


2^E ÉDITION - SEPTEMBRE 2016

MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES COMMUNAUTÉS LINGUISTIQUES ET CULTURELLES DE L'ESTRIE

COLLECTION DE RAPPORTS DE LA DIRECTRICE DE SANTÉ PUBLIQUE



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec 

Production

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Direction de santé publique
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : 819 829-3400
Télécopieur : 819 569-8894

Rédaction

Geneviève Baron, Direction de santé publique de l'Estrie
Mathieu Roy, Directions générales adjointes aux programmes sociaux et de réadaptation et aux programmes santé
physique généraux et spécialisés
Natalie Stronach, Direction de santé publique de l'Estrie

Collaboration

Mélissa Généreux, Direction de santé publique de l'Estrie
Marie-Andrée Roy, Direction de santé publique de l'Estrie

Révision et mise en pages

Marie-Ève Brière, Direction de santé publique de l'Estrie
Isabelle Mathieu, Direction de santé publique de l'Estrie

Référence

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
ISBN : 978-2-924330-89-0 (version PDF française)
ISBN : 978-2-924330-94-4 (version PDF anglaise)

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Ce document est disponible sur le site Internet du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca.

REMERCIEMENTS

Un comité aviseur a été mis sur pied pour orienter le contenu de ce rapport. Merci aux personnes suivantes qui ont contribué au rapport par ce comité en apportant leurs suggestions et commentaires tout au long du processus :

- Jérôme Chailier, CIUSSS de l’Estrie — CHUS
- Roxana Cledon, CIUSSS de l’Estrie — CHUS
- France Desjardins, CIUSSS de l’Estrie — CHUS
- Chantal Doré, Université de Sherbrooke
- Carole Gendreau, CIUSSS de l’Estrie — CHUS
- Rachel Hunting, Association des Townshippers
- Julie Laflamme, CIUSSS de l’Estrie — CHUS
- Matey Mandza, Fédération de communautés culturelles de l’Estrie
- Gaétan Nadeau, CIUSSS de l’Estrie — CHUS
- Caroline van Rossum, CIUSSS de l’Estrie — CHUS
- Naima Warit, Service d’aide aux néo-Canadiens
- Yacine Thiam, Fédération des communautés culturelles de l’Estrie

De plus, trois groupes d’étudiants en médecine de l’Université de Sherbrooke ont fait des projets de stage en lien avec un volet de ce rapport. Merci à :

- Philippe Bilodeau
- Éve Capistran
- Véronique Dallaire
- Maude Dubé-Pelletier
- Catherine Guzman
- Roxanne Morel
- Jessica Rivest-Mc Graw
- Gabrielle Spiegle-Morin
- Robin Thanomsack
- Samantha Thonnard Karn
- Maude Valois-Bérubé
- Anita Yim

Finalement, nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur collaboration :

- Ernest Lo, Institut national de santé publique du Québec
- Katie Lowry, Phelps Helps
- Methode Muhanuka, Soutien aux familles réfugiées et immigrantes de l’Estrie
- Ghislaine Poulin-Doherty, Centre de santé de la Vallée Massawippi
- Robert Pronovost, CIUSSS de l’Estrie — CHUS
- Christian Provencher, Commission scolaire Eastern Townships
- Clothilde Stamm, La Grande Table
- Thanh Mai Tu, Institut national de santé publique du Québec
- Ginette Valcourt, La Grande Table
- Alec Van Zuiden, Municipalité d’Ayer’s Cliff

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES FIGURES.....	IX
MOT DE LA DIRECTRICE.....	1
INTRODUCTION	3
1. CADRE DE RÉFÉRENCE	5
2. LA COMMUNAUTÉ ANGLOPHONE	7
Contexte politique et législatif.....	7
Contexte démographique	7
Les familles et les jeunes enfants	9
Les adolescents	11
Les adultes.....	14
Espérance de vie et mortalité	20
Groupes de discussion	20
3. LA COMMUNAUTÉ IMMIGRANTE.....	24
Contexte politique et législatif.....	24
Contexte démographique	24
Les familles et les jeunes enfants	25
Les adultes.....	26
Coup d’œil sur l’état de santé des réfugiés	32
Groupes de discussion	37
4. SYNTHÈSES	42
La communauté anglophone	42
La communauté immigrante.....	43
5. RECOMMANDATIONS.....	45
CONCLUSION	47
ANNEXE A : MÉTHODOLOGIE	50
ANNEXE B : GRILLES D’ENTREVUE	53
ANNEXE C : CARTES DES PROPORTIONS D’ANGLOPHONES ET D’IMMIGRANTS DANS LES 96 COMMUNAUTÉS DE L’ESTRIE	55
ANNEXE D : PROFIL DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION	61
LISTE DES RÉFÉRENCES	63

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre, proportion et répartition des Estriens (non immigrants) dont la langue la plus souvent parlée à la maison est l'anglais, Québec, Estrie et RLS, 2011.....	8
Tableau 2	Proportion d'enfants vulnérables selon la langue maternelle de l'enfant, Québec et Estrie, 2012	10
Tableau 3	Habitudes de vie et comportements selon la langue d'enseignement chez les élèves du secondaire, Estrie, 2010-2011.....	12
Tableau 4	Intimidation, compétences personnelles et troubles mentaux diagnostiqués selon la langue d'enseignement chez les élèves du secondaire, Estrie, 2010-2011.....	13
Tableau 5	Faible revenu et revenu médian après impôts selon la langue la plus souvent parlée à la maison, Estrie et Québec, 2010	15
Tableau 6	Prévalence des habitudes de vie, de la consommation d'alcool et de drogue ainsi que des maladies chroniques selon la langue la plus souvent parlée à la maison chez les adultes non immigrants, Estrie, 2014-2015	16
Tableau 7	Indicateurs de troubles mentaux et de bien-être selon la langue la plus souvent parlée à la maison chez les adultes non immigrants, Estrie, 2014-2015.....	17
Tableau 8	Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon la langue d'usage à la maison, Estrie et reste du Québec, 2005-2011	20
Tableau 9	Nombre, proportion et répartition des immigrants, Québec, Estrie et RLS, 2011.....	25
Tableau 10	Proportion d'enfants vulnérables selon le lieu de naissance de l'enfant, Québec et Estrie, 2012	26
Tableau 11	Indicateurs de revenu selon le statut d'immigrant, Estrie, 2011	28
Tableau 12	Prévalence des habitudes de vie, de la consommation d'alcool et de drogue et des maladies chroniques selon le lieu de naissance chez les adultes, Estrie, 2014-2015	30
Tableau 13	Indicateurs de bien-être et de troubles mentaux selon le lieu de naissance chez les adultes, Estrie, 2014-2015	31
Tableau 14	Habitudes de vie et maladies chroniques chez les réfugiés adultes selon le sexe, Clinique des réfugiés de Sherbrooke, 2013 et 2014.....	34
Tableau 15	Facteurs de risque et symptômes de troubles anxieux ou de l'humeur chez les réfugiés adultes selon le sexe, Clinique des réfugiés de Sherbrooke, 2013 et 2014.....	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Carte de la santé et de ses déterminants.....	5
Figure 2	Structure par âge de la population selon la langue la plus souvent parlée à la maison, Estrie, 2011.....	8
Figure 3	Proportion d'enfants ayant expérimenté la carie selon la langue d'enseignement, Estrie, 1 ^{er} avril 2011 au 31 mars 2016 (5 ans)	11
Figure 4	Plus haut niveau de scolarité atteint chez les 25-64 ans selon la langue la plus souvent parlée à la maison, Estrie, 2011.	15
Figure 5	Taux de participation au PQDCS selon la langue de correspondance, Estrie et Québec, 2007 à 2015	18
Figure 6	Plus haut niveau de scolarité atteint selon le statut d'immigrant, Estrie, 2011.....	27

MOT DE LA DIRECTRICE

En septembre dernier était publié le tout premier rapport de la Directrice de santé publique de l'Estrie portant sur la santé mentale et le bien-être des Estriennes et Estriens. Cette année, en guise de seconde édition, une thématique tout aussi prioritaire a été ciblée, à savoir la santé des communautés anglophones et immigrantes de l'Estrie.

La pertinence de dresser un portrait de santé de ces communautés nous est apparue évidente dès lors où nous avons été saisis des résultats de l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM). Cette enquête révélait des écarts importants au niveau du développement global entre les enfants anglophones et francophones fréquentant la maternelle en Estrie. Pourquoi de tels écarts? Était-ce en raison de barrières linguistiques, de barrières culturelles ou d'autres facteurs (ex. : pauvreté)? Chose certaine, de tels écarts ne nous apparaissent pas acceptables. Nous devons donc mieux comprendre pour mieux agir.

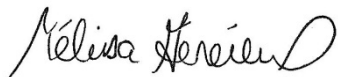
Parallèlement, l'arrivée massive de réfugiés syriens au cours de la dernière année vint renforcer notre désir de saisir les enjeux de santé propres aux communautés immigrantes, en particulier les immigrants récents et les réfugiés qui sont nombreux à avoir traversé des épreuves et des traumatismes pouvant laisser des séquelles et affecter la santé, tant physique que mentale.

Dans le cadre de ce rapport, nous avons donc tenu à distinguer les besoins de santé de la communauté anglophone de ceux de la communauté immigrante de l'Estrie, postulant que les réalités propres à ces deux communautés étaient fort différentes.

La démarche entreprise pour arriver à nos fins a été particulièrement rigoureuse. Nous avons d'abord constitué un comité aviseur composé de partenaires et de membres des communautés anglophones et immigrantes de l'Estrie. Ce comité nous a assisté tout au long du processus, de l'élaboration du plan de travail jusqu'à l'interprétation des résultats. Je tiens sincèrement à remercier chacun des membres de ce comité pour leur engagement et leur inestimable contribution. Pour tirer les constats les plus justes, nous avons intégré à notre étude, non seulement un volet quantitatif (c.-à-d. l'analyse de nombreuses sources de données), mais également un volet qualitatif. Pas moins de 48 personnes issues des communautés anglophones et immigrantes de l'Estrie ont participé à des groupes de discussion pour nous partager leur expérience et ainsi enrichir notre compréhension. Enfin, nous avons complété nos analyses par la réalisation d'entrevues individuelles auprès d'intervenants-clés issus du milieu municipal, scolaire et communautaire.

C'est donc avec une grande fierté que je vous invite à lire ce rapport et à prendre conscience des besoins et des réalités propres aux communautés anglophones et immigrantes de notre région.

Bonne lecture!



Mélissa Généreux, M.D.
Directrice de santé publique de l'Estrie

INTRODUCTION

La santé publique s'intéresse non seulement à la santé des individus, mais aussi à celle de la population dans son ensemble. Elle porte également un intérêt particulier aux inégalités de santé au sein des populations, surtout chez celles dites « vulnérables » qui regroupent des individus devant gérer au quotidien des situations moins favorables. Des associations entre le sexe, l'âge, le statut socioéconomique et l'état de santé sont régulièrement documentées en Estrie. Par contre, jusqu'à ce jour, l'état de santé et de bien-être a été peu étudié selon l'appartenance à une communauté linguistique ou culturelle.

L'Estrie compte un peu plus de 30 000 anglophones nés au Canada et près de 20 000 immigrants (c.-à-d. personnes nées à l'extérieur du Canada). Il s'agit d'environ 50 000 Estriennes et Estriens sur une population avoisinant les 500 000 habitants (c.-à-d. environ 10 % de la population). Les écrits scientifiques démontrent que les communautés minoritaires ont une moins bonne perception de leur santé physique et mentale, en plus de rapporter des habitudes de vie plus néfastes et davantage de limitations dans leurs activités de la vie quotidienne. Par ailleurs, diverses études ont également établi que les immigrants récents présentent un meilleur état de santé que celui de la population d'accueil. Ce phénomène, connu sous le nom de « l'effet de l'immigrant en bonne santé », s'estompe habituellement avec le temps passé depuis l'immigration. La prévalence de maladies chroniques et les taux de mortalité augmentent alors pour rejoindre ceux de la population d'accueil.

Ces questions, ainsi que d'autres, seront traitées dans ce rapport de surveillance thématique qui a pour objectifs spécifiques de :

1. Décrire l'état de santé des communautés anglophones et immigrantes en Estrie et établir les différences avec la population de référence (c.-à-d. francophones, non-immigrants).
2. Documenter la perception des anglophones et des immigrants quant à leurs besoins sociaux et de santé.
3. Formuler des recommandations afin d'améliorer la santé et le bien-être de ces deux communautés en Estrie.

Pour répondre à ces objectifs, plusieurs indicateurs de santé et de bien-être issus d'enquêtes et de fichiers médico-administratifs ont été analysés. Des groupes de discussion ont aussi été réalisés avec des anglophones et des immigrants de la région. Des rencontres consultatives individuelles et de groupe ont ensuite été menées avec des partenaires locaux issus du milieu communautaire, municipal et scolaire pour corroborer ou nuancer les résultats obtenus. Finalement, des initiatives locales issues des communautés anglophones et immigrantes estriennes sont présentées à la fin de chaque section afin de saluer les « bons coups » des partenaires.

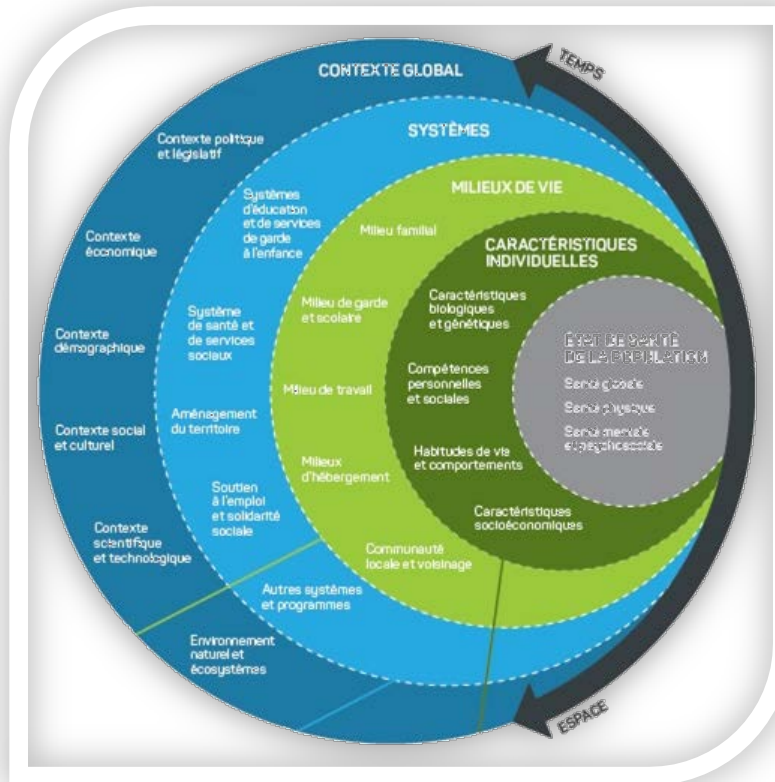
Les recommandations présentées dans ce rapport s'adressent aux décideurs, professionnels et partenaires de la Direction de santé publique de l'Estrie, du réseau de la santé et des services sociaux estrien ainsi qu'aux organisations intersectorielles. Ensemble, nous devons assumer notre mandat de responsabilité populationnelle et adapter notre offre de service pour qu'elle réponde mieux aux besoins sociaux et de santé des communautés anglophones et immigrantes en Estrie.

1. CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence qui a été choisi afin de guider les travaux de ce rapport (Figure 1) est celui du *Programme national de santé publique 2015-2025 - Pour améliorer la santé de la population du Québec* (PNSP)¹. Ce cadre de référence regroupe les déterminants dont il faut tenir compte lorsque l'on étudie la santé. La santé y est définie comme « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie »². Les déterminants y représentent les facteurs individuels, sociaux, économiques ou environnementaux qui sont associés à la santé. Ceux-ci sont regroupés en quatre grandes catégories : le contexte global, les systèmes, les milieux de vie et les caractéristiques individuelles. Tous les déterminants dont il sera question dans ce rapport se retrouvent dans l'une ou l'autre de ces catégories. Les déterminants sont déployés en cercles autour d'un élément central qu'ils influencent : l'état de santé de la population.

L'état de santé de la population peut être mesuré de différentes façons. Par exemple, l'état de santé global peut être obtenu à partir d'indicateurs comme la mortalité générale, l'espérance de vie ou la perception de son état de santé. L'état de santé physique peut être mesuré grâce aux données relatives aux maladies, tandis que l'état de santé mentale peut être évalué grâce à des données portant sur ses composantes positives (ex. : résilience) ou négatives (ex. : troubles mentaux).

Figure 1
Carte de la santé et de ses déterminants



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016), Programme national de santé publique, 2015-2025

L'objet du rapport est d'analyser des données issues d'enquêtes et de fichiers médico-administratifs au sein des communautés anglophones et immigrantes de l'Estrie. Plus précisément, nous voulons comparer l'état de santé des anglophones à celui des francophones et celui des immigrants à celui des individus nés au Canada. Voici les thèmes liés à l'état de santé, ainsi que ceux portant sur les différents déterminants de la santé, qui seront étudiés.

CATÉGORIE	SOUS-CATÉGORIE	THÈME
Contexte global	Politique et législatif	Loi sur la santé et les services sociaux Charte de la langue française
	Économique	---
	Démographique	Structure par âge et par sexe Pays de provenance
	Social et culturel	---
	Scientifique et technologique	---
	Naturel et écosystème	---
Systèmes	Éducation et de service de garde éducatif	---
	Santé et services sociaux	Participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein Accès aux services de santé Consultation d'un professionnel de la santé
	Aménagement du territoire	---
	Soutien à l'emploi et solidarité sociale	Taux de chômage Taux d'emploi
Milieux de vie	Familial	Âge et scolarité des mères Composition familiale
	De garde et scolaire	Violence à l'école et cyberintimidation Fréquentation d'un service de garde
	Travail	---
	Hébergement	Proportion de locataires
	Communauté locale et voisinage	Sentiment d'appartenance
Caractéristiques individuelles	Biologiques et génétiques	Age et sexe
	Compétences	Développement de l'enfant à la maternelle Résilience Estime de soi, empathie, résolution de problèmes
	Habitudes de vie et comportements	Activité physique, alimentation, tabagisme, alcool, drogue, brossage de dents et soie dentaire, relations sexuelles non protégées, stress
	Caractéristiques socioéconomiques	Scolarité Emploi Revenu Part du revenu consacré au logement
État de santé	Santé globale	Perception de la santé Espérance de vie
	Santé physique	Prématurité et naissances de faible poids Carie dentaire chez les enfants Surplus de poids, obésité Maladies chroniques et infectieuses Carences nutritionnelles Incapacités
	Santé mentale et psychosociale	Certains troubles mentaux Symptômes dépressifs Stress post-traumatique Santé mentale positive Détresse psychologique

2. LA COMMUNAUTÉ ANGLOPHONE

CONTEXTE POLITIQUE ET LÉGISLATIF

Au Canada, l'accès linguistique dans les soins de santé est principalement basé sur des interprétations de la *Charte canadienne des droits et libertés*, la *Loi canadienne sur les droits de la personne*, les lois en matière de droits de la personne des provinces et territoires, la *Loi canadienne sur la santé*, et les lois provinciales sur la santé³. Au Québec, il est essentiel de mentionner que la *Charte de la langue française* occupe une place importante dans l'espace politique et législatif puisqu'elle régit la place de la langue anglaise dans l'espace public et institutionnel québécois. L'article 15 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec* stipule en outre que : « toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux dans sa langue, dans la mesure où le permettent les ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui fournissent ces services ». Le droit de recevoir des services en langue anglaise figure également parmi les douze droits des usagers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS).

Les comités d'accès aux services en langue anglaise des établissements de santé et de services sociaux de la région ont été abolis au 31 mars 2015 lors de la réforme du réseau de la santé. Le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) revoit présentement la composition et le mandat des différents comités devant être restructurés à la suite de la fusion des établissements. En attendant, une instance de concertation transitoire est maintenue par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS afin de fournir un lieu d'échange et de discussion avec la communauté anglophone. De plus, les programmes d'accès aux services en langue anglaise qui existaient dans les anciens établissements du réseau de la santé estrien continuent d'être en vigueur. Le comité régional d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise devrait être formé et remis en opération en 2016-2017.

Par ailleurs, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS reçoit des subventions du gouvernement fédéral pour offrir de la formation qui vise à améliorer les compétences en anglais des professionnels de la santé. L'objectif de l'établissement est de former 155 employés par année de 2015-2016 à 2017-2018.

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

En 2011, plus de 32 000 Estriennes et Estriens nés au Canada (non immigrantes – non immigrants) ont déclaré que l'anglais est la langue qu'ils parlent la plus souvent à la maison (Tableau 1), ce qui représente 7,3 % de la population estrienne. Deux réseaux locaux de services (RLS) se démarquent par leur plus forte proportion d'anglophones : La Pommeraie (21 %) et Memphrémagog (15 %). Ces deux RLS et celui de Sherbrooke regroupent d'ailleurs près de 75 % des anglophones demeurant en Estrie. Une carte de la proportion d'anglophones dans les 96 communautés de l'Estrie est présentée à l'annexe C. Plus de 75 % des anglophones de l'Estrie habitent en milieu rural (hors Sherbrooke, Magog ou Granby).

Tableau 1

Nombre, proportion et répartition des Estriens (non immigrants) dont la langue la plus souvent parlée à la maison est l'anglais, Québec, Estrie et RLS, 2011.

Réseau local de services	Nombre	Proportion d'anglophones ¹ (%)	Répartition des anglophones ¹ au sein de l'Estrie (%)
La Pommeraie	10 435	20,9	32,3
La Haute-Yamaska	2 645	2,9	8,2
Memphrémagog	7 075	15,0	21,9
Coaticook	1 810	9,8	5,6
Sherbrooke	5 805	3,9	18
Val Saint-François	1 950	6,7	6
Asbestos	380	2,7	1,2
Haut-Saint-François	2 065	9,6	6,4
Granit	120	0,6	0,4
Estrie	32 290	7,3	100
Québec	752 355	10,0	--

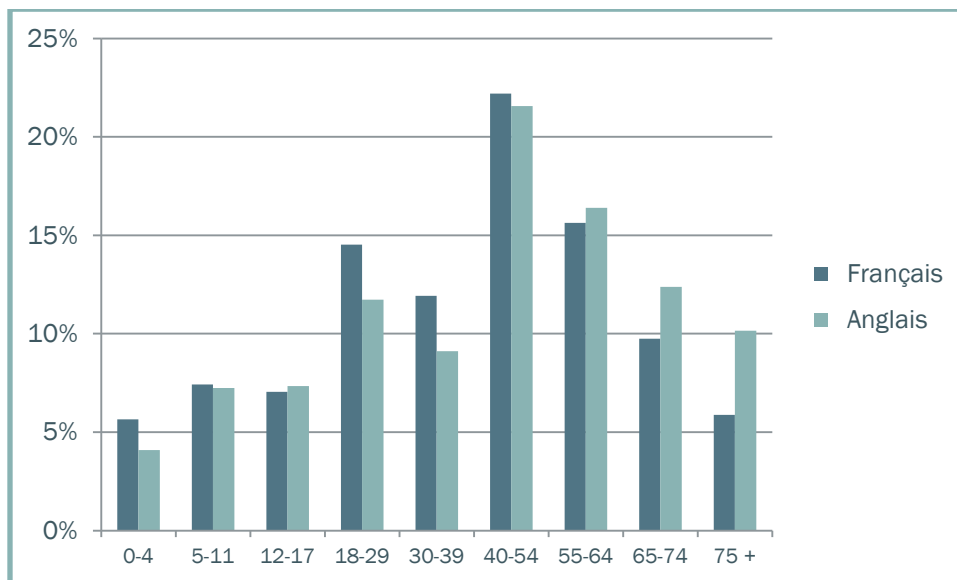
Source : Statistique Canada, Recensement, 2011

1 : Langue la plus souvent parlée à la maison = anglais (réponse unique)

La population anglophone estrienne est plus âgée que la population francophone de la région. L'âge médian des anglophones est de 48,1 ans, celui des francophones, de 43 ans. La communauté anglophone de l'Estrie est aussi plus âgée que la population anglophone du Québec (39,5 ans). En Estrie, 22,5 % de la population anglophone a 65 ans ou plus (contre 15,6 % de francophones; figure 2). On note aussi que les jeunes adultes anglophones de 18 à 39 ans sont proportionnellement moins nombreux que les francophones du même âge.

Figure 2

Structure par âge de la population selon la langue la plus souvent parlée à la maison, Estrie, 2011



Source : Statistique Canada, Recensement, 2011

La structure démographique des anglophones de l'Estrie, caractérisée par une sur-représentation des aînés et une sous-représentation des jeunes adultes, affecte la vitalité de la communauté selon certains intervenants du milieu. En effet, l'émigration de la population anglophone vers d'autres régions du Canada a été très importante entre 1976 et 1986. Le phénomène se poursuit actuellement, mais à un rythme moins important. Encore aujourd'hui, une proportion importante de jeunes anglophones quitte la région et ces derniers sont plus susceptibles d'avoir atteint un niveau de scolarité universitaire et d'être financièrement aisés⁴. À l'opposé, comme décrit dans les paragraphes suivants, ceux qui restent présentent des vulnérabilités socioéconomiques plus importantes.

LES FAMILLES ET LES JEUNES ENFANTS

En Estrie, on compte environ 1 300 anglophones âgés de 0 à 4 ans⁵. En 2014, 224 enfants sont nés d'une mère anglophone (non immigrante) en Estrie, ce qui représente 4,8 % des naissances⁶. Aucune différence dans les proportions de naissances prématurées ou de faible poids n'est relevée selon la langue parlée à la maison. Par contre, il y a des différences significatives au niveau de certains déterminants de la santé. Notamment, pour la période 2010-2014, en Estrie :

- 6,1 % des mères anglophones avaient 19 ans ou moins à la naissance de leur enfant (contre 2,9 % chez les francophones).
- 11,5 % des mères anglophones avaient moins de onze années de scolarité (pas de diplôme d'études secondaires) à la naissance de leur enfant (contre 8,8 % chez les francophones).

Ces résultats sont différents des données provinciales puisqu'au Québec, la proportion de très jeunes mères est similaire selon la langue d'usage (environ 3 %) et les mères anglophones présentent un avantage au niveau de la scolarité (moins de onze années de scolarité : 4,8 % chez les anglophones et 7,3 % chez les francophones).

Développement de l'enfant à la maternelle

En 2012, l'*Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle* (EQDEM) a permis de mesurer la proportion d'enfants vulnérables dans différentes sphères de développement. Lorsqu'on croise les données selon la langue maternelle de l'enfant (Tableau 2), on constate que :

- Les enfants de l'Estrie ayant l'anglais (mais pas le français) comme langue maternelle sont proportionnellement plus nombreux à présenter une vulnérabilité que les enfants qui ont au moins le français comme langue maternelle, et ce, dans toutes les sphères de développement.
- La proportion d'enfants anglophones estriens qui présentent une vulnérabilité est plus élevée que celle des enfants anglophones du Québec, et ce, dans toutes les sphères de développement.

Tableau 2

Proportion d'enfants vulnérables selon la langue maternelle de l'enfant, Québec et Estrie, 2012

	Québec			Estrie		
	Au moins le français (%)	L'anglais, mais pas le français (%)	Écart selon la langue	Au moins le français (%)	L'anglais, mais pas le français (%)	Écart selon la langue
Santé physique et bien-être	8,6	12,8	Oui	8,9	23,6 (+)	Oui
Compétences sociales	8,6	10,6	Oui	9,2	20,1 (+)	Oui
Maturité affective	9,7	9,7	Non	10,0	15,9 (+)	Oui
Développement cognitif et langagier	9,3	10,6	Oui	9,8	17,1 (+)	Oui
Habiletés de communication et connaissances générales	7,8	19,2	Oui	7,7	26,4 (+)	Oui
Vulnérabilité dans au moins 1 domaine	23,2	32,8	Oui	24,7	46,1 (+)	Oui

(+) : écart significatif (seuil 0,05) entre l'Estrie et le Québec au sein du même sous-groupe linguistique.

Source : Institut de la statistique du Québec, compilation spéciale des données de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle, 2012

En Estrie, près d'un enfant anglophone sur deux présente une vulnérabilité dans au moins un domaine de développement, ce qui est près de deux fois plus que chez les francophones. Il est possible de présenter des résultats par RLS dans les territoires qui comptent les plus importantes communautés anglophones. Voici le pourcentage d'enfants vulnérables dans au moins un domaine pour les anglophones et les francophones respectivement dans les RLS où les anglophones sont les plus nombreux :

- La Pommeraiie : 48,9 % contre 24,8 %
- Memphrémagog : 51,0 % contre 28,6 %
- Sherbrooke : 55,5 % contre 22,3 %.

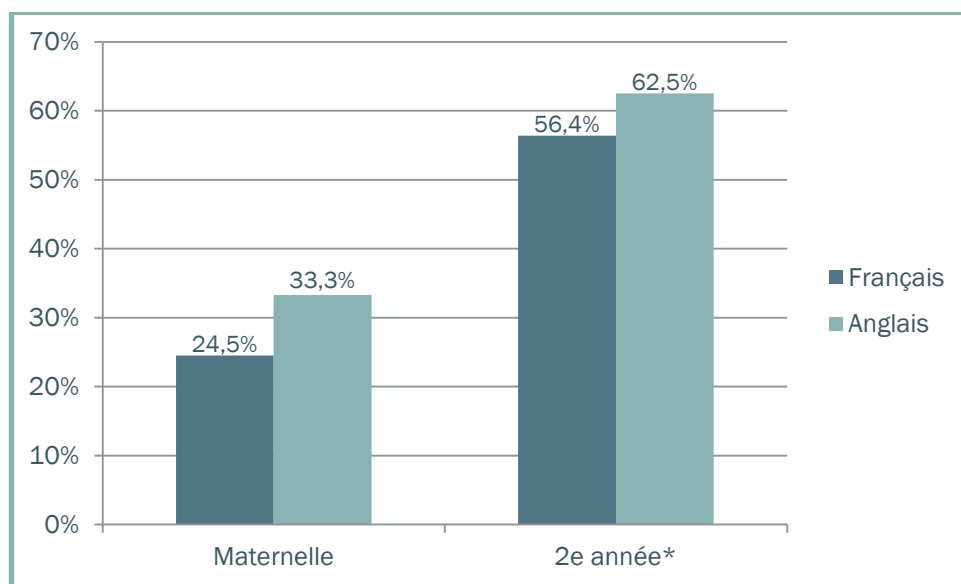
L'association entre une plus forte proportion d'enfants vulnérables dans au moins un domaine de développement et la langue maternelle est démontrée au niveau provincial⁷. L'analyse des données québécoises de l'EQDEM met aussi en lumière d'autres caractéristiques qui sont associées à la vulnérabilité à la maternelle : être un garçon, être parmi les plus jeunes de la cohorte et être né à l'extérieur du Canada.

