiatique, Manon avoue que les soins en anglais posent un défi pour elle et se sent reconnaissante pour l'aide qu'elle a eue des organismes communautaires pour accéder aux services d'interprétation en français. Cela lui a permis d'être plus autonome et de ne plus avoir à recourir à sa fille pour les soins de santé. Pourtant, elle souhaite être plus indépendante en anglais pour pouvoir bien s'intégrer dans la société, y compris dans les services de santé. La participante revendique plus d'offres de cours d'anglais dans les centres communautaires pour les personnes âgées<sup>18</sup> et pour les immigrant·e·s de longue date, comme elle :

[...] je ne peux pas m'intégrer, parce que je ne peux pas parler la langue correctement, je veux pas... pas parler du charabia. Et pourquoi ils ont réservé ça pour ces personnes-là ? [les nouveaux et nouvelles arrivé·e·s] Et j'ai vu qu'il y a... qu'il y a des personnes, les parents de ces immigrants-là, qui sont dans cette classe. Pourquoi ils ont ce privilège ? Et les Canadiens qui viennent d'une autre région, du Québec par exemple ? Moi, j'ai habité au

---

<sup>18</sup> En raison des différences dans le rythme d'apprentissage.

Québec. Et ben, j'ai le droit aussi, vu que c'est le Canada. C'est mon pays aussi. Non, je suis pas intégrée. (Manon)

Malgré la pertinence de cette revendication et de l'importance de pouvoir accéder aux services en anglais, l'augmentation de l'offre des soins en français en C.-B est mise de l'avant par les participant·e·s. Même si la plupart affirment ne pas avoir des problèmes de compréhension avec les professionnel·le·s de la santé, il existe une reconnaissance du besoin de l'augmentation des services de santé en français, que ce soit pour soi-même ou pour d'autres membres de la communauté francophone. Comme affirme Emma, bien qu'elle soit à l'aise de parler en anglais, elle trouve un atout important l'accès aux services en français lorsqu'il s'agit de la santé.

La maîtrise de la langue demeure un défi de communication majeur, même pour les individus qui parlent couramment l'anglais. Cela est dû à la discordance linguistique, c'est-à-dire lorsque le prestataire de soins de santé et le bénéficiaire ne partagent pas la même langue maternelle. Effectivement, les défis liés à la discordance linguistique en santé sont nombreux dans nos résultats de recherche. L'existence de termes techniques et des nuances de la langue posent un double défi, celui de comprendre les informations et celui de bien s'exprimer. Du point de vue de la compréhension, Lucie donne l'exemple de la technicité et des abréviations dans les documents médicaux. Elle trouve difficile de comprendre la signification des abréviations dans les prises de sang en anglais, alors qu'elle serait déjà familiarisée avec celles en français. Cela l'oblige à aller chercher les informations sur Internet, ce qui « [...] crée une forme d'anxiété de ne pas comprendre ce qu'on lit » (Lucie).

Lorsque cela revient aux rendez-vous de santé, les barrières de la compréhension orale sont accrues. Le niveau de détail des informations données par le professionnel·le de la santé devient ainsi un défi. C'est pourquoi Emma trouve important d'avoir des services en français dans le cas des soins avec des spécialistes, comme les gynécologues et les cardiologues. À son tour, Léa raconte qu'elle a eu des obstacles avec la compréhension orale lors d'une visite de ses enfants chez le dentiste. Si les informations plus générales (nettoyage, soins généraux, etc.) n'ont pas posé un problème, la technicité du vocabulaire lié au traitement de carie pour l'une de ses filles a constitué un défi. La participante souligne, toutefois, que le dentiste a trouvé un moyen de lui transmettre les informations importantes :

Après, ce qui est bien avec ce dentiste-là, je sais pas si c'est tous les dentistes sont comme ça. On m'a donné un document écrit pour m'expliquer quels soins elle doit faire la prochaine fois sur les caries, etc. Ça, j'ai apprécié. Mais sur le coup, en conversation, il y a beaucoup d'informations qui m'ont échappé. (Léa)

Gabin, celui qui a cherché des soins pour un problème de peau, a aussi remarqué la difficulté à comprendre à l'oral toutes les informations données par le médecin. Selon lui, cette barrière linguistique entrave les soins, puisque la compréhension des détails est importante.

Et puis le médecin aussi lorsqu'il s'exprimait, j'apercevais des choses, mais pas de façon explicite, comme tout patient qui aimerait avoir toutes les informations données par le médecin. [...] Je comprenais des choses. [...] Je prenais les grandes lignes... Mais je n'arrivais pas... Vous savez souvent, tout est dans le détail aussi. (Gabin)

L'insatisfaction de ce participant lors de la prise en charge renvoie aussi au défi de bien exprimer les symptômes. Il raconte qu'il a essayé d'expliquer au médecin les sensations de picotement dans la peau et les variations dans les symptômes après le bain, ainsi que de demander la prescription d'un type de lait de toilette pour peau fragile. Or, tous ces détails étaient difficiles à transmettre. En plus de créer de la frustration et de l'insatisfaction dans la prise en charge, comme dans le cas de Gabin, ce défi d'exprimer les termes spécifiques et les nuances de la langue cause l'insécurité et la crainte des conséquences importantes sur la santé, comme dans le cas des diagnostics erronés :

Exactement, entre « ça pique », « ça gratte », « ça chatouille », « ça démange », tu vois, c'est des nuances qui vont permettre de poser un diagnostic différent. Moi, je peux expliquer un truc en anglais, mais je ne suis pas sûre de pouvoir aller jusqu'à ce niveau de détail là. (Laura)

Les conséquences des défis d'expression et de compréhension peuvent être tellement importantes que Amélie considère partir en France dans le cas où elle aurait besoin de subir une chirurgie de la vue. Elle explique les impacts de la discordance linguistique dans ce cas : « [...] si je ne regarde pas du bon côté, si le laser arrive au niveau de la rétine, ça fait un trou au lieu de réparer la rétine. Donc, moi, je ne veux pas de trou parce que, sinon je perds la vue. » (Amélie) La communication en contexte de discordance linguistique a aussi posé un défi pour Anne, qui a vécu une situation difficile lors des soins à l'urgence. À cause des barrières de compréhension et d'expression orale avec l'infirmier, elle a été exposée à une période de douleur prolongée, comme raconte la participante :

[...] comme j'étais un peu stressée, forcément, je perdais beaucoup de sang, l'infirmier, à un moment donné, est venu me demander quelque chose qu'a priori, j'ai mal compris. Je pensais qu'il me demandait si je voulais quelque chose pour me calmer psychologiquement, on va dire. Et en fait, moi, je voulais un calmant pour la douleur, pas pour le fait que je sois stressée. Et donc, je lui ai dit non, j'ai mal, je veux juste quelque chose pour la douleur. Et en fait, a priori, il n'a pas compris ma réponse, enfin, on s'est mal compris tous les deux, et il m'a laissée sans aucun traitement, que ce soit pour la douleur ou pour le stress, pendant cinq heures, avant que le médecin revienne vers moi et me dise « vous avez encore mal et tout, pourquoi ? » Et je dis « ben, on ne m'a rien donné ». Et l'infirmier a dit « pourtant, je vous l'ai demandé et vous l'avez refusé ». Donc, du coup, j'ai dit « je n'ai pas refusé un antalgique, j'ai refusé un anti-stress ». (Anne)

Cette situation renvoie à un autre point ressortant des entrevues. L'accès aux services de santé en français est notamment important dans les situations où la personne se trouve vulnérable ou fragilisée émotionnellement. Certaines participantes, des femmes, ont exprimé de l'inquiétude quant à leur vulnérabilité dans des situations potentielles de discordance linguistique, par exemple lors d'un accouchement ou en vieillissant dans une maison de retraite.

