

Étude des besoins de santé des immigrants francophones de Sudbury

A large, stylized graphic of a green leaf or flower, composed of several overlapping shapes in shades of light green and teal. The text is overlaid on this graphic.

Rapport final

Juin 2014

Borama Sanou

Monique Beaudoin

Jean Nguabé

Lyse Lamothe

Table des matières

Liste des abréviations	4
Liste des tableaux	4
Liste des Figures	4
Remerciements.....	6
Synopsis de l'étude.....	7
Les principales recommandations.....	8
1. Contexte	10
2. Objectifs de l'étude	11
3. Méthodologie	11
4. Résultats	12
4.1. Caractéristiques de l'échantillon.....	12
4.2. Répartition par sexe	15
4.3. Age des répondants.....	16
4.4. Avoir des enfants.....	17
4.5. Nombre d'enfants	17
4.6. Age des enfants	18
4.7. Langues parlées à la maison.....	19
4.8. Auto-appréciation de la santé physique et mentale.....	20
4.9. Les principaux défis socio-économiques et sanitaires de la communauté immigrante	22
4.10. Les défis alimentaires	24
4.11. Les réseaux de soutien	25
4.12. Les enfants.....	27
4.13. Les besoins des immigrants.....	29
4.14. Les types de programmation souhaitée.....	32
4.15. Jours et heures et appropriées à ce type de formations.....	34
4.16. Obstacles	35
5. Commentaires et discussions	36
5.1. Difficultés.....	36
5.2. Appréciation de la santé.....	36

5.3.	Les principaux défis socio-économiques et sanitaires	39
5.4.	Les défis alimentaires	46
5.5.	Les problèmes de santé des enfants	47
5.6.	L'éducation et l'intégration des enfants	47
5.7.	Les besoins des immigrants.....	48
5.8.	Les jours et les heures les plus adaptées	49
5.9.	Les obstacles.....	50
6.	Recommandations.....	51
6.1.	Au CSCGS	51
7.	Conclusion	52
8.	Bibliographie.....	53
9.	Annexes	57



Liste des abréviations

CSCGS : Centre de Santé communautaire du grand Sudbury
 CIFS : Contact interculturel francophone de Sudbury
 ACFO : Association Canadienne-française de l'Ontario du grand Sudbury
 YMCA : Young Men's Christian Association
 AEF : Association des étudiantes et étudiants francophones
 SMFAA : Sudbury Multicultural and Folk Arts Association

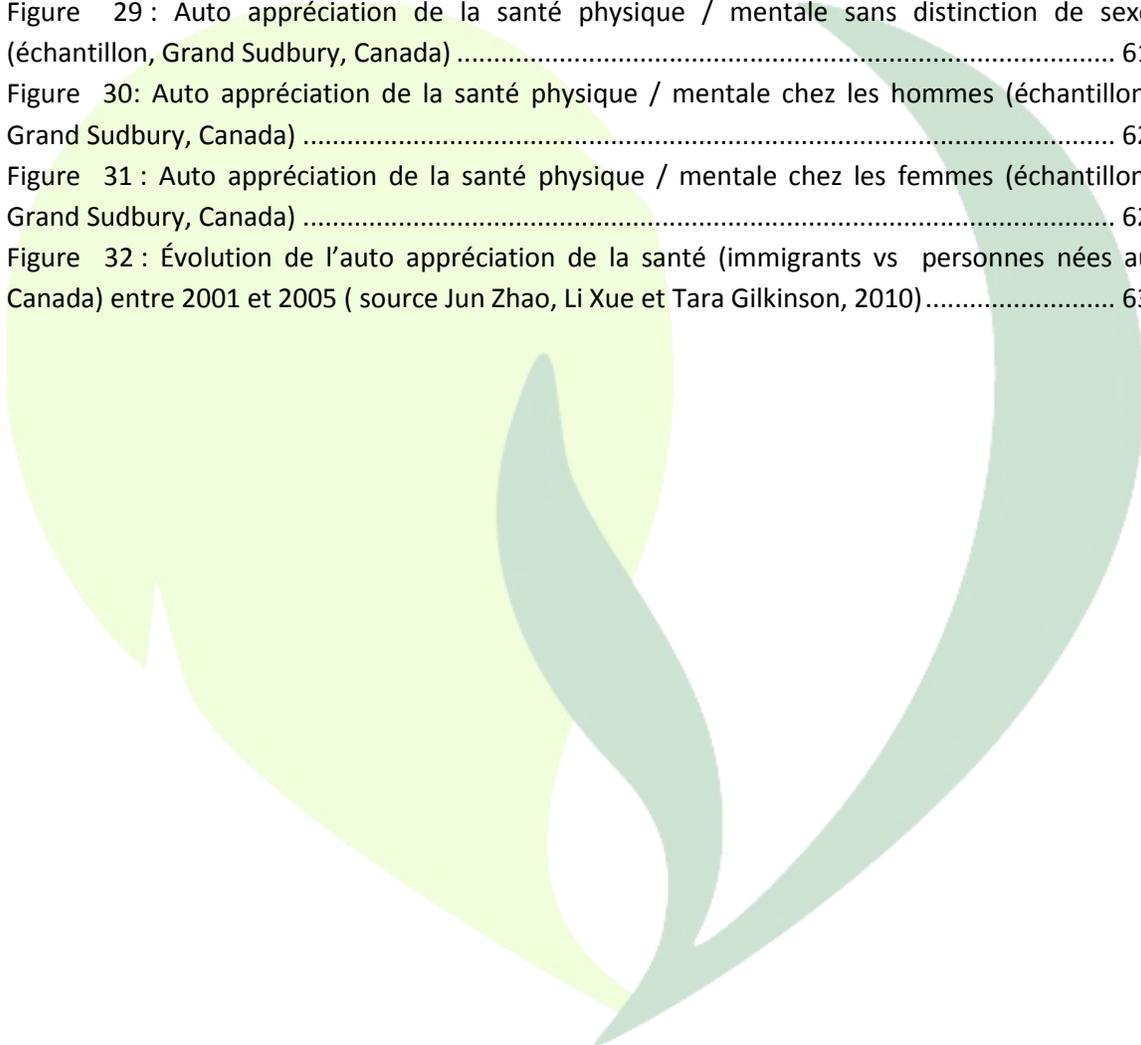
Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des répondants des hommes et des femmes selon qu'ils ont un enfant ou non.....	17
Tableau II: Appréciation de la santé physique selon le sexe.....	20
Tableau III : Appréciation de la santé mentale selon le sexe.....	22
Tableau IV : Auto appréciation de la santé physique et de la santé mentale N=65.....	58

Liste des Figures

Figure 1 : Localisation des répondants.....	14
Figure 2 : Répartition des répondants selon le sexe N=66.....	15
Figure 3 : Répartition des répondants par tranche d'âge N=66.....	16
Figure 4 : Répartition des répondants selon le nombre d'enfants N=25.....	17
Figure 5: Répartition par tranche d'âge des enfants.....	18
Figure 6 : Répartition des répondants selon la langue parlée à la maison N=47.....	19
Figure N7 : Auto appréciation de la santé physique N=65.....	20
Figure N 8: Auto appréciation de la santé mentale N=65.....	21
Figure 9 : Principaux défis socio-économique et sanitaire de la communauté immigrante N=70	23
Figure 10 : Principaux défis alimentaires de la communauté immigrante N=65.....	24
Figure 11: connaissance des réseaux de soutien de la communauté immigrante N=63.....	25
Figure 12 Principaux réseaux connus N=65.....	26
Figure 13: Répartition par tranche d'âge des enfants N=24.....	27
Figure 14 : Les problèmes de santé les plus importants des enfants N=38.....	28
Figure 15: comment est-ce que le CSCGS peut aider à desservir cette population ? N=69.....	31
Figure 16. Proportion des immigrants pensant qu'il existe un besoin de réseaux de soutien formels ou informels N=61.....	32
Figure 17: Types de programmations souhaitées N=68.....	33
Figure 18: Jours et heures souhaités N=60.....	34
Figure 19: les obstacles rencontrés N=71.....	35
Figure 20 : Tranches d'âge selon le sexe.....	57
Figure 21 : Proportion des répondants ayant au moins un enfant selon le sexe (N=64).....	57
Figure 22 : Auto appréciation de la santé physique et de la santé mentale N=65.....	58
Figure 23 : Auto appréciation de la santé physique et de la santé mentale selon le sexe.....	58

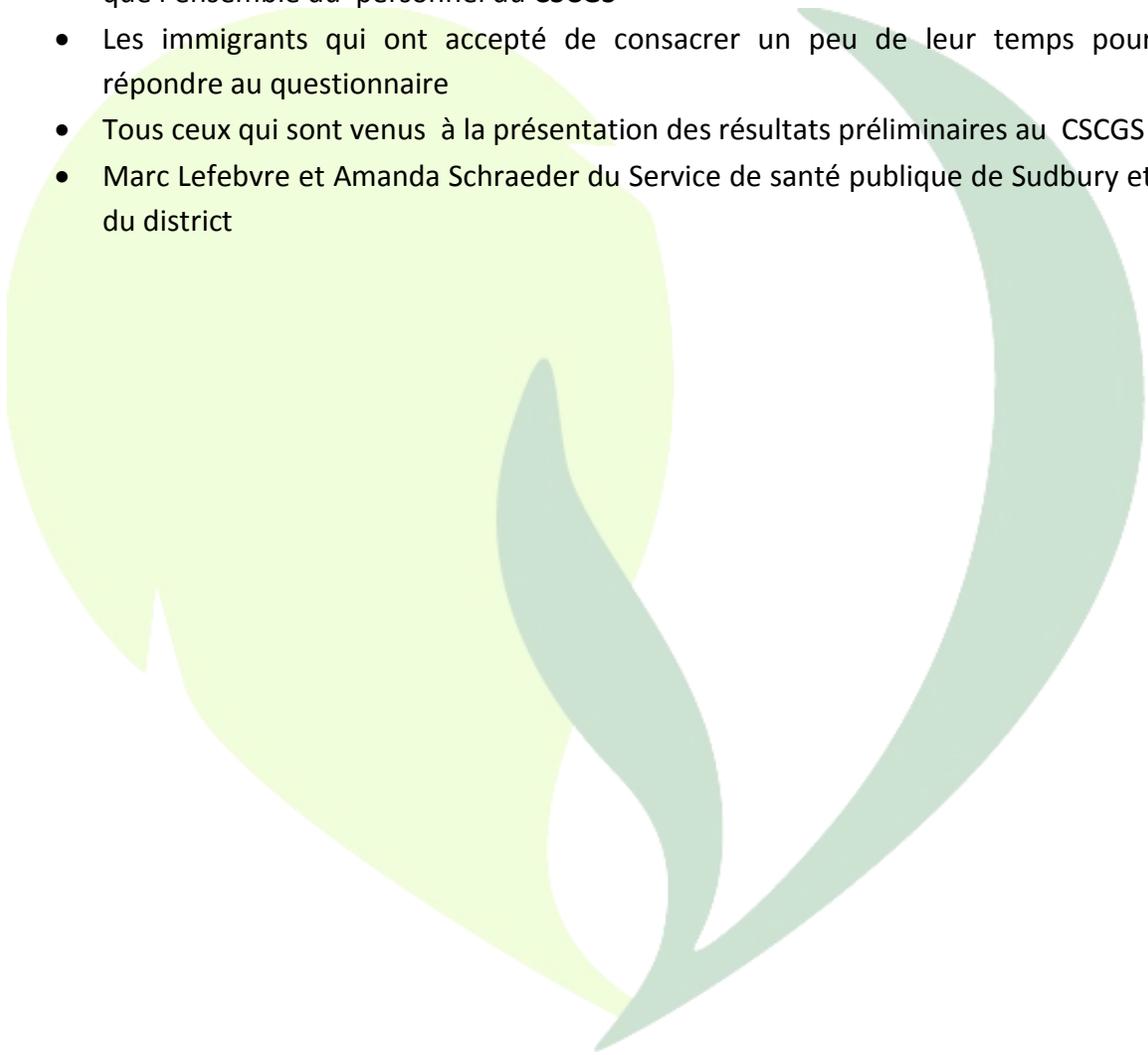
Figure 24 : Appréciation de la santé mentale selon le sexe N-65	59
Figure 25 : Appréciation de la santé physique selon le sexe N=65	59
Figure 26 : Auto appréciation de la santé physique / mentale selon le sexe dans l'échantillon 2014.....	60
Figure 27 : Auto appréciation de la santé physique / mentale selon le sexe dans la ville du grand Sudbury (Statistiques Canada 2013)	60
Figure 28 : Auto appréciation de la santé physique / mentale selon le sexe au Canada (Statistiques Canada 2013).....	61
Figure 29 : Auto appréciation de la santé physique / mentale sans distinction de sexe (échantillon, Grand Sudbury, Canada)	61
Figure 30: Auto appréciation de la santé physique / mentale chez les hommes (échantillon, Grand Sudbury, Canada)	62
Figure 31 : Auto appréciation de la santé physique / mentale chez les femmes (échantillon, Grand Sudbury, Canada)	62
Figure 32 : Évolution de l'auto appréciation de la santé (immigrants vs personnes nées au Canada) entre 2001 et 2005 (source Jun Zhao, Li Xue et Tara Gilkinson, 2010).....	63



Remerciements

Ce rapport est le fruit du travail de plusieurs personnes. Nous remercions :

- Denis Constantineau, Guylaine Trudel, Monique Beaudoin, Lyse Lamothe ainsi que l'ensemble du personnel du CSCGS
- Les immigrants qui ont accepté de consacrer un peu de leur temps pour répondre au questionnaire
- Tous ceux qui sont venus à la présentation des résultats préliminaires au CSCGS
- Marc Lefebvre et Amanda Schraeder du Service de santé publique de Sudbury et du district



Synopsis de l'étude

Dans le but d'identifier les besoins de santé des immigrants francophones à Sudbury, une étude a été menée de novembre 2013 à avril 2014 auprès des organismes d'accueil, les doyens de la communauté et auprès d'un échantillon d'immigrants dans la ville du Grand Sudbury. Les résultats ont été présentés à des représentants de la communauté immigrante et la présentation a été suivie de débats et de recommandations qui ont été incorporés dans le rapport final.

Au total, 72 répondants, presque autant d'hommes que de femmes, majoritairement entre 20 et 50 ans ont été rencontrés. 81,5 % de l'échantillon (hommes + femmes) apprécie favorablement leur état de santé physique et 93,8% apprécie favorablement leur état de santé mentale. Comme à l'échelle nationale, on note une différence entre hommes et femmes en faveur des hommes aussi bien sur la santé mentale que physique. L'étude tend à corroborer ce qu'on appelle généralement l'effet de l'immigrant en bonne santé, ceci pour plusieurs raisons.

Compte tenu du caractère multifactoriel de la santé, les défis que rencontrent les immigrants sont à l'image des déterminants sociaux de la santé, et les défis les plus récurrents sont l'emploi et le revenu.

Les besoins ne sont pas extraordinairement différents de l'offre disponible et laissent supposer le manque de connaissance des services disponibles, et la nécessité de faire des développements au niveau des services pour mieux répondre aux besoins.

La recherche de médecin de famille, les services en français, la sensibilisation sur les maladies prévalentes, l'exercice physique, sont des besoins pour lesquels le CSCGS a l'offre disponible.

Pour combler cet hiatus, il faudra un processus d'information pour faire la promotion du CSCGS et toute une série d'adaptation sur les horaires et y compris des services culturellement adaptés pour que les immigrants francophones puissent pleinement

bénéficier de l'avantage qu'offre l'existence du CSCGS dans un milieu majoritairement anglophone.

Les principales recommandations au CSCGS

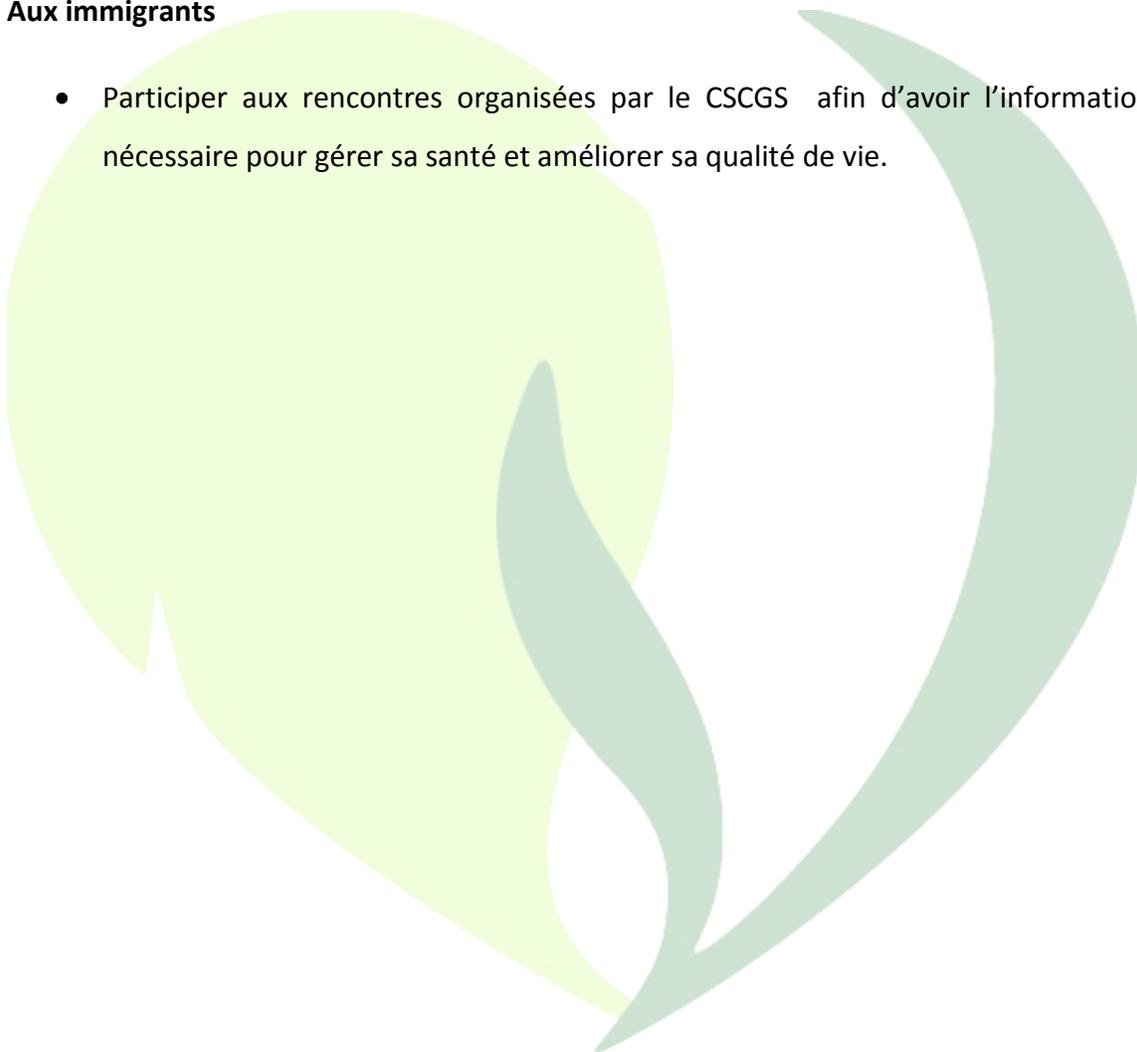
- S'engager à des rencontres régulières avec les organismes d'accueil (CIFS, YMCA, Réseau, etc), les écoles de formations afin d'éviter le dédoublement de services et de créer des occasions de collaboration stratégique qui aident à faciliter l'intégration des immigrants.
- Travailler en collaboration avec les organismes d'accueil pour se faire connaître auprès des immigrants francophones (affiches, espaces publicitaires, etc.)
- En collaboration avec les organismes d'accueil, assurer le développement d'une seule trousse d'accueil qui renseigne les nouveaux immigrants sur les tous services en français dans la communauté.
- Éduquer la population immigrante francophone sur leurs droits aux services de santé en français, sur le système de santé de l'Ontario (par exemple le Régime Assurance-santé de l'Ontario nous donne droit à quoi), et sur le rôle des infirmières praticiennes dans les soins de santé primaires
- Documenter le travail du CSCGS en matière de programmation communautaire à l'intention des immigrants du début des années 2000.
- Adapter les horaires d'ouverture et de fermeture du CSCGS pour ceux qui seraient inscrits dans les programmes.
- Devenir un centre où les bénévoles et les étudiants de la communauté immigrante francophone puissent venir faire des stages ou du bénévolat et ainsi, acquérir de l'expérience de travail.
- Élaborer des programmes de sensibilisation et d'éducation à la santé alimentaire pour les nouveaux arrivants.
- Offrir des services culturellement adaptés et dans la mesure du possible, recruter le personnel nécessaire qui représente la diversité immigrante.