L'EQDEM met finalement en évidence deux autres éléments liés à la vulnérabilité : la non fréquentation d'un service de garde de manière régulière avant l'entrée à l'école et la défavorisation matérielle et sociale. L'EQDEM permet d'obtenir ces caractéristiques selon la langue maternelle à l'échelle provinciale uniquement, mais on peut faire des approximations avec les caractéristiques des élèves de la Commission scolaire Eastern Townships (CSET). La proportion d'écoles défavorisées de la CSET (qui reflète la défavorisation du bassin de desserte de l'école) est similaire à l'ensemble des écoles du Québec (31 %). Par contre, la fréquentation d'un service de garde avant l'entrée à l'école est nettement plus faible pour la clientèle de la CSET (32,8 %) qu'au Québec (80,9 %) et que dans les commissions scolaires francophones de l'Estrie (entre 73,3 % et 88,6 %)⁸. Ces constats peuvent constituer des hypothèses pour expliquer la vulnérabilité des enfants anglophones en Estrie.

Santé buccodentaire

En Estrie, les enfants inscrits à la maternelle et en 2^e année bénéficient d'un dépistage de la carie effectué par une hygiéniste dentaire. Les résultats de ce dépistage sont compilés et il est possible de les croiser avec la langue d'enseignement. Comme présenté à la figure 3, les élèves des écoles anglophones sont plus touchés par la carie que ceux qui vont à l'école en français.

Figure 3
Proportion d'enfants ayant expérimenté la carie selon la langue d'enseignement, Estrie, 1^{er} avril 2011 au 31 mars 2016 (5 ans)



* Données excluent les RLS de la Haute-Yamaska et de la Pommeraie
Source : I-CLSC

Une publication régionale fait état des principaux facteurs de risques liés à la carie dentaire⁹ : la disponibilité des fluorures, les comportements alimentaires et d'hygiène buccodentaire, l'utilisation des services de santé et le statut socioéconomique. Les données d'enquêtes réalisées chez les élèves du secondaire et chez les adultes ne révèlent pas de différence au niveau du brossage de dent, de l'usage de la soie dentaire et de la consultation d'un dentiste selon la langue en Estrie^{10, 11, 12}. Toutefois, comme démontré dans les prochains paragraphes, les anglophones présentent des écarts en ce qui concerne les habitudes alimentaires et le statut socioéconomique.

LES ADOLESCENTS

Habitudes de vie et santé physique

Plusieurs différences selon la langue d'enseignement sont observées quant aux habitudes alimentaires chez les élèves du secondaire (Tableau 3). En Estrie, les élèves des écoles anglophones se démarquent défavorablement de ceux des écoles francophones en ce qui concerne la consommation de boissons sucrées, de grignotines et de sucreries, la prise d'un déjeuner chaque matin et la consommation de malbouffe au restaurant. Autre fait intéressant : les élèves francophones de l'Estrie présentent une situation favorable par rapport aux élèves francophones du Québec pour trois des quatre indicateurs alimentaires. Or, cet avantage n'est pas présent du côté des élèves qui fréquentent l'école en anglais.

Pour la consommation d'alcool, les élèves du réseau anglophone québécois sont moins nombreux que ceux du réseau francophone à avoir consommé de l'alcool à vie (57,2 % contre 63,3 %) et moins nombreux à avoir eu une consommation excessive d'alcool au cours des douze derniers mois (33,3 % contre 42,0 %). En Estrie, cet écart n'est pas présent. Les élèves anglophones ont une consommation très similaire à celle des francophones (66,2 % pour l'alcool à vie et 45,3 % pour la consommation excessive). Aucun écart selon la langue n'est noté au niveau du tabagisme ou de l'usage de drogue.

Au niveau de la santé sexuelle, les élèves de 14 ans ou plus qui fréquentent les écoles anglophones de l'Estrie sont plus nombreux à déclarer avoir déjà eu une relation sexuelle (43,0 %) que les élèves anglophones de la province (32,3 %). Les élèves francophones de l'Estrie ne se distinguent pas de ceux du Québec à cet égard (environ 37,0 %).

Tableau 3 Habitudes de vie et comportements selon la langue d'enseignement chez les élèves du secondaire, Estrie, 2010-2011

	Québec			Estrie		
	Français (%)	Anglais (%)	Écart selon la langue	Français (%)	Anglais (%)	Écart selon la langue
Alimentation						
Consomme quotidiennement au moins une boisson sucrée, des grignotines ou des sucreries	30,0	32,6	Oui	23,9 (-)	32,5	Oui
Consomme en général le nombre minimal de portion de fruits et de légumes	33,5	27,9	Oui	34,3	28,0	Non
A déjeuné tous les matins au cours de la dernière semaine d'école	60,6	52,6	Oui	65,3 (+)	52,7	Oui
Consomme malbouffe dans un restaurant ou un casse-croûte 2 fois/semaine ou +	19,5	26,1	Oui	14,6 (-)	22,6	Oui
Activité physique						
Élèves sédentaires	23,9	23,9	Non	24,4	23,5	Non
Poids						
Surplus de poids	20,5	24,9	Oui	19,0	21,6	Non
Tabac, alcool, drogue						
Fumeurs	7,0	6,1	Non	6,4	8,6	Non
Consommation d'alcool à vie	63,3	57,2	Oui	66,2	66,2	Non
Consommation excessive d'alcool au cours des douze derniers mois	42,0	33,3	Oui	45,1	45,3	Non
Consommation de drogue à vie	27,4	25,1	Non	28,8	30,3	Non
Sexualité						
Élèves de 14 ans ou plus ayant eu au moins une relation sexuelle	37,7	32,3	Oui	37,7	43,0 (+)	Non
Élèves de 14 ans ou plus ayant utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle	67,9	71,5	Non	65,6	63,5	Non

(+)/(-) : écart significatif (seuil 0,05) entre l'Estrie et le Québec au sein du même sous-groupe linguistique

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, 2010-2011

Santé mentale et bien-être

Près de deux fois plus d'élèves allant à l'école anglophone que d'élèves allant à l'école francophone déclarent avoir été victimes de violence (à l'école et sur le chemin de l'école) ou de cyberintimidation. Cet écart est présent tant au niveau provincial que régional. Parallèlement, les élèves anglophones se démarquent défavorablement des francophones pour plusieurs indicateurs de compétences personnelles au Québec et en Estrie (Tableau 4). En Estrie, la situation des élèves anglophones est défavorable pour les deux indicateurs suivants : résolution de problèmes et détresse psychologique élevée.

En ce qui concerne les diagnostics de troubles mentaux, la prévalence de l'anxiété, de dépression et de troubles alimentaires est plus élevée chez les jeunes anglophones que les francophones au Québec, mais pas en Estrie. L'inverse se produit pour le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : les jeunes francophones déclarent plus de diagnostics de TDAH et de prise de médicaments pour se calmer ou se concentrer que les anglophones. En Estrie, la prévalence du TDAH est de 17,2 % chez les élèves du réseau francophone, alors qu'elle est de 11,2 % chez les élèves qui fréquentent l'école en anglais. Un écart de cinq points de pourcentage est également présent au niveau de la prise de médicaments. Rappelons qu'il s'agit de troubles diagnostiqués et, en conséquence, l'accès aux services a une influence sur la prévalence.

Tableau 4

Intimidation, compétences personnelles et troubles mentaux diagnostiqués selon la langue d'enseignement chez les élèves du secondaire, Estrie, 2010-2011

	Québec			Estrie		
	Français (%)	Anglais (%)	Écart selon la langue	Français (%)	Anglais (%)	Écart selon la langue
Intimidation						
Victime de violence à l'école ou sur le chemin de l'école ou de cyberintimidation	34,3	57,2	Oui	35,1	59,8	Oui
Compétences personnelles						
Niveau élevé d'efficacité personnelle globale	29,0	24,0	Oui	29,9	26,7	Non
Niveau élevé de résolution de problèmes	32,3	25,2	Oui	34,9	28,2	Oui
Faible estime de soi	18,3	22,9	Oui	19,1	22,4	Non
Détresse psychologique élevée	20,4	24,1	Oui	19,9	27,3	Oui
Troubles mentaux diagnostiqués						
Diagnostic médical - Anxiété, dépression ou trouble alimentaire	11,6	15,0	Oui	12,0	13,5	Non
Diagnostic médical - Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité	12,9	10,3	Oui	17,1 (+)	11,2	Oui
Prise de médicaments pour se calmer ou se concentrer (deux dernières semaines)	8,3	4,5	Oui	12,1 (+)	7,5	Oui

(+)/ (-) : écart significatif (seuil 0,05) entre l'Estrie et le Québec au sein du même sous-groupe linguistique

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire, 2010-2011

Ce que les partenaires en pensent

Les partenaires du milieu scolaire anglophone souhaitent d'abord que l'on reconnaisse la majorité d'élèves anglophones qui réussissent bien. Toutefois, ils admettent qu'il existe des problématiques d'apprentissage, de stimulation et de réussite éducative au sein des établissements primaires et secondaires du réseau anglophone. Pour expliquer ce constat, ils avancent une série d'hypothèses :

- (1) La situation socioéconomique de la communauté anglophone estrienne est moins reluisante que celle des francophones. La moyenne d'âge est plus élevée et les jeunes adultes anglophones éduqués tendent à quitter la région pour aller travailler à l'extérieur de la province ou du pays. Or, la réussite éducative des enfants passe souvent par l'éducation et le niveau socioéconomique de la mère. En effet, c'est principalement elle qui donne le goût de l'école à ses enfants, notamment par la lecture ou des activités de stimulation à la petite enfance.
- (2) Il n'existe aucun centre de la petite enfance qui soit destiné spécifiquement aux anglophones en Estrie. Évidemment, plusieurs enfants anglophones fréquentent des services de garde de qualité en milieu francophone. Toutefois, certains parents préfèrent que leurs enfants soient éduqués dans leur langue maternelle et s'arrangent donc en conséquence. Souvent, la stratégie éducative imaginée par les parents réussit bien. D'autres fois, cette stratégie n'a pas les résultats escomptés. Ainsi, les jeunes qui auraient des besoins en services éducatifs plus spécialisés arrivent à la maternelle avec des retards dans une ou plusieurs sphères de développement. Il semble que ce phénomène soit davantage présent en milieu rural.
- (3) En contexte de vulnérabilité, les personnes veulent communiquer dans leur langue maternelle. Or, les services sociaux et de santé sont principalement dispensés en français en Estrie. Cette réalité linguistique fait en sorte que les personnes issues de la communauté anglophone utilisent moins les services. Si cela est vrai chez les adultes, cela est aussi vrai pour les enfants qui ont des besoins en orthophonie et en orthopédagogie.
- (4) Il y a des services pour la communauté anglophone, mais il existe des disparités dans l'arrimage des services offerts avec les besoins de la communauté. Il ne faut pas penser que tous les services doivent être dispensés en anglais. Toutefois, il faut pouvoir communiquer convenablement avec les personnes issues de la communauté anglophone. Pour l'instant, il y a encore un fossé à cet égard. La communauté se referme alors sur elle-même et les réseaux d'entraide informels se développent. Si certains réseaux informels sont excellents, d'autres sont de moins bonne qualité. Des enfants ayant des besoins particuliers pourraient ainsi voir ces besoins non comblés.

Entrevue réalisée avec monsieur Christian Provencher, directeur général de la Commission scolaire Eastern Townships le 31 août 2016.

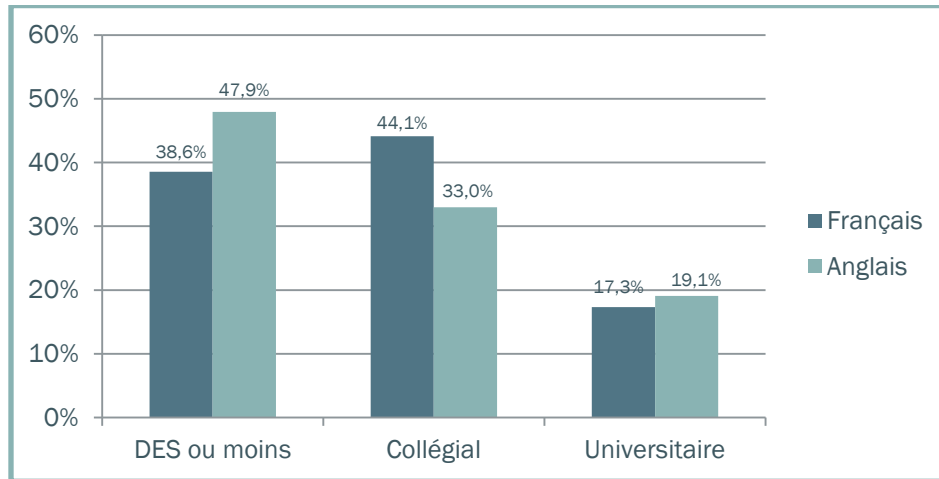
LES ADULTES

Caractéristiques socioéconomiques

En Estrie, près de 50 % des anglophones de 25 à 64 ans ont un niveau de scolarité équivalent ou inférieur au diplôme d'études secondaires (DES). Cette proportion est plus élevée que celles observées

chez les francophones de l'Estrie (38,6 %) et chez les anglophones du Québec (32,2 %). Les RLS de Memphrémagog et de Coaticook se démarquent défavorablement à cet égard, leur proportion d'anglophones moins éduqués (DES ou moins) étant respectivement de 57,3 % et 56,0 %. Les francophones sont plus nombreux que les anglophones à avoir atteint le niveau collégial (44,1 % contre 33,0 %). En ce qui concerne la population ayant un niveau de scolarité universitaire, il n'y a pas de différence selon la langue parlée en Estrie.

Figure 4
Plus haut niveau de scolarité atteint chez les 25-64 ans selon la langue la plus souvent parlée à la maison, Estrie, 2011.



Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011

Lors du recensement de 2011, le taux de chômage était légèrement plus élevé au sein de la communauté anglophone (6,9 %) que chez les francophones (4,8 %) en Estrie. Un écart similaire était observé à l'échelle provinciale. Le taux de chômage était d'environ 8 % chez les anglophones des trois RLS suivants : La Pommeraie, La Haute-Yamaska et Memphrémagog.