Un accouchement lui-même, c'est trop long. Donc, si je m'imagine moi en train d'accoucher, même si je parlais bien anglais, c'est un moment où, clairement, c'est tellement un moment de vulnérabilité, de douleur, etc. Oui, j'aurais bien aimé avoir quelqu'un qui puisse parler avec moi en français. (Claire)

Il y a eu une crainte pour moi, c'est si, un jour je deviens vieille... Je ne sais pas quel... Parce que j'ai lu des expériences au Nouveau-Brunswick et la lutte des francophones qui, je sais que c'est compliqué pour les gens qui sont dans les maisons de retraite, c'est pas un choix, mais... Si, un jour je deviens vieille et que je suis dans l'environnement anglophone, et je perds une partie de ma langue, c'est assez complexe à vivre. (Catherine)

La plupart des participant·e·s, hommes et femmes, mentionnent la santé mentale comme le type de soin le plus important d'accéder en français. La discordance linguistique devient une problématique majeure dans ce contexte, car le défi de s'exprimer est plus important dans une situation de fragilité émotionnelle. Amélie, par exemple, a réussi, par l'entremise de son travail, à être prise en charge par un·e psychologue francophone, et cet accès a été crucial pour le succès thérapeutique. La participante explique la différence que les soins en français ont faite pour elle :

Et en français, ça fait une vraie différence. Le fait d'être en français, les émotions sont moins filtrées parce que c'est ma langue maternelle. Donc, je peux vraiment m'exprimer— enfin exprimer ce qui est au plus profond. Alors qu'en anglais, je dois quand même réfléchir

à mes mots, trouver le mot exact. Et je suis déjà, moi, dans un état où j'ai du mal à être fonctionnelle tout court. Donc, c'est ça qui m'a aidée beaucoup. (Amélie)

Sophie a aussi essayé d'avoir un suivi psychologique en français, mais elle n'a pas eu la même chance avec le professionnel trouvé en ligne. À l'aide d'une application de soins virtuels en santé mentale, elle a consulté un psychologue basé à Montréal qui pouvait s'exprimer en français. La participante attire l'attention sur la mauvaise qualité du français parlé par le professionnel et de sa difficulté, à elle, d'exprimer ses émotions en anglais :

[...] il y avait une période où ça allait pas trop, je vais essayer de trouver quelqu'un en français. En fait, c'était le mec de Montréal qui parlait français, mais très très peu, c'était vraiment terrible, mais il pouvait pas comprendre ce que je lui disais, et moi, la seule manière de lui parler c'était en anglais et je n'arrivais pas à traduire exactement ce que je ressentais (Sophie).

Malgré son niveau d'anglais très élevé, elle rajoute que le manque de correspondance des expressions idiomatiques entre le français et l'anglais a posé un défi pour l'expression de ses émotions. Cette situation l'a empêché d'être bien pris en charge. À cause de la difficulté de trouver un autre psychologue francophone, elle n'a pas donné suite aux soins psychologiques.

L'importance des soins de santé mentale en français est telle que même les participant·e·s n'ayant pas besoin de ce type de service reconnaissent l'importance d'augmenter son offre en français. Maitrisant bien la langue anglaise, Julien affirme ne pas avoir besoin des soins de santé en français. Cependant, il dit qu'il chercherait un·e professionnel·le de santé mentale francophone en cas de besoin : « C'est sûr que, si je souhaitais accéder à un médecin sur des problématiques plus psychologiques, dans ce cas-là, c'est certain que je chercherais à avoir accès à un service francophone. Ce n'est pas le cas du tout pour le moment » (Julien). Antoine reconnaît aussi l'importance des services de santé mentale en français, même s'il ne juge pas que la langue joue, pour lui, un rôle majeur dans d'autres types de consultations. Étant arrivé au Canada à peine quelques mois au moment de l'entrevue, et n'ayant pas encore utilisé les services de santé, il commente la différence :

Je pense que... par exemple pour les gens qui ont des maladies mentales ou psychiatriques, c'est plus simple. Enfin, pour exprimer une notion un peu plus subtile, c'est plus simple de le faire dans sa langue maternelle que de le faire dans une langue qu'on maîtrise moins.

Après, si c'est pour dire: "J'ai mal... J'ai mal au ventre", pour moi, c'est pareil en anglais ou en français (Antoine).

En conclusion, pour l'ensemble des participant·e·s, la question de la divergence linguistique est cruciale, en particulier dans les situations de vulnérabilité et d'expression des émotions. Cependant, certain·e·s participant·e·s ont noté que la langue n'est pas un obstacle majeur par rapport à d'autres défis. Ainsi, lorsque l'accès aux services de santé est contraint par des problématiques structurelles, la demande des soins en français ne devient pas une priorité. Pierre raconte qu'il est resté longtemps dans la liste d'attente pour avoir un médecin de famille francophone, alors qu'il aurait dû, à son avis, se faire soigner avec un anglophone pour ne pas aggraver sa condition de santé. Pour lui, la peur de la discordance linguistique a été une plus grande barrière que la barrière linguistique en tant que telle, comme il l'explique :

J'étais en mode « est-ce qu'on va bien se comprendre », « est-ce que je vais faire d'erreur », « est-ce que... », il y a toujours ce truc de dire, quand tu parles de choses médicales, et ce que si on fait une erreur d'interprétation « est-ce que ça a des conséquences ? », bon évidemment... Une fois qu'on est dans le truc, on est dans le rendez-vous en anglais, ça se passe très bien, et puis, en général ici, en plus, comme je trouve qu'au Canada il y a une vraie culture de..., il y a de l'immigration, donc les gens ont le multiculturalisme, il est réel, les médecins, ils ont l'habitude d'être là avec des gens qui vont hésiter un peu au niveau de leur anglais [...] (Pierre)

Pour ce participant, l'accès rapide et la qualité des soins sont devenus une priorité, même s'il trouve important d'augmenter l'offre des services de santé en français en C.-B. Cependant, comme lui-même rappelle, cette perception est liée au fait qu'il est très à l'aise en anglais. D'autres immigrants francophones, n'ayant pas ses conditions et ressources, peuvent se trouver dans une position beaucoup plus vulnérable, comme souligné au début de cette section. Ces conditions sont certainement liées à la maîtrise de l'anglais – ce qui donne plus de chances d'accéder aux services de santé et d'être bien pris·e en charge – mais aussi à des contraintes économiques, sociales et même de disponibilité de temps pour chercher des informations.

*Interprétation :*

L'interprétation constitue un autre enjeu ressortant dans les entrevues, que ce soit l'interprétation professionnelle ou celle réalisée par un membre de la famille. Tout d'abord, il faut préciser que la plupart des personnes interviewées affirment ne pas avoir besoin d'un·e traducteur·ice lors des soins de santé – pourtant, certaines reconnaissent les effets de la discordance linguistique en santé. Cela dit, il s'agit d'une problématique importante pour les personnes avec une moins bonne maîtrise de l'anglais, qui se trouvent ainsi en situation plus vulnérable en matière d'accès aux services de santé. Comme nous l'avons vu, l'interprétation a permis à Manon d'être autonome dans ses rendez-vous médicaux, sans avoir le besoin que sa fille l'accompagne.

L'interprétation professionnelle s'avère aussi essentielle pour la qualité du service et la satisfaction de la prise en charge, parce qu'elle permet à la personne de comprendre le ou la professionnel·le et de se faire comprendre, sans les barrières imposées par la médiation des membres de la famille. Cette situation d'avoir des personnes proches comme des traductrices constitue un défi important pour Louise, qui doit toujours amener son conjoint, sa fille ou son fils dans ses rendez-vous de santé. En plus de ne pas être des spécialistes avec les connaissances pour traduire les mots techniques, les membres de la famille n'expriment pas tout ce que la participante dit :

Ça dépend de la traduction, comment elle est, et en plus, eux, ils sont pas des spécialistes de la médecine. Donc, c'est sûr qu'ils vont traduire parfois des mots autres que techniques, ils ne sont pas des spécialistes. Voilà. Donc, je me sens pas à l'aise... Et puis, je sais que 50% de ce que je dis n'a pas été traduit, du coup la réponse n'est pas comme moi, je voulais l'avoir... Et même le M., il m'a dit « il faut pas amener quelqu'un de la famille qui va traduire », mais je dis « qu'est-ce que je fais alors ? Je dois aller au médecin. Qu'est-ce que je fais ? ». Donc, oui, il y a beaucoup de difficultés. (Louise)

Elle avoue encore être gênée par le fait d'avoir un membre de la famille comme traducteur, car il s'agit d'une personne non neutre, à savoir quelqu'un ayant une forte connexion émotionnelle avec elle, et par conséquent avec les sujets discutés. Cette situation l'amène à restreindre ce qu'elle partage avec le professionnel·le de la santé, comme elle le raconte dans l'extrait suivant :

[...] parfois ma fille est avec moi. Je voudrais pas dire à ma fille que j'ai ma jambe qui me fait mal, parce qu'elle va être inquiète, tu vois ? Elle est encore adolescente, elle sait pas faire la part des choses. Moi, parfois, je sens des choses, mais je dis pas à mes enfants qu'est-ce que je sens, donc, moi, je préfère les dire aux médecins, et c'est normal. Lorsque je dis devant eux pour traduire, eux, ils vont être dans l'émotionnel, parce que c'est leur mère quand-même. Ils vont être choqués, ils vont être... Donc, parfois, je dis pas ce que je

sens, parce que c'est ma fille qui est avec moi ou c'est mon fils, tu vois ? C'est gênant, c'est gênant, voilà. (Louise)

Cette problématique affecte même l'accès aux types de services pour lesquels la présence d'un membre de la famille devient inconcevable. Par exemple, pour la gynécologie, la participante a refusé de consulter avec un médecin anglophone, et se trouve sur la liste d'attente depuis un an et deux mois pour voir un gynécologue francophone, comme nous l'avons déjà souligné. L'accès au service en français lui permettrait de consulter sans la médiation d'un membre de la famille comme traducteur.