Aux agences communautaires

- Étant donné que l'accès à l'emploi est le facteur le plus important qui retient les immigrants, il est nécessaire de mettre en place des initiatives novatrices et des partenariats pour faciliter l'accès au marché du travail

Aux immigrants

- Participer aux rencontres organisées par le CSCGS afin d'avoir l'information nécessaire pour gérer sa santé et améliorer sa qualité de vie.



1. Contexte

Le Centre de santé communautaire du Grand Sudbury (CSCGS) a été créé en 1989 pour pallier au manque de services de santé en français à Sudbury. Le Centre vise l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de la population francophone du Nord de l'Ontario. Il dessert les personnes, les familles et les communautés francophones du Grand Sudbury et du Nord. Le CSCGS offre des soins de santé primaires, des activités de promotion de la santé et de développement communautaire afin que la population francophone puisse atteindre un niveau optimal de bien-être physique, mental, économique, social, culturel et spirituel (site du CSCGS). La Ville du Grand Sudbury compte 158 260 habitants dont 9775 immigrants (Statistique Canada, 2013). Il y a 445 immigrants qui sont originaires d'Afrique (Statistique Canada, 2013). Les francophones sont minoritaires. Lors de la planification de 2012-2015 du Conseil d'administration du Centre de santé, la communauté immigrante francophone du Grand Sudbury a été identifiée comme étant prioritaire, parce qu'elle a des besoins de santé particuliers, qui ne sont pas nécessairement reconnus par le milieu de santé sudburois. En effet, la Ville du Grand Sudbury accueille de plus en plus des immigrants francophones qui viennent s'y établir pour étudier, travailler ou pour des raisons de famille.

Ces immigrants francophones vivent une situation sociale particulière caractérisée par un contexte social, culturel et économique très différent de celui dans lequel ils ont toujours vécu avant de venir au Canada. De plus ils ont le défi supplémentaire de la barrière linguistique. Des études canadiennes s'accordent sur « l'effet de l'immigrant en santé » (Ilene, 2010, Ali 2002) ainsi que de la place importante de la langue et de la communication entre le soignant et le malade (Hien, 2013). Les besoins de santé des immigrants francophones ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux des Canadiens ayant toujours vécus ici, car il est connu que la culture et la santé sont intimement liées. Il est donc important de savoir bien répondre aux besoins spécifiques de santé de cette communauté. Dans le but de

concevoir une série de programmes et initiatives qui répondent aux besoins de santé des immigrants francophones à Sudbury, le CSCGS a entrepris cette recherche afin de recueillir le plus d'informations possibles pour mener à bien cette initiative communautaire. Le présent rapport fait état des résultats de cette étude.

2. Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif général l'étude de besoins des immigrants francophones du Grand Sudbury. Plus spécifiquement il s'agit de :

1. Déterminer l'auto-appréciation de la santé globale des immigrants francophones sur le territoire du CSCGS ;
2. Déterminer les principaux défis socio-économiques et sanitaires de la communauté immigrante;
3. Déterminer les besoins de santé de la population immigrante francophone.

3. Méthodologie

C'est une étude quantitative descriptive qui s'est déroulée en plusieurs étapes. Dans un premier temps des organismes communautaires de la ville de Sudbury ont été approchés. Dans ces organismes, des personnes ressources ont été contactées pour avoir une idée du profil des immigrants qu'elles reçoivent, notamment la provenance, les tranches d'âge, les professions, les problèmes pour lesquels les immigrants sont reçus, les défis de la communauté francophone, les réseaux de soutien formels ou informels, la manière dont le centre de santé pourrait les aider, les types de programmes qui pourraient mieux répondre à leurs besoins, les heures et les journées de la semaine appropriées pour faire des formations avec eux. Du 15 février au 30 avril 2014, la seconde étape a concerné les immigrants francophones sans distinction de pays d'origine. Un questionnaire anonyme a été établi pour recueillir les données. La participation était libre après une explication des buts de l'étude. Dans cette étude les immigrants sont des personnes qui résident au Canada avec l'accord du gouvernement mais qui sont nées à l'extérieur de parents non canadiens. Le francophone est une personne dont la langue maternelle est le

français, ou qui utilise cette langue à la maison. Le francophone est aussi une personne qui a une connaissance particulière du français comme langue officielle et pour qui le français est la langue d'intégration (Trillium, 2009). N'ayant aucune idée exacte du nombre d'immigrants francophones dans la ville du Grand Sudbury, ni de leur lieu d'habitation, nous avons alors combiné plusieurs stratégies pour les atteindre : nos propres connaissances et leurs relations (effet boule de neige), des répondants rencontrés à la gare d'autobus de la ville, dans les magasins, à l'Université Laurentienne, au Collège Boréal. Pour ceux que nous avons rencontrés, le questionnaire a été administré et la fiche remplie directement sur place lors de l'entrevue, ou laissée avec le répondant pour remplir et renvoyer par la poste. Nous avons aussi utilisé les courriels pour envoyer le questionnaire, procédé à des entrevues par téléphone. Enfin nous avons complété par un questionnaire en ligne. Les résultats ont été analysés avec le logiciel Survey Monkey.

Nous avons recueillis aussi des informations dans les archives du CSCGS, en plus nous avons consulté les sites web de Statistiques Canada, de la Ville du grand Sudbury, et du CSCGS. Le questionnaire a été administré après approbation du CSCGS.

Les résultats ont été présentés au Centre de santé communautaire du Grand Sudbury, à un groupe constitué d'organismes d'accueil (le Contact interculturel francophone de Sudbury (CIFS), le YMCA, le Réseau du nord), d'immigrants et de personnes ressources de cette communauté immigrante. Leurs suggestions ont été prises en compte dans le présent rapport.

4. Résultats

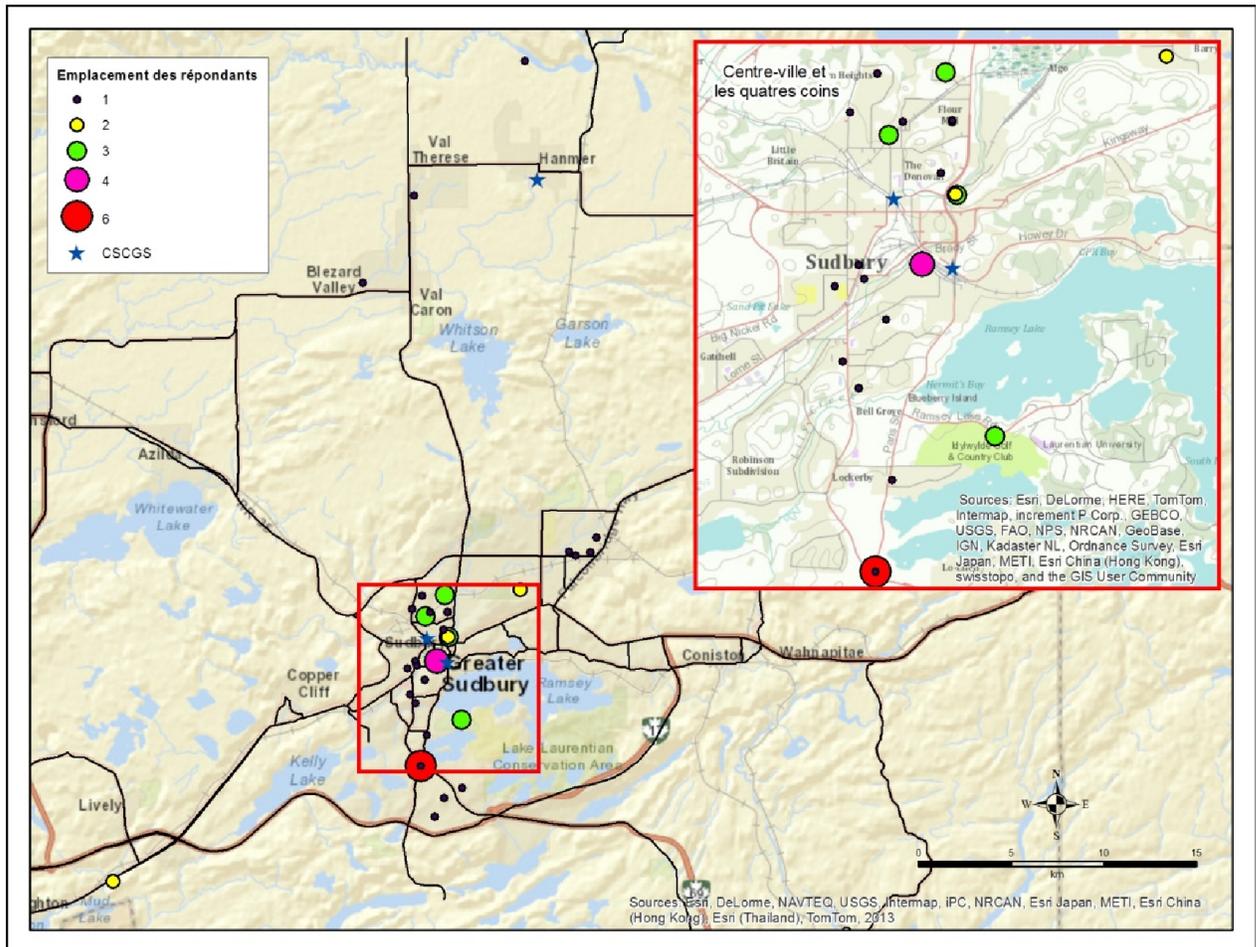
4.1. Caractéristiques de l'échantillon.

Les organismes rencontrés sont : le YMCA, le Centre de formation et de perfectionnement du grand Sudbury, le Contact interculturel francophone de Sudbury, le Sudbury Multicultural and Folk Arts Association (SMFAA), l'Association Canadienne-française de l'Ontario du grand Sudbury (ACFO) et

Carrefour francophone de Sudbury. La population immigrante francophone que rencontrent ces structures est en grande partie d'origine africaine. Le nombre n'est pas précis parce qu'on ne maîtrise pas les arrivées et les départs de la ville. Diverses couches sociales sont représentées et les tranches d'âges sont variables. La population immigrante que reçoivent ces institutions est constituée essentiellement d'étudiants, d'enseignants, de professeurs d'université, de professionnels, de sans-emplois, et de familles. Ils proviennent de l'intérieure du Canada, souvent Québec ou Toronto. Les francophones proviennent de partout dans le monde, mais ici ce sont essentiellement des Africains en provenance de la République Démocratique du Congo, Congo Brazzaville, Burundi, Rwanda, Tchad, Cameroun, Togo, Benin, Sénégal, Burkina Faso, Haïti, Mali, Sénégal, Togo, Guinée, Maroc, Algérie, Tunisie, Niger. Il y a aussi des francophones en provenance d'Europe. Sur le plan religieux, il y a des chrétiens comme des musulmans.

Du côté des immigrants, 72 personnes ont été rencontrées, la majorité de nos répondants étaient originaires d'Afrique et habitaient la Ville du Grand Sudbury comme indique la Figure 1.

Figure 1 : Localisation des répondants



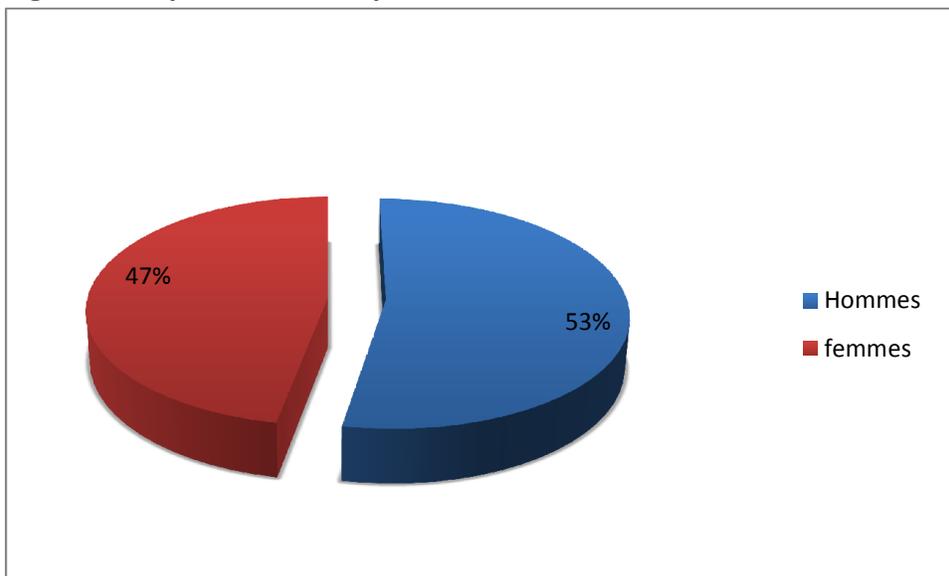
Presque tous nos répondants habitent dans la ville du Grand Sudbury

Nous avons obtenu 72 répondants en tout. Mais en réalité ce dénominateur connaîtra des variations au cours de nos calculs car certains de nos enquêtés n'ont pas répondu à l'ensemble des questions.

4.2. Répartition par sexe

Le sexe était précisé pour 66 personnes dont 35 hommes (53%) et 31 femmes (47%) comme indique dans la figure 2

Figure 2 : Répartition des répondants selon le sexe N=66

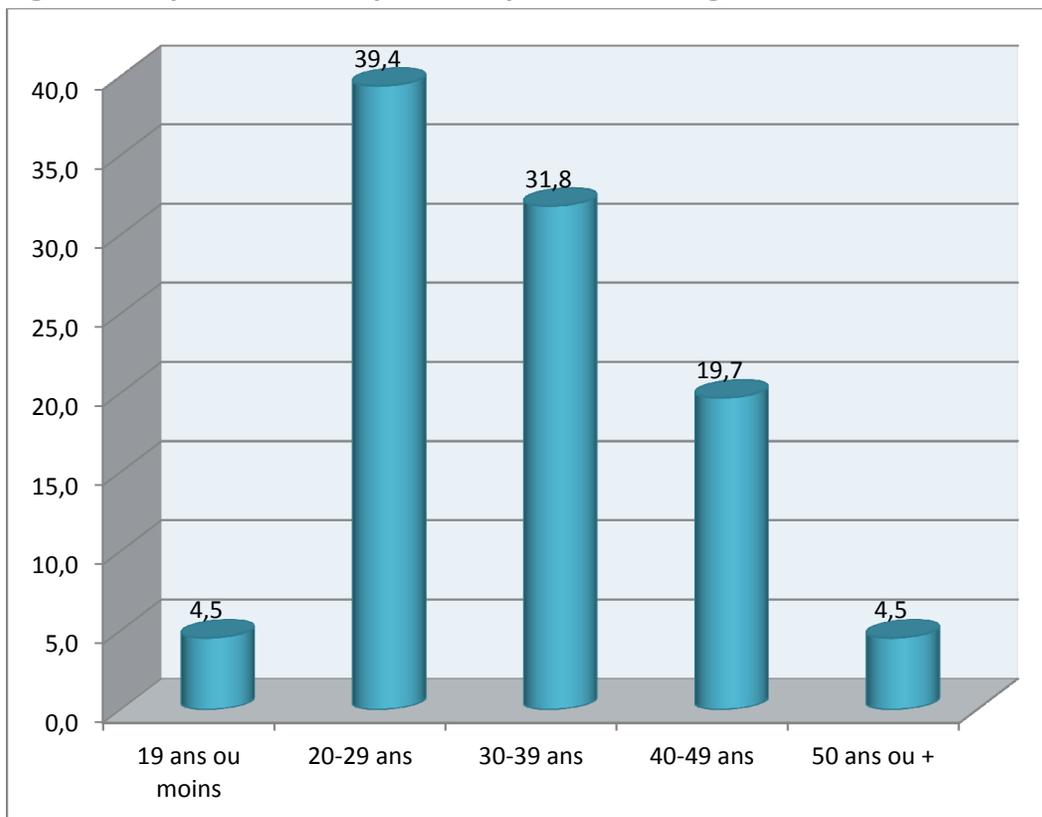


Dans notre échantillon, il y avait plus d'hommes que de femmes

4.3. Age des répondants

La répartition par tranche d'âge pour les 66 personnes dont l'âge était précisé est indiquée selon la Figure 3.

Figure 3 : Répartition des répondants par tranche d'âge N=66



Plus de 90% de nos répondants ont entre 20 et 50 ans. Les moins de 20 ans et les plus de 50 ans représentaient 10% de l'échantillon

4.4. Avoir des enfants

Sur 64 personnes ayant répondu à la question concernant les enfants, 25 (soit 39,1%) ont mentionné avoir des enfants et 39 (soit 60,9 %) ont affirmé ne pas avoir d'enfants. Dans notre échantillon la proportion des femmes ayant des enfants est plus élevée que celle des hommes comme indiquée dans le tableau I

Tableau I: Répartition des répondants des hommes et des femmes selon qu'ils ont un enfant ou non

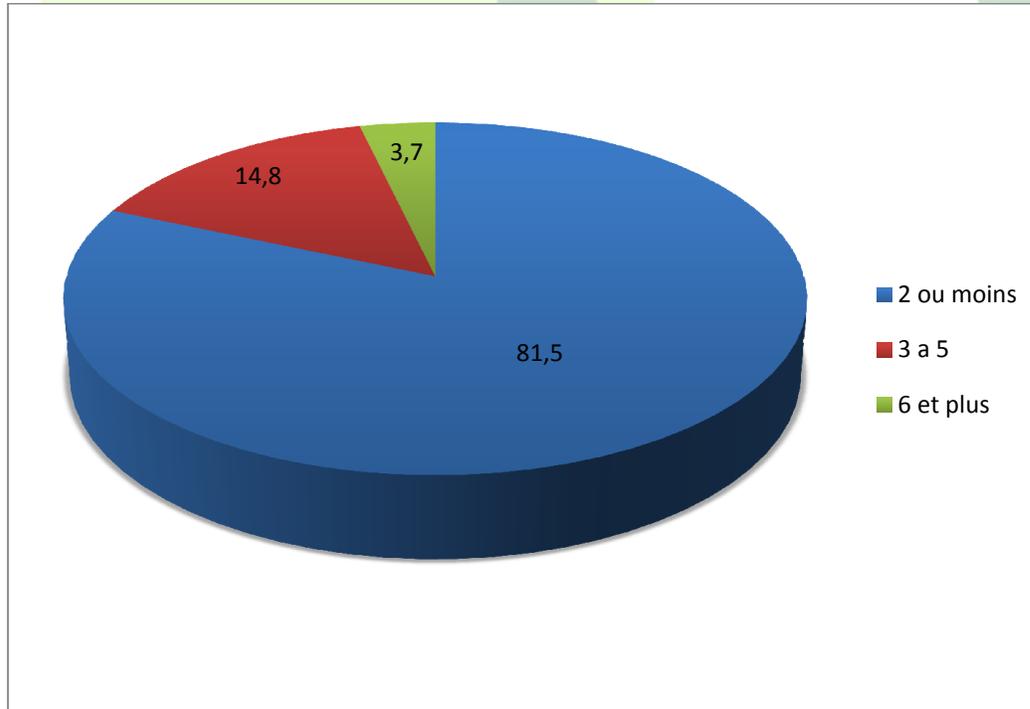
	Avez-vous des enfants?		Total
	Oui (%)	Non	
Femmes	14 (46,7)	16 (53,3)	30 (100)
Hommes	11 (32,3)	23 (67,7)	34 (100)
Total	25	39	64

Près de la moitié des femmes et près du tiers des hommes que nous avons rencontrés ont affirmé avoir au moins un enfant.