En Estrie comme au Québec, il y a plus d'anglophones que de francophones à faible revenu au sein de la population âgée de 18 à 64 ans (22,4 % contre 15,5 % en Estrie). Ceci peut être attribuable à la plus faible scolarité et au taux de chômage plus élevé des adultes anglophones par rapport aux francophones de la région. Chez les aînés, cette tendance s'inverse au Québec et s'estompe en Estrie. Lorsqu'on observe le revenu médian après impôts chez les individus de 15 ans ou plus, il est à peu près identique chez les francophones et anglophones du Québec, mais en Estrie, les francophones sont avantagés par rapport aux anglophones. Comme pour le faible revenu, le revenu médian après impôts chez les aînés est quant à lui supérieur chez les anglophones que chez les francophones, en Estrie et au Québec, quoique l'écart est beaucoup moins prononcé en Estrie.

Tableau 5
Faible revenu et revenu médian après impôts selon la langue la plus souvent parlée à la maison, Estrie et Québec, 2010

	Québec		Estrie	
	Français	Anglais	Français	Anglais
Faible revenu en 2010 fondé sur la mesure du faible revenu (18-64 ans)	14,1 %	17,6 %	15,5 %	22,4 %
Faible revenu en 2010 fondé sur la mesure du faible revenu (65 ans ou +)	20,3 %	15,6 %	20,1 %	21,1 %
Revenu médian après impôts en 2010 (15 ans ou +)	26 530 \$	26 185 \$	24 798 \$	21 658 \$
Revenu médian après impôts en 2010 (65 ans ou +)	20 258 \$	24 496 \$	19 798 \$	20 763 \$

Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011

Habitudes de vie et maladies chroniques

Les adultes anglophones de l'Estrie sont plus nombreux à fumer, à ne pas consommer cinq fruits ou légumes par jour et à consommer de l'alcool de manière excessive que les francophones. Rappelons qu'au niveau alimentaire, la situation était également défavorable chez les adolescents anglophones. En revanche, les adultes anglophones sont plus nombreux que les francophones à faire plus de trente minutes d'activité physique par jour. Au niveau des maladies chroniques, la prévalence de l'hypertension est plus élevée chez les anglophones (23,6 % contre 17,7 %) de même que le pourcentage de la population qui souffre d'au moins une maladie chronique (30,9 % contre 37,9 %). Toutefois, ceci est attribuable au fait que la population anglophone est plus âgée. Lorsqu'on standardise les taux selon l'âge, les écarts disparaissent. Notons par ailleurs que les anglophones sont plus nombreux que les francophones à déclarer des maux de dos (21 % contre 17,1 %). En ce qui concerne le poids corporel, plus d'anglophones sont obèses (25 % contre 21 %). Finalement, il est intéressant de noter que 21,8 % des anglophones qualifient leur état de santé de passable ou mauvais contre 13,6 % des francophones.

Tableau 6

Prévalence des habitudes de vie, de la consommation d'alcool et de drogue ainsi que des maladies chroniques selon la langue la plus souvent parlée à la maison chez les adultes non immigrants, Estrie, 2014-2015

	Langue la plus souvent parlée		Écart selon la langue
	Français (n=9 456) (%)	Anglais (n=623) (%)	
Habitudes de vie			
Tabagisme	16,5	19,6	Oui
Moins de 30 minutes d'activité physique par jour	32,7	20,9	Oui
Moins de 5 fruits ou légumes par jour	56,3	61,8	Oui
Au moins une habitude de vie malsaine	70,9	62,9	Oui
Drogue et alcool			
Consommation de drogue au cours de la dernière année	12,1	14,0	Non
Consommation excessive d'alcool (5 verres ou plus) une fois par semaine ou plus	10,1	13,5	Oui
Maladies chroniques physiques déclarées			
Asthme	6,7	7,1	Non
Hypertension	17,7	23,6	Oui
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	3,4	3,0	Non
Diabète	7,3	8,8	Non
Maladies cardiaques	6,4	8,2	Non
Cancer	2,3	2,9	Non
Au moins une maladie chronique physique	30,9	37,9	Oui
Autres problèmes de santé déclarés			
Perception de la santé (passable/mauvaise)	13,6	21,8	Oui
Surplus de poids (IMC de 25 ou plus)	55,3	55,7	Non
Obésité (IMC de 30 ou plus)	21,0	25,0	Oui
Maux de dos	17,1	21,0	Oui

Source : Direction de santé publique de l'Estrie, Enquête de santé populationnelle estrienne, 2014-2015

Pour les thèmes des habitudes de vie et des maladies chroniques, les données sont tirées d'une enquête régionale donc il n'y a pas de comparatifs provinciaux. Toutefois, des données d'autres enquêtes démontrent des résultats similaires à ceux de l'Estrie¹³. En effet, les anglophones consomment moins de fruits et de légumes, présentent plus souvent un surplus de poids, mais sont moins sédentaires que les francophones.

En outre, les données de l'*Enquête nationale auprès des ménages* de 2011 (ENM)¹⁴ au niveau régional nous indiquent que 15,3 % des anglophones de moins de 65 ans et 45,5 % des anglophones de 65 ans ou plus ont une incapacité (difficulté à voir, entendre, communiquer, se déplacer) ce qui est plus élevé que les proportions observées chez les francophones (respectivement 10,1 % et 34,4 %).

Santé mentale et bien-être

Le portrait de santé mentale et de bien-être chez les anglophones est mitigé. Les anglophones sont légèrement plus nombreux que les francophones à présenter une santé mentale optimale et à avoir un sentiment d'appartenance fort envers leur communauté locale, deux facteurs de protection liés à des niveaux de bien-être plus élevés. Par contre, si on ajuste les taux selon l'âge, aucune différence n'est observée au sein des deux groupes linguistiques (ces deux éléments étant plus fréquents chez les aînés). En ce qui concerne les indicateurs de troubles mentaux, la détresse psychologique est moins fréquente chez les anglophones et l'écart est particulièrement marqué chez les aînés. La présence de symptômes dépressifs est quant à elle plus fréquente chez les anglophones, et ce, tout particulièrement chez les 18-64 ans. Finalement, environ 10 % de la population a reçu un diagnostic de troubles anxieux ou de l'humeur, et ce, peu importe la langue la plus souvent parlée à la maison.

Tableau 7

Indicateurs de troubles mentaux et de bien-être selon la langue la plus souvent parlée à la maison chez les adultes non immigrants, Estrie, 2014-2015

	Langue la plus souvent parlée		Écart selon la langue
	Français (n=9 456) (%)	Anglais (n=623) (%)	
Indicateurs de bien-être			
La plupart des journées sont assez ou extrêmement stressantes	20,3	21,1	Non
Santé mentale positive optimale (décile 10)	9,7	12,4	Oui
Résilience forte (quartile le plus fort)	22,3	25,2	Non
Sentiment d'appartenance fort à la communauté locale	57,0	64,7	Oui
Indicateurs de troubles mentaux			
Détresse psychologique élevée (quintile)	24,7	19,9	Oui
Symptômes dépressifs sur une période de deux semaines ou plus	13,8	17,4	Oui
Troubles anxieux	7,3	6,1	Non
Trouble de l'humeur	6,3	6,9	Non
Troubles anxieux ou de l'humeur	10,9	10,9	Non

Source : Direction de santé publique de l'Estrie, Enquête de santé populationnelle estrienne, 2014-2015

Services de santé

En Estrie, 86,0 % des anglophones ont un médecin de famille (contre 82,2 % des francophones). Les anglophones sont aussi plus nombreux à avoir consulté un médecin de famille dans la dernière année (76,4 % contre 72,4 % des francophones). Par contre, lorsqu'on ajuste les résultats pour contrer l'effet de l'âge, ces écarts disparaissent. Pour d'autres types de professionnels de la santé, il existe des écarts selon la langue parlée (même quand on tient compte de la structure par âge). Les anglophones ont moins consulté les professionnels de la santé suivants que les francophones dans la dernière année :

- Kinésiologue (3,4 % contre 6,7 %)
- Pharmacien (57,5 % contre 66,2 %)
- Psychologue ou travailleur social (7,5 % contre 11,0 %).

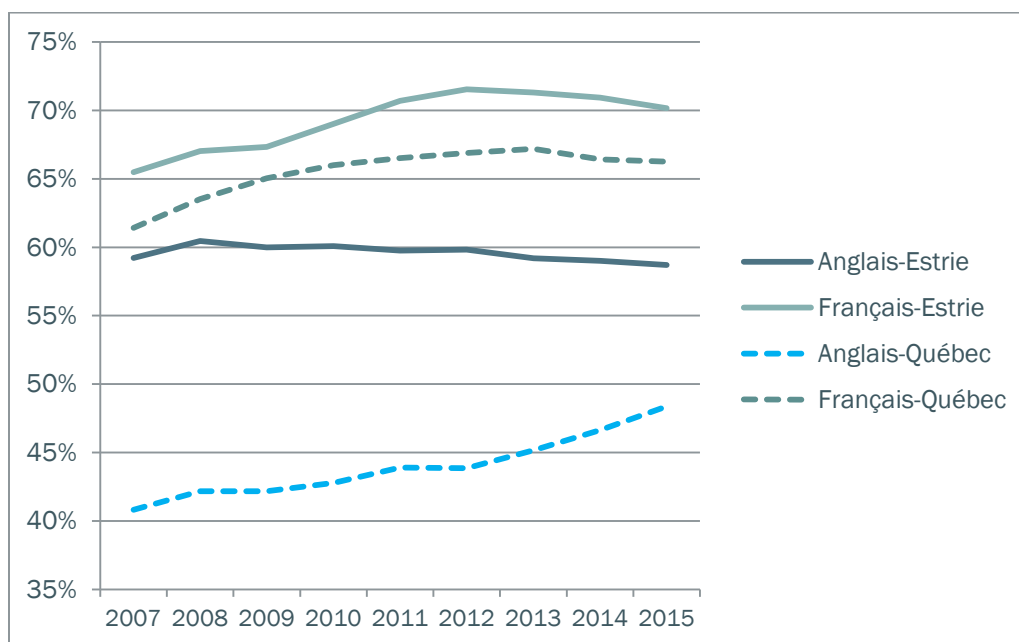
Au Québec, 75,5 % des anglophones et 80,3 % des francophones déclarent avoir un médecin de famille¹⁵ et environ 12 % des anglophones et francophones ont consulté un professionnel des services sociaux dans la dernière année¹⁶.

Une enquête menée auprès de 293 anglophones de l'Estrie en 2015-2016 portait, entre autres, sur la langue des services reçus lors de consultations dans le réseau de la santé¹⁷. Ainsi, 73,0 % des répondants ont été servi en anglais par leur médecin de famille, 60,6 % au CLSC, 52,1 % par Info-Santé et 48,0 % lors d'une visite à l'urgence, à une clinique externe ou lors d'une hospitalisation.

Dans le cadre du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS), les femmes âgées de 50 à 69 ans sont invitées à passer une mammographie tous les deux ans. En 2015, plus de 4 800 femmes anglophones ont été invitées à obtenir cet examen dans l'un des six centres de dépistage désignés de notre région. Tant à l'échelle régionale que provinciale, les femmes anglophones participent moins que les femmes francophones avec, en Estrie, des taux de participation de 58,7 % et de 70,2 % respectivement. La participation des Estriennes anglophones est toutefois nettement supérieure à celle des femmes anglophones du reste de la province (48,0 %). Cependant, le taux stagne en Estrie (tant pour la région que pour chacun des territoires) alors qu'il est en nette progression pour le reste du Québec.

Figure 5

Taux de participation au PQDCS selon la langue de correspondance, Estrie et Québec, 2007 à 2015



Source : Institut national de santé publique du Québec, Système d'information du PQDCS (SI-PQDCS), tiré de l'Infocentre de l'INSPQ, mise à jour de l'indicateur le 22 juin 2016

Il n'est pas aisé de comprendre pourquoi les femmes anglophones participent moins au dépistage du cancer du sein que les femmes francophones. Parmi les éléments explicatifs potentiels à considérer, nous retrouvons des facteurs qui influencent plus globalement la participation des femmes^{18, 19}. Citons : la méconnaissance de la langue, l'absence d'accès aux soins primaires, le manque d'information, l'accessibilité géographique des centres de dépistage, l'immigration récente et des variables socioéconomiques telles qu'un faible revenu, un faible niveau d'éducation, ne pas être marié et l'absence d'emploi. Une étude réalisée en 2011 en Estrie au regard de la participation et de la satisfaction des femmes ayant participé au PQDCS²⁰ met en lumière certains facteurs également retrouvés dans la littérature tels qu'un manque de connaissances sur le cancer du sein, de ses facteurs de risque et des bienfaits du dépistage, des attitudes négatives envers la mammographie (incluant les différentes peurs et anxiété), la connaissance des services offerts par le PQDCS (incluant l'assurance d'un suivi médical des résultats, qu'elles aient ou non un médecin traitant). À cela s'ajoutent d'autres éléments incitatifs tels que la présence d'une personne proche ayant un cancer du sein, la présence de symptômes ainsi qu'un facteur très important : la présence d'un médecin traitant et la prescription par celui-ci du dépistage par mammographie.

Ce que les partenaires en pensent

Pour améliorer l'accès aux services sociaux et de santé de proximité en milieu rural anglophone, une coopérative locale de santé, nommée « *Centre de santé de la Vallée Massawippi* », a vu le jour dans la municipalité d'Ayer's Cliff au mois d'avril 2015. Depuis son ouverture, cette coopérative de santé a permis de dispenser plus de 3 000 consultations médicales ainsi que plusieurs services par des infirmières, podiatres, physiothérapeutes, psychothérapeutes et naturopathes. Le Centre de santé de la Vallée Massawippi permet à tous les citoyens (moyennant des frais de 8,70 \$ par mois) d'avoir accès à des services sociaux et de santé de proximité en langue anglaise. Cette coopérative locale compte actuellement 1 600 membres (à défaut de pouvoir en accueillir davantage comme en témoigne sa liste d'attente). Les frais mensuels demandés servent à couvrir une partie des coûts de fonctionnement de la coopérative tels que les frais de location, l'équipement, le matériel et les salaires des infirmières, secrétaires, gestionnaires et personnel d'entretien. À cette coopérative sont rattachés deux médecins omnipraticiens qui, ensemble, font deux journées et demie de clinique par semaine. Cette offre de service locale répond aux besoins des citoyens d'Ayer's Cliff qui admettent sans détour qu'ils ne consulteraient pas s'ils devaient se déplacer ailleurs en Estrie pour recevoir les mêmes services.

Certaines modalités législatives issues des réformes du réseau de la santé et des services sociaux semblent freiner la dispensation de services de proximité. Par exemple, depuis l'adoption de la loi 20, les omnipraticiens québécois devront respecter un quota de patients beaucoup plus important que celui qui prévaut actuellement afin de ne pas être pénalisés financièrement. Ceux-ci sont ainsi plus nombreux à hésiter avant de dispenser des services de proximité en milieu rural. Les communautés anglophones rurales qui, jusque-là, s'étaient mobilisées pour répondre à leurs besoins de proximité craignent devoir fermer leur coopérative de santé et voir leur accès aux services se détériorer.

Entrevue avec monsieur Alec Van Zuiden (maire d'Ayer's Cliff) et madame Ghislaine Poulin-Doherty (directrice générale, Centre de santé de la Vallée Massawippi), réalisée le 29 juin 2016.

ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ

À l'échelle provinciale, une étude confirme l'avantage des hommes et des femmes anglophones pour plusieurs causes de mortalité évitable entre les périodes 1990-1994 à 2005-2007²¹. Toutefois, ces écarts diminuent avec le temps. Pour la période 2005 à 2011, l'espérance de vie à la naissance des anglophones demeure supérieure à celle des francophones du Québec (excluant l'Estrie), et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. En Estrie, l'espérance de vie est plus élevée chez les hommes anglophones (80,4 ans) que chez les hommes francophones (78,6 ans), mais aucun écart n'est présent chez les femmes. Par ailleurs, les Estriens francophones ont une espérance de vie plus élevée que les Québécois francophones tant chez les hommes que chez les femmes. Les anglophones estriens ne présentent pas cet avantage.

Tableau 8

Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon la langue d'usage à la maison, Estrie et reste du Québec, 2005-2011

	Reste du Québec			Estrie		
	Français	Anglais	Écart selon la langue	Français	Anglais	Écart selon la langue
Espérance de vie à la naissance						
Hommes	77,8	79,7	Oui	78,6 (+)	80,4	Oui
Femmes	82,5	83,9	Oui	83,6 (+)	83,8	Non

(+)/ (-) : écart significatif (seuil 0,05) entre l'Estrie et le reste du Québec au sein du même sous-groupe linguistique

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, fichier des décès, 2005 à 2011

Statistique Canada, Recensement, 2006 et 2011

Institut de la statistique du Québec, Estimations de population, 2008

GROUPES DE DISCUSSION

Deux groupes de discussion (21 participants au total, description des groupes à l'annexe D) ont été réalisés auprès d'anglophones estriens résidant dans les RLS de Sherbrooke, Memphrémagog, La Pommeraiie et Val Saint-François. Ils ont été invités à se prononcer sur leurs besoins de santé et leurs besoins sociaux ainsi que sur leur expérience du réseau de la santé et des services sociaux. Les détails quant à la méthodologie se trouvent à l'annexe B. Les thèmes abordés lors de ces groupes de discussion ont été regroupés en cinq dimensions permettant d'articuler le discours de la communauté anglophone estrienne.

La santé est multifactorielle

Les participants des groupes de discussion s'entendent sur une vision globale de la santé. En conformité avec la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948, les anglophones affirment que la santé va bien au-delà de l'absence de maladies ou d'infirmités.

- *Health is not just one aspect. It is, at the same time, our emotional, physical, mental and spiritual state.*
- *Health is a package, a sense of well-being. It is much more than the absence of diseases. It is the result of social conditions and many experiences.*

Un manque d'accessibilité dans l'offre de services sociaux et de santé

L'accès aux services est un thème majeur pour les participants aux groupes de discussion. Les anglophones rencontrés sont nombreux à nommer le manque d'accès dans l'offre de services sociaux et de santé. Ils signalent, à plusieurs reprises, l'importance et la difficulté d'avoir accès à un médecin de

famille à proximité de leur lieu de résidence. Pour ces anglophones, les services de proximité ont un sens particulier. Puisque ceux-ci sont souvent regroupés en petites communautés locales « tissées serrées », les liens sociaux qu'ils développent et entretiennent avec leurs concitoyens sont significatifs. Ces liens sociaux de qualité teintent sans doute le besoin d'avoir accès à des services sociaux et de santé de proximité.

- *My husband has a heart condition for the last three to four years. Still no GP.*
- *When I moved here, I worked the phone for months and months and months [to find a doctor].*

Sans médecin de famille comme chef d'orchestre, l'accès au système de santé et de services sociaux semble difficile pour les participants. Ceux-ci reconnaissent que ce problème est partagé par les francophones. Ceci dit, ils semblent vivre cette réalité plus durement.

- *As an English minority, we are disadvantaged in access to services. The services that are already thin on the ground are even thinner on the ground for us.*
- *The real big thing is to get in the system.*

Une conséquence de ce manque d'accès est une hausse du recours aux services privés.

- *When I needed a physiotherapist or a psychologist, I went to private. Because I would still be waiting for the hospital to call me.*

Une autre conséquence est la détresse psychologique chez divers citoyens qui se sentent laissés à eux-mêmes et qui ne savent pas comment gérer la situation.

- *It's fine to say that you're on the list at Magog for five years, but in the meantime, what do you do? It's very distressing to hear that.*
- *If you are on a waiting list for two years, you put your life on hold all this time.*

De plus, le manque d'accès aux services est exacerbé par la situation géographique des citoyens interrogés.

- *They tend to centralize everything. We're putting everything in a giant building in Sherbrooke for a 100 mile-radius. If you live 80 miles away then you're unlucky. Because you don't have anywhere to go unless you get in your car and drive an hour or an hour and a half to Sherbrooke.*
- *Especially in rural communities, if you don't have a car, it is too bad for you.*

Des barrières culturelles et linguistiques

L'enjeu de l'accès à des services dispensés en langue anglaise est aussi nommé. Les anglophones rencontrés font état de situations décrivant la méconnaissance de l'anglais par les professionnels de la santé et des services sociaux. Les participants mettent l'accent sur l'importance de communiquer dans leur langue maternelle lorsque placés en situation de vulnérabilité.

- *Our French may be good, but when it comes to our health, we want to understand every single little thing.*
- *People who are bilingual often lose that second language as they age.*
- *When you're in a crisis situation, you revert to your mother tongue even though you are usually bilingual.*

Dans le même ordre d'idées, l'accès à de la documentation anglaise est difficile. Ce manque de ressources écrites anglaises est vécu comme une injustice.

- *They only had "Mieux vivre avec ton enfant" in French.*
- *Go to the website : not a single page in English, not a single link in English, none of the documentation in English. It's ridiculous.*

L'importance de communiquer dans sa langue maternelle est encore plus forte chez les aînés. Les participants déplorent le manque d'établissements de santé dédiés aux aînés anglophones (malgré la population vieillissante).

- *There's only one recognized CHSLD, and there are two other homes for seniors that have an English mission. But outside of that, there's no option in Sherbrooke. And our population is not getting younger.*

Ces barrières linguistiques engendrent anxiété, insécurité, détresse et beaucoup de frustration chez les anglophones interrogés.

- *The language barrier makes everything more dramatic, more upsetting and more stressful.*
- *One nurse came and gave me a pill. She didn't speak a word of English. I tried to talk to her but she didn't understand anything. She gave me one pill and left. And that's all I had for 28 hours. I didn't see anyone, nobody came to talk to me. I was stressed out, I couldn't sleep. I had no idea what was going on. I called my husband and asked him to come and get me out, I'm so scared, I don't know what's going on.*

Les citoyens consultés apprécieraient que les professionnels du réseau aient un certain niveau de compétences culturelles. Certains disent avoir déjà vécu de la discrimination à l'égard de leur langue ou de leur culture qui est différente de celle de la communauté francophone.

- *At the end of the day, it leaves people feeling like they're second-class citizen because of their language and their thoughts.*
- *It's the first time in my entire life I've ever felt like a second-class citizen, that I wasn't important.*

Pour outrepasser ces barrières, les participants souhaitent bénéficier de traducteurs. D'autres démontrent un intérêt à apprendre ou perfectionner leur français, mais la lourdeur administrative des démarches requises freine leurs tentatives. Il est d'ailleurs soulevé que le remboursement des cours d'apprentissage du français existe pour les immigrants, mais pas pour les anglophones.

- *These courses are available to newcomers, which is great, but they should be available to newcomers coming from within Canada. It just makes sense for everybody to learn French and to be able to interact with the whole society.*

Un besoin de soutien et d'orientation

Les participants aux groupes de discussion mentionnent qu'il est difficile de se retrouver dans le système de services sociaux et de santé. Cette problématique est d'autant plus vraie pour les nouveaux arrivants. Un besoin de soutien et d'orientation pour mieux naviguer dans le système est nommé.

- *When I came here, I had no idea where to go. I didn't know what a CLSC is. It would have been nice if there was accessible information about Townshippers or any community organisation. Then I could have been connected.*
- *I'm frustrated because I don't know where to go with that particular problem.*

Par leur localisation géographique, les anglophones vivant en milieux ruraux disent ressentir davantage les effets du manque de soutien. Des agents de liaison ruraux et l'accès à des services de proximité sont souhaités.

- *We made the suggestion for a pilot-nurse. And that's it. It died. It never got further. For all kinds of services, this kind of attitude, to me, it would make a lot of sense, because those services are available in a centralized location. And people know about it. And there are professionals. But they don't relate back out into the community. And if the people that are affected in the community had somebody that they could relate to, who really cared about it, and could help them, I think a pilot-nurse would help a lot.*

Inadéquation de l'offre de service aux besoins de la communauté

Pour les participants, l'offre de services sociaux et de santé est inadaptée aux besoins de leur communauté. Cette inadéquation de l'offre de service est amplifiée dans le contexte actuel de restructuration du système de santé et de services sociaux. Les anglophones interrogés souhaitent que la population soit consultée avant que des modifications à l'offre de service soient mises en place.

- *Before dividing up territories, they should ask for some input, because geographically and culture wise, we don't just get all chopped up and end up being in a group areas...*

Le discours des participants fait finalement ressortir des besoins qui ne sont pas suffisamment entendus ou comblés. Par exemple, la prévention de la maladie et la promotion de la santé sont des préoccupations importantes des gens interviewés et ils trouvent l'offre de service dans ce domaine insuffisante. Une meilleure articulation de l'offre régionale avec les organismes communautaires semble aussi souhaitée.

- *We do not feel like preventative health messages are tailored to our English community.*
- *There's many out there non-governmental institutions that can help and should be included in those other services.*

La communauté se mobilise

Depuis 2012, Phelps Helps offre un service personnalisé de tutorat et d'aide aux devoirs à Stanstead, deux jours par semaine, dans le but de réduire le décrochage scolaire. En 2015-2016, ce sont 28 élèves du primaire et 19 élèves du secondaire qui ont bénéficié de ce programme gratuit. Un environnement calme, sécuritaire et stimulant permet à ces jeunes de développer une attitude positive et de l'autonomie face aux apprentissages. La participation se fait sur une base volontaire et il n'y a pas de critère de sélection. Ce programme est financé par des dons privés, des levées de fonds et les municipalités de Stanstead et d'Ogden. Les tuteurs sont bénévoles.

Les résultats de 2014-2015 démontrent qu'aucun participant n'a abandonné l'école et que 66 % des participants ont amélioré leur moyenne générale. De plus, on note une amélioration de 48 % des jeunes qui croient être capable de terminer leurs études secondaires après leur participation à Phelps Helps.

Parmi les difficultés rencontrées, Katie Lowry, coordonnatrice du projet, évoque que le recrutement est plus difficile chez les élèves du secondaire. Un camp d'été ainsi qu'un programme de pairage destinés aux élèves de 5^e et de 6^e année ont donc été instaurés afin d'accroître le sentiment d'appartenance à Phelps Helps et améliorer la rétention des jeunes lors de leur passage vers l'école secondaire. Un autre problème important est celui du transport. Afin d'encourager la participation des jeunes, les autobus de la CSET font un arrêt devant les locaux de Phelps Helps et le Centre d'action bénévole Rediker de Stanstead offre un service de raccompagnement aux jeunes à la fin de l'activité si les parents sont dans l'impossibilité de le faire.

Phelps Helps est un bel exemple de mobilisation communautaire pour favoriser la réussite éducative des jeunes anglophones de la région de Stanstead.

Écrit en collaboration avec madame Katie Lowry, directrice du programme.

3. LA COMMUNAUTÉ IMMIGRANTE

Selon la définition de Statistique Canada, un immigrant est « une personne résidant au Canada née hors du pays, à l'exclusion des travailleurs étrangers temporaires, des citoyens canadiens nés à l'étranger et des détenteurs d'un visa d'étudiant ou de travail ». ²² Environ 50 000 immigrants arrivent au Québec chaque année ²³. La majorité de l'immigration au Québec et en Estrie est économique. En effet, en 2015, 61,1 % relèvent de la catégorie de l'immigration économique, 21,4 % viennent dans le cadre de regroupements familiaux, 15,5 % sont des réfugiés et 2,0 % appartiennent à d'autres catégories d'immigration ²⁴. Le contexte politique et économique mondial influence la provenance des immigrants. Entre 2011 et 2015, l'Afrique est le continent de naissance de près du tiers (32,9 %) des immigrants, l'Asie et l'Amérique suivent avec 29,6 % et 20,8 % respectivement, alors que 16,5 % des immigrants sont nés en Europe. Les cinq principaux pays de provenance au cours de cette période sont les suivants : la Chine, la France, Haïti, l'Algérie et le Maroc ²⁵. Finalement, l'Estrie accueille chaque année environ 3,0 % des immigrants de la province, ce qui correspond à un peu plus de 1 000 personnes ²⁶.

CONTEXTE POLITIQUE ET LÉGISLATIF

On distingue les immigrants reçus et les réfugiés lorsqu'il est question de la couverture publique de services sociaux et de santé chez les nouveaux arrivants. En effet, les immigrants reçus et les réfugiés ont droit à la carte d'assurance maladie, et donc, à la gratuité des soins et services. Par contre, pour les immigrants reçus, il existe un délai de carence de trois mois pendant lequel les frais médicaux ne sont pas couverts (sauf dans les situations de grossesse, pour les victimes de violence ou pour les patients ayant une infection pouvant menacer la santé publique). Cette mesure, qui n'existe pas pour les réfugiés, peut représenter un obstacle à l'accès aux services, en particulier dans les situations urgentes. Les immigrants faisant l'objet de cette restriction doivent donc se munir d'une assurance privée pour les soins médicaux reçus au cours de cette période de carence ²⁷.

Au Québec, le droit d'accès à des soins de santé et à des services sociaux dans la langue des patients provenant des différentes communautés culturelles est reconnu depuis 1986 dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Cette loi stipule que « l'organisation des services doit tenir compte des particularités linguistiques et culturelles des territoires et favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes issues des différentes communautés culturelles du Québec » ²⁸. Chaque conseil d'administration d'établissement se doit donc d'en tenir compte dans la création de ses priorités, de ses orientations et de l'organisation de son offre de service ²⁹.

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE

En 2011, on compte près de 20 000 immigrants en Estrie, soit 4,3 % de la population. De ce nombre, 44,0 % sont des immigrants récents (soit arrivés entre 2001 et 2011). La plus forte concentration vit à Sherbrooke où se trouve la moitié de la communauté immigrante estrienne, ainsi que 65,0 % des immigrants récents. Le 2^e pôle estrien d'immigrants en importance se trouve dans le RLS de la Haute-

Yamaska (notamment à Granby) qui compte 3 155 immigrants (Tableau 9) et 20,0 % des immigrants récents. Une carte de la proportion d'immigrants dans les 96 communautés de l'Estrie est présentée à l'annexe C.