Après ses premières expériences avec les services de santé en C.-B., la participante a appris qu'il était possible de demander un service d'interprétation professionnelle, ce qu'elle a déjà fait à plusieurs reprises. Elle raconte qu'il n'est pas évident de faire valoir ses droits, soit parce que le personnel des cabinets médicaux n'est pas ouvert à entreprendre les démarches administratives pour la demande d'une interprète, soit parce que les médecins n'y adhèrent pas. Cette remarque touche à un enjeu systémique important et indique qu'il faut sensibiliser les professionnels de la santé de l'importance des services d'interprétation, en plus de former le personnel administratif pour bien entreprendre ces démarches.

La participante n'est pas la seule à avoir vécu ce défi. Anne s'est fait refuser l'accès aux services d'interprétation en français aux urgences, comme elle le raconte :

Il y a aussi le fait qu'aux urgences, on était censé pouvoir me répondre en français avec un traducteur, et que ceux qui m'ont reçu, le médecin et l'infirmier qui m'ont reçu, ne me l'ont ni proposé, et quand moi, je l'ai suggéré, ils m'ont dit que ce n'était pas disponible. (Anne)

Cette participante revendique ainsi plus d'interprètes dans les services de santé, ce qui va dans le même sens de la revendication de Louise. Lorsqu'on lui a demandé ce qu'elle donnerait comme suggestion pour améliorer le système de santé en C.-B., elle a été catégorique sur le besoin d'utiliser les ressources déjà existantes :

Si j'avais une baguette magique, la première chose, j'obligerais tous les professionnels de santé à utiliser les outils qui existent, déjà. Donc, par exemple, les systèmes d'interprète. Je comprends qu'il ne puisse pas y avoir autant de médecins francophones que de

francophones ou pour d'autres langues, mais, comme il existe déjà des outils, déjà les utiliser systématiquement. (Anne)

La prise en compte de ces entraves à la mise en place de l'interprétation amène une autre participante à s'abstenir de demander ce service. Pour reprendre ses mots, elle n'a pas « osé » poser la question par crainte que cela crée des entraves avec le professionnel de la santé dès le départ. En d'autres mots, elle a eu peur que le fait de demander le service affecte la qualité des soins ou même son accès au service de santé. L'extrait en bas montre bien sa perspective de la situation :

[...] je me suis dit « et, si jamais je demande, qu'il est incapable de faire ça, déjà ça va faire un priori pour lui. » Donc j'y vais comme ça, et puis on va faire avec, et c'est tout, j'ai pas osé pour être honnête demander. [...] je voulais pas qu'il y ait, dès le départ, un préjugé ou un biais ou un truc comme ça. Parce que je comprends si tu demandes à un interprète, le médecin, il va dire « Oh peut-être, qu'elle ne va pas comprendre tout, etc. » Peut-être que ça sera pour moi plus compliqué de faire mes soins. Donc je me suis dit « Allez, on va éviter tout ça. Et puis je savais pas si lui, il pouvait vraiment avoir un interprète ou quelque chose comme ça », donc je me suis dit « Allez, on va faire plus simple. Je vais me débrouiller, j'ai les filles avec moi. Elles comprennent très bien, elles peuvent me traduire à la limite si je suis vraiment coincé ». Sinon, on va faire avec. J'ai pas osé. (Léa)

Malgré sa crainte, cette participante souligne l'importance de bien informer les immigrant·e·s francophones sur l'existence des services d'interprétation en français. Elle dit que cela n'est pas largement diffusé et qu'il faudrait le mettre de l'avant dans les communications avec les personnes qui viennent d'arriver. Cette remarque semble pertinente dans la mesure où d'autres participant·e·s avouent ne pas avoir été au courant de l'existence des services d'interprétation au début de leur vie en C.-B. C'est le cas de Claire, qui habite dans la province depuis sept ans : « À l'époque, je ne savais pas qu'il y avait des interprètes disponibles, mais même avec ça—en fait, les interprètes, je l'ai appris récemment » (Claire). Elle suggère encore que la province utilise davantage les technologies d'intelligence artificielle pour l'interprétation linguistique dans les services de santé, mais fait noter que ces outils ne peuvent pas substituer complètement les interprètes professionnels qui doivent être priorisés. À son avis, les outils technologiques doivent être utilisés dans les cas où il n'est pas possible de planifier le soin en avance.

## **Enjeux culturels :**

Les personnes immigrantes apportent des connaissances du mode de fonctionnement du système de santé de leur pays d'origine et de celui des autres pays où elles ont vécu<sup>19</sup>. Ces expériences sont accompagnées des perspectives culturelles intrinsèques à chaque système de santé, parce que sa structure, ses procédures et ses modes de soigner représentent les valeurs et les normes de chaque pays. C'est pourquoi les enjeux culturels constituent un élément important pour la compréhension du système de santé en C.-B. et pour la construction des perceptions sur ce système. L'enjeu culturel le plus important identifié dans les entrevues concerne les différences des approches médicales entre le pays d'origine et le Canada, plus particulièrement la C.-B. Par la suite, c'est la correspondance des procédures entre ces pays qui pose des défis pour les participant·e·s.

### *Approche médicale :*

L'approche médicale est un enjeu important pour des participant·e·s originaires de différentes régions du monde (Europe, Amérique latine, Afrique, etc.). Deux participantes d'un pays africain francophone font face à la même expérience d'adaptation à un mode de pensée différent, qui se manifeste dans le fonctionnement du système de santé. Selon les deux, le système de leur pays s'appuie sur le modèle européen. Ayant déjà vécu en France, Léa s'attendait à trouver au Canada un fonctionnement social similaire à celui de l'Europe, y compris pour le système de santé. À son avis, la société canadienne est plus dématérialisée dans le sens où les procédures se font notamment en ligne. Elle reproche le fait qu'il n'y a pas beaucoup de contact présentiel avec les fonctionnaires, ce qui l'aurait empêché de poser des questions spécifiques à l'égard de sa carte MSP avant de poser la demande en ligne (voir la section sur les enjeux systémiques pour les défis que cette participante a vécu avec la carte MSP). Pour l'autre participante de la même origine, le défi a été de devoir s'habituer à ce qu'elle appelle une autre « école médicale », en raison des différentes modes de soigner les maladies, comme elle l'explique ci-dessous :

[...] lorsque je vais aller à mon médecin de famille, si j'ai ma gorge qui brûle, il va me donner des antibiotiques. Ici, ils donnent pas des antibiotiques, par exemple. C'est pas la

---

<sup>19</sup> Les analogies entre le système de santé en C.-B. et celui des autres pays, abordées dans la section sur la compréhension du système de santé, en font preuve.

même chose, c'est pas le même... Ici, il va me dire « tu te reposes, tu prends [mot inaudible] et puis tu prends du jus d'orange » et voilà. Chez nous non, il va te donner des antibiotiques tout de suite, un sac de médicaments. C'est pas la même chose. C'est la même maladie, mais c'est pas la même chose. Chacun la traite différemment, tu vois ? (Louise)

Malgré ses expériences peu nombreuses avec les services de santé en C.-B, Gabin, originaire d'un pays francophone de l'Afrique, remarque également cette différence d'approche médicale. Si d'un côté, les médecins en Afrique prenaient plus le temps de poser des questions et de demander des examens supplémentaires, de l'autre, ils « [...] prescrivent généralement beaucoup trop de comprimés. » (Gabin). Il rappelle toutefois que l'on ne peut pas comparer les deux systèmes, car il accédait au système privé en Afrique. Gabin critique ainsi le fait que la plupart de la population n'avait pas d'accès aux soins de santé<sup>20</sup>.