4.5. Nombre d'enfants

Le nombre d'enfants était variable comme indiqué dans la Figure 4

Figure 4 : Répartition des répondants selon le nombre d'enfants N=25

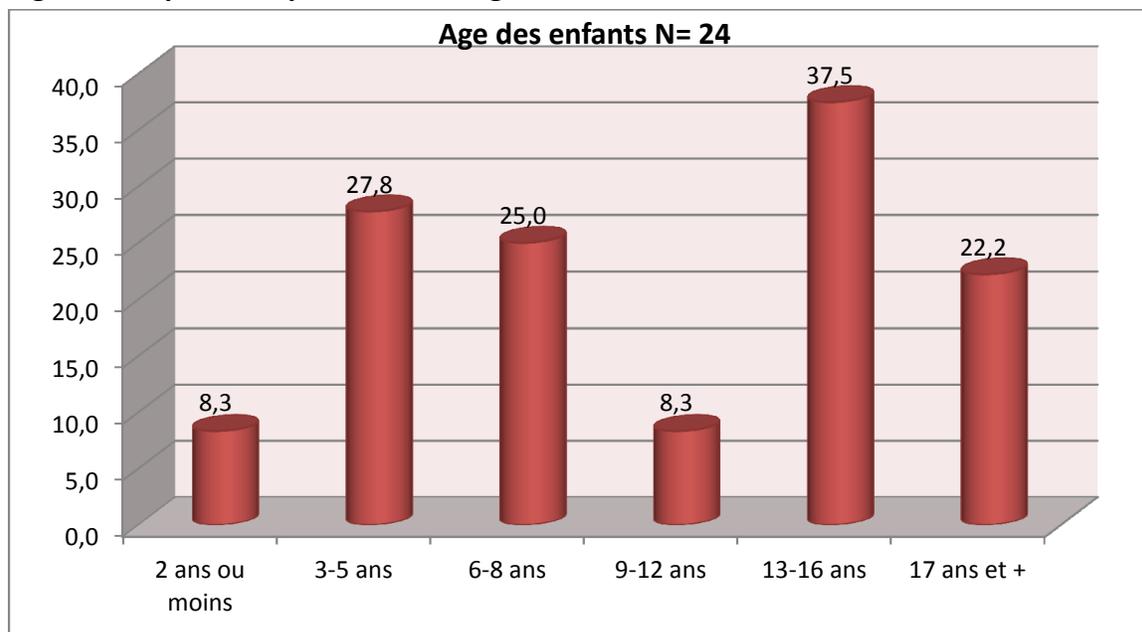


Plus de $\frac{3}{4}$ de ceux qui ont des enfants en ont moins de 3 et moins de 5% en ont plus de 5.

4.6. Age des enfants

L'âge des enfants de notre échantillon se repartit selon la Figure N5.

Figure 5: Répartition par tranche d'âge des enfants

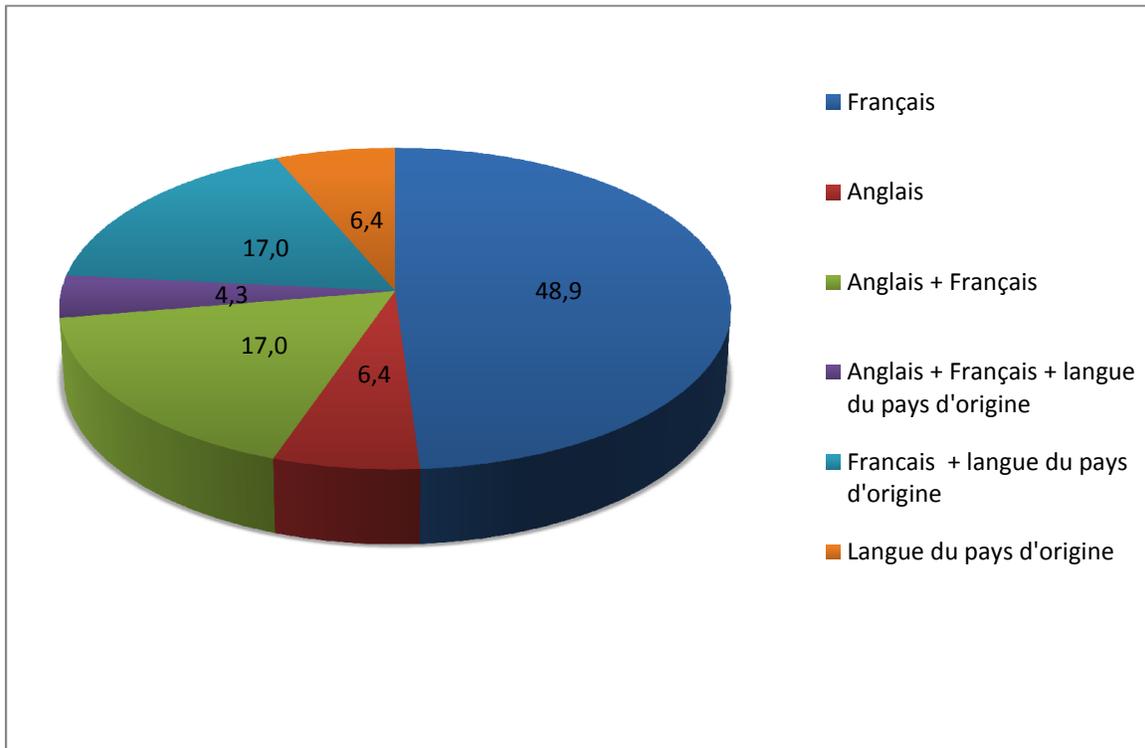


L'âge des enfants mentionné par les répondants est très variable

4.7. Langues parlées à la maison

47 personnes ont précisé quelle était leur langue de communication à la maison comme indiquées dans la figure 6.

Figure 6 : Répartition des répondants selon la langue parlée à la maison N=47

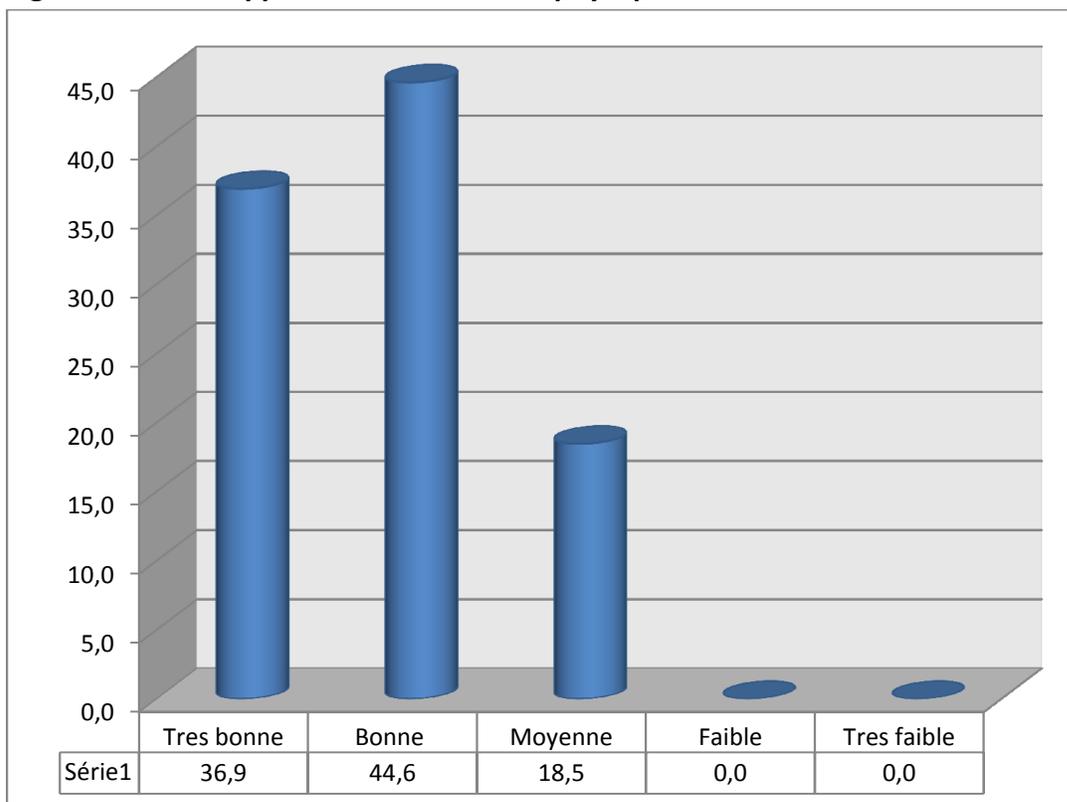


Le français est la principale langue de communication à la maison. Elle n'est cependant pas la seule. Il y a aussi l'anglais et les langues des pays d'origine.

4.8. Auto-appréciation de la santé physique et mentale

Les participants ont été amenés à évaluer leur état de santé ainsi que celle de leur famille. La Figure N 7 illustre comment les répondants ont apprécié leur état de santé.

Figure N7 : Auto-appréciation de la santé physique N=65



Dans l'échantillon 81,5% des répondants perçoivent une bonne santé physique pour eux et leur famille. Nous avons séparé les hommes des femmes dans l'appréciation de la santé physique comme indiqué dans le Tableau II.

Tableau II: Appréciation de la santé physique selon le sexe

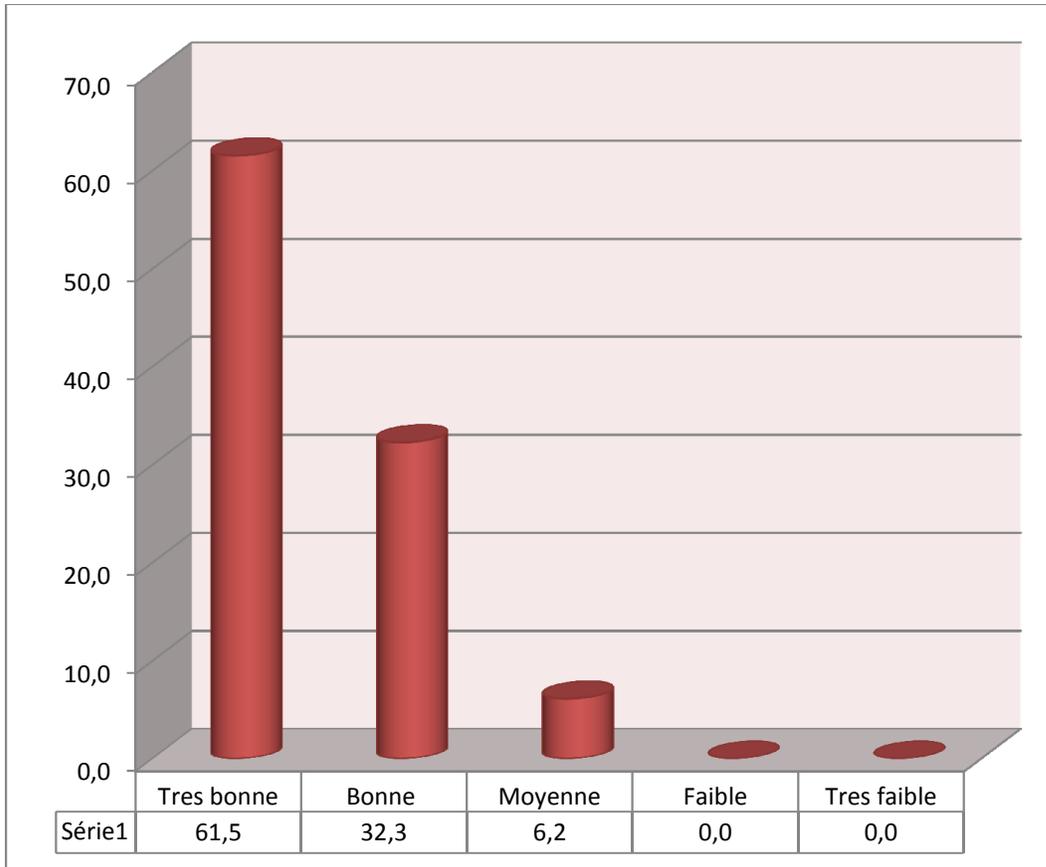
Appréciation de la santé physique						
Sexe	Très bonne	Bonne	Moyenne	Faible	Très faible	Total
Homme	16 (47,1)	15 (44,1)	3 (8,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	34
Femme	8 (25,8)	14 (45,2)	9 (29,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	31
Total	24	29	12	0	0	65

71% des femmes et 91% des hommes se déclarent en bon état de santé physique.

4.8.1. Appréciation de la santé mentale

Les participants ont été amenés à évaluer leur état de santé mentale ainsi que celle de leur famille. La Figure 8 montre comment les répondants ont apprécié cet état de santé.

Figure N 8: Auto appréciation de la santé mentale N=65



La santé mentale est bonne ou très bonne pour 93,8 % des répondants

Ici aussi, nous avons séparé les hommes des femmes dans l'appréciation de la santé psychique comme indiqué dans le tableau III

Tableau III : Appréciation de la santé mentale selon le sexe

Appréciation de la santé mentale						
	Très bonne (%)	Bonne(%)	Moyenne (%)	Faible (%)	Très faible (%)	Total
Homme	24 (70,6)	9 (26,5)	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	34
Femme	16 (51,6)	12 (38,7%)	3 (9,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	31
Total	40	21	4	0	0	65

Le tableau III montre que dans notre échantillon 90% des femmes et 97 % des hommes se déclarent en bonne état de santé mentale.

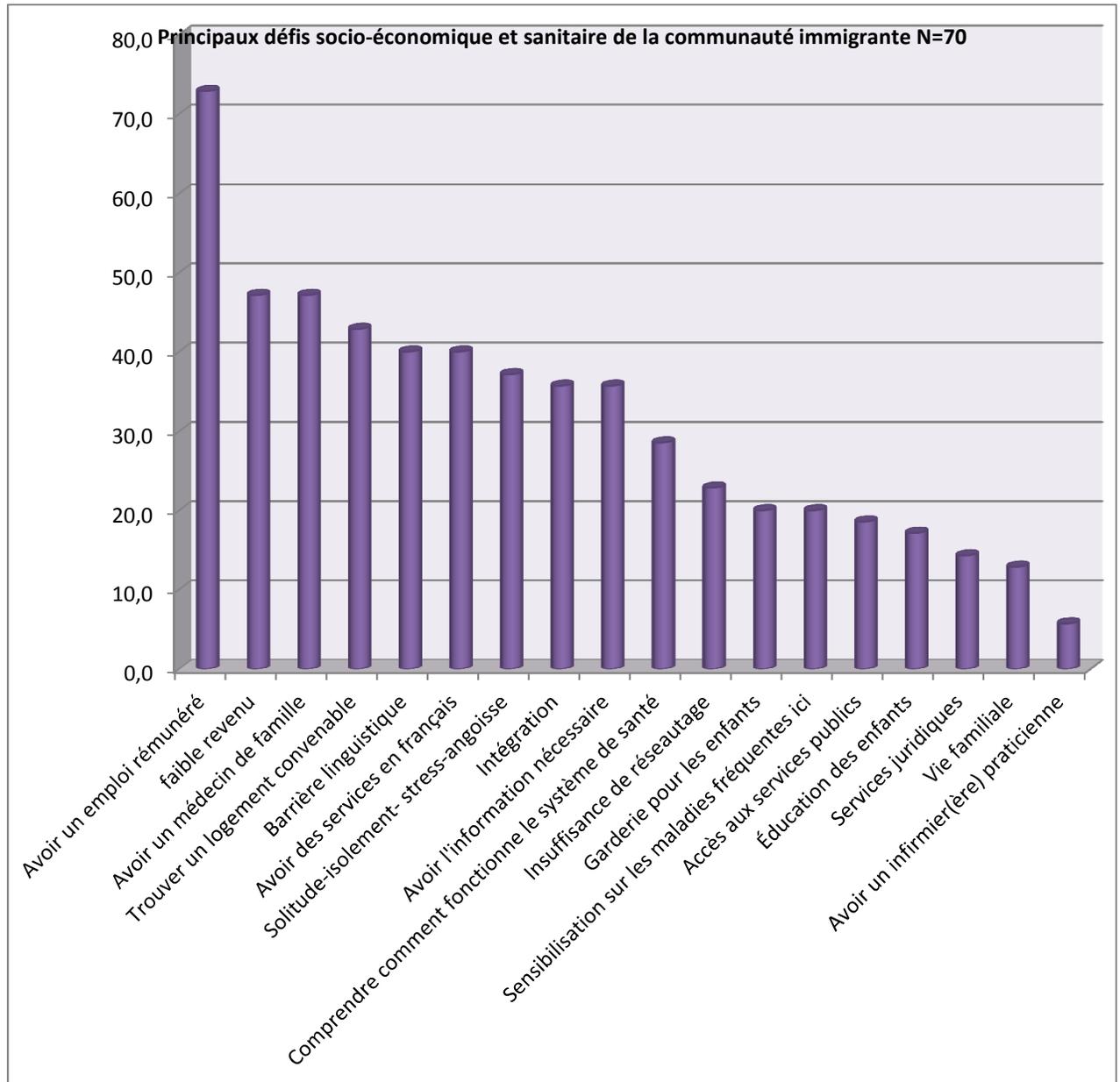
4.9. Les principaux défis socio-économiques et sanitaires de la communauté immigrante

Les défis sont les obstacles ou les difficultés qu'il faut franchir pour atteindre un objectif. Pour l'immigrant qui se retrouve hors et loin de son pays d'origine il y a plusieurs obstacles qu'il faut surmonter pour réaliser le rêve pour lequel il a immigré au Canada.

Selon les organismes, les défis de la communauté immigrante francophone sont multiples et sont représentés essentiellement par l'accès à l'emploi et la faiblesse du revenu, la méconnaissance du système de santé ainsi que le fait que certains immigrants ne connaissent pas l'existence du CSCGS. Beaucoup d'immigrants n'ont pas de médecins de famille. Il existe des difficultés de liées à l'intégration et à l'adaptation, l'accès à l'information, l'insuffisance de réseautage, les garderies pour les enfants. Il y a aussi le défi médical pour traiter certaines affections spécifiques aux immigrants, de même que l'insuffisance de sensibilisation sur les maladies fréquentes au Canada ici telles que le diabète et l'hypertension artérielle.