Tableau 9
Nombre, proportion et répartition des immigrants, Québec, Estrie et RLS, 2011

Réseau local de services	Nombre d'immigrants	Proportion d'immigrants dans la population totale (%)	Répartition des immigrants en Estrie (%)	Proportion d'immigrants récents (10 ans) au sein de la population immigrante (%)	Répartition des immigrants récents en Estrie (%)
La Pommeraie	2 095	4,2	11	12,6	3,2
La Haute-Yamaska	3 155	3,4	16,6	53,1	19,9
Memphrémagog	2 135	4,5	11,3	23,7	6,0
Coaticook	560	3,0	3,0	22,3	1,5
Sherbrooke	9 685	6,6	51	56,6	65,3
Val Saint-François	525	1,8	2,8	23,8	1,5
Asbestos	145	1,0	0,8	27,6	0,5
Haut-Saint-François	385	1,8	2,0	19,5	0,9
Granit	290	1,3	1,5	36,2	1,3
Estrie	18 980	4,3	100,0	44,3	100,0
Québec	880 035	11,7	—	38,1	—

Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011

En général, les nouveaux immigrants sont plus jeunes que les Canadiens nés au Canada³⁰. En Estrie, l'âge médian de l'ensemble des immigrants est identique à celui des individus nés au Canada (43 ans). Toutefois, il est de 31,6 ans pour ceux qui sont arrivés au Canada entre 2001 et 2011 et de 53,9 ans pour ceux qui ont immigré avant 2001.

LES FAMILLES ET LES JEUNES ENFANTS

Parmi les 25 000 enfants de 5 ans ou moins résidant en Estrie en 2011, 1,4 % étaient immigrants. En 2014, 439 femmes immigrantes ont eu un enfant dans la région. Les proportions de prématurité et de faible poids à la naissance sont comparables peu importe le lieu de naissance de la mère. La proportion de jeunes mères (19 ans ou moins) est également similaire. Par contre, pour la période 2010-2014, une plus forte proportion de femmes immigrantes a moins de onze ans de scolarité à la naissance de son enfant (12,6 % contre 9,0 % chez les femmes non immigrantes).

Développement de l'enfant à la maternelle

En 2012, l'EQDEM a permis de mesurer la proportion d'enfants vulnérables dans différentes sphères de développement. Les enfants de l'Estrie qui sont nés à l'extérieur du Canada sont plus vulnérables que les enfants nés au Canada dans deux des cinq sphères de développement : développement cognitif et langagier (23,3 % contre 10,8 %) et habiletés de communication et connaissances générales (34,5 % contre 9,1 %).

Lorsqu'on étudie l'indicateur de vulnérabilité dans au moins un domaine de développement, la situation des enfants immigrants estriens est également défavorable. En effet, et c'est un constat préoccupant, il

existe un écart entre les enfants immigrants estriens et les enfants estriens nés au Canada en ce qui concerne la proportion vulnérable dans au moins un domaine du développement (44,7 % contre 26,2 %), mais cet écart est également présent lorsque cette comparaison est faite avec les enfants immigrants québécois (44,7 % contre 34,7 %).

Tableau 10
Proportion d'enfants vulnérables selon le lieu de naissance de l'enfant, Québec et Estrie, 2012

	Québec			Estrie		
	Né au Canada (%)	Né à l'extérieur du Canada (%)	Écart selon lieu de naissance	Né au Canada (%)	Né à l'extérieur du Canada (%)	Écart selon lieu de naissance
Santé physique et bien-être	9,2	13,6	Oui	10,0	**8,9	Non
Compétences sociales	8,8	10,7	Oui	9,8	**5,7	Non
Maturité affective	9,6	10,6	Non	10,1	**9,1	Non
Développement cognitif et langagier	9,6	14,5	Oui	10,4	23,3	Oui
Habiletés de communication et connaissances générales	9,8	21,2	Oui	9,1	34,5 (+)	Oui
Vulnérabilité dans au moins un domaine	24,7	34,7	Oui	26,2	44,7	Oui

(+)/(-) : écart significatif (seuil 0,05) entre l'Estrie et le Québec au sein du même sous-groupe linguistique

** : Coefficient de variation supérieur à 25 %, estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement

Source : Institut de la statistique du Québec, Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (compilation spéciale), 2012

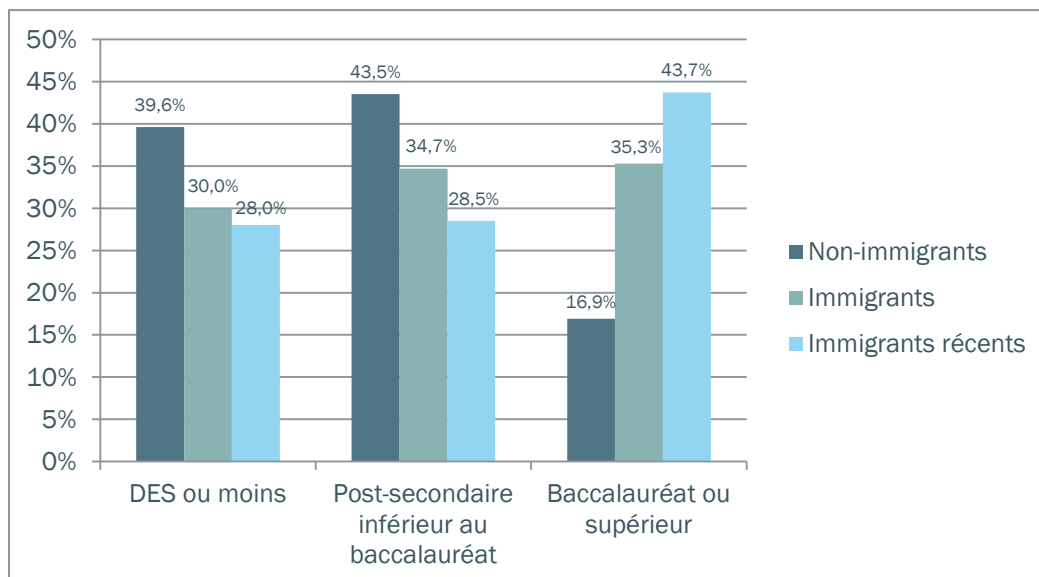
Ce désavantage des enfants immigrants peut être relié à l'expérience migratoire qui, pour plusieurs familles immigrantes avec de jeunes enfants, s'avère particulièrement stressante³¹. Les enfants qui ne maîtrisent pas la langue d'enseignement peuvent également éprouver des difficultés à interagir avec l'enseignant et les autres élèves de la classe. Ils font ainsi face à des défis supplémentaires pour comprendre les consignes et les tâches à réaliser, communiquer leurs besoins et pour participer aux activités de la classe³².

LES ADULTES

Caractéristiques socioéconomiques

En Estrie, les immigrants ont des niveaux de scolarité plus élevés que les personnes nées au Canada (Figure 6). En effet, 35,3 % des immigrants ont atteint un niveau de scolarité équivalent au baccalauréat, alors que cette proportion est de 16,9 % chez les non-immigrants. La situation est encore plus favorable chez les immigrants récents (arrivés depuis moins de dix ans), car 43,7 % d'entre eux ont atteint un niveau de scolarité universitaire.

Figure 6
Plus haut niveau de scolarité atteint selon le statut d'immigrant, Estrie, 2011



Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011

Même si les politiques canadiennes de sélection favorisent les immigrants instruits, leurs diplômes ne garantissent pas nécessairement un emploi sur le marché du travail, et ce, particulièrement pour ceux arrivés plus récemment. Malgré leur niveau de scolarité plus élevé, le taux d'emploi des immigrants estriens récents (63,0 %) est plus faible que celui des non-immigrants (74,8 %) et des immigrants arrivés au Canada avant 2001 (73,4 %) ³³. Le taux de chômage suit évidemment une tendance inverse : les immigrants récents ont un taux de chômage de 11,4 % alors qu'il est autour de 5,0 % au sein des autres groupes (données de 2011). Les résultats d'enquêtes démontrent que le manque d'expérience au Canada, la non-reconnaissance des diplômes émis dans d'autres pays et les difficultés linguistiques sont les principaux obstacles à l'emploi pour les immigrants au cours de leurs premières années au Canada ³⁴. De plus, pour ceux et celles qui se trouvent du travail, l'emploi occupé est fréquemment de niveau inférieur à celui espéré si l'on tient compte de leur niveau d'éducation et de leurs compétences ³⁵.

Les données démontrent, par conséquent, que les immigrants récents sont fortement désavantagés en ce qui concerne les différents indicateurs de revenu (Tableau 11). En effet, ils sont proportionnellement plus nombreux à avoir un faible revenu, à être locataires et à consacrer 30 % ou plus de leur revenu aux coûts d'habitation comparativement aux Estriens nés au Canada. Les immigrants qui sont arrivés au pays avant 2001 présentent, quant à eux, un profil similaire aux non-immigrants, voire avantageux (chez les aînés). Finalement, on observe une plus forte proportion d'immigrants dans les communautés estriennes les plus défavorisées sur le plan matériel et social que dans les communautés les plus favorisées. On remarque ce phénomène à l'échelle régionale (6,6 % contre 3,9 %), mais plus particulièrement à Sherbrooke (9,9 % contre 4,0 %).

Tableau 11
Indicateurs de revenu selon le statut d'immigrant, Estrie, 2011

	Non-immigrants	Immigrants arrivés avant 2001	Immigrants arrivés entre 2001 et 2011
Faible revenu en 2010 fondé sur la mesure du faible revenu (18-64 ans)	15,8 %	17,8 %	38,9 %
Faible revenu en 2010 fondé sur la mesure du faible revenu (65 ans +)	20,5 %	14,4 %	34,8 %
Revenu médian après impôts en 2010 (15 ans et +)	24 589 \$	24 305 \$	17 482 \$
Revenu médian après impôts en 2010 (65 ans et +)	19 850 \$	22 436 \$	10 286 \$
Proportion de locataires	28,1 %	24,8 %	59,8 %
Propriétaires consacrant 30 % ou plus du revenu total du ménage aux coûts d'habitation	10,7 %	12,7 %	17,7 %
Locataires consacrant 30 % ou plus du revenu total du ménage aux coûts d'habitation	28,5 %	29,2 %	37,3 %

Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011

Ce que les partenaires en pensent

La Grande Table est un organisme communautaire de Sherbrooke qui dispense des services d'aide aux usagers dans deux domaines particuliers. D'une part, des services alimentaires sont offerts aux gens à faible revenu (restaurant populaire et service de boîtes à lunch en milieu scolaire). D'autre part, La Grande Table offre des services d'aide et de soutien à la recherche d'emploi. Dans le cadre de cette seconde mission, La Grande Table souhaite s'exprimer étant donné qu'une bonne partie de sa clientèle en recherche active d'emploi est issue de la communauté immigrante estrienne.

Pour La Grande Table, il ne fait aucun doute que l'accès à l'emploi est plus difficile dans la communauté immigrante que dans les autres communautés estriennes. Or, ce que les partenaires sur le terrain observent, c'est une clientèle qui est apte et qui souhaite travailler. Il faut donc s'efforcer de corriger cette situation et de nommer publiquement le « blocage » à l'embauche qui semble exister du côté des employeurs. Cette difficile intégration des immigrants au monde du travail nourrit souvent un sentiment d'amertume. Les communautés immigrantes se sentent parfois victimes de discrimination et la cible de préjugés, surtout lorsqu'elles constatent objectivement qu'elles travaillent moins que les autres malgré un niveau d'éducation qui est souvent beaucoup plus élevé.

Des différences culturelles semblent être à l'origine de cet accès différentiel au monde du travail. Les partenaires communautaires soutiennent que la vision du travail entre les communautés immigrantes et les autres communautés estriennes n'est pas la même. Ainsi, la valeur accordée au concept de productivité, aux relations interpersonnelles et au climat de travail diffère entre ces communautés. Aussi, des barrières linguistiques exacerbent les différences culturelles et peuvent en partie expliquer ce « blocage » à l'embauche.

Selon les partenaires du milieu communautaire, il faut que les employeurs s'ouvrent davantage à la communauté immigrante. Beaucoup de travail de sensibilisation est encore à faire pour favoriser l'embauche d'immigrants. Or, les employeurs doivent savoir que la communauté immigrante est fidèle, productive et ponctuelle lorsque embauchée. Pour cela, une stratégie à privilégier est de mettre l'accent sur la réussite des immigrants en milieu de travail. En axant les efforts de sensibilisation et d'intervention sur les bons coups de la communauté immigrante estrienne, les employeurs de la région comprendront qu'il s'agit de bons employés pour qui le travail est souvent synonyme de fierté, mais aussi et surtout, un vecteur d'intégration à la société.

Entrevue réalisée avec madame Ginette Valcourt (directrice générale de *La Grande Table*) et madame Clothilde Stamm (intervenante à *La Grande Table*), le 8 septembre 2016.

Habitudes de vie et maladies chroniques

Plusieurs études, tant québécoises que canadiennes et internationales, font état de l'effet de l'immigrant en bonne santé^{36, 37}. Ainsi, on observe que les immigrants récents sont globalement en meilleure santé que la population d'accueil. Ce phénomène est dû, entre autres, au processus de sélection qui favorise les immigrants jeunes, ayant une bonne santé, un bon niveau d'éducation et qui possèdent des qualités professionnelles et linguistiques permettant une meilleure intégration sociale et économique. Par contre, cet effet tend à disparaître dans le temps. Ainsi, même s'il existe des disparités qui font que tous les groupes d'immigrants ne sont pas exposés au même degré à ce phénomène, on constate que les taux de mortalité et la prévalence des maladies chroniques dans cette population tendent à augmenter avec le temps passé au Canada pour rejoindre, et parfois même dépasser, ceux de la population d'accueil^{38, 39}. Les raisons qui sous-tendent ce déclin sont complexes. Outre les difficultés méthodologiques liées aux études s'étant penchées sur ce phénomène, plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer celui-ci : le vieillissement, l'adoption d'habitudes de vie néfastes, le stress lié au processus d'immigration, les conditions socioéconomiques difficiles, la sous-utilisation des services de santé, la perte du lien social et la discrimination dont les immigrants peuvent être victimes^{40, 41, 42}.

Les données disponibles ne permettent pas de faire le portrait des habitudes de vie et des maladies chroniques des immigrants de l'Estrie selon la durée de leur séjour au Canada. En effet, les données de l'Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE) 2014-2015 permettent d'identifier les répondants immigrants arrivés au Canada depuis moins de cinq ans, mais le faible nombre de répondants dans cette catégorie ne fournit pas des données fiables (n=77). En outre, les données de cette enquête ne permettent pas d'obtenir d'information pour les immigrants arrivés au pays depuis moins de dix ans, car cette question n'a pas été posée. On observe toutefois que l'ensemble des immigrants (peu importe la durée de séjour au Canada) ont des habitudes de vie similaires à celles des Estriens nés au Canada et parfois même meilleures. En effet, la consommation excessive d'alcool et la prévalence de tabagisme est plus faible chez les immigrants que chez les non-immigrants (respectivement 7,3 % contre 10,3 % et 13,5 % contre 16,7 %).

La population immigrante de l'Estrie se démarque de la population née au pays par une plus faible prévalence des problèmes de santé suivants : hypertension, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), diabète, surplus de poids et obésité. Par contre, lorsqu'on corrige l'effet de l'âge (les immigrants sont plus jeunes), les écarts observés pour l'hypertension et le surplus de poids disparaissent.