Pourtant, les différences culturelles sont davantage importantes en comparaison aux pays où la tradition d'un système de santé publique existe. La problématique de l'approche médicale ressort notamment des entrevues avec les participant·e·s de l'Europe. La plupart remettent en question ce qu'ils ou elles perçoivent comme le manque d'une approche holistique dans la perspective médicale canadienne. L'approche holistique serait caractérisée, à leur avis, par la prise de temps pour bien connaître tous les symptômes et tous les problèmes de santé de la personne malade, et ainsi pouvoir les mettre en relation. L'extrait en bas montre cette perception :

Je pense qu'il y a aussi des différences culturelles, c'est-à-dire que tu me posais la question de comment ça se passe dans mon pays d'origine. C'était une consultation plus à la française où ça prenait plus de temps, on prenait plus en considération — les médecins posaient plus de questions, c'était plus holistique en fait. (Amélie)

Bien que cette participante reconnaisse les défis découlant de la discordance linguistique, elle explique que la problématique de l'approche médicale constitue un enjeu culturel, et non linguistique. C'est le même avis de Thibault pour qui les différences culturelles sont liées plutôt aux contrastes entre les mondes anglophone et francophone qu'à celles entre les pays :

C'est plus culturel en fait. J'ai l'impression qu'avec un praticien francophone, je vais plus avoir, même si ce n'est pas un Français, mais c'est plus quelqu'un qui est Québécois, d'une

---

<sup>20</sup> En effet, plusieurs participant·e·s de différentes origines reconnaissent les bénéfices de pouvoir accéder gratuitement aux services de santé au Canada.

autre partie de la francophonie. J'ai l'impression que, culturellement, il y a quand même plus de référence commune à comment fonctionne la santé dans le côté francophone. Donc, voilà, c'est vraiment pour être clair, c'est pas trop une question de vocabulaire, c'est plus peut être que ça serait... Je me sentirais plus à l'aise juste du point de vue culturel, de voilà, un praticien francophone va peut-être se passer plus de temps à s'occuper de moi qu'un praticien anglophone. (Thibault)

Néanmoins, plusieurs participant·e·s comparent la France et le Canada, deux pays ayant des différences culturelles qui, à leur avis, se feraient noter à travers ses approches médicales. Pour eux, cette problématique est associée à celle du mode de fonctionnement du système de santé. Ainsi, en plus d'être un enjeu culturel, la différence entre les approches médicales serait liée à l'enjeu de la durée de la consultation, que nous avons abordé précédemment. Pour Catherine, l'approche médicale en France tient en compte la santé de l'individu d'une façon plus globale, ce qui ne serait pas possible dans les rendez-vous médicaux en C.-B., avec l'habitude de traiter un seul sujet par consultation :

[...] c'est un gros problème en tant que francophone et je ne sais pas. Peut-être que ce n'est pas en tant que francophones. C'est en tant que Française parce que le système est différent, et j'ai l'impression d'avoir eu, non pas à cause de la langue, mais à cause de la façon dont ça fonctionne, plus d'écoute en France. C'est-à-dire que, quand j'allais chez le médecin, et si j'avais trois problèmes et que peut-être qu'ils étaient corrélés, j'avais le temps de m'exprimer. Là, j'ai l'impression d'être tronçonnée en petites tranches comme ça et puis hop, si j'ai un grain de beauté, je vais parler de ça... (Catherine)

Quoiqu'en moins grand nombre, d'autres participant·e·s ne partagent pas l'avis qu'il y aurait une plus grande écoute de la part des médecins français ou que le système de santé français serait meilleur que celui canadien. Pour Pierre, cette perception largement partagée parmi les Français·e·s est due à une représentation qu'ils et elles s'en font du système plutôt qu'à des comparaisons réelles. Ayant habité dans deux autres pays en plus de la France et du Canada, à savoir le Luxembourg et les États-Unis, ce participant explique son avis :

En France, c'est l'image que beaucoup de Français, je pense, ont encore du système, parce que c'est vrai qu'il y a une sorte de fierté nationale en France de dire... Tu vas demander à beaucoup de Français je pense... Qu'ils aient expérimenté ou pas à l'étranger, beaucoup de Français sont pas objectifs. C'est mon avis. C'est une expérience, c'est mon avis, mais beaucoup de Français sont dans cet esprit que le système français est le meilleur, mais vraiment je pense qu'ils te diront pas un des meilleurs... Même si je pense que c'est un très bon système, mais ils vont te dire souvent c'est le meilleur, tu vois, sans avoir vraiment de points de comparaison [...]. (Pierre)

Cependant, pour d'autres participant·e·s, les différences culturelles entre l'Europe et le Canada ne se rapportent pas uniquement à une approche médicale plus ou moins holistique. Il s'agirait plutôt d'une différence dans la relation avec le côté financier de la santé. Un·e répondant·e au sondage a exprimé la sensation d'être un « sujet de facturation » lors de la prise en charge de ses besoins de santé. Un·e autre répondant·e reproche l'habitude des médecins anglophones en C.-B. d'appeler les patients de clients « [...] ce qui renforce l'aspect transactionnel et capitaliste du système de santé canadien ». Cela est lié, à son avis, à la « facturation à l'acte », c'est-à-dire à l'approche consistant à aborder un seul sujet par consultation.

Cette critique du côté financier de la santé est présente également dans les entrevues, dans lesquelles émergent la perspective d'une approche « *marketing* » ou « *business* » de la santé, pour reprendre les termes utilisés par les participant·e·s. Isabelle explique cette perception en établissant une comparaison avec la Belgique, son pays d'origine :

C'était peut-être un peu plus axé sur le *marketing*. Enfin j'ai l'impression que comparé à la Belgique, c'est plus un *business*—plus orienté vers le *business* et prendre des rendez-vous et faire de l'argent. En Belgique, ça va plus être axé sur la santé. [...] Ici, c'est juste qu'on m'a proposé plusieurs rendez-vous pour des choses que je trouvais qui pouvaient être faites sur le moment même. Et oui, c'est ça. Il y a beaucoup plus de services à la clientèle que je veux dire, en Belgique, ça veut vraiment se focaliser sur ton problème de santé. Il y a moins cette relation par rapport à l'argent, côté financier, je trouve. (Isabelle)

Cette perspective émerge particulièrement pour décrire les soins dentaires<sup>21</sup>. Le participant 21, par exemple, remet en question la quantité de soins proposés par les dentistes, tout en s'indaguant si une telle approche est effective pour la prévention des problématiques futures :

Enfin, je ne me suis jamais penché sur le sujet, et puis je ne suis pas du tout dans le domaine, mais ça m'intéresserait beaucoup de savoir : est-ce qu'il y a véritablement moins de problèmes dentaires ici qu'en France ? [...] est-ce que toute l'attention extrêmement importante, ici, est-ce que ça amène à moins de dentistes, à moins de fausses dents, à moins de problèmes en vieillissant ? Aucune idée. Et est-ce que c'est simplement le *jackpot* pour les dentistes, ou est-ce qu'il y a une vraie logique médicale ? (Julien)

---

<sup>21</sup> Bien que d'autres participant·e·s remarquent la qualité des soins dentaires, le coût des soins dentaires est mis de l'avant comme une problématique de la santé au Canada.

De son côté, Isabelle explique que le problème avec les soins dentaires repose sur le nombre de personnes qui travaillent dans les cabinets, la quantité de services proposés et le fait que ces derniers sont offerts comme s'ils étaient des produits en vente :

Il y a beaucoup d'intermédiaires. J'ai été chez le dentiste, j'ai pris quelqu'un à l'accueil. Et puis j'ai eu un assistant dentaire et le dentiste s'est présenté. Après, j'ai passé à la facture avec une autre personne. Il y a beaucoup de choses qui sont faites par différentes personnes. Et chaque fois, c'est toujours me proposer des services en plus. Est-ce que vous voulez faire un nettoyage ? Est-ce que vous voulez faire un blanchiment ? [...] Mais vraiment, on ne m'a jamais proposé ça quand j'étais en Belgique. C'était moi qui devais dire que j'ai envie de faire un blanchiment dentaire. [...] Oui, c'est ça. Si je veux quelque chose en plus, c'est moi qui vais le demander. On ne va pas essayer de me faire faire quelque chose en plus. Sauf si c'est vraiment conseillé par rapport à ma santé et si c'est vraiment nécessaire (Isabelle).

Au contraire, en ce qui concerne les médecins généralistes et spécialistes, Maria, originaire d'un pays hispanophone de l'Amérique latine, trouve que le système de santé au Canada ne met pas l'accent nécessaire sur la prévention. Comme, à son avis, les médecins ne prescrivent pas des examens et ne demandent pas plus que d'informations élémentaires, elle, en tant que patiente, doit jouer un rôle actif par rapport à sa santé. Cette participante raconte qu'elle doit bien organiser son dossier médical pour rappeler le médecin des examens qu'elle doit faire, et ainsi arriver dans son cabinet avec ce qu'elle appelle une « liste d'épicerie » (Maria). Bien qu'elle trouve important de prendre la responsabilité de sa santé, elle aimerait que le médecin adopte une posture plus active :

Moi, j'aimerais que, si je vois le médecin, c'est lui qui sache... Que je pose des questions, mais qu'il me suggère... « Mais non, ça on le fait plus », qu'il me donne des options aussi. Je trouve que c'est lui qui connaît, en principe. Oui, je connais mon corps, mais ça évolue aussi les façons de soigner, alors j'aimerais qu'il y ait un côté plus actif, parce que, sinon des fois je me pose la question, sincèrement, « pourquoi telle spécialiste va me voir si je le dis quoi faire ? » (Maria).