Les immigrants, dans le même sens également, ont relevé plusieurs défis indiqués la figure N9

Figure 9 : Principaux défis socio-économique et sanitaire de la communauté immigrante N=70



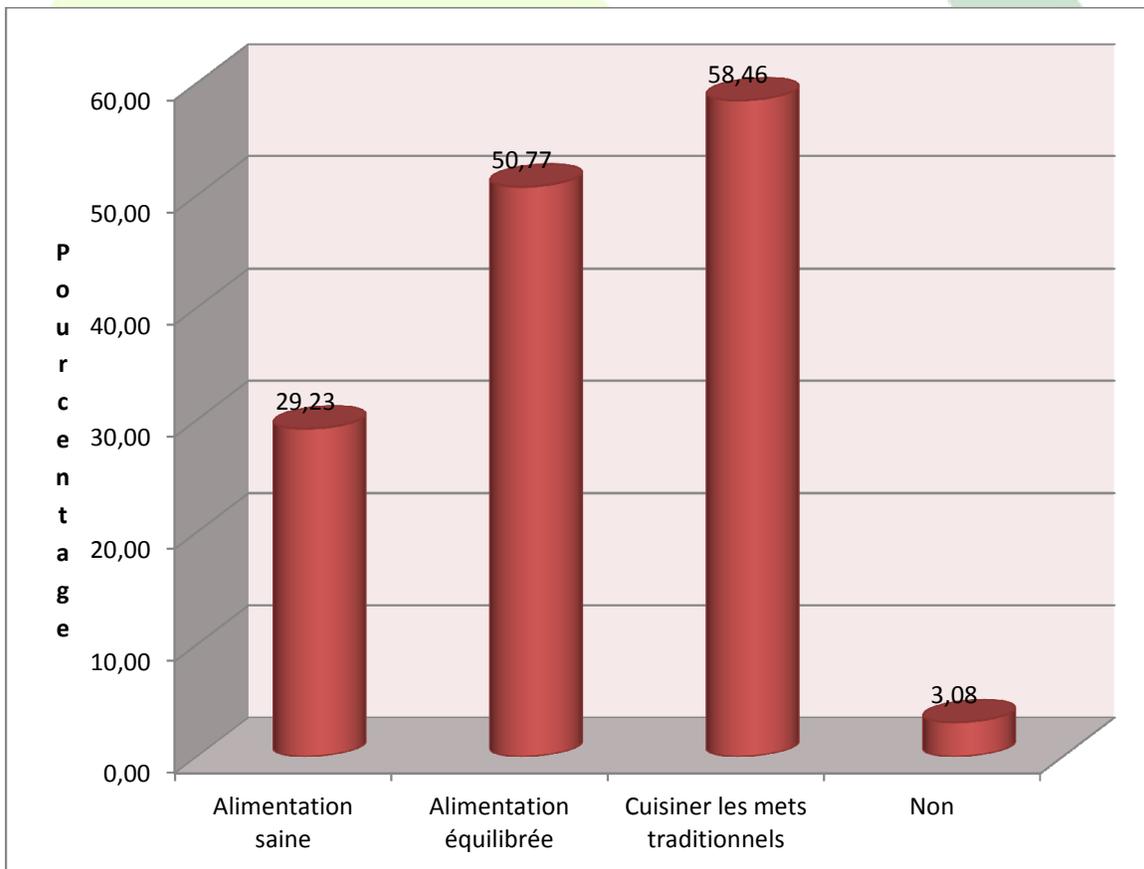
L'emploi constitue le défi le plus important. En effet près de $\frac{3}{4}$ des répondants (72,86%) ont mentionné qu'avoir un emploi rémunéré faisait partie des défis des immigrants francophones à Sudbury. Le faible revenu et l'accès à un médecin de famille suivent à proportion égale 47,14%. Puis viennent dans un ordre décroissant le logement, la barrière linguistique, les services en français, l'isolement, l'intégration et l'obtention de l'information par plus de $\frac{1}{3}$ des répondants. La compréhension du système de santé,

le réseautage, la garderie pour les enfants, la sensibilisation sont cités par plus de 20% des répondants. L'accès aux services publics, l'éducation des enfants et les services juridiques, la vie familiale et l'accès à un infirmier ou une infirmière praticienne sont les moins cités dans moins de 20 % de la population.

4.10. Les défis alimentaires

L'alimentation est un phénomène socioculturel qui a des implications dans la santé des individus. Dans notre échantillon, les défis alimentaires sont indiqués dans la figure N 10

Figure 10 : Principaux défis alimentaires de la communauté immigrante N=65



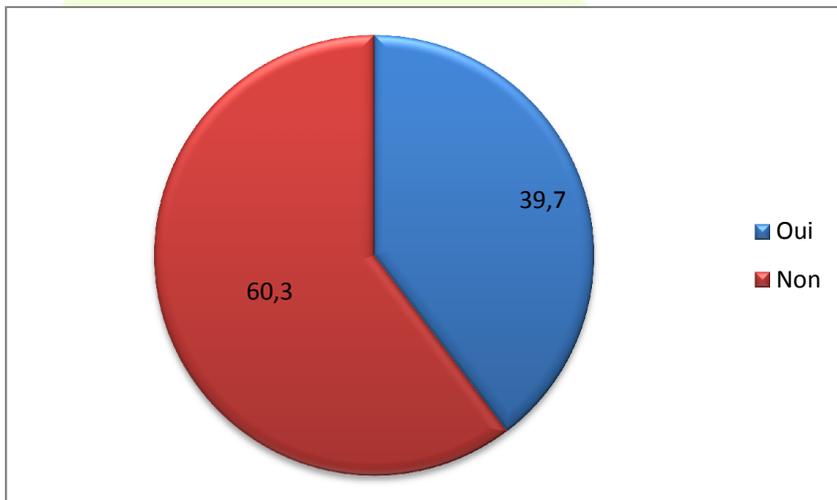
Cuisiner les mets traditionnels et l'alimentation équilibrée constituent les principaux défis auxquels sont confrontés les immigrants francophones de l'échantillon.

4.11. Les réseaux de soutien

Les organismes reconnaissent qu'il existe des réseaux de soutiens formels comme le CIFS, le SMFAA, le CSCGS, le Centre Victoria pour femmes, l'Afro Héritage Association, etc. Bien sûr à côté il existe des réseaux informels tissés par les membres de la communauté immigrante.

La Figure 11 indique quelles sont les proportions des répondants qui connaissent ou qui ne connaissent pas l'existence de réseaux de soutien.

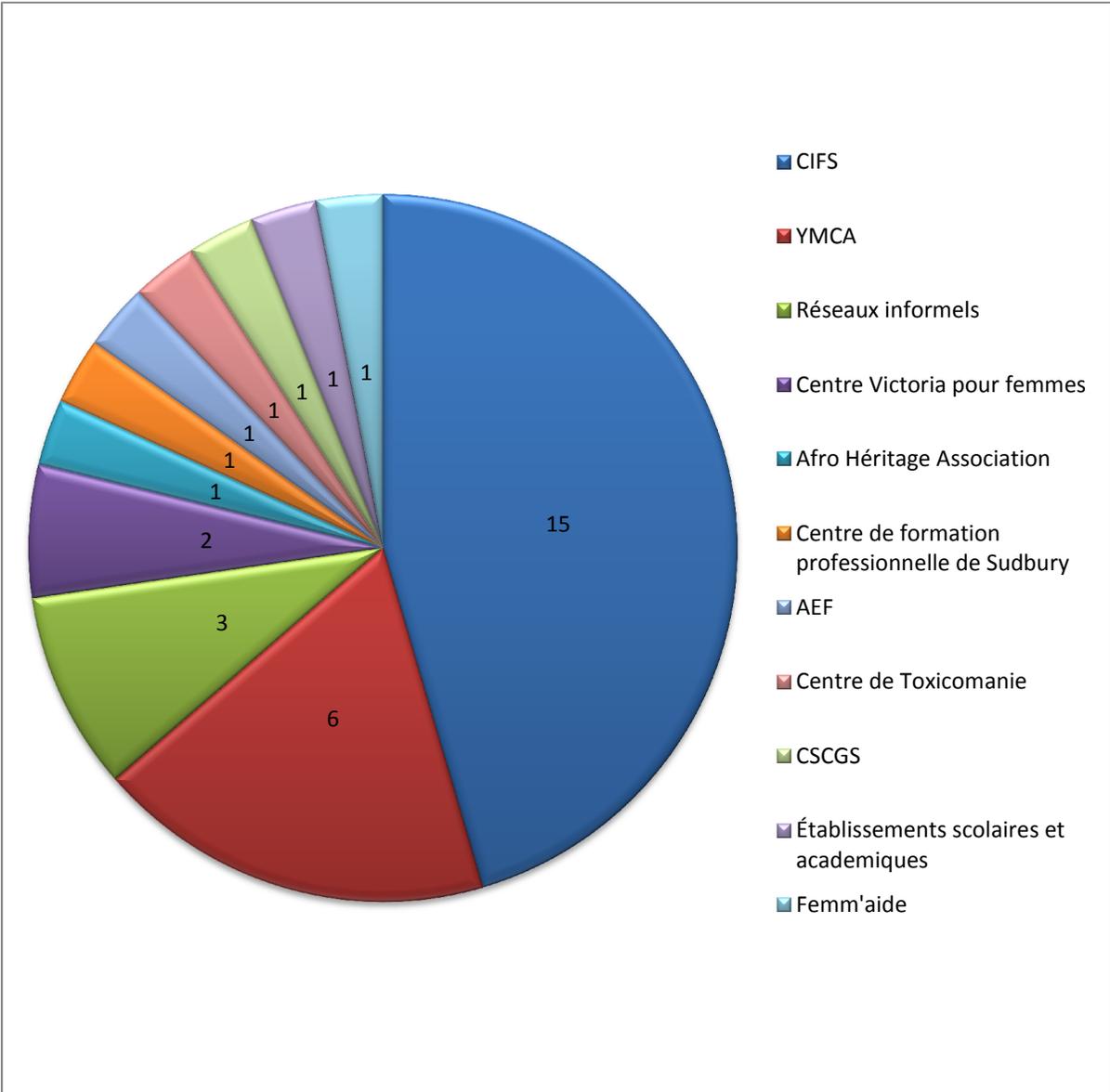
Figure 11: Connaissance des réseaux de soutien de la communauté immigrante N=63



Dans notre échantillon, près de 2 personnes sur 5 affirment connaître l'existence de réseaux de soutien.

Il existe plusieurs réseaux connus des immigrants comme le montre la Figure 12.

Figure 12 Principaux réseaux connus N=29



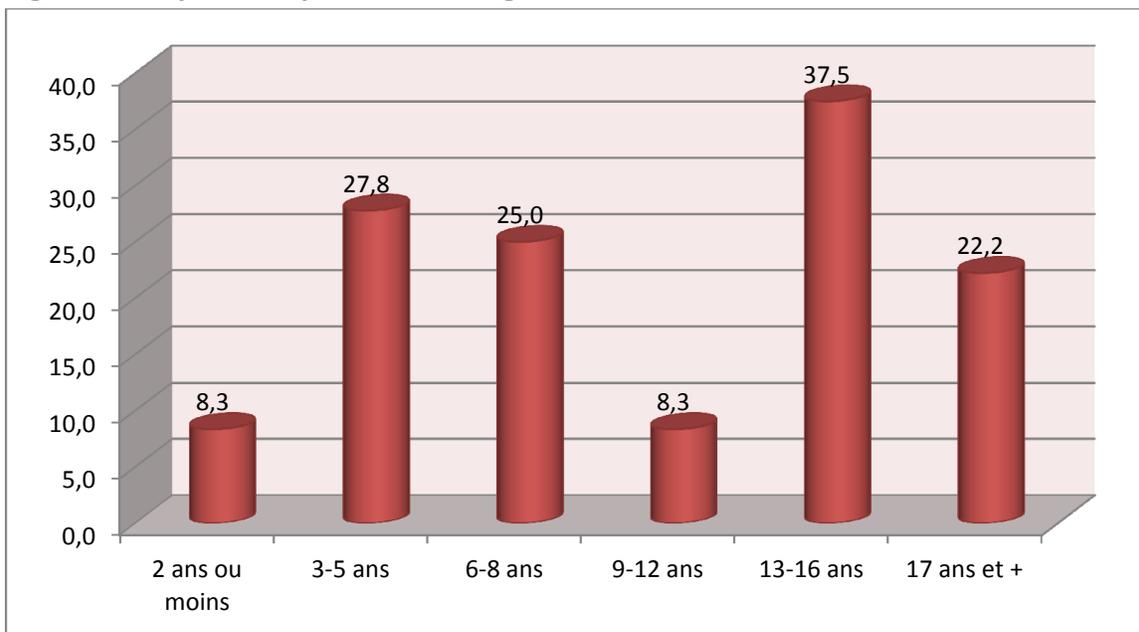
Pour notre échantillon d'immigrants rencontrés, le CIFS et le YMCA sont les réseaux de soutien les plus connus.

4.12. Les enfants

4.12 Age des enfants

L'âge des enfants tel que déclarés par les répondants de notre échantillon se reparti selon la figure N13.

Figure 13: Répartition par tranche d'âge des enfants N=24

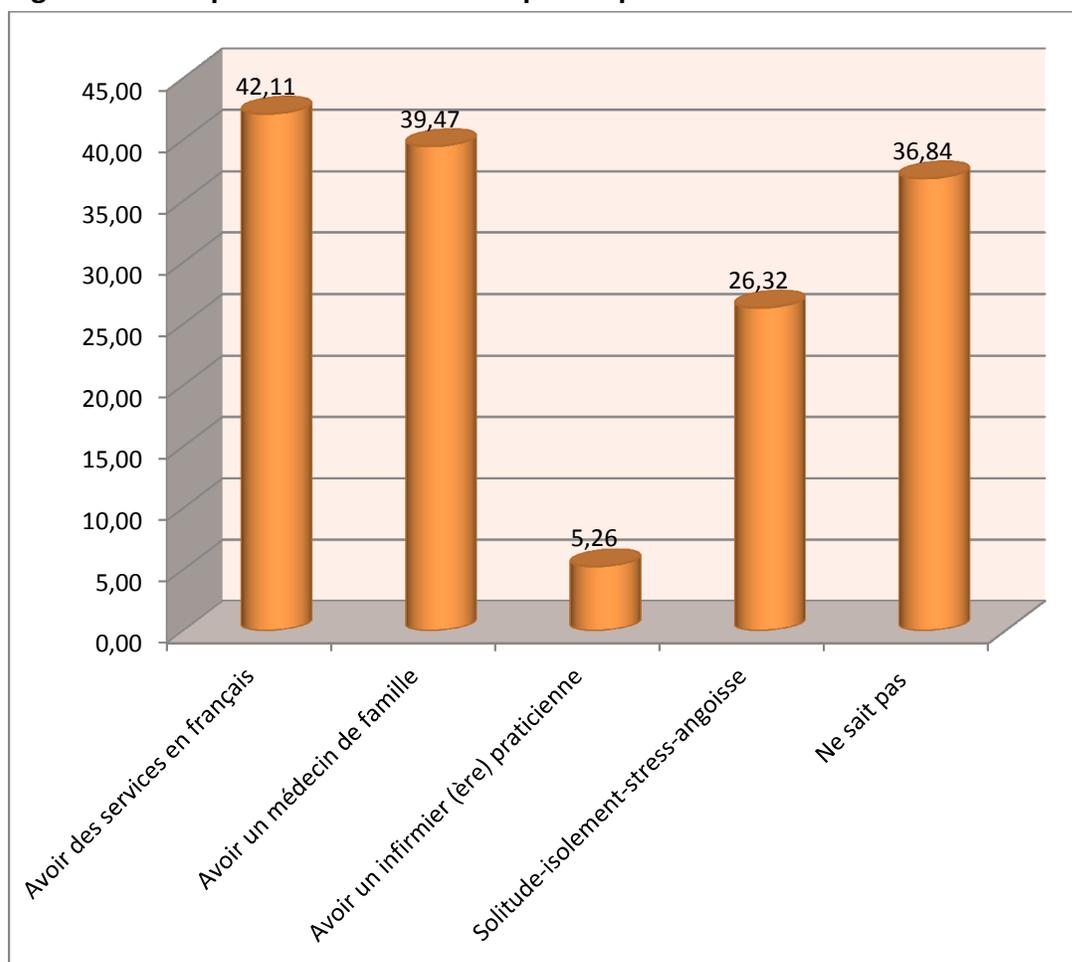


L'âge des enfants mentionné par les répondants est très variable

4.12.1 Les problèmes de santé les plus importants des enfants

Dans notre échantillon, les problèmes de santé les plus importants des enfants, les réponses sont indiquées dans la figure N 14

Figure 14 : Les problèmes de santé les plus importants des enfants N=38



La disponibilité des services en français et le médecin de famille sont les problèmes les plus relevés devant la solitude, l'isolement et le stress.

4.13. Les besoins des immigrants

Si on s'en tient aux différents défis socio-économiques et sanitaires on voit que les besoins des immigrants sont très divers. À Sudbury, plusieurs types de services sont offerts à travers des organismes tels que le Contact interculturel francophone de Sudbury les Services d'aide à l'emploi du Grand Sudbury; le SMFAA, le YMCA; et le Réseau du nord de soutien à l'immigration.

4.13.1 Selon les organismes

Dans notre étude, nous avons demandé aux organismes comment le CSCGS, en tenant compte de son mandat, pourrait aider davantage les immigrants francophones. Pour ceux-ci, le rôle du Centre de santé auprès de cette population devrait être :

- « Être en contact avec les personnes intéressées, les accompagner à accomplir leurs besoins. Aider à trouver un médecin de famille qui comprend le problème des nouveaux arrivants et qui les aide à naviguer dans le système et fait les références adaptées pour les consultations spécialisées ».
- « Faire les activités qui impliquent les enfants car la mère ou le père va emmener son enfant. Ne pas seulement aller pour l'objectif médical pour par exemple les gens qui ont un médecin de famille ».
- « Aller chercher ceux qui ne sont pas membres du centre. »
- « Mettre sur pied des activités pour faire revivre les liens communautaires. Mener des conférences pour parler par exemple des maladies qui touchent plus les africains aux gens qui interviennent dans la santé.

- « Aider les gens avec l'employabilité (emplois et stages) »
- « Sensibilisation sur le terrain dans le cadre de la promotion et de la prévention de la santé (santé mentale, bonnes habitudes alimentaires, Guide alimentaire canadien) »
- « Activité physique adéquate, faire un programme approprié et trouver un moyen d'attirer les 40 à 60 ans dans le cadre du bien-être de la personne. »
- « Trouver les mécanismes permettant d'accueillir les nouveaux immigrants (journée porte ouverte aux nouveaux arrivants.) organiser un séminaire d'accueil et parler du rôle du centre afin que les francophones se sentent partie prenante. »

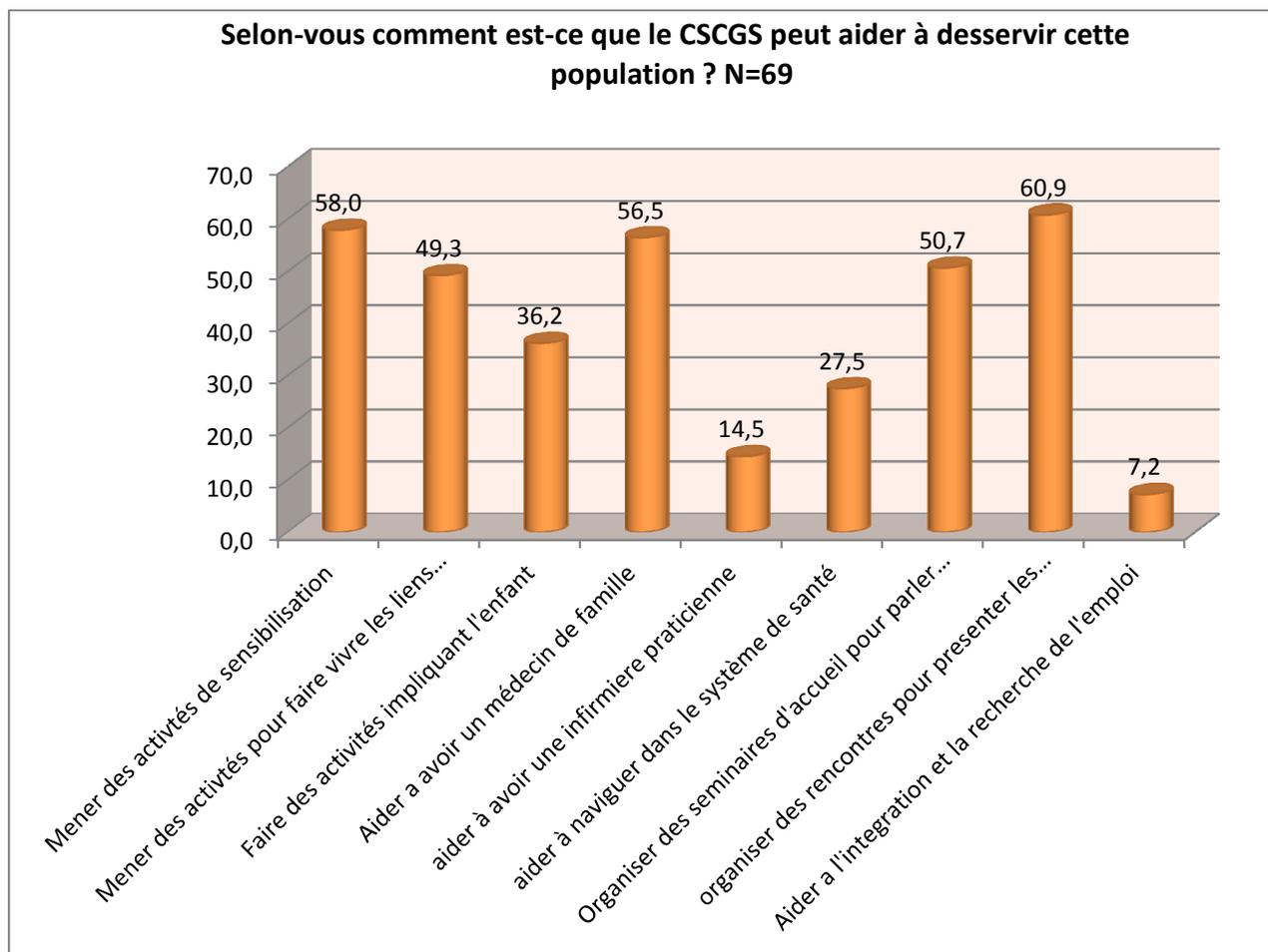
4.13.2

Selon les immigrants :

Du côté des immigrants, des besoins ont été exprimés. À la lumière des défis qu'ils rencontrent, les répondants ont estimé que le Centre de santé communautaire pourrait contribuer au bien-être sanitaire des immigrants dans les domaines suivants comme indiqué dans la figure N 15

Figure 15: comment est-ce que le CSCGS peut aider à desservir cette population ?