Tableau 12

Prévalence des habitudes de vie, de la consommation d'alcool et de drogue et des maladies chroniques selon le lieu de naissance chez les adultes, Estrie, 2014-2015

	Lieu de naissance		Écart selon le lieu de naissance
	Au Canada (n=10 084) (%)	À l'extérieur du Canada (n=602) (%)	
Habitudes de vie			
Tabagisme	16,7	13,5	Oui
Moins de 30 minutes d'activité physique par jour	32,0	29,6	Non
Moins de 5 fruits ou légumes par jour	56,6	56,8	Non
Au moins une habitude de vie malsaine	70,4	68,4	Non
Drogue et alcool			
Consommation de drogue au cours de la dernière année	12,2	10,0	Non
Consommation excessive d'alcool (5 verres ou plus) une fois par semaine ou plus	10,3	7,3	Oui
Maladies chroniques physiques déclarées			
Asthme	6,8	6,3	Non
Hypertension	18,1	13,6	Oui
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	3,3	1,8	Oui
Diabète	7,4	3,8	Oui
Maladies cardiaques	6,5	4,8	Non
Cancer	2,3	2,5	Non
Au moins une maladie chronique physique	31,3	23,5	Oui
Autres problèmes de santé déclarés			
Perception de la santé (passable/mauvaise)	14,1	11,6	Non
Surplus de poids (IMC de 25 ou plus)	55,3	48,4	Oui
Obésité (IMC de 30 ou plus)	21,2	15,0	Oui
Maux de dos	17,3	15,6	Non

Source : Direction de santé publique de l'Estrie, Enquête de santé populationnelle estrienne, 2014-2015

Finalement, deux études québécoises^{43, 44} démontrent que les immigrants récents (arrivés depuis moins de 10 ans) sont moins susceptibles que les personnes nées au Canada d'avoir un problème de santé de longue durée, à l'exception du diabète. Les immigrants de longue date (10 ans ou plus) sont quant à eux plus susceptibles de souffrir de diabète ou d'hypertension que les gens nés ici.

Santé mentale et bien-être

Dans le domaine de la santé mentale, les enquêtes populationnelles canadiennes tendent à appuyer l'effet de l'immigrant en bonne santé. Dans ces études, les immigrants récents rapportent un meilleur état de santé mentale et une prévalence moindre de troubles mentaux, incluant le stress, la dépression, les troubles de l'humeur et l'anxiété, l'idéation suicidaire et la dépendance à l'alcool lorsque comparés aux Canadiens de naissance. Certaines de ces études rapportent par contre un état de santé mentale moins favorable chez les immigrants de longue date. Elles rapportent également que chez les immigrants récents, l'état de santé mentale rapporté tend à se détériorer avec le temps^{45, 46}.

En Estrie, on ne note aucune différence dans les indicateurs de bien-être, de détresse psychologique ou de symptômes dépressifs selon le lieu de naissance. Ceci dit, les immigrants présentent des prévalences plus faibles de troubles anxieux ou de l'humeur diagnostiqués par un médecin que les non-immigrants. Ces constats régionaux sont également vrais à l'échelle provinciale⁴⁷.

Les facteurs influençant la santé mentale de la population immigrante sont multiples. On peut les regrouper selon qu'ils soient individuels (âge lors de l'arrivée, sexe, état civil, revenu, éducation, culture et spiritualité), intermédiaires (support social et familial, sentiment d'appartenance à la communauté) ou systémiques (barrières à l'emploi, accessibilité aux services, préjugés et discrimination)^{48, 49}. Ainsi, plusieurs facteurs pourraient expliquer les résultats présentés concernant la santé mentale des immigrants estriens, mais des études plus poussées sont nécessaires afin de mieux les identifier. Par contre, comme nous le verrons dans la section suivante, la population immigrante sous-utilise les services de santé et sociaux. La plus faible prévalence de troubles mentaux diagnostiqués pourrait ainsi être expliquée, du moins en partie, par une utilisation moindre des services de santé par cette population.

Tableau 13
Indicateurs de bien-être et de troubles mentaux selon le lieu de naissance chez les adultes, Estrie, 2014-2015

	Lieu de naissance		Écart selon le lieu de naissance
	Au Canada (n=10 084) (%)	À l'extérieur du Canada (n=602) (%)	
Indicateurs de bien-être			
La plupart des journées sont assez ou extrêmement stressantes	20,4	20,1	Non
Santé mentale positive optimale (décile 10)	9,9	10,3	Non
Résilience forte (quartile le plus fort)	22,4	19,6	Non
Sentiment d'appartenance fort à la communauté locale	57,5	56,7	Non
Indicateurs de troubles mentaux			
Détresse psychologique élevée	24,4	23,2	Non
Symptômes dépressifs sur une période de deux semaines ou plus	14,0	13,3	Non
Troubles anxieux	7,2	3,0	Oui
Trouble de l'humeur	6,3	4,3	Oui
Troubles anxieux ou de l'humeur	10,9	6,6	Oui

Source : Direction de santé publique de l'Estrie, Enquête de santé populationnelle estrienne, 2014-2015

Accès aux services

Comme mentionné plus tôt, des études rapportent que les immigrants utilisent moins les services de santé que les Canadiens de naissance^{50, 51}. Ce faible recours aux services pourrait être attribuable à un meilleur état de santé (particulièrement chez les immigrants récents), à un manque de familiarité avec le système de santé, à des barrières linguistiques, à une incompréhension de certains aspects culturels de la maladie, mais aussi à des difficultés d'accès aux services⁵².

En Estrie, parmi les adultes nés à l'extérieur du Canada, seulement 66,8 % ont un médecin de famille alors que cette proportion est de 82,4 % parmi ceux nés au Canada⁵³. Les adultes immigrants sont également moins nombreux à avoir consulté un psychologue ou un travailleur social dans la dernière année que les non-immigrants (7,3 % contre 10,8 %). Ces écarts persistent lorsqu'on ajuste les taux pour corriger l'effet de l'âge.

Des constats similaires sont faits à l'échelle provinciale⁵⁴ : 44,4 % des immigrants récents (moins de 10 ans) et 75,2 % des immigrants de longue date (10 ans ou plus) ont un médecin de famille (contre 81,0 % des Canadiens de naissance). De plus, 9,2 % et 9,9 % des immigrants récents et de longue date respectivement ont consulté un professionnel des services sociaux dans la dernière année comparativement aux personnes nées au Canada (12,8 %). Les résultats d'enquêtes québécoises concernant les besoins non comblés révèlent que la probabilité d'avoir un besoin non comblé en ce qui concerne le médecin de famille est plus élevée chez les immigrants, peu importe la durée de résidence. Pour ce qui est du besoin non comblé de consultation d'un professionnel des services sociaux, seuls les immigrants de longue date se distinguent des Canadiens de naissance avec une probabilité plus grande de besoins⁵⁵.

COUP D'ŒIL SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES RÉFUGIÉS

Selon la Convention de Genève, une personne qui répond à l'ensemble des critères suivants peut être considérée comme un réfugié⁵⁶ :

1. Personne qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité ou, si elle n'a pas de nationalité, hors du pays où elle a sa résidence habituelle.
2. Personne qui craint avec raison d'être persécutée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques.
3. Du fait de cette crainte, cette personne ne peut ou ne veut se réclamer de la protection de ce pays ou retourner dans ce pays.

Le Québec a reçu près de 23 405 réfugiés de 2010 à 2014, soit 8,9 % des immigrants admis dans la province⁵⁷. De ce nombre, environ 2 000 se sont installés en Estrie.

Parmi les personnes nées à l'extérieur du Québec, les réfugiés constituent un groupe particulièrement vulnérable tant en raison des conditions de vie de leur pays d'origine, ou des pays par lesquels ils ont transité, que des difficultés liées à leur adaptation à la société québécoise. Notamment, ils sont à haut risque pour certains problèmes de santé comme les maladies infectieuses (ex. : tuberculose, paludisme, autres infections parasitaires et hépatite B), certaines maladies chroniques (ex. : maladies cardiovasculaires, affections pulmonaires et diabète) ainsi que les problèmes psychosociaux et de santé mentale (ex. : dépression et syndrome de stress post-traumatique)^{58, 59}.

Afin d'évaluer le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés, treize cliniques ont été mises sur pied dans les treize villes d'accueil du Québec. Ces cliniques ont comme objectif d'évaluer le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés qui leur sont référés et d'offrir les services répondant à leurs besoins (ou référer vers les services pertinents, le cas échéant)⁶⁰. En Estrie, deux cliniques de réfugiés ont été implantées, soit celle de Granby en 2013 et celle de Sherbrooke en 2009. La clientèle cible y est constituée de réfugiés arrivés depuis moins de six mois et n'ayant pas de médecin traitant.

Contexte démographique et social

Cette section porte sur un échantillon de 380 réfugiés ayant consulté la Clinique de réfugiés (CDR) de Sherbrooke entre le 2 juillet 2013 et le 16 décembre 2014⁶¹.

Les réfugiés étudiés constituent une population jeune par rapport aux immigrants estriens récents (arrivés depuis 10 ans ou moins). En effet, l'âge médian des réfugiés à leur arrivée est de 21 ans (comparativement à 31,6 ans chez les immigrants récents). Parmi ceux-ci, 10,5 % sont des enfants de 5 ans et moins, 29,7 % sont d'âge scolaire, tandis que 46,1 % ont entre 18 et 44 ans. Les personnes de plus de 65 ans ne constituent que 1,3 % de la population étudiée et il y a légèrement plus d'hommes (52,9 %) que de femmes (47,1 %).

En 2013 et 2014, 46,8 % des réfugiés vus à la CDR de Sherbrooke sont originaires d'Afghanistan, 17,9 % de la République Démocratique du Congo et 12,9 % de l'Irak. Les autres pays de naissance représentés sont, en ordre d'importance : la Colombie (6,6 %), le Rwanda (4,7 %), le Burundi (3,2 %), l'Iran (2,1 %), le Bhoutan et la République Centrafricaine (chacun 1,8 %), la Côte d'Ivoire (1,6 %) et le Cameroun (0,5 %).

Les réfugiés passent beaucoup de temps en exil avant de s'établir au Canada. En effet, la durée de transit médiane avant leur arrivée au Canada est de 13 ans, la plus courte étant de moins d'un an alors que la plus longue est de 32 ans. Lors de ce transit, environ une personne sur cinq (17,4 %) a vécu en camp de réfugiés, et parmi les enfants et les adolescents, un sur deux (49,7 %) est né au cours de cette période.

À leur arrivée au Canada, près de neuf réfugiés sur dix (86,3 %) sont accompagnés d'un ou de plusieurs membres de leur famille. Parmi les adultes, près de la moitié est célibataire (47,3 %) et 44,1 % sont mariés. À leur passage à la CDR, plus du tiers des adultes connaissent au moins une des deux langues officielles (37,0 %). Ainsi, 71,4 % ont besoin d'un interprète lors de leurs différents rendez-vous médicaux. Finalement, 10,5 % des adultes rapportent n'avoir aucune scolarité, cette situation étant plus fréquente chez les femmes (20,0 %) par rapport aux hommes (2,5 %).

Habitudes de vie et maladies chroniques

Parmi les réfugiés ayant consulté à la CDR en 2013 et 2014, 13,4 % des adultes fument. La prévalence brute du tabagisme est donc identique à celle retrouvée chez l'ensemble des immigrants en Estrie (13,5 %), mais plus faible que celle des Estriens nés au Canada (16,7 %)⁶². Les problématiques de surplus de poids (IMC de 25 ou plus) sont semblables à ce que l'on retrouve chez l'ensemble des immigrants de notre région, mais moins fréquentes que chez les Estriens nés au Canada. En effet, la prévalence du surpoids est de 48,4 % chez les réfugiés contre 55,3 % chez les Estriens nés au Canada⁶³.

On note peu d'antécédents d'hypertension (5,7 %), de diabète (2,2 %) ou de maladies cardiaques (0,4 %) rapportés par les patients vus à la CDR. Par contre, lors du bilan de santé, 12,8 % des réfugiés adultes souffrent d'hypertension tandis que 7,9 % ont un bilan glycémique anormal pouvant indiquer un diabète.

Tableau 14
Habitudes de vie et maladies chroniques chez les réfugiés adultes selon le sexe, Clinique des réfugiés de Sherbrooke, 2013 et 2014

	Adultes		Ensemble des adultes (%)
	Hommes (%)	Femmes (%)	
Habitudes de vie			
Tabagisme (n=224)	24,0	1,0	13,4
Indice de masse corporelle (IMC) (n=215)			
Surplus de poids (IMC 25-30)	33,0	29,0	31,2
Obésité (IMC ≥30)	9,6	26,0	17,2
Maladies chroniques			
Hypertension artérielle :			
Rapportée par le patient (n=227)	4,1	7,6	5,7
Dépistée lors du bilan de santé (n=227) ¹	13,1	12,4	12,8
Diabète :			
Rapporté par le patient (n=227)	1,6	2,9	2,2
Bilan glycémique anormal (n=114) ²	7,4	8,3	7,9
Maladies cardiaques :			
Rapportées par le patient (n=227)	0,8	0,0	0,4

1. Tension artérielle systolique ≥ 140 mmHg et/ou tension artérielle diastolique ≥ 90 mmHg

2. Glycémie (non à jeun) de ≥ 11,1 mmol/L ou HBA1c > 6,5 %

Source : Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, Rapport de stage d'externat en santé communautaire sous la supervision des D^{res} G. Baron et F. Desjardins, *La santé des réfugiés à Sherbrooke*, 2015

Santé mentale et bien-être

Selon une méta-analyse de 2005, la fréquence de la dépression chez les réfugiés est similaire à celle de la population générale, mais celle d'état de stress post-traumatique est plus élevée⁶⁴. Les facteurs de risque de la dépression chez les immigrants et les réfugiés peuvent inclure les événements stressants, le manque de soutien social ou l'isolement, les problèmes de santé physique, l'incapacité à parler la langue du pays d'accueil et la séparation avec des enfants demeurés dans le pays d'origine⁶⁵. La torture et les traumatismes cumulés sont quant à eux les prédicteurs les plus importants d'état de stress post-traumatique⁶⁶.

Parmi les réfugiés adultes ayant consulté à la CDR en 2013 et 2014, plusieurs présentent des facteurs de risque pouvant affecter leur santé mentale. En effet, près de deux sur trois (63,0 %) ne parlent ni anglais ni français et un peu plus d'un sur deux n'a aucune famille déjà installée au Canada (52,3 %) ou bien est célibataire, veuf/veuve, séparé/séparée ou divorcé/divorcée (55,0 %). Lorsqu'interrogés à ce sujet, 11,8 % des hommes et 23,3 % des femmes disent d'ailleurs se sentir isolés.

Aussi, plusieurs réfugiés rapportent des événements traumatiques au cours de leur parcours migratoire. En effet, le tiers des réfugiés (32,4 %) rapporte le décès d'un membre de leur famille, près d'un sur cinq (16,8 %) dit avoir été victime de violence physique et près d'une femme sur dix (7,1 %) rapporte de la violence sexuelle.

Plusieurs réfugiés rapportent des symptômes pouvant être associés à des troubles anxieux ou de l'humeur. En effet, le quart des réfugiés (26,4 %) se déclarent anxieux ou stressés, 16,3 % rapportent de la tristesse ou des pleurs et 18,9 % rapportent des troubles du sommeil.

Finalement, lors du bilan de santé effectué à la CDR, un diagnostic d'état de stress post-traumatique a été posé chez 4,8 % des patients. Cette prévalence est moindre que celle retrouvée dans la méta-analyse de Fazel et autres (2005)⁶⁷ qui atteignait 9,0 % dans une population de réfugiés adultes accueillis dans des pays développés.