Originaire également de l'Amérique latine, Juan n'est pas d'accord avec cette perspective et rappelle qu'au Canada, au contraire de son pays d'origine, il ne doit pas payer pour avoir des soins de qualité, même si les délais ne sont pas toujours les meilleurs. Pour lui, il faut justement garder la posture active par rapport à la santé :

Non, non, c'est juste que je connais beaucoup de personnes qui se plaignent parce que le système ici, ça marche pas, c'est très lent. Mais j'ai jamais eu cette expérience. Je pense que

c'est aussi une question d'attitude. C'est comme si tu veux quelque chose, vas-y, demande-le, pose la question, vas-y. Il faut attendre, bien sûr, mais c'est gratuit, il faut rien payer. Dans mon pays, il faut payer une fortune. Ici, c'est gratuit, il faut attendre, mais c'est gratuit. On a les spécialistes, mais il faut être patient. (Juan)

Il faut rappeler toutefois que cette posture active est liée à la maîtrise de l'anglais, puisqu'il devient difficile pour les personnes qui ne sont pas à l'aise avec cette langue de prendre la responsabilité de leur santé en contexte de discordance linguistique. Il ne s'agit donc pas d'une question uniquement d'approche médicale. Ne maîtrisant pas la langue, Hélène, originaire d'un autre pays latino-américain, remarque aussi un manque de perspective préventive dans l'approche médicale au Canada. Ce qui ressort de son entrevue n'est pas la posture du patient (actif ou non), mais celle du médecin, et ce, d'une façon différente à la perspective des participant·e·s de France (approche holistique ou non). Cette participante raconte une situation dans laquelle les défis de la discordance linguistique se sont ajoutés à la problématique de la relation avec le professionnel de la santé. Elle avait amené son fils à une clinique proche de chez elle pour consulter sur une problématique de peau, mais la réaction du médecin lui a étonné :

Mais ce docteur, il a eu peur. Littéralement. Il avait peur dans son visage, dans ses yeux, il avait peur de mon fils. Je lui demandais juste de regarder ses coudes, c'est tout. Je ne demandais pas plus—j'avais demandé à mon fils d'enlever le manteau pour qu'il puisse voir et le moment qu'il enlève le manteau lui fait un bon—le médecin fait un bon en essayant de partir en courant de la consultation. Je dis, « mais qu'est-ce que vous avez ? » Mais « qu'est-ce que vous faites ? » Mais je lui dis, « regardez ce qu'il a ! ». Il me dit « Ah, il est tombé », comme s'il était tombé dans les deux coudes comme ça. Je dis « non, il n'est pas tombé ». Alors on se fait comprendre dans une langue qui n'est pas la tienne. Plus une attitude extrêmement bizarre d'un médecin qui ne te touche même pas. Mais vraiment, il gardait plus d'un mètre de distance et il voulait jamais toucher le patient. (Hélène)

Même si la participante reconnaît que cette situation renvoie à la posture du médecin et ne peut pas être généralisée à toutes les cliniques, elle attire l'attention sur l'importance d'être pris·e en charge de façon humaine et « [...] d'avoir un système qui fonctionne bien en sécurité » (Hélène). En même temps, ce manque de toucher de la part des médecins est aussi critiqué par Maria, qui souligne que la consultation « peut être par Zoom et ça serait exactement la même chose » (Maria).

*Correspondance des procédures :*

La deuxième problématique identifiée à l'égard des enjeux culturels concerne les différences entre les procédures liées à la santé. Ces différences – moins rapportées, mais pas moins importantes – renvoient, par exemple, à la relation avec le corps. Catherine mentionne les procédures lors des examens des seins. À son avis, les procédures en France sont moins pudiques parce que les professionnel·le·s regardent directement le corps, alors qu'au Canada il faut « mettre de petites choses » (P14) pour protéger le corps. « À la fois, c'est marrant, c'est sympa. Quoi. Mais au début, c'était bizarre, parce que je savais pas comment faire avec tous les trucs pour faire attention à ci, pour faire attention à ça, pourquoi je devais faire comme ça et tout quoi » (Catherine). La participante reconnaît toutefois l'importance de ces procédures au Canada, afin de répondre aux besoins d'une population issue de la diversité culturelle.

Si la couverture du corps lors des examens de seins ne pose pas de problème pour elle, les procédures pour les examens œsophagiques lui inquiètent : « Par exemple, on enterre assez facilement en France. [...] Apparemment, ici, on n'en dort pas, moi, je suis terrorisée. [...] culturellement, c'est une grosse différence » (Catherine). Elle rajoute l'importance de prendre en compte ces différences culturelles dans les services de santé, de sorte que les deux côtés, professionnel·le et patient·e, puissent concentrer leur attention sur les soins :

Parce que quand le patient, il sait pas comment se positionner culturellement, ça peut poser problème. Et l'inverse, quand le médecin ne sait pas culturellement, bon, en France on n'est pas pudique, par exemple. Quand on est concentré sur des choses qui sont culturelles, on peut moins se concentrer... On a l'attention moins attirée vers soi-même et vers la santé, le propos médical lui-même. (P14)

La problématique de la correspondance des procédures ne renvoie qu'aux perspectives culturelles variées, mais aussi à l'adéquation des systèmes de santé pour répondre aux problèmes de santé spécifiques à chaque pays. Gabin souligne que ces différences posent un problème pour les personnes immigrantes africaines au Canada, car il existe une insécurité concernant la capacité du système canadien de traiter les maladies tropicales qu'elles peuvent attraper lors de leurs voyages au pays d'origine. Il donne l'exemple du paludisme :

Il y a des gens qui, avant d'arriver ici, ont pété du paludisme et qu'ils arrivent... S'ils n'ont pas des comprimés du paludisme, le système de santé du Canada n'a pas, c'est pas une maladie qui fait parti sa liste de maladie. Comment est-ce qu'ils assurent cette partie de...

Comment ils assurent ça ? Et donc, en fonction des lieux où des gens viennent, il y a des maladies qui sont spécifiques à ces zones-là. Et comment un pays d'immigration, comment ce système de santé tient compte de ça ? (Gabin)

Finalement, la dernière problématique signalée, notamment par des participantes françaises, concerne la correspondance des médicaments entre les pays. Emma raconte qu'elle utilisait des antidépresseurs avant de venir au Canada et qu'elle a décidé d'apporter une réserve suffisante pour six mois. À la fin de cette période, elle a dû chercher un médecin pour trouver un médicament équivalent au Canada. Malheureusement, elle n'a pas eu la même chance avec les pilules contraceptives :

L'un des soucis que j'avais eu aussi, c'est qu'à ce moment-là, je prenais aussi, par exemple, la pilule. Je n'ai pas pu trouver l'équivalent ici. Du coup, les médecins me disent : Oui, prends celle-là, c'est la même, mais j'ai commencé à la prendre. J'ai eu plein d'effets secondaires, du coup, j'ai décidé de tout arrêter. Je pense que c'était peut-être un des plus gros *challenges*, potentiellement, niveau santé, que j'ai eu pour l'équivalence des médicaments. (Emma)

La correspondance des médicaments est aussi une problématique pour Laura, selon qui les substances varient entre les pays : « Par exemple, une crème pour soigner une plaie, ce ne sont pas les mêmes antibiotiques qui sont utilisés. Donc, si on veut un médicament à spectre large, il faut faire des conversions sur les termes qui ne sont pas les mêmes » (Laura). Elle trouve ses différences insécurisantes, et ce, même si elle a une bonne connaissance des médicaments. C'est cette sensation d'insécurité qui rend une problématique à la base chimique dans un enjeu culturel lorsqu'il s'agit d'un contexte d'immigration.

## DISCUSSION :

La plupart des répondant·e·s de notre sondage sont des femmes, proviennent de l'Europe, ont la citoyenneté canadienne, se trouvent dans la tranche d'âge de 35 à 49 ans (49,11%), et possèdent un niveau de scolarité plus élevé que la moyenne de la population de la C.-B. Bien que la plupart aient un salaire dans la moyenne de la province, une parcelle significative se trouve dans une tranche de revenu ménager plus haut que la moyenne, ce qui peut être lié au fait que la majorité est en cohabitation avec d'autres personnes.