N=69

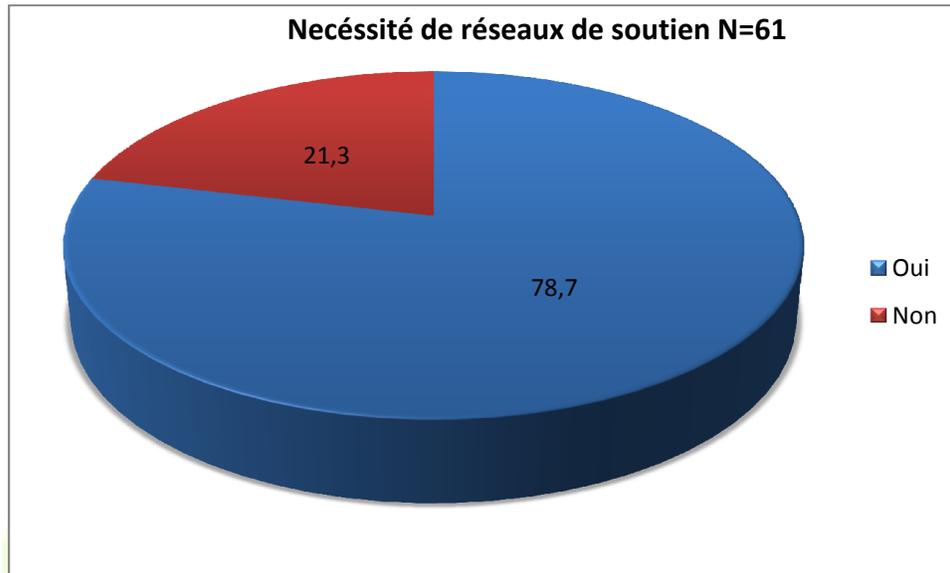


L'organisation des rencontres pour présenter le CSCGS ainsi que les activités qui s'y mènent; la sensibilisation et l'accès à un médecin de famille sont les principaux moyens que le CSCGS pourrait aider les immigrants francophones.

4.13.3 Nécessité de créer des réseaux

A la question de savoir s'il y a une nécessité de créer des réseaux de soutien formels ou informels pour les immigrants francophones, les résultats sont indiqués dans la figure 16.

Figure 16. Proportion des immigrants pensant qu'il existe un besoin de réseaux de soutien formels ou informels N=61



On peut dire que la majorité de notre échantillon pense qu'il existe un besoin de réseaux de soutien formels ou informels pour les immigrants francophones ici. Près de 4 personnes sur 5 pensent qu'il est nécessaire de créer des réseaux de soutien. Les réseaux qu'ils soient formels ou non, sont des structures où circulent l'information. Ils offrent des cadres où on peut se rencontrer entre amis ou entre compatriotes de même origine géographique.

4.14. Les types de programmation souhaitée

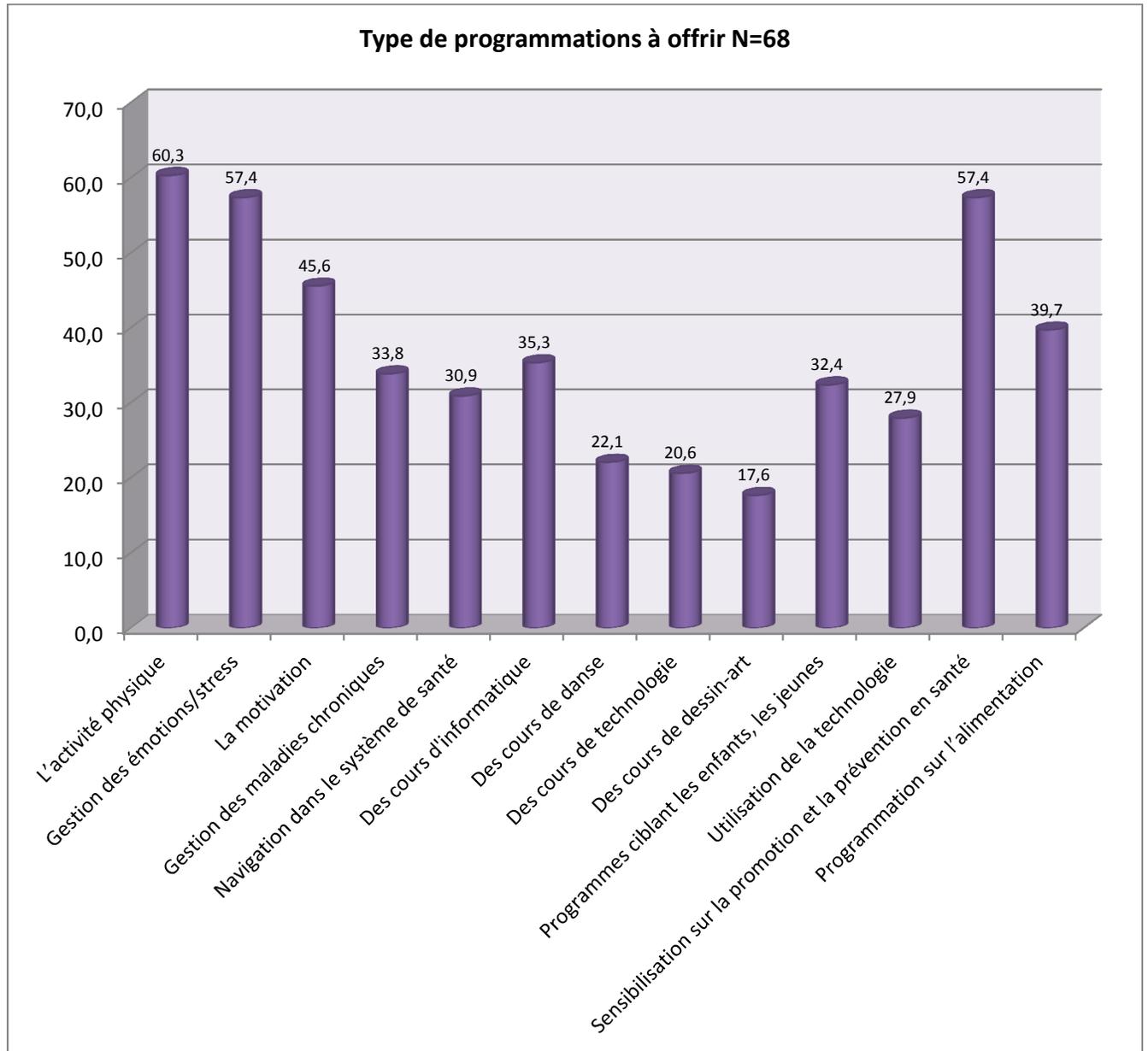
Selon les organismes rencontrés le type de formation nécessaire est :

- Organiser des rencontres périodiques pour présenter le CSCGS, les services qui y sont fournis et comment on peut y avoir accès.
- Organiser des rencontres périodiques de sensibilisation sur certaines maladies
- Formation sur la gestion de stress et la motivation
- Rencontres socio-scientifiques, des exposés
- Cibler les jeunes femmes et les encourager à venir au CSCGS pour avoir un suivi individuel

- Donner des conseils pour des voyageurs
- Donner l'information sur l'alimentation

Pour les répondants les types de programmations sont indiqués dans la figure 17

Figure 17: Types de programmations souhaitées N=68



L'activité physique, la gestion des émotions du stress, la motivation, la sensibilisation sur la promotion et la prévention de la santé, l'alimentation sont les programmations les plus citées.

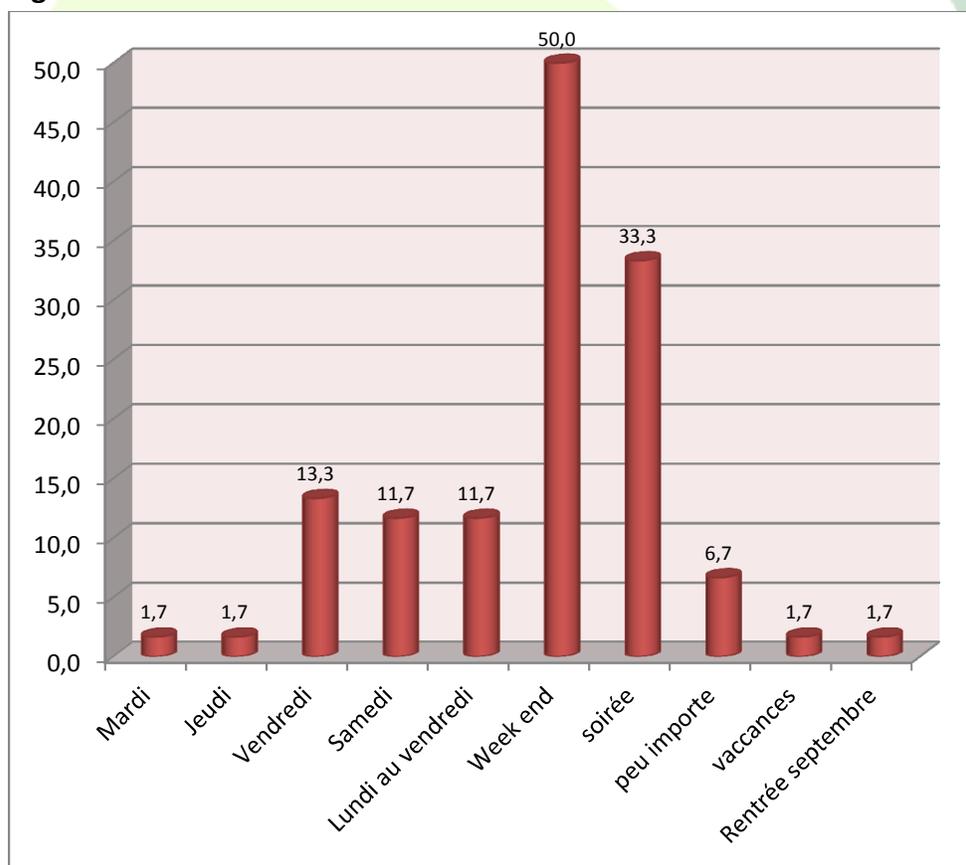
4.15. Jours et heures et appropriées à ce type de formations

Avec les organismes nous avons eu plusieurs propositions :

- Vendredi ou samedi, après- midi
- Vendredi ou jeudi soir ou samedi
- Fin de semaine (vendredi ou samedi, après midi)

Dans l'échantillon les jours et heures et appropriées à ce type de formation sont indiqués dans la figure 18

Figure 18: Jours et heures souhaités N=60

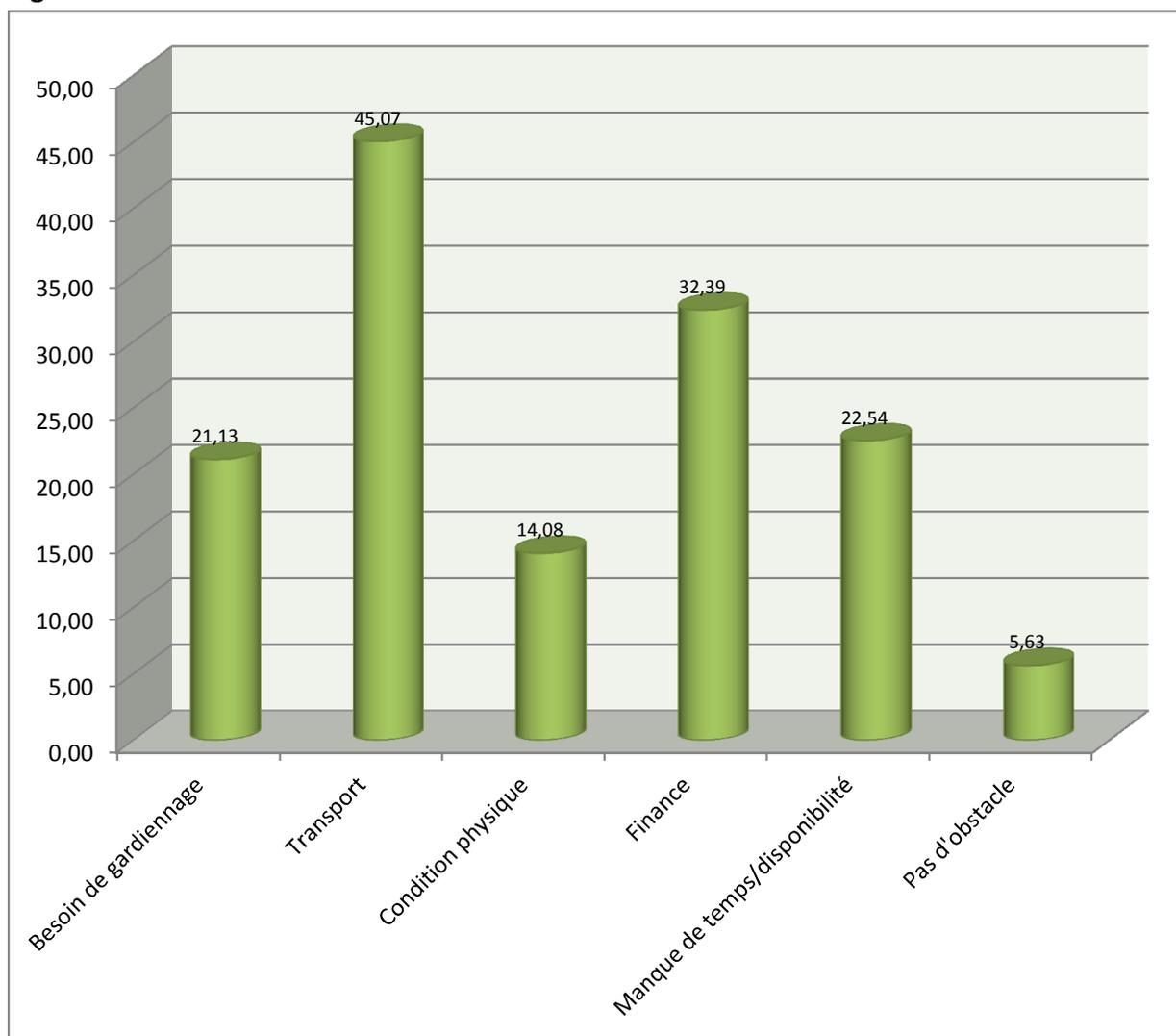


Plus de la moitié des participants pensent qu'une fin de semaine serait plus appropriée pour mener des formations.

4.16. Obstacles

Les obstacles qui pourraient empêcher les répondants de participer aux programmations sont indiqués dans la figure 19. 71 personnes ont répondu cette question.

Figure 19: les obstacles rencontrés N=71



Le transport est l'obstacle le plus évoqué, suivi des problèmes financiers, le besoin de gardiennage et la fatigue.

5. Commentaires et discussions

5.1. Difficultés

Une des grandes difficultés a été d'atteindre les immigrants. Parmi eux il y en a qui sont des étudiants, certains travaillent et leur disponibilité était limitée dû aux contraintes liées aux études ou au travail. Les limites des questions remplies en ligne sont entre autre la difficulté de contrôler le profil et l'identité des répondants. Il y a aussi l'absence de contacts avec les répondants et qui ne donnent pas de possibilité d'explication pour les questions mal comprises. C'est pourquoi nous avons élaboré un questionnaire assez court avec des questions courtes et claires. Le questionnaire ou le lien a été envoyé après une prise de contact avec les répondants. Afin d'assurer aux répondants la confidentialité et l'anonymat des réponses, nous n'avons pas demandé le pays d'origine ni le statut socioprofessionnel.

5.2. Appréciation de la santé

Dans cette étude l'auto évaluation de la santé a consisté à demander au répondant d'apprécier son état de santé physique et mentale (ainsi que celui de sa famille). Cette santé perçue, bien que subjective et influencée par la culture, est acceptée comme un indicateur valide de l'état de santé globale d'une personne. L'auto appréciation peut refléter certains aspects de la santé qui ne sont pas saisis dans d'autres mesures, comme le premier stade d'une maladie, la gravité d'une maladie, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social et mental (Statistiques Canada 2010). L'auto évaluation de la santé est en somme le reflet de la combinaison d'un ensemble de facteurs communément appelés déterminants de la santé.

Pour la santé physique, ces chiffres sont en concordance avec la revue des écrits qui suggèrent que la proportion des immigrants qui s'estiment en bonne

santé physique est plus élevée que la proportion des Canadiens nés dans ce pays qui s'estiment en bonne santé physique. Si on se réfère aux statistiques canadiennes de la santé entre 2008 et 2012, la proportion de personnes qui s'estiment en bon état de santé physique varie entre 60,6 % et 62,2% pour les 2 sexes (statistiques canada 2013). En 2013, dans la ville du Grand Sudbury, la proportion de personnes qui avaient à cette période une bonne perception de leur santé était de 58,8% (statistiques canada 2013). Cette proportion s'élevait à 59,9% pour l'ensemble de la population canadienne (Statistiques Canada 2013).

Pour la santé mentale, là aussi les chiffres sont en concordance avec la revue des écrits qui suggèrent que la proportion des immigrants qui s'estiment en bonne santé mentale est plus élevée que la proportion des Canadiens nés dans ce pays. En effet selon les statistiques canadiennes de la santé, entre 2008 et 2012, la proportion de personnes qui s'estiment en bon état de santé mentale varie entre 72,2% et 75,5% pour les 2 sexes (statistiques canada 2013). En 2013 à Sudbury 72,8% de la population avait une bonne appréciation de leur santé mentale et 72,2% pour l'ensemble de la population canadienne (Statistiques Canada 2013). En 2013 à Sudbury 72,1% des hommes et 73,4% femmes avaient une bonne appréciation de leur santé mentale (Statistiques Canada 2013).

Dans cette étude, la proportion élevée d'immigrants appréciant favorablement leur état de santé peut être expliquée par la relative jeunesse de notre échantillon, la méthode d'échantillonnage et *l'effet immigrant en bonne santé* mentale et physique comme rapporté par la littérature (Jennefer, 2002; Hyman, 2010, De Maio, 2010, Zhao 2011). *L'effet immigrant en santé* est le fait que la proportion des immigrants qui s'estiment en bon état de santé physique et mentale est supérieure à celle des canadiens qui sont nés dans le pays. Il est essentiellement dû à un processus d'auto sélection des immigrants (ce sont

personnes en bonne santé qui immigreront), et à la politique de sélection qui exclue les immigrants qui ont des maladies graves (Hyman, 2010). Cet avantage se perd progressivement avec le temps et on observe une diminution de la proportion de ceux appréciant favorablement leur état de santé dans les 5 à 10 ans après l'installation pour arriver à un niveau de santé comparable voire inférieure à celui de la population canadienne (Zhao, 2010; Hyman, 2010). Cette détérioration se traduit par une plus grande incidence des maladies chroniques liées aux conditions socio-économiques moins favorables, les différences culturelles, les mauvaises habitudes de vie, les conditions de travail (Zhao, 2010; Hyman, 2010). Elle s'explique par le processus même de l'immigration. À la grande joie qui accompagne l'admission et à l'euphorie des premiers instants de l'arrivée beaucoup font face au choc culturel de l'arrivée au Canada (Legault, 2000). Après cette « lune de miel », l'immigrant doit souvent faire le deuil de sa personne et reconstruire une nouvelle identité (Legault, 2000). Le sous-emploi, l'insécurité de l'emploi, le chômage, le manque de reconnaissance des diplômes et compétences, une vie sociale différente, un faible réseau social, une alimentation différente sont des sources de stress et peuvent favoriser la survenue de certaines maladies chroniques (Hyman, 2010; Simikh 2010; De Maio, 2010)

Les résultats démontrent une meilleure appréciation de la santé mentale que la santé physique. Cette tendance s'observe également au niveau de la population canadienne (Statistiques Canada 2013). La santé mentale est particulièrement marquée par la culture et elle a des connotations péjoratives. Pour les immigrants en provenance d'Afrique, la question sur la santé mentale est plus souvent entourée de tabous et de craintes de stigmatisations de sorte que les individus auront tendance à surévaluer leur état de santé mentale. C'est possible que cette situation puisse contribuer à expliquer qu'on ait dans notre échantillon une plus grande proportion de personnes qui apprécient bien leur état de santé mentale. À cela bien entendu il faut associer le mode de

recrutement des répondants pour l'étude, leur âge et l'effet immigrant en bonne état de santé mentale.

Chez les femmes aussi bien que chez les hommes, les facteurs qui déterminent la bonne santé physique et mentale sont relativement similaires (statistiques Canada 2011). Bien qu'il existe des caractéristiques biologiques et sociales, qui sont propres aux femmes, et qui peuvent faire en sorte que les problèmes de santé auxquels elles font face durant leur vie différent de ceux des hommes. (Statistiques Canada 2011). Dans notre échantillon, les femmes apprécient moins bien leur état de santé mentale et physique, ce qui corrobore les résultats du Rapport sur la santé des Canadiens qui indiquait que les niveaux de dépression sont plus élevés chez les femmes et que pour la santé physique, les femmes souffrent davantage de maladies chroniques (Santé Canada). Il est aussi possible que les femmes soient plus attentives et plus exigeantes que les hommes quant à l'appréciation de leur santé. Néanmoins cette question mérite d'être approfondie par d'autres recherches avec un plus grand échantillon et un mode de recrutement différent.

5.3. Les principaux défis socio-économiques et sanitaires

C'est vrai que l'intention du CSCGS n'est pas de répondre à tous ces défis, mais cette section a montré à quel point les défis étaient diversifiés. Tous ces défis en fait représentent des déterminants qui ont un impact sur la santé des immigrants et qui doivent être abordé par le biais d'une collaboration des agences desservant cette population. S'il est vrai que se CSCGS s'occupe spécifiquement des besoins de santé tels que la gestion de la maladie, la prévention de maladie, et la promotion de la santé, il est important de comprendre les défis auxquels les immigrants en général font face et qui peuvent influencer leur état de santé. Certains déterminants ont des incidences majeures sur la santé physique et mentale des immigrants.

5.3.1 L'emploi et le revenu

Il est reconnu que le plus grand défi auquel font face les personnes immigrantes réside, d'abord et avant tout, dans l'occupation d'un emploi (Garnett Picot, 2007; Ostrovsky, 2008). Bien entendu ceci n'est pas spécifique aux immigrants. C'est aussi un besoin des canadiens de naissance. Un emploi convenable et le revenu qu'il engendre, constituent le plus important des déterminants sociaux de la santé. Le niveau de revenu détermine les conditions de vie en général. Il influence d'autres déterminants sociaux de la santé, comme la qualité de l'alimentation, le stress, le logement, la pratique de l'activité physique, le tabagisme et la consommation d'alcool. L'insertion au marché du travail représente en même temps le principal facteur d'intégration sociale (Garnett Picot, 2007; Ostrovsky, 2008; Girard, 2008). Les immigrants ne constituent pas un groupe monolithique et certains sous-groupes sont plus touchés que d'autres par les difficultés liées à l'insertion au marché du travail. Parmi les plus touchés, on compte les nouveaux arrivants, surtout ceux qui ne maîtrisent pas l'anglais. De plus, une proportion non négligeable des personnes immigrantes doivent, pour s'insérer au marché du travail, faire le deuil de la profession exercée dans leur pays d'origine et accepter des emplois se situant en deçà de leurs compétences (Garnett Picot, 2007; Ostrovsky, 2008). La non reconnaissance des diplômes et expériences acquis hors Canada, l'existence d'une discrimination à l'embauche (que cette perception soit fondée ou non), la faible capacité à parler l'une des deux langues officielles, surtout l'anglais, des immigrants expliquent en grande partie l'inégalité et l'instabilité des gains des immigrants. La plupart des immigrants récents ne se trouvent pas un emploi dans leur domaine (Girard, 2008). L'emploi est la raison principale pour laquelle les immigrants se retrouvent à Sudbury et il est difficile pour eux de trouver un emploi s'ils ne parlent pas l'anglais car la ville de Sudbury n'a pas assez d'emplois dans le secteur francophone.

5.3.2 Le médecin de famille, Infirmière praticienne et navigation dans le système de santé

Les immigrants africains en particulier, proviennent de pays où avoir un médecin de famille ou une infirmière praticienne pour la famille n'est pas une pratique systématique. Le recours au médecin de famille comme cela se fait au Canada n'est donc pas bien ancré dans les habitudes. De ce fait on peut comprendre qu'avec la barrière linguistique et la méconnaissance du fonctionnement du système de santé, de nombreux immigrants n'y font pas recours spontanément. Le médecin de famille et l'infirmier (ère) praticien(ne) sont, au Canada, les professionnels de santé de première ligne qui conseillent et dispensent des soins aux patients. Ils sont chargés de diagnostiquer et de traiter les maladies, les troubles physiologiques et les traumatismes de l'organisme humain (Collège des Médecins de Famille du Canada, 2005). Les médecins de famille sont un soutien important pour gérer par exemple les maladies chroniques, ils assurent la référence aux médecins spécialistes (Collège des Médecins de Famille du Canada, 2005). Ils établissent le bilan de santé, y compris des tests de dépistage et administrent des vaccins. Leur domaine d'activité couvre les soins curatifs, préventifs et promotionnels. Tout comme le médecin de famille, l'infirmière(e) praticienne pose également des diagnostics et traite les maladies, demande et interprète des examens diagnostiques, rédige des ordonnances. De plus, elle enseigne aux personnes et aux familles la façon de demeurer en santé, de prévenir les maladies et de gérer les problèmes de santé. Le CSCGS pourrait servir d'interface pour connecter les immigrants francophones avec des médecins de famille dans la ville. Toute chose qui leur permettrait de bénéficier des avantages liés à la possession de médecins de famille.

5.3.3 Le logement

L'accès au logement représente l'une des plus importantes difficultés pour les nouveaux arrivants ((Damarais, 2006). Un logement décent et adéquat

permet l'épanouissement de la famille. Bien que ce soit un besoin essentiel pour les nouveaux arrivants et une passerelle pour une bonne intégration, l'accès au logement peut comporter des difficultés supplémentaires pour les immigrants. Pour louer une maison ou une chambre par exemple, les immigrants récents connaissent souvent moins bien les conditions du marché, le niveau moyen de confort auquel ils peuvent s'attendre, les législations et les pratiques courantes qui entourent l'accès au logement. Ces difficultés peuvent être accentuées par une connaissance insuffisante de la langue et par des phénomènes de discrimination dont ils peuvent être victimes (Damarais, 2006). En raison de la difficulté à s'intégrer dans le marché du travail, certains immigrants peuvent consacrer entre 30% et 75% de leur revenu (Damarais, 2006) pour se loger ou connaître des périodes où ils sont hébergés par des parents, des amis ou des connaissances. Les difficultés dans l'acquisition d'un logement peuvent contraindre des immigrants à la précarité et les amener à vivre dans des conditions inadéquates. Parfois ils sont obligés d'occuper des logements surpeuplés et insalubres ou utiliser les refuges pour sans-abris (Damarais, 2006). Les exigences financières ou de références pour l'accès au logement sont des obstacles parfois insurmontables, particulièrement pour les nouveaux arrivants. Une étude de Daniel Hiebert (Hiebert 2011) sur le logement chez les immigrants à Montréal, à Toronto et à Vancouver a montré que certains nouveaux arrivants, en raison de leur faible revenu, avaient de la difficulté à payer un loyer et pratiquaient l'itinérance cachée en habitant temporairement chez des amis ou chez des proches. D'autres sont complètement sans abri et utilisent les services de refuge. Il n'est pas rare que ces nouveaux arrivants soient victimes de discrimination et connaissent la promiscuité. Bien souvent, les logements sont mal entretenus, sans chauffage ou malsains. Les barrières linguistiques; le manque de références; les problèmes financiers; l'absence de garant; une

grande famille, l'abus des propriétaires sont autant de facteurs qui peuvent obliger à habiter un logement précaire.

5.3.4 La Barrière linguistique et l'accès aux services

La maîtrise de la langue joue un rôle important dans le processus d'intégration. Pour les immigrants francophones qui s'établissent à Sudbury, il leur est nécessaire de pouvoir comprendre le fonctionnement des institutions et organismes de la ville pour faciliter leur intégration sociale et professionnelle. Pour que cette intégration se fasse efficacement il est nécessaire que les informations soient disponibles en français. Sur le plan sanitaire ils ont besoin de connaître le fonctionnement du système de santé, de pouvoir localiser les institutions de santé de la place, de connaître les services disponibles dans ces institutions et comment y accéder (Hien, 2013). Quand bien même cet obstacle serait franchi, la communication avec le personnel de santé peut poser un autre défi (Hien, 2013). La langue de communication a une place importante dans la relation malade-soignant. Les informations sur lesquelles le médecin se base pour poser son diagnostic et/ou demander des examens sont obtenues lors de l'interrogatoire du patient. Donc tout obstacle à la communication aura forcément une incidence sur la décision du médecin, la compréhension du patient et le succès du traitement. Pour les immigrants francophones la nécessité des services en français se justifie par le fait qu'une communication en français leur permet de s'exprimer plus clairement, de comprendre ce qui dit par le personnel de santé et de se faire comprendre par ce dernier (Hien, 2013). Toute chose qui permet d'éviter des mauvais diagnostics ou des erreurs. Une bonne communication permet également de comprendre le processus thérapeutique et de prendre des décisions éclairées (Hien, 2013).

5.3.5 L'intégration

L'intégration est un processus dynamique à long terme et multidimensionnel car l'immigrant doit s'adapter à l'ensemble des dimensions de la vie collective de la société d'accueil. Après l'euphorie des premiers instants, l'immigrant doit relever une série de défis pour une intégration dans tous ses aspects. Pour être intégré l'immigrant doit être capable de communiquer et de gagner sa vie en toute autonomie. Il doit pouvoir être actif dans la société et pouvoir jouer un rôle dans un domaine d'activité spécifique, développer un sentiment d'appartenance (Legault 2000). Il doit connaître comment fonctionne le système de société afin que lui et sa famille mènent une vie harmonieuse comme la majorité de la communauté. L'intégration nécessite un effort aussi bien de la part de l'immigrant que de la société d'accueil (Legault 2000). La communauté aussi bien que les services publics, en plus de fournir les informations utiles, doivent mener des actions concrètes adaptées à la réalité des immigrants (Legault, 2000) qui incluent véritablement les nouveaux arrivants sur le plan culturel comme les services de l'éducation, les services sociaux et de santé, ainsi que l'accès à l'information. Les services qui sont dispensés dans ces institutions conditionnent largement la possibilité d'une participation significative dans d'autres domaines de la vie sociale.

5.3.6 Le réseautage

La solitude, l'isolement ont une influence négative sur la santé (Berkman, 2000). Bien entendu, c'est une situation qui bien que pas spécifique aux immigrants, mais pour eux les conséquences sont davantage marquées. La connaissance d'organismes, de personnes auxquels on peut recourir en cas de besoin d'aide, les réseaux d'amis ou de connaissances, les réseaux sociaux (Berkman, 2000; Zhao, 2010) la participation à des groupes ou associations sportifs, religieux, aux clubs culturels bref le capital social joue un rôle très

important dans la santé des nouveaux immigrants. Les immigrants qui ont un bon capital social peuvent mieux supporter les situations psychologiques difficiles, avoir plus facilement accès à l'information et aux opportunités qui se présentent (Berkman, 2000; Zhao, 2010) tel que l'emploi ou l'utilisation du système de santé. Ils ont plus d'opportunités de bénéficier de conseils pour un besoin particulier, pour leurs tâches quotidiennes ou favoriser par exemple les comportements favorables à la santé, renforcer le sentiment de valeur d'appartenance (Berkman : 2000) et de l'estime de soi.

Les réseaux sociaux étant des structures où circulent l'information (Berkman : 2000), ils offrent des opportunités où l'on peut rencontrer des personnes capables d'apporter de l'aide ou de donner des conseils pour satisfaire nos besoins, ou à prendre de bonnes décisions (Berkman : 2000).

5.3.7 La vie familiale

Le processus de l'immigration nécessite des changements et des adaptations dans tous les domaines de la vie y compris dans la famille (Pangop, 2011). La structure familiale change et bien souvent passe de la famille élargie à la famille nucléaire. Les relations hommes femmes dans le couple et le mode d'éducation des enfants changent également. Les parents et les enfants vivent l'acculturation de l'immigration à des rythmes différents et les enfants s'assimilent plus vite (Pangop, 2011). La famille immigrante passe de l'image traditionnelle du père qui détient l'autorité à celle du partenaire égal dans l'éducation des enfants. L'homme est sensé partager toutes les tâches qui étaient autrefois exclusivement réservées à la femme ou aux enfants. (Pangop 2011). Une adaptation défailante peut ébranler les liens familiaux et entraîner une perte de l'autorité parentale, source de tensions et de conflits. La modification des rôles hommes femmes peut affecter la relation dans le couple et mettre en péril les relations maritales. Le père peut perdre son autorité devant la femme et ses

enfants tandis que l'influence de la femme augmente dans le foyer. Ceci est souvent source de mésententes. (Legault, 2000). Il arrive souvent que l'homme perde son statut socioéconomique. Il peut se retrouver sans emploi ou gagner peu ou moins par rapport à la femme (Pangop, 2011). D'autre part il y a un plus grand « interventionnisme de l'État au sein des familles » (Pangop 2011 :7) toute chose qui peut contribuer à limiter l'exercice de l'autorité parentale.

5.4. Les défis alimentaires

Dans le processus de reconstruction identitaire qu'entraîne la migration, l'alimentation prend une place non négligeable. Les immigrants de l'Afrique francophone de l'ouest au Canada, seraient faiblement acculturés et conserveraient une grande partie de leurs habitudes alimentaires d'origine (Pillarella, 2006). Leurs conceptions de l'alimentation et de la santé demeurent empreintes de valeurs africaines, alors que leur niveau de connaissance sur le guide alimentaire canadien est limité (Pillarella, 2006). Ce guide indique des comportements alimentaires à adopter et précise les normes et les recommandations. Les immigrants connaissent l'acculturation alimentaire qui est un phénomène d'adaptation inévitable qui va de pair avec l'immigration. À l'arrivée les immigrants subissent une assimilation alimentaire (disparition totale mais temporaire des habitudes alimentaires africaines) suivie d'une phase d'adaptation (Pillarella, 2006). Cette étape serait suivie d'une valorisation des habitudes alimentaires d'origine et une fermeture au régime alimentaire de la société hôte. Ensuite il y a une diversification des habitudes alimentaires. Finalement l'intégration alimentaire se fait quand il y a une aisance à alterner entre les deux modes d'alimentation. (Pillarella 2006). Les principaux facteurs qui vont changer les habitudes alimentaires sont l'emploi du temps souvent chargé, l'habitude acquise au fil du temps ainsi que le manque de convivialité entourant les repas (Pillarella, 2006). Des conditions liées à l'alimentation comme le surpoids l'obésité et l'hypertension artérielle

font partie des affections les plus fréquentes des immigrants originaires d'Afrique (Agence de santé publique du Canada, 2011).

5.5. Les problèmes de santé des enfants

Il est important de remarquer qu'en plus des problèmes de santé habituels que peuvent connaître tous les enfants, les enfants immigrants et leur famille doivent composer avec plusieurs autres facteurs : un nouveau climat, le choc culturel, les barrières linguistiques, une alimentation non familière, un nouveau système d'éducation. Comme leurs parents, les raisons de l'immigration ainsi que les origines des enfants immigrants sont très diverses. La situation sociale et économique des parents a une grande incidence sur le milieu de vie des enfants élevés dans cette famille. Les enfants dépendent de leurs parents pour se nourrir, se loger, se soigner, alors quand les parents ont de la difficulté à s'intégrer ou à trouver du travail, les enfants en subissent les conséquences (Daneman, 2010). De plus, de la connaissance des parents du système canadien et de leur capacité d'accéder à ces ressources dépend l'accès des enfants aux services de santé, aux services sociaux et aux réseaux de soutien. Dans le processus de l'adaptation, d'autres défis peuvent survenir avec le temps (Daneman, 2010). L'enfant peut perdre la langue maternelle et adopter de nouvelles valeurs et de nouveaux comportements qui entrent en conflit avec ceux des parents.

5.6. L'éducation et l'intégration des enfants

Pour les immigrants, l'adaptation à la nouvelle société implique nécessairement des difficultés quotidiennes. Plusieurs facteurs contribuent à fragiliser les parents: la langue, la communication, la recherche d'emploi, le logement, comprendre le fonctionnement des services d'éducation, se familiariser avec de nouveaux codes culturels qui viennent parfois bouleverser leur vision du monde et de l'éducation de leur enfant. Bien souvent, des parents ont besoin d'une personne pour s'occuper de leurs enfants lorsqu'ils se trouvent au travail, suivent des cours ou cherchent un

emploi. La garde des enfants est soumise à certains règlements. Il faut faire appel à des services agréés. Même quand les parents arrivent à s'arranger de manière informelle avec des prestataires, c'est souvent contre rémunération. Dans tous les cas ils font face au manque de soutien de la famille élargie ou du réseau social sur lesquels en d'autres circonstances ils pourraient compter.

Si l'intégration des enfants se fait parfois assez facilement, il arrive bien souvent que dans certaines situations, le chemin soit plus long et plus difficile. Pour l'enfant provenant de l'immigration, de nombreux facteurs seront source de tensions. Il doit s'adapter à un nouveau milieu, à de nouvelles valeurs, à une nouvelle vie (Marwick 2010). L'enfant devra vivre à l'interface de deux cultures et construire son identité dans des réalités parfois conflictuelles : les valeurs familiales de la maison sont souvent différentes de celles de l'école et des ami(e)s (Marwick, 2010). D'autre part au cours des activités de classe on peut distinguer beaucoup de comportements non verbaux qui peuvent être source de tension entre l'enfant, ses amis ou l'enseignant. Les référents culturels des uns et des autres étant différents, cela peut causer de nombreux conflits entre l'élève immigrant et ses amis et/ou l'enseignant (Marwick, 2010). Parmi ceux-ci il y a par exemple, la distance interpersonnelle lors d'une conversation; le fait de baisser ses yeux lors d'une conversation au lieu de rencontrer ceux de son interlocuteur. Même les gestes quotidiens peuvent avoir un sens différent.