En général, les répondant·e·s ont une bonne perception de leur santé actuelle, mais on remarque une différence entre la santé physique (72,07%) et mentale (62,17%), avec une meilleure perception de la première. Cela représente une plus mauvaise perception de la santé par rapport à l'étude réalisée en 2018, dans laquelle ces taux remontent à 75% et 69%, respectivement. La différence d'âge des participant·e·s dans les deux études peut expliquer cette différence, car les répondant·e·s de l'étude de 2018 étaient plus jeunes, la plupart dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans (51,7%). Ainsi que dans la recherche précédente, la surreprésentation des femmes dans l'échantillon<sup>22</sup> peut expliquer la plus mauvaise perception de la santé mentale, puisque les femmes sont plus à risque d'être en mauvaise santé mentale en raison des surcharges familiales, comme l'avait mentionné le rapport précédent (Poullou, 2018).

Pour ce qui est de l'impact de l'immigration sur la santé, l'étude de 2018 avait remarqué une évidence de « l'effet immigrant sur la santé », avec une possible détérioration de la santé des participant·e·s. Plutôt que d'identifier l'existence de ce phénomène, notre objectif était de comprendre, qualitativement, *comment* l'immigration impacte la santé des répondant·e·s<sup>23</sup>. Ainsi, pour répondre à notre première question de recherche<sup>24</sup>, les répondant·e·s ont une légère perception plutôt positive des impacts de l'immigration sur leur santé mentale et une perception beaucoup plus positive de ses impacts sur la santé physique. Selon les réponses qualitatives du

---

<sup>22</sup> Selon Statistique Canada (2021), la population du sexe féminin en C.-B. compte 2.543.365 personnes et celle du sexe masculin 2.457.515. Cela représente une proportion de 50,86% et 49,14%, respectivement. La proportion des femmes dans notre échantillon remonte à 75,89%.

<sup>23</sup> Cela nous a amenés à poser la question sur les impacts de l'immigration d'une autre façon, ce qui ne nous permet pas de comparer les données statistiques.

<sup>24</sup> Quelle est la perception des immigrant·e·s francophones en C.-B. de l'impact de l'immigration sur leurs conditions de santé physique et mentale ?

sondage, l'influence positive de l'immigration sur la santé physique est encouragée par le style de vie en C.-B. qui favorise la réalisation des activités à l'extérieur, malgré l'existence des conditions sociales qui les restreignent et les impacts négatifs d'un possible empirement de l'alimentation. La perception légèrement plus positive que négative de l'impact de l'immigration sur la santé mentale peut s'expliquer par l'encouragement de l'adoption d'un style de vie moins stressant et le contact avec la nature, comme indiqué dans les réponses ouvertes.

En revanche, ces mêmes réponses indiquent plusieurs effets négatifs de l'immigration sur la santé mentale des participant·e·s, dont les conditions de travail et de logement, surtout au début de l'immigration, et le stress des démarches migratoires. Les caractéristiques socioéconomiques de nos répondant·e·s peuvent influencer, au niveau de l'analyse quantitative, la perception plus positive des impacts de l'immigration sur la santé mentale, alors que les expériences négatives sont plus notamment partagées dans les questions ouvertes. Il s'agit d'un échantillon ayant un haut niveau d'études et un revenu majoritairement dans la moyenne ou plus élevé que la moyenne de la province. De plus, la plupart sont des personnes ayant déjà la citoyenneté ou la résidence permanente, ce qui leur donne un statut migratoire plus stable.

En établissant une comparaison de la perception des participant·e·s sur les effets de l'immigration et ceux de la pandémie de la covid-19, les impacts négatifs de l'immigration sont plus ressentis sur la santé mentale que physique, alors que les impacts négatifs de la pandémie sont plus clairement remarqués dans la santé physique, et ce, même si la pandémie indique toujours un impact négatif légèrement plus haut sur la santé mentale (21%) que l'immigration (19%). Pour répondre à notre deuxième question de recherche<sup>25</sup>, lorsque l'on considère seulement les données de la pandémie de la covid-19, nous remarquons un important impact sur la santé physique des participant·e·s, en raison notamment de la réduction des activités physiques, comme l'indiquent les réponses qualitatives. Cela est notamment le cas pour les personnes habitant dans les régions où l'accès aux parcs est plus restreint. Les défis d'accès aux services de santé pendant cette période peuvent aussi expliquer ce résultat, avec une importante réduction des visites chez les cliniques de

---

<sup>25</sup> Quelle est la perception de ces immigrant·e·s de l'impact de la pandémie de la covid-19 sur leur santé et leurs conditions socioéconomiques ?

soins primaires pendant la pandémie, comme attendu, et une augmentation de la fréquence des visites par la suite, avec des taux supérieurs à la période « avant » la pandémie.

La pandémie a aussi représenté un impact négatif sur la santé mentale des participant·e·s en raison de l'isolement social, accru en contexte d'immigration, et de l'incertitude de la situation. Par contre, quelques réponses qualitatives suggèrent, au contraire, un impact positif de la pandémie sur la santé mentale des participant·e·s ayant eu accès au télétravail. Ce contraste révèle, encore une fois, des différences à l'égard des conditions socioéconomiques variées et le renforcement de ces inégalités par la pandémie au Canada (Mishra, 2023). Comme plusieurs participant·e·s ont déclaré avoir eu des pertes économiques ou des conditions de travail pendant la pandémie, il n'est pas surprenant que les effets négatifs de celle-ci aient été plus clairement remarqués par rapport à l'immigration. On ne peut pas oublier non plus que la pandémie a causé des changements de vie soudains, alors que l'immigration est un processus à plus long terme, faisant en sorte que ses effets soient probablement moins remarqués.

En ce qui concerne notre troisième question de recherche<sup>26</sup>, les résultats du sondage indiquent que les défis pour utiliser les services de santé en C.-B. concernent le coût des soins complémentaires et des assurances privées, ainsi que la compréhension du système de santé, la prise des rendez-vous et les délais d'attente. Dans les entrevues, nous avons identifié trois types de défis d'accès aux services de santé, à savoir les enjeux systémiques, communicationnels et culturels. Le premier renvoi à des problématiques déjà assez connues (accès aux soins primaires et aux spécialistes, délais d'attente, manque de suivi), mais aussi à une problématique particulière à la population immigrante (absence de carte maladie) et, plus particulièrement, aux immigrant·e·s francophones (durée de la consultation). Ces deux derniers défis exposent, respectivement, les effets en santé de la vulnérabilité des personnes ayant un statut migratoire plus faible et l'impact de l'expérience avec d'autres systèmes de santé sur la satisfaction avec les services en C.-B.

À l'égard des enjeux de communication, nous soulignons la fragmentation des informations sur le système de santé en C.-B. et les analogies avec d'autres systèmes en tant que défis importants au niveau de la compréhension du fonctionnement du système de santé. La discordance linguistique

---

<sup>26</sup> À quels défis les immigrant·e·s francophones font face pour accéder aux services de santé en C.-B. ?

constitue un autre défi de communication important, mais elle révèle des conditions d'accès inégales entre les participant·e·s. La plupart ont affirmé, dans le sondage, ne pas avoir des difficultés de compréhension avec les professionnel·le·s de la santé lors des soins en français, ce qui impacte la demande des services de santé en français en C.-B. En effet, nous avons remarqué, dans les entrevues, que les participant·e·s priorisent souvent la qualité des services, la relation de confiance avec le ou la professionnel·le et la proximité avec leur résidence. Cela va dans le même sens d'un sondage réalisé avec des immigrants francophones originaires de l'Afrique Subsaharienne en Alberta. Seulement 12% des répondant·e·s ont indiqué la langue comme un facteur important lors de leurs recherches des services de santé, alors que la compétence du prestataire de soins et la qualité des soins représentaient, respectivement, 18% et 14% des facteurs le plus cités (Vincent et al, 2023).

Cette préférence met en avant les inégalités entre les participant·e·s qui peuvent choisir et d'autres qui ne le peuvent pas. Évidemment, la discordance linguistique en C.-B. constitue une problématique majeure pour les personnes maîtrisant moins l'anglais, ce qui renforce les résultats quantitatifs qui suggèrent des enjeux d'accès aux services de santé pour ces personnes. Dans ce cas, l'offre des services en français ou d'interprétation professionnelle est cruciale pour assurer leur accès et la qualité du service. Cela dit, même dans le cas des participant·e·s qui se sentent à l'aise en anglais, la priorisation d'éléments autres que la langue peut représenter un manque de choix plutôt qu'une préférence. Plusieurs personnes interviewées ont signalé leur préférence pour les soins en français si elles avaient de l'accès aux services de qualité dans une région accessible. Effectivement, notre analyse montre que les effets de la discordance linguistique peuvent impacter la qualité des soins même pour les personnes qui parlent l'anglais. Dans leur cas, les services les plus importants pour accéder en français sont liés aux contextes de vulnérabilité, notamment la santé mentale, en plus des soins primaires. La possibilité de consulter un gynécologue est également une priorité, mais il s'agit moins d'un défi linguistique que systémique.