5.7. Les besoins des immigrants

Le CSCGS a été rarement cité comme faisant partie des réseaux sociaux, ce qui peut laisser supposer que de nombreux immigrants francophones ne connaissent pas suffisamment le CSCGS ainsi que les services qui y sont disponibles. Or le CSCGS existe depuis 1989 et offre en français des soins de santé primaires et des services de promotion de la santé par le biais d'une équipe multidisciplinaire comprenant des médecins, infirmières praticiennes, infirmières autorisées, promotrices de la santé, nutritionnistes/diététistes, travailleuses sociales et intervenants en santé communautaire. Les médecins et

des infirmiers offrent des services de soins primaires pour le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies.

Les équipes de promotion de la santé et de santé communautaire offrent une variété de cours, y compris des cours de cuisine, le programme intégré d'équilibre dynamique, diners communautaires, club de vélo, clinique du coin pour les personnes vulnérables, des emplois temporaires pour étudiants. Il y a aussi le soccer, des formations en informatique, des cours de dessin-art. Il y a aussi des activités menées par des bénévoles comme l'animation de programmes (tai chi, méditation, course, raquette, etc.), les dîners communautaires, les activités spéciales: St Jean, Foire familiale, Défi Techno-Zéro, la ligue de soccer et des projets de recherche. Ces services répondent déjà aux demandes de programmation citées par les répondants de cette recherche, à savoir : l'activité physique, gestion des émotions, du stress, la motivation, la gestion de certaines maladies chroniques comme l'arthrite, la référence des maladies, des cours d'informatique, cours de danse, des cours de dessin/art, des programmes ciblant les enfants, les jeunes, des séances de sensibilisation sur la promotion et la prévention en santé, des programmes sur l'alimentation. En vue des programmes offerts par le CSCGS, le problème fondamental qui se pose est sans doute le manque d'information et de services culturellement adaptés. Le CSCGS ainsi que les services qui y sont offerts ne semblent pas être connus des immigrants.

5.8. Les jours et les heures les plus adaptées

Les fins de semaines et les soirées sont les horaires les plus adaptées pour assister aux programmations. Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart des immigrants ici sont soit des étudiants soit des travailleurs, les horaires de disponibilité sont donc très peu flexibles.

5.9. Les obstacles

Le fait que 71 personnes aient pensé qu'il pourrait y avoir un obstacle pose le problème sur la disponibilité pour ces programmes. Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart des immigrants ici sont soit des étudiants, des travailleurs avec souvent des revenus limités, des horaires de disponibilité très peu flexibles. Il faudra sans doute aménager les horaires du CSCGS pour les adapter à la disponibilité de ceux enrôlés dans les différentes programmations.



6. Recommandations

Les répondants au projet de recherche ont offert une série de recommandations qui ont été par la suite validées par le groupe de participants à la présentation du rapport. Ces recommandations se dirigent principalement vers le CSCGS, étant donné le sujet de la recherche. Cependant, certaines recommandations sont dirigées à autres acteurs de la communauté aussi.

Les recommandations découlant des consultations avec les participants à la recherche sont les suivantes :

6.1. Au CSCGS

- S'engager à des rencontres régulières avec les organismes d'accueil (CIFS, YMCA, Réseau, etc), les écoles de formations afin d'éviter le dédoublement de services et de créer des occasions de collaboration stratégique qui aident à faciliter l'intégration des immigrants.
- Travailler en collaboration avec les organismes d'accueil pour se faire connaître auprès des immigrants francophones (affiches, espaces publicitaires, etc.)
- En collaboration avec les organismes d'accueil, assurer le développement d'une seule trousse d'accueil qui renseigne les nouveaux immigrants sur les tous services en français dans la communauté.
- Éduquer la population immigrante francophone sur leurs droits aux services de santé en français, sur le système de santé de l'Ontario (par exemple le Régime OHIP nous donne droit à quoi), et sur le rôle des infirmières praticiennes dans les soins de santé primaires
- Documenter le travail du CSCGS en matière de programmation communautaire à l'intention des immigrants du début des années 2000.
- Adapter les horaires d'ouverture et de fermeture du CSCGS pour ceux qui seraient inscrits dans les programmes.
- Devenir un centre où les bénévoles et les étudiants de la communauté immigrante francophone puissent venir faire des stages ou du bénévolat et ainsi, acquérir de l'expérience de travail.
- Élaborer des programmes de sensibilisation et d'éducation à la santé alimentaire pour les nouveaux arrivants.
- Offrir des services culturellement adaptés et dans la mesure du possible, recruter le personnel nécessaire qui représente la diversité immigrante.

6.2. Aux agences communautaires

- Étant donné que l'accès à l'emploi est le facteur le plus important qui retient les immigrants, il est nécessaire de mettre en place des initiatives novatrices et des partenariats pour faciliter l'accès au marché du travail.

6.3. Aux immigrants

- Participer aux rencontres organisées par le CSCGS afin d'avoir l'information nécessaire pour gérer sa santé et améliorer sa qualité de vie.

7. Conclusion

Cette étude sur les besoins de santé des immigrants francophones de Sudbury montre que les immigrants ont dans l'ensemble une bonne appréciation de leur état de santé mentale et physique. Mais ceci ne doit pas occulter qu'il y a des besoins de santé qui ne sont pas satisfaits, non pas que l'offre n'existe pas mais sans doute parce que les immigrants n'ont pas nécessairement la bonne information qui puisse les amener à utiliser les services déjà disponibles au CSCGS.

Des besoins de santé qui sont intimement liés aux difficultés quotidiennes, le travail et le revenu qui sont les déterminants sociaux les plus importants constituent la première préoccupation des immigrants. La recherche de médecin de famille, les services en français la sensibilisation sur les maladies prévalentes ici, sont des besoins pour lesquels le CSCGS a l'offre disponible. En effet le CSCGS offre déjà de nombreux programmes qui peuvent prendre en compte les besoins des immigrants francophones. Pour combler cet hiatus, il faudra un processus d'information pour faire la promotion du CSCGS et toute une série d'adaptations sur les horaires et y compris des services culturellement adaptés pour que les immigrants francophones puissent pleinement bénéficier de l'avantage qu'offre l'existence du CSCGC dans un milieu majoritairement anglophone.

8. Bibliographie

Centre de santé communautaire du grand Sudbury

<http://www.santesudbury.ca/content/historique> site consulté le 10 avril 2014

Laura Simikh, Beth Jackson (2010). « Déterminants sociaux de la santé des immigrants au Canada : Pourquoi certains immigrants sont-ils en santé et d'autres pas? » « *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* N17 p26-29 <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2010-health-sante-migr/index-fra.php#a11>

Ilene Hyman, Beth Jackson (2010) « L'effet immigrant en santé : Un phénomène temporaire? » *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* numéro 17 p17-21 <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2010-health-sante-migr/index-fra.php#a11>

Jun Zhao, Li Xue, and Tara Gilkinson (mars 2011) « État de santé et capital social des nouveaux immigrants : données probantes issues de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada » pp31

Jennifer Ali. (2002) « La santé mentale des Immigrants au Canada. » *Statistique Canada*, n82-003 au catalogue Supplément aux Rapports sur la santé, volume 13, pp113-125

Amélie Hien, Jean Lafontant (2013) « Iniquités de santé en milieu minoritaire : diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury. *Rev can santé publique*;104(6)(Suppl. 1):S75-S78

Lisa F. Berkman, Thomas Glass, Ian Brissette, Teresa E. Seeman . « From social integration to health: Durkheim in the new millennium». *Social Science & Medicine* 51 (2000) 843±857

Fernando G De Maio (2010) « Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada». *International Journal for Equity in Health*, 9:27

Trillium (2009) « Profil de la communauté francophone de l'Ontario» <http://www.ontario.ca/fr/francophones/profil-de-la-communaute-francophone-de-lontario-2009> site consulté le 10 mai 2014

Santé Canada. « Certaines circonstances Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et

marginalisées» http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/acces/2001-certain-equit-acces/index-fra.php#p1d1a4_3 site consulté le 16 mai 2014

Yuri Ostrovsky (Avril 2008) « Inégalité et instabilité des gains chez les immigrants au Canada». *Études analytiques* – Documents de recherche - 25 - Statistique Canada – n11F0019M au catalogue, n 309

Garnett Picot, Feng Hou et Simon Coulombe (Janvier 2007)." « Le faible revenu chronique et la dynamique du faible revenu chez les nouveaux immigrants ». *Études analytiques* – Documents de recherche Statistique Canada – n11F0019MIF au catalogue, no294

Denise Pangop, Francine de Montigny, Assumpta Ndengeyingoma (Février 2011). « Concepts de rôle et de pouvoir au sein des familles immigrantes, sous l'angle des changements notés après l'immigration » *Centre d'études et de recherche en intervention sociale*. pp13

Le Collège des Médecins de Famille du Canada (Décembre 2005). « Le rôle du médecin de famille en santé publique et capacité d'intervention en cas d'urgence document de réflexion»
http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/Ro le_Fam_Doc_Dec05_fr.pdf site consulté le 3 juin 2014

Gisèle Legault (2000). « L'intervention interculturelle». Boucherville: Gaétan Morin, 364 p.

Magali Girard, Michael Smith, Jean Renaud. (2008) « Intégration économique des nouveaux immigrants : adéquation entre emploi occupé avant l'arrivée au Québec et les emplois occupés depuis l'immigration » *cahiers canadiens de sociologie* 33(4) 791-814

Daniel Hiebert, (2011) « Precarious Housing and Hidden Homelessness among Refugees, Asylum Seekers and Immigrants in Montreal, Toronto and Vancouver) » in *Emploi et développement social Canada*
http://www.edsc.gc.ca/fra/communautes/sans_abri/recherche/pdc/immigrants/precaire.shtml

Damaris Rose, Annick Germain, Virginie Ferreira (2006). « Rapport de recherche La situation résidentielle et les besoins en logement des immigrants récents dans la région métropolitaine de Montréal» <http://www.im.metropolis.net/medias/mtlimmfr.pdf>
Page consulté le 20 mai 2014

Agence de santé publique du Canada (2011) « Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres » <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/chap4-fra.php> site consulté le 15 mai 2014

Statistiques Canada (Juillet 2011) « Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe. Composante du produit n° 089-503 –X au catalogue de Statistique Canada »

Statistiques Canada (2010) « santé perçue » <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2011001/article/11465-fra.htm> page consultée le 2 juin 2014

Statistiques Canada. (décembre 2013). « Profil de la santé » <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/index.cfm?Lang=F> Site consulté le 23 mai 2014

Statistique Canada. (2013). « Greater Sudbury / Grand Sudbury, RMR, Ontario (Code 580) (tableau). Profil de l'enquête nationale auprès des ménages (ENM), Enquête nationale auprès des ménages de 2011, produit n° 99-004-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 11 septembre 2013 ». <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F> (site consulté le 8 juin 2014)

Statistique Canada. (2012). « Greater Sudbury / Grand Sudbury, Ontario (Code 3553005) et Ontario (Code 35) (tableau). Profil du recensement, Recensement de 2011, produit n° 98-316-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 24 octobre 2012 ». <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F> (site consulté le 8 juin 2013).

Statistique Canada « Santé mentale perçue, selon le groupe d'âge et le sexe (Très bonne ou excellente) » <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health110a-fra.htm> Site consulté le 2 juin 2014

Statistiques Canada. « La santé au Canada ». <http://www.statcan.gc.ca/health-sante/index-fra.htm> Site consulté le 2 juin 2014

Marie-Thérèse Chichaet Éric Chares (2008) « Diversité, immigration et intégration, L'intégration des immigrants sur le marché du travail à Montréal Politiques et enjeux », *Choix* Vol. 14, no 2

Pillarella, Sophie (2006). « L'acculturation alimentaire des immigrants récents de l'Afrique de l'ouest francophone établis à Montréal : une analyse écologique » Mémoire.

Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Maîtrise en communication.

Association des facultés de médecine du Canada. « Les déterminants de la santé et les iniquités en santé»

<http://phprimer.afmc.ca/Latheoriereflechiralasante/Chapitre2LesDeterminantsDeLaSantEtLesIniquitesEnSant/Lesdeterminantsdelasant> site consulté le 10 mai 2014

Santé Canada. « Stratégie pour la santé des femmes ». <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/women-femmes/1999-strateg/index-fra.php#fnb7> site consulté le 9 juin 2014

Robin Marwick (2010) « Comment aider les enfants immigrants à réussir».

<http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/News/NewsAndFeatures/Pages/Helping-immigrant-children-succeed.aspx> site consulté le 12 mai 2014

Denis Daneman, Elizabeth Lee Ford-Jones (2010). « Prendre soin de la santé des enfants immigrants »

<http://www.aboutkidshealth.ca/Fr/News/Columns/PaediatriciansCorner/Pages/Attending-to-the-health-of-immigrant-children.aspx> site consulté le 12 mai 2014

9. Annexes

Figure 20 : Tranches d'âge selon le sexe

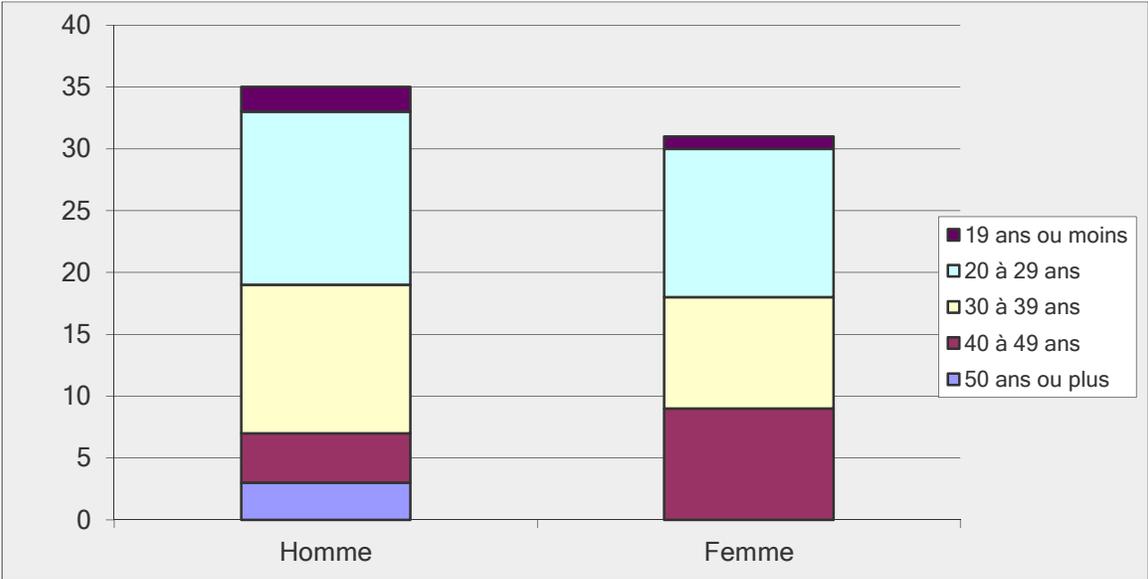


Figure 21 : Proportion des répondants ayant au moins un enfant selon le sexe (N=64)

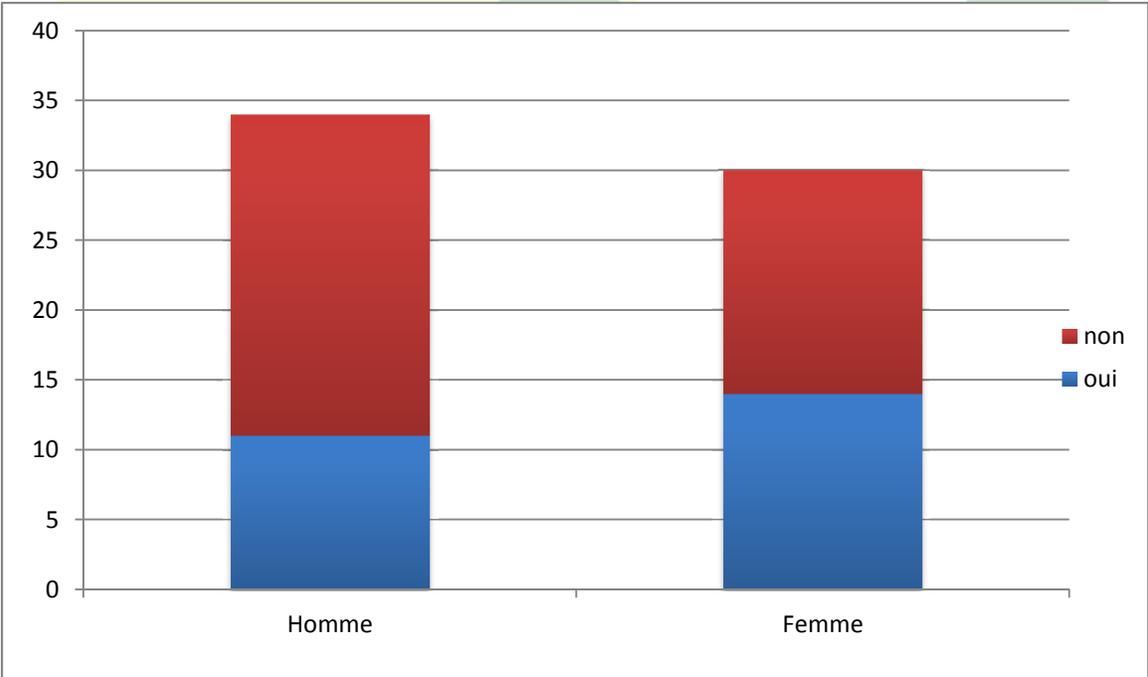


Figure 22 : Auto appréciation de la santé physique et de la santé mentale N=65

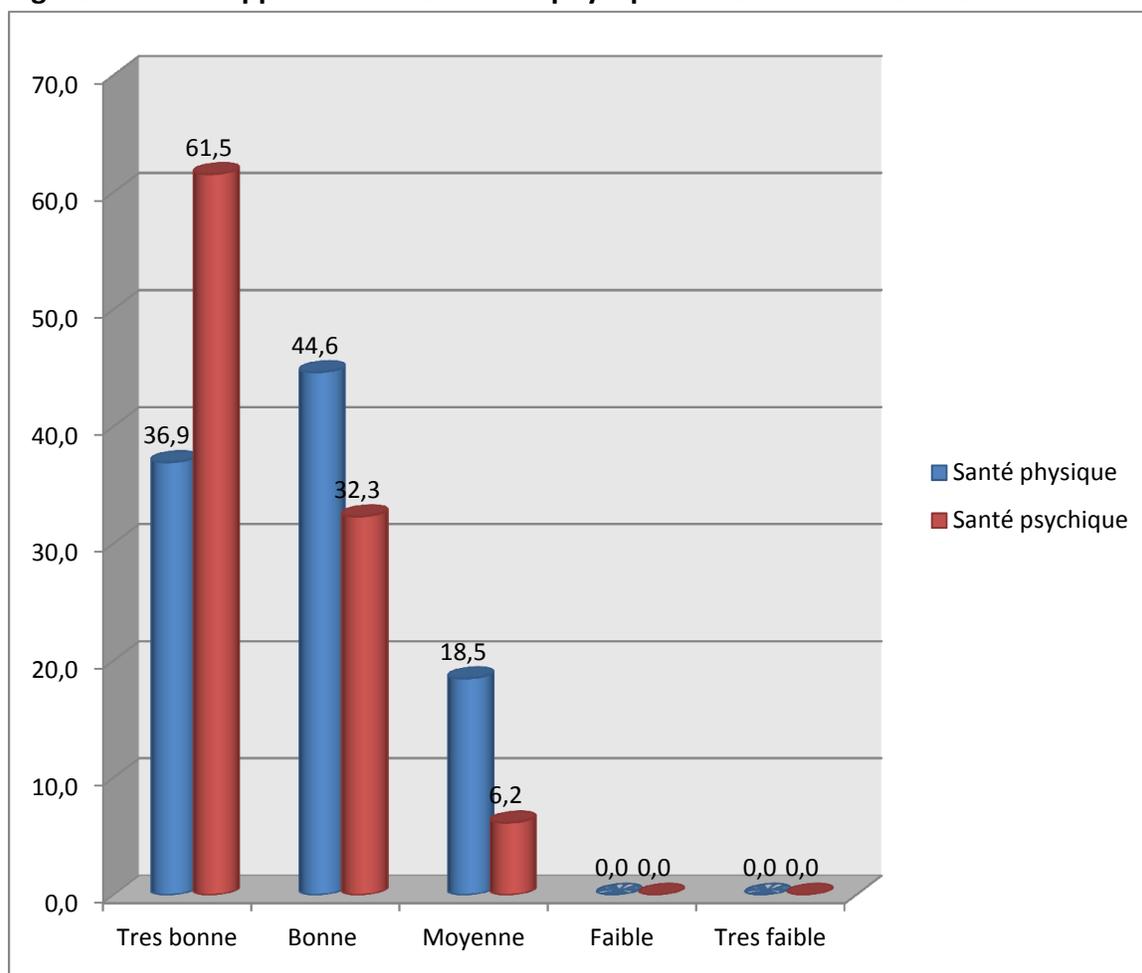


Tableau IV : Auto appréciation de la santé physique et de la santé mentale N=65

Appréciation de la santé mentale						
	Très bonne (%)	Bonne (%)	Moyenne (%)	Faible (%)	Très faible (%)	Total
Homme	24 (70,6)	9 (26,5)	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	34
Femme	16 (51,6)	12 (38,7%)	3 (9,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	31
Total	40	21	4	0	0	65
Appréciation de la santé physique						
	Très bonne	Bonne	Moyenne	Faible	Très faible	Total
Homme	16 (47,1)	15 (44,1)	3 (8,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	34
Femme	8 (25,8)	14 (45,2)	9 (29,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	31
Total	24	29	12	0	0	65

Figure 23 : Auto appréciation de la santé physique et de la santé mentale selon le sexe

Figure 24 : Appréciation de la santé mentale selon le sexe N=65

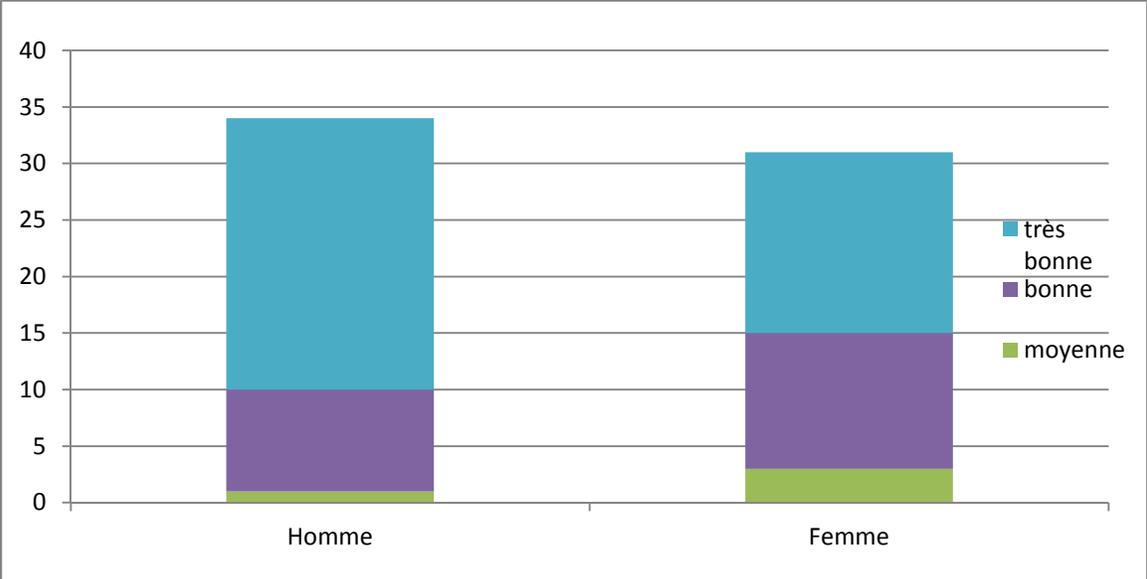


Figure 25 : Appréciation de la santé physique selon le sexe N=65

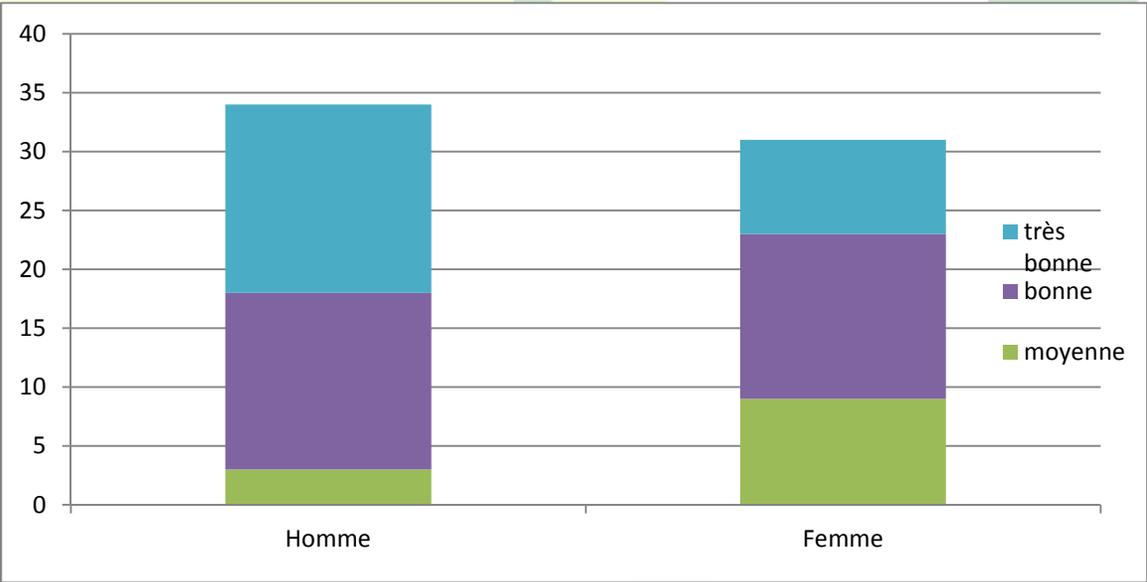


Figure 26 : Auto appréciation de la santé physique / mentale selon le sexe dans l'échantillon 2014

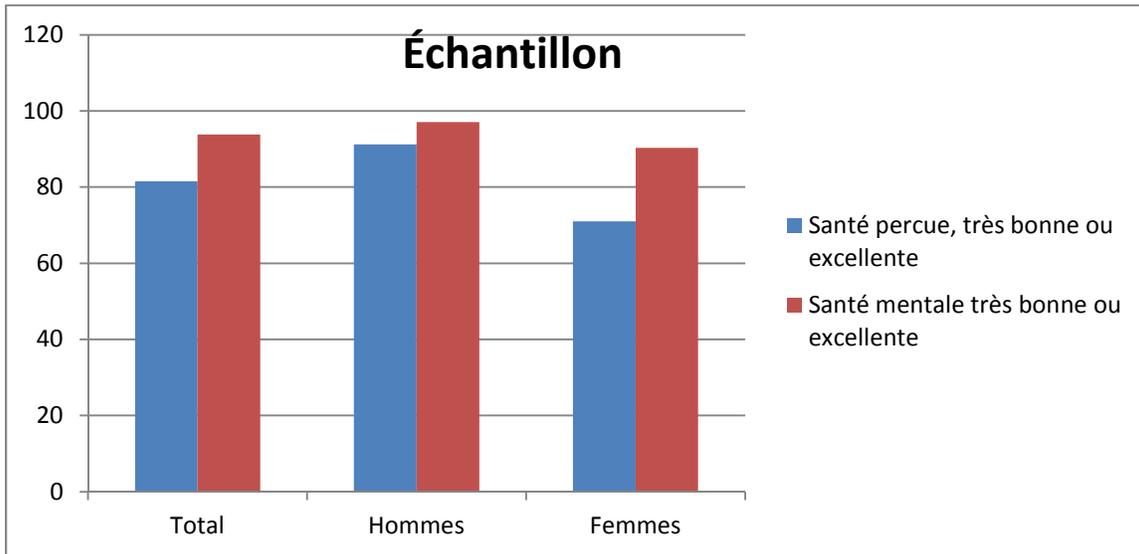


Figure 27 : Auto appréciation de la santé physique / mentale selon le sexe dans la ville du grand Sudbury (statistiques Canada 2013)

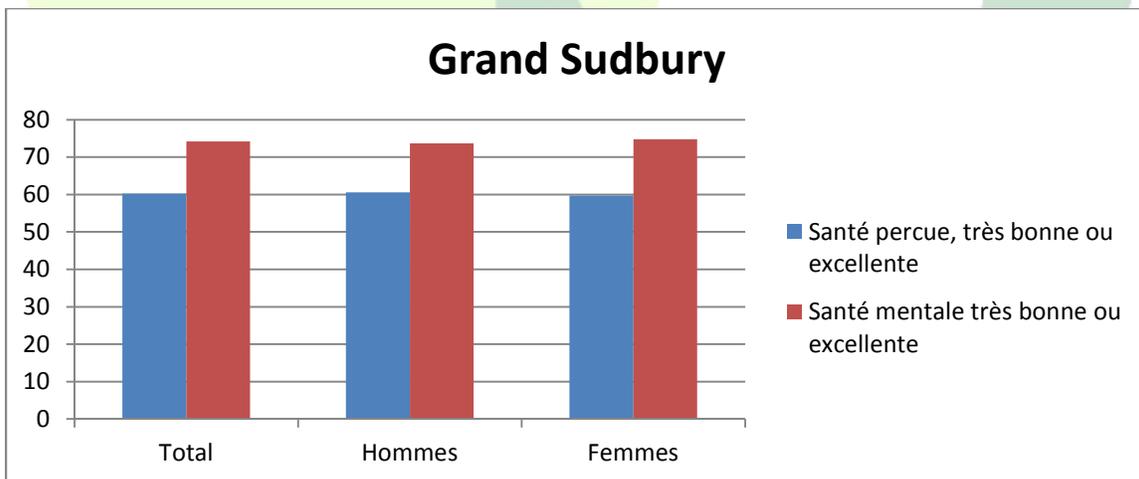


Figure 28 : Auto appréciation de la santé physique / mentale selon le sexe au Canada (statistiques Canada 2013)

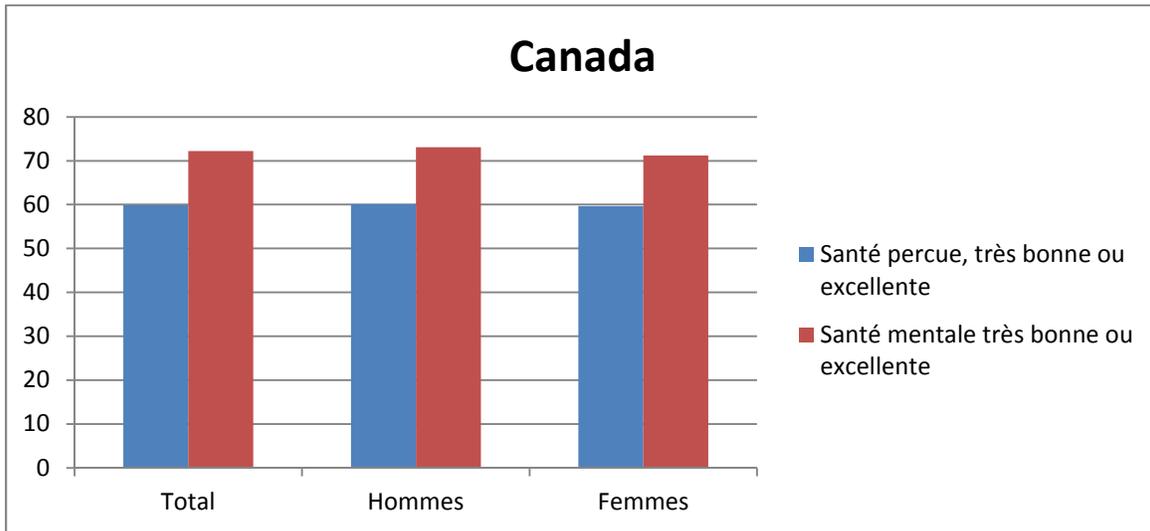


Figure 29 : Auto appréciation de la santé physique / mentale sans distinction de sexe (échantillon, Grand Sudbury, Canada)

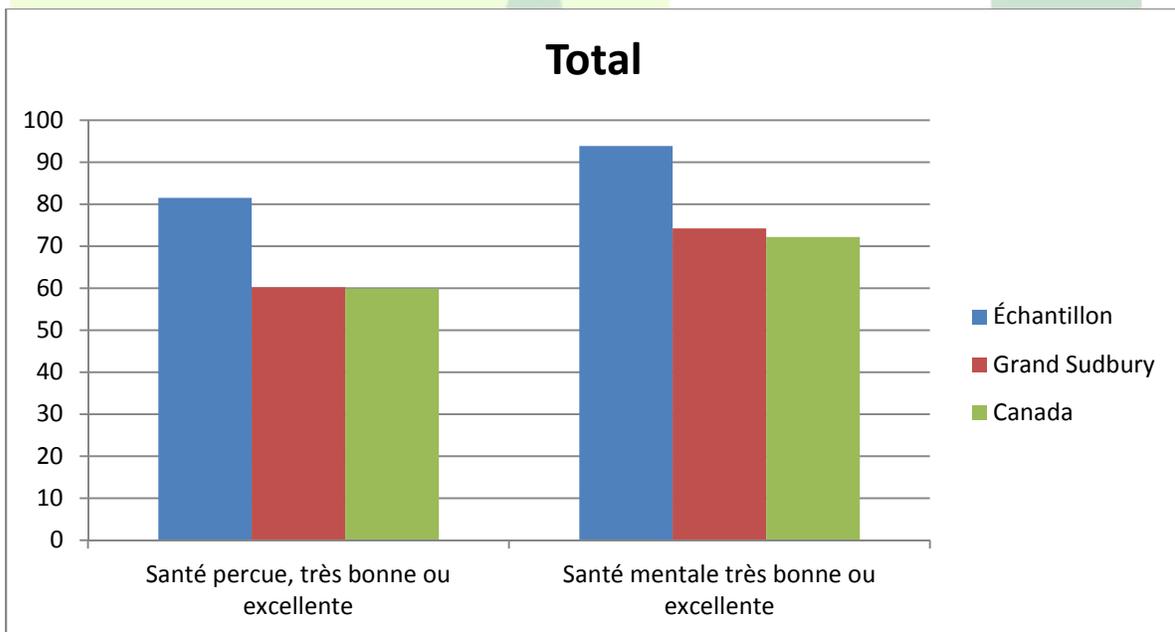


Figure 30: Auto appréciation de la santé physique / mentale chez les hommes (échantillon, Grand Sudbury, Canada)

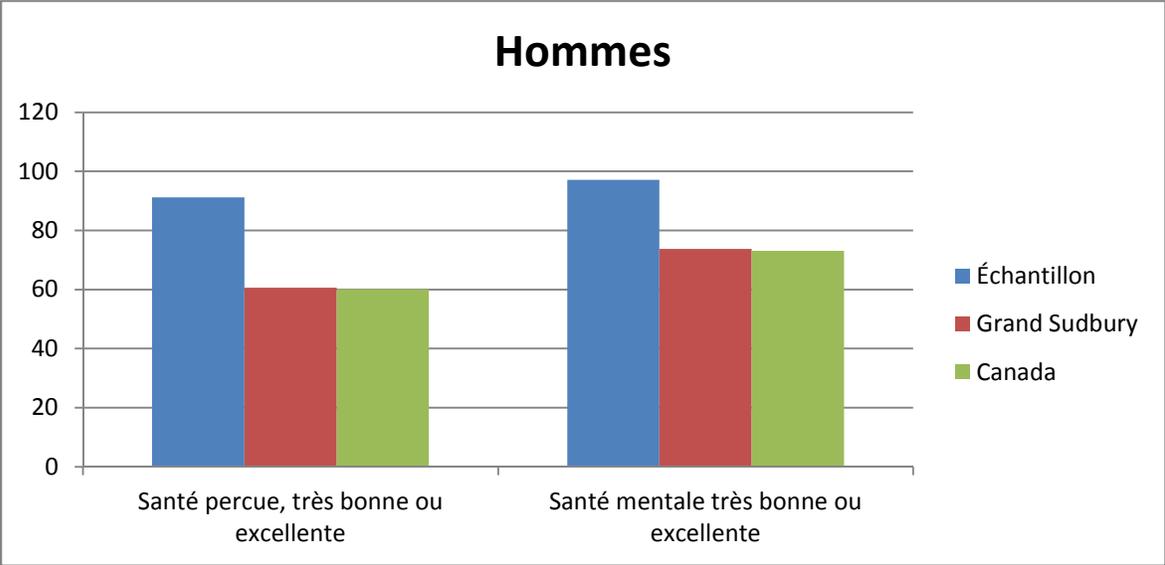


Figure 31 : Auto appréciation de la santé physique / mentale chez les femmes (échantillon, Grand Sudbury, Canada)

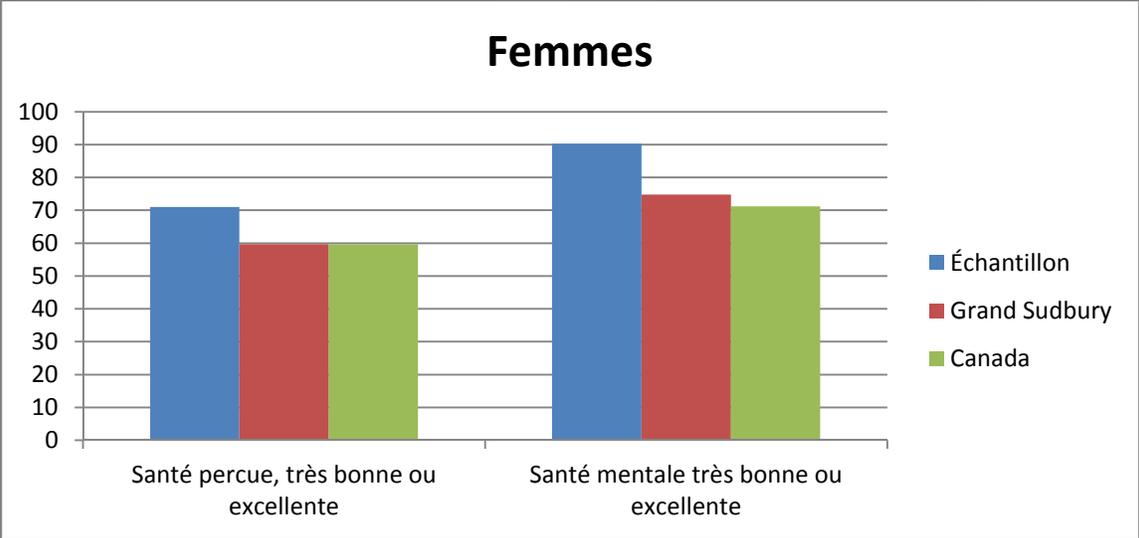


Figure 32 : Évolution de l'auto appréciation de la santé (immigrants vs personnes nées au Canada) entre 2001 et 2005 (source : Jun Zhao, Li Xue et Tara Gilkinson, 2010)