Notre analyse des enjeux culturels va à l'encontre du rapport de 2018 qui avait identifié le besoin de mieux comprendre les perspectives culturelles sur la santé des immigrant·e·s francophones originaires des pays africains. Nos résultats montrent que les enjeux culturels sont notamment soulevés par les participant·e·s de l'Europe, spécifiquement de la France, qui remarquent des

différences culturelles entre les approches médicales du Canada et de leur pays d'origine. Pour la plupart, l'approche canadienne ne favoriserait pas une perception globale de la santé à cause notamment de la courte durée des consultations en C.-B, une problématique donc de fonds systémique. Même si cette perception n'est pas partagée par tous et toutes, elle révèle les tensions inhérentes aux attentes posées par les expériences avec le système de santé dans le pays d'origine. Même la perception de deux participantes de l'Afrique reflète ces contractions, parce que leurs expériences de la santé s'insèrent dans une logique plutôt européenne. Or, dans leur cas, ce qui est remarqué n'est pas l'absence d'une approche globale de la santé, mais le contact direct avec le personnel et la prescription des antibiotiques. De plus, pour un autre participant d'un pays africain, c'est plutôt inquiétant l'absence de traitement des maladies tropicales pour les voyageurs qui rentrent de leur pays d'origine. Cette problématique avait déjà été identifiée dans la littérature (Vincent et al, 2023 ; Hanna et al, 2022) et met en relief la problématique des correspondances des procédures comme un autre enjeu culturel.

Pour répondre à notre dernière question de recherche<sup>27</sup>, les variables qui démarquent de nos résultats, selon une approche intersectionnelle de la santé, sont le revenu, le statut d'immigration et la langue. Comme souligné dans notre analyse, le revenu est statistiquement associé à l'existence des conditions chroniques, ce qui peut suggérer un meilleur accès aux soins pour les personnes qui gagnent plus. Les meilleures conditions socioéconomiques de la plupart des participant·e·s ont aussi favorisé une perception plutôt positive de l'immigration et l'atténuation des impacts négatifs de la pandémie de la covid-19 pour certain·e·s.

Pour ce qui est du statut d'immigration, les personnes citoyennes ont une plus forte tendance à avoir un meilleur revenu, ce qui s'aligne au profil de notre échantillon. Le fait que les personnes habitant en C.-B depuis longtemps sont les moins satisfaites avec l'accès aux services de santé en anglais ne veut pas nécessairement dire qu'elles ont un plus mauvais accès. Nous croyons que leur insatisfaction est liée à leur plus longue expérience avec les services de santé dans la province, ce qui fait en sorte qu'elles comparent la qualité des services avec les années précédentes, quand le manque de professionnel·le·s de la santé était moins évident. Nous observons cette comparaison chez des personnes interviewées qui habitent en C.-B. depuis plus longtemps et qui remarquent

---

<sup>27</sup> Comment les variables sociodémographiques et socioéconomiques impactent-elles la santé des participant·e·s ?

des différences au niveau de l'accès aux cliniques sans rendez-vous et des urgences. Enfin, la variable du statut d'immigration est liée à la situation de vulnérabilité des personnes qui deviennent temporairement « sans statut » et qui retombent dans une « zone grise » où les soins de santé leur sont niés. Les personnes qui viennent d'arriver se trouvent aussi dans une situation de temporaire vulnérabilité, puisqu'elles doivent attendre la période de carence de trois mois pour avoir le droit d'accéder aux soins de santé publics.

À l'égard de la langue, comme nous l'avons expliqué en haut, le manque de maîtrise de l'anglais renforce les inégalités au sein de la communauté francophone, parce que les personnes maîtrisant moins l'anglais sont plus susceptibles aux défis d'accès et de la qualité des services. Il faut noter que les personnes interviewées originaires des pays non européens (trois de l'Afrique, une de l'Amérique du Sud et une de l'Asie) étaient celles qui se sentaient le moins à l'aise avec l'anglais. Cela révèle leur position plus marginale en ce qui concerne l'accès et la qualité des services de santé en C.-B. Nous ne pouvons pas affirmer toutefois si cela est lié à des contraintes socioéconomiques. Ces personnes ont aussi d'autres langues maternelles en plus du français, en raison de la configuration sociohistorique de leur pays d'origine. L'anglais devient alors une troisième langue pour elles, contrairement aux participant·e·s de l'Europe pour qui le français constitue généralement la seule première langue. Cette situation contribue donc à créer, en contexte de santé, ce que Huot (2022) appelle une double (ou parfois même triple) marginalisation, en référence aux francophones qui sont en situation de marginalisation parce qu'ils font partie d'une minorité linguistique officielle et, en plus, parce qu'ils se trouvent en situation de marginalisation au sein de cette communauté.

## CONCLUSION

Les défis d'accès aux services de santé identifiés dans notre analyse sont interreliés, ce qui rend complexe la formulation des recommandations pour les adresser. Une telle tentative retomberait dans des solutions déjà assez connues, et pourtant difficiles à mettre en place. Par exemple, on sait que la problématique de la discordance linguistique doit être réglée par l'augmentation de l'offre des services de santé en français pour les minorités francophones au Canada. Cela est lié à des enjeux structurels importants, comme le manque de professionnel·le·s et l'absence du français dans leur formation. En effet, dans un contexte généralisé de pénurie de médecins de famille, l'offre de soins primaires en français devient à la fois un défi remarquable et une solution nécessaire, puisque les politiques d'immigration au Canada s'appuient sur l'attraction des personnes immigrantes francophones vers les provinces autres que le Québec. Ainsi, même si nous trouvons crucial de souligner l'importance d'augmenter l'offre des services de santé en français en C.-B., nous n'avons pas la prétention de donner des recommandations pour régler ces problématiques identifiées, spécialement celles qui sont davantage structurelles. Une telle approche serait très ambitieuse. Nous allons plutôt, appuyées sur la perspective de nos participant·e·s, donner des suggestions qui peuvent servir comme des pistes d'intervention pour améliorer l'insertion des personnes immigrantes francophones dans le système de santé en C.-B.

Tout d'abord, pour cibler le problème du manque des services de santé en français, en plus d'augmenter leur offre, comme il est revendiqué par les participant·e·s de cette étude, nous suivons la suggestion d'une participante pour qui il faut miser sur les services déjà existants. Elle suggère de sensibiliser les professionnel·le·s de la santé sur l'importance d'utiliser les services d'interprétation existants ainsi que d'offrir une formation au personnel administratif des services de santé pour les apprendre les démarches administratives concernant la demande d'interprètes. En même temps, on pourrait augmenter les actions d'information sur l'utilisation de ces services auprès des francophones, ciblant surtout les personnes plus vulnérables, comme celles ne maîtrisant pas l'anglais et celles plus à risque à avoir des problématiques de santé. Une autre suggestion est de créer une procédure pour que les patient·e·s et le personnel administratif sachent que le ou la professionnel·le de la santé est apte à offrir une prise en charge en français (ex. : utilisation des signes d'identification dans les cabinets).

La problématique de l'accès peut aussi être partiellement adressée par la concentration sur des stratégies qui visent à augmenter l'offre des services les plus demandés en français. En plus du médecin de famille, les participant·e·s priorisent les services de santé mentale, l'urgence et les spécialités qui demandent la connaissance des termes spécifiques. À cet égard, l'accès aux gynécologues, y compris les francophones, constitue une revendication significative chez les participantes femmes. Donc, l'établissement de partenariats avec d'autres organismes de santé qui visent à augmenter des initiatives et offrir des actions d'intervention ciblant ces problématiques de santé serait bénéfique pour les personnes immigrantes francophones (ex. : dépistage mobile pour offrir aux femmes la possibilité de voir un gynécologue francophone).

Une autre suggestion mentionnée par plusieurs participant·e·s est d'augmenter l'offre des professionnel·le·s de la santé francophones à travers les changements des règlements concernant les procédures pour l'équivalence des diplômes des immigrant·e·s francophones, une suggestion qui retombe à nouveau sur des enjeux structurels. La seule piste d'intervention possible dans ce cas passe par la réalisation des actions de sensibilisation et de défense des droits, qui peut se faire à travers des partenariats avec d'autres organismes, francophones et anglophones, qui travaillent déjà sur cette problématique. L'établissement des partenariats avec des organismes ciblant les immigrant·e·s serait, par exemple, envisagé dans ce cas. D'autres problématiques identifiées dans l'étude peuvent encore faire l'objet d'une telle collaboration avec ces organismes, comme la problématique de la carence de la couverture de santé pour les immigrant·e·s sans statut et ceux et celles qui viennent d'arriver.

En ce qui concerne la compréhension du système de santé par les nouveaux et les nouvelles arrivant·e·s, deux participantes suggèrent de créer un document pour les aider à comprendre de façon plus concrète et située comment utiliser les services. Cela veut dire qu'il faudrait établir d'analogies avec les systèmes de santé des pays francophones et s'appuyer sur ces références pour expliquer les différences avec les services en C.-B. Par exemple, on pourrait expliquer les différentes procédures pour accéder aux examens gynécologiques ainsi que les équivalences terminologiques (ex. : frottis vaginal et *pap test*). Cette suggestion a du sens dans la mesure où les analogies entre les systèmes de santé et les correspondances des procédures constituent des défis

importants. De plus, l'un des défis pour la compréhension du système de santé en C.-B. est justement la fragmentation de l'information. En même temps, il faut rappeler que cette problématique renvoie moins au manque d'information qu'à sa visibilité et consistance. L'information existe et est accessible, mais il faut la chercher, et souvent les nouveaux et les nouvelles arrivant·e·s ne savent pas où la trouver. Ainsi, la création d'un tel document n'ajouterait qu'à la problématique de la fragmentation de l'information si elle n'est pas accompagnée d'une bonne stratégie de diffusion qui tient compte des personnes immigrantes n'étant pas associées aux organismes communautaires. Il serait souhaitable de faire connaître à l'avance à l'immigrant·e ce matériel en parallèle d'autres démarches à entreprendre avant même leur arrivée.

Pour conclure, cette étude a essayé d'adresser le manque d'informations à propos de la santé des personnes immigrantes francophones en C.-B. en se penchant sur les impacts de l'immigration et de la pandémie de la covid-19 sur leur santé ainsi que sur leurs défis d'accès au système de santé dans la province. Bien que nous ayons répondu à ces objectifs, il faut reconnaître les limites de nos démarches. Notre échantillon est composé notamment par des femmes, des personnes citoyennes et celles ayant de bonnes conditions socioéconomiques, ce qui influence les résultats. De plus, notre stratégie de disséminer le sondage auprès des organismes francophones peut amener à une plus grande représentation des personnes associées à ces organismes. Le défi pour les études futures est de développer des stratégies pour cibler les immigrant·e·s éloigné·e·s de la communauté francophone. L'utilisation des messages commandités sur les réseaux sociaux, comme nous l'avons fait, est une bonne piste. Cependant, d'autres stratégies doivent être développées pour augmenter la représentation de ces personnes dans les études futures.

## RÉFÉRENCES

- Beiser, M. (2005). The Health of Immigrants and Refugees in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, supplement 2, March-April 2005, p. 30-44. Available on <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6976041/>
- Bouchard, L.; Savard, J. ; Dumond, M. (2024). Health in Canada's Francophone Minority Context: Twenty Years of Research. *ada's Francophone Minority Context: Twenty Years of Research: Introduction. Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (22). <https://doi.org/10.7202/1110620ar>
- Bouchard, L. (2011). *Minorités de langue officielle du Canada: Égales devant la santé?* Presses de l'Université du Québec.
- Canadian Heritage (2021). Some facts on the Canadian Francophonie. Available on <https://www.canada.ca/en/canadian-heritage/services/official-languages-bilingualism/publications/facts-canadian-francophonie.html>
- Crenshaw, K.; Andrews, K. ; Wilson, A. (2024). Introduction: Reframing Intersectionality. In: \_\_\_\_\_. *Blackness at the Intersection*. London: Bloomsbury, p. 1-20.
- Fassin, D. (2019). Préface. Dans: André, J. M. (dir.). *La santé des migrants en question(s)*. Hyg e  ditions, 5 pages.
- France Culture (2022). *Exils précaires : la santé des migrants par Didier Fassin*. Podcast « Les Cours du Collège de France. Avec Didier Fassin, anthropologue, sociologue, médecin, professeur au Collège de France et directeur d'études   l'EHESS. 4 mai 2022. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-cours-du-college-de-france/exils-precaires-la-sante-des-migrants-par-didier-fassin-2967278>
- Gouvernement du Canada (n.a.). Déterminants sociaux de la santé et inégalités en santé. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante.html>
- Hanna, T. A. et al. (2022). Gaps in knowledge and practices of malaria prevention in Francophone African immigrants in Metropolitan Edmonton. *Malaria Journal*, 21:197. <https://doi.org/10.1186/s12936-022-04210-w>
- Huot, S. et al. (2022). L'intégration des Immigrants et des Réfugiés d'Expression Française Dans le Grand Vancouver : la N cessit  de B tir des Espaces Inclusifs. In: L ger, R. ; Brisson, G. *La francophonie de la Colombie-Britannique*. Presses de l'Universit  Laval, p. 107-126.
- Mattes, D.; Lang, C. (2021). Embodied Belonging: In/exclusion, Health Care, and Well-Being. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2021, vol. 45, 2–21.
- McDonald, J. T.; Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*, vol. 59, issue 8, Oct

2004, p. 1613-1627. Available on <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953604000516>

Mishra, S. et al. (2023). Use and misuse of research: Canada's response to covid-19 and its health inequalities. *The bmj*, 2023;382:e075666. doi: 10.1136/bmj-2023-075666

Moissac, D.; Bowen, S. (2017). Impact of language barriers on access to healthcare for official language minority Francophones in Canada. *Health Manage Forum*, 2017, Jul, 30(4), p. 207-212. Available on <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28929878/>

Noël, J. G. ; Forgues, E. (2025). *Profil linguistique de la population issue de l'immigration dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM)*. Canada, Canada hors Québec, provinces et territoires. Recensement de 2021. Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities. January 2025. Available on <https://icrml.ca/fr/recherches-et-publications/publications-de-l-icrml/download/359/86080/47?method=view>

Pandey, M. et al. (2022). Identifying Barriers to Healthcare Access for New Immigrants: A Qualitative Study in Regina, Saskatchewan, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24:188-198.

Poulios, N. (2018). *Immigration et santé : où en sont les francophones ? Une enquête sur l'état de santé des immigrants francophones en Colombie-Britannique*. Réso-Santé Colombie-Britannique.

Quesnel-Vallé, A. et al. (2011). Access to health care in Canadian immigrants: A longitudinal study of the national population health survey. *Health Soc Care Community*, January 2011, 19(1): 70–79. Available on doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00950.x.

Sauvageau, M. M. (2018). *La recherche en santé et en services sociaux auprès des populations francophones en situation minoritaire au Canada : revue de littérature et analyse des thèmes de recherche (2014-2016)*. Consortium national de formation en santé. [https://savoir-sante.ca/fr/item/507-la-recherche-en-sante-et-en-services-sociaux-aupres-des-populations-francophones-en-situation-minoritaire-au-canada\\_507](https://savoir-sante.ca/fr/item/507-la-recherche-en-sante-et-en-services-sociaux-aupres-des-populations-francophones-en-situation-minoritaire-au-canada_507)

Statistique Canada (2023). Key facts on the French language in British Columbia in 2021. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2023014-eng.htm>

Statistique Canada (2022). *Highest level of education by census year: Canada, provinces and territories, census metropolitan areas and census agglomerations* <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/en/tv.action?pid=9810038401&pickMembers%5B0%5D=1.133&pickMembers%5B1%5D=2.1&pickMembers%5B2%5D=4.1&pickMembers%5B3%5D=3.1> > le 5 juin 2025.

Statistique Canada (2021). Census Profile, 2021 Census of Population, *Profile Table*. British Columbia. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp->

pd/prof/details/page.cfm?LANG=E&GENDERlist=1,2,3&STATISTIClist=1,4&DGUIDlist=2021A000259&HEADERlist=9&SearchText=British%20Columbia

Statistique Canada (2021). Income Explorer, 2021 Census. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/dv-vd/income-revenu/index-en.html>

Subedi, R. P.; Rosenberg, M. W. (2014). Determinants of the variations in self-reported health status among recent and more established immigrants in Canada. *Social Science & Medicine*, vol. 115, August 2014, p. 103-110. Available on <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614003803>

Vincent et al (2023). Access to healthcare services and confidence in healthcare professionals' management of malaria: the views of Francophone sub-Saharan African Immigrants living in western Canada. *BMC Public Health*, 23:2456. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17266-3>