Tableau 15

Facteurs de risque et symptômes de troubles anxieux ou de l'humeur chez les réfugiés adultes selon le sexe, Clinique des réfugiés de Sherbrooke, 2013 et 2014

	Adultes		Ensemble des adultes (%)
	Hommes (%)	Femmes (%)	
Facteurs de risque			
Ne parle ni français ni anglais (n=227)	62,3	63,8	63,0
Manque de soutien social :			
Arrivé ou arrivée au Canada seul(e) (n=227)	18,0	8,6	13,7
Aucune famille déjà au Canada à l'arrivée (n=220)	53,4	51,0	52,3
Célibataire, veuf/veuve, séparé/séparée ou divorcé/divorcée (n=222)	55,4	54,4	55,0
Événements traumatiques :			
Décès d'un membre de la famille du 1 ^{er} degré (n=216)	29,1	36,4	32,4
Victime de violence physique (n=214)	15,7	18,2	16,8
Victime de violence sexuelle (n=214)	0,0	7,1	3,3
Symptômes rapportés par les patients			
Tristesse ou pleurs (n=227)	11,0	21,9	16,3
Anxiété ou stress (n=227)	23,0	30,5	26,4
Troubles du sommeil (n=227)	18,0	20,0	18,9

Source : Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, Rapport de stage d'externat en santé communautaire sous la supervision des D^{res} G. Baron et F. Desjardins, *La santé des réfugiés à Sherbrooke*, 2015

Anémie et carences nutritionnelles

Les immigrants récents et les réfugiés ont une prévalence plus élevée d'anémie (15 à 28 %) comparativement à la population née au Canada (2 à 10 %)⁶⁸. L'OMS estime que la prévalence de l'anémie due à un déficit en fer varie de 21 à 68 % chez les enfants de 0 à 5 ans et de 18 à 48 % chez les femmes en âge de procréer dans le monde⁶⁹.

Parmi les réfugiés ayant consulté à la CDR en 2013 et 2014, l'anémieⁱ affecte 11,2 % des réfugiés étudiés (2 ans et plus). La prévalence de cette maladie atteint 5,6 % des enfants de 2 à 5 ans, 8,8 % des enfants de 6 à 17 ans et un peu plus d'un adulte sur dix (13,4 %), particulièrement les femmes (27,1 %). L'anémie due à un déficit en ferⁱⁱ touche essentiellement les femmes en âge de procréer (18 à 44 ans),

ⁱ Hémoglobine de <120 g/L chez les femmes (18 ans et plus), de <130g/L chez les hommes (18 ans et plus), de <115 g/L chez les 6 à 18 ans et de <105 g/L chez les 2 à 6 ans.

ⁱⁱ Déficience en fer : <22 ug/L.

puisque 25,0 % en sont atteintes. Parmi les réfugiés étudiés, peu d'enfants sont atteints par cette maladie (3,5 % des 6 à 17 ans, mais aucun enfant de 2 à 5 ans).

Maladies infectieuses

Certaines maladies infectieuses sont fréquentes parmi la population des immigrants et des réfugiés. À titre d'exemple, une grande proportion (20 à 80 %) d'immigrants provenant de pays où l'hépatite B chronique est fréquente ne sont pas immuns ou n'ont pas été vaccinés contre cette maladie⁷⁰. La prévalence de l'infection chronique peut atteindre 4 % dans cette population contre 0,5 % dans la population canadienne de naissance⁷¹. En outre, près du deux tiers des tuberculoses actives au Québec (62,3 %) surviennent chez des personnes nées à l'extérieur du Canada⁷². Aussi, le dépistage et le traitement des infections tuberculeuses latentes est particulièrement importante chez les immigrantsⁱⁱⁱ puisque la prévalence de l'infection latente peut atteindre jusqu'à 50 % chez les adultes et jusqu'à 25 % chez les enfants, contrairement à la population née au Canada^{iv} chez qui la prévalence est habituellement de moins de 10 %⁷³. Un autre problème infectieux fréquent chez la population des immigrants et des réfugiés est les parasites intestinaux. Ainsi, environ le quart des enfants nés à l'extérieur du Canada présentent des parasites intestinaux à leur arrivée⁷⁴.

Parmi les réfugiés ayant consulté à la CDR en 2013 et 2014, 1,6 % présentent une hépatite B (chronique ou aiguë), 35,3 % sont immunisés contre cette maladie (à la suite d'une infection ancienne résolue ou à la suite de la vaccination) et 59,7 % ne sont pas immunisés ou vaccinés contre ce virus. Aussi, plus d'un adulte sur deux (53,6 %) a un test positif contre la tuberculine pouvant indiquer une infection tuberculeuse latente (26,5 % chez les moins de 18 ans). Finalement, le quart (25,0 %) des enfants d'âge préscolaire présente des parasites intestinaux pathogènes à leur arrivée. Cette prévalence atteint 20,5 % chez les enfants d'âge scolaire et diminue à 13,7 % chez les adultes.

ⁱⁱⁱ Particulièrement chez les immigrants provenant de l'Afrique subsaharienne, de l'Asie, et de l'Amérique du Sud ou Centrale.

^{iv} Population non autochtone née au Canada qui n'a pas reçu le vaccin BCG.

La communauté se mobilise

Au 29 février 2016, les gouvernements du Canada et du Québec avaient respecté leur engagement d'accueillir 25 000 et 3 650 réfugiés syriens chacun. De ce nombre, 292 furent réinstallés en Estrie dont 63 à Granby et 229 à Sherbrooke.

Les arrivées massives ont nécessité la mise en place rapide d'une structure organisationnelle forte et coordonnée permettant une offre de service équitable, accessible, sécuritaire et de qualité. À cet effet, le *Plan ministériel pour l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés en situation d'arrivées massives* fut élaboré et déployé jusqu'au 29 février 2016.

En Estrie, les interventions furent déployées sous l'égide du Comité stratégique sécurité civile - Mission santé avec une coresponsabilité de la Coordination régionale de la sécurité civile et de la Direction des services généraux. Afin de coordonner les efforts des cinq directions impliquées du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et des organismes sans but lucratif concernés, des comités, tactique et opérationnel, furent mis en place. La Direction de santé publique s'est activement impliquée considérant non seulement le potentiel de maladies infectieuses au sein des groupes et les problèmes de couverture vaccinale des réfugiés, mais aussi des interventions futures à réaliser en réponse à d'importants besoins des réfugiés tels que celui de l'intégration dans les divers milieux de vie. En ce sens, le Service d'action communautaire entretient des liens soutenus avec les municipalités d'accueil et avec plusieurs organismes qui ont un rôle en matière d'intégration.

Dans les 72 heures suivant leur arrivée à Sherbrooke ou à Granby, les réfugiés recevaient une évaluation dans une CDR. Lors de cette évaluation, une attention particulière était portée à la présence de symptômes de maladies infectieuses et à la couverture vaccinale. Dans les 28 jours suivants, des interventions subséquentes permettaient de compléter l'évaluation de la santé et du bien-être, de faire un suivi psychosocial, d'initier la vaccination si ce n'était encore fait, etc.

Les intervenants du Service d'aide aux Néo-Canadiens (SANC) et de Solidarité ethnique régionale de la Yamaska (SERY), deux partenaires importants, ont joué et jouent encore un rôle essentiel de prise en charge des réfugiés syriens dès leur arrivée. La recherche d'un appartement, les demandes de cartes d'assurance maladie et d'assurance sociale, l'ouverture d'un compte en banque et l'accompagnement lors d'une première visite dans une épicerie ont constitué les premiers services à fournir aux nouveaux arrivants.

Rédigé par Dr Robert Pronovost, Direction de santé publique de l'Estrie.

GROUPES DE DISCUSSION

Trois groupes de discussion (27 participants au total) ont été réalisés auprès d'immigrants de Sherbrooke et de Granby. Ils ont été invités à se prononcer sur leurs besoins de santé et leurs besoins sociaux ainsi que sur leur expérience du réseau de la santé et des services sociaux (voir annexe B). Les thèmes abordés ont été regroupés en six dimensions.

Une vision globale de la santé

Il ne fait pas de doute chez les immigrants rencontrés que la santé est plus que l'absence de maladie. La santé pour les participants fait référence à un équilibre entre plusieurs facteurs physiques, psychologiques, spirituels, économiques et sociaux.

- *La santé c'est quelque chose de global qui comprend le physique, le psychologique, le social et le religieux. Il y a tellement de facteurs autour du bien-être de la personne.*
- *L'individu est un dans un système. Il faut qu'il soit en harmonie avec son environnement pour être en santé.*

Pour maintenir cet équilibre, l'alimentation et l'exercice physique sont au cœur des préoccupations des immigrants interrogés. C'est sur ces deux déterminants de la santé qu'ils rapportent avoir le plus de contrôle.

- *J'essaie d'avoir une bonne habitude alimentaire avec mes enfants. On réduit la consommation de boissons gazeuses, de jus et on essaie de réduire le gras. Quand on va faire l'épicerie, on essaie de regarder les valeurs nutritives et d'éviter les gras trans.*

D'autres déterminants de la santé sont rapportés. Ceux-ci sont toutefois moins aisément modifiables. C'est le cas de l'emploi, de l'implication communautaire et du revenu disponible.

- *Quand la personne ne travaille pas et qu'elle n'a pas d'argent pour nourrir sa famille, c'est plus difficile de faire attention à sa santé.*
- *La notion d'utilité dans la société est très importante.*

L'accès à des services de santé mentale culturellement appropriés

Bien que la santé soit multifactorielle, la santé mentale a une place particulière. Les immigrants rencontrés positionnent la santé mentale comme un déterminant majeur de la santé physique.

- *C'est pouvoir vivre. Avant de commencer à penser à sa santé physique, il faut que le mental soit là.*
- *La santé va aussi avec santé mentale, car quand le mental ne va pas bien, le corps ne suit pas « pantoute ».*

Une fois ce constat établi, on comprend mieux la nécessité pour cette communauté d'avoir accès à des services de santé mentale. De plus, les immigrants interrogés font état de détresse liée au contexte d'immigration (ex. : état de guerre, camps de réfugiés). Or, l'accès à ces services semble difficile.

- *Quand je suis arrivée au Canada, je suis arrivée comme réfugiée. J'ai quitté la Colombie dans la guerre. Ma fille venait de se faire assassiner par balles. Nous arrivons ici et nous avons besoin d'aide psychologique. J'ai quitté la Colombie et j'ai tout laissé là-bas. J'ai beaucoup de deuils à faire.*
- *J'étais tout le temps dans la liste du CLSC pour rencontrer un psychologue. Je ne l'ai jamais rencontré, jamais. Quand on est dans une situation comme ça, pouvez-vous imaginer la santé d'une personne?*

De plus, la définition de la santé mentale évoquée par les participants est différente de celle de la population d'accueil. L'offre de service doit tenir compte de ces nuances sociales et culturelles. Les immigrants ne parlent pas de la santé mentale de la même manière et dans le même langage que les autres Estriens. Une forte stigmatisation de la maladie mentale dans leur pays d'origine module leur propos. Des moyens d'intervention plus humains et moins médicaux sont aussi souhaités.

- *La dépression n'est pas une maladie chez nous. C'est une paresse intellectuelle et humaine.*
- *On n'est pas habitué de prendre des antidépresseurs. Près de 90 % des personnes immigrantes qui reçoivent des antidépresseurs vont les jeter à la poubelle.*

L'isolement social et la difficulté d'adaptation au milieu d'accueil

Le sentiment d'isolement social est nommé à de nombreuses reprises. Ce sentiment d'être seul dans un univers parallèle est un obstacle majeur à l'adaptation au milieu d'accueil.

- *Notre besoin, c'est de casser l'isolement. On quitte un milieu et on vient se greffer dans un autre. Il faut que la greffe prenne et pour qu'elle prenne, il faut des échanges entre nous et la communauté.*
- *On se retrouve dans un appartement complètement isolé. On ne connaît pas la langue, on n'a pas de ressources, on ne sait pas quoi faire... On est dans le néant...*

Le processus d'immigration semble par ailleurs difficile. Il n'est pas sans impact sur la santé des immigrants interrogés.

- *Quand on arrive, le physique est bon, mais après c'est le mental qui commence à se détériorer. On a des problèmes d'intégration, on ne trouve pas d'emploi, on a perdu notre réseau, on ne connaît pas le système. C'est ainsi qu'on commence à ne plus prendre soin de soi et de notre santé.*

Un autre aspect pouvant ralentir l'intégration concerne les liens entre la société d'accueil et la famille restée dans le pays d'origine.

- *La moitié de ma tête est ici et l'autre en Colombie. Je recevais tout le temps des nouvelles de ma famille, ma soeur qui s'est fait kidnapper et tout le monde qui me responsabilise de ce qui se passe là-bas.*
- *Mes parents sont restés là. Même avec eux, je ne discute pas parce que ce sont toujours des problèmes.*

Un manque de soutien après l'arrivée dans le nouveau pays est nommé par les immigrants rencontrés. Ce manque est perçu par les participants comme un abandon du Québec à l'endroit des immigrants.

- *L'immigration, c'est quelque chose qu'on nous a vendu. Le problème, c'est qu'il n'y a pas de service après-vente. Quand vous viendrez, il y aura ça, ça et ça. Quand je suis arrivée à l'aéroport, on m'a dit voilà toutes les informations. Ça fait deux ans et demi que je suis là, je me débrouille toute seule.*
- *Je me sens arnaqué parce qu'on m'a vendu un projet de vie. C'est sûr que légalement j'ai tout, je peux faire tout ce que je veux, je peux vivre mon rêve canadien, je peux vivre mon rêve québécois, mais il n'y a pas de chose qui vont t'aider ou qui vont t'orienter.*

Des solutions sont proposées par les immigrants interrogés pour vaincre l'isolement. Les organismes communautaires qui interviennent dans la communauté sont à privilégier, tout comme les interventions visant à promouvoir la participation sociale des nouveaux arrivants.

- *C'est très important que des investissements se fassent dans les organismes communautaires qui travaillent auprès des communautés immigrantes. C'est important pour développer des projets, pour aider les communautés à sortir de cet isolement.*
- *Il faut participer à des activités, c'est très important d'interagir avec les autres personnes.*

L'accès à un travail adéquat

L'accès à un travail adéquat est fondamental pour l'ensemble des immigrants rencontrés. Il s'agit d'un besoin non négociable qui est prioritaire pour la santé de ceux-ci. L'emploi est un facteur d'intégration sociale qui diminue le stress et qui donne un plus grand contrôle sur sa vie et son environnement.

- *Si on trouve un emploi, alors on sera capable d'acheter des médicaments, de bien manger, de bouger, toutes ces choses qui ne sont pas encore à ma portée et qui fait en sorte que je ne prends pas ma santé comme je devrais le faire. Mais, que voulez-vous, je n'ai pas le temps, ni les moyens...*

La perte de la reconnaissance professionnelle et du statut social à l'arrivée au Québec sont des événements traumatiques qui ont un impact majeur sur la santé des immigrants rencontrés. Les participants rapportent devoir accepter des emplois pour lesquels ils sont surqualifiés.

- *C'est comme si j'avais pris 18 ans d'expérience et que je les avais mis dans la poubelle.*
- *Ceux qui avaient tout, qui avaient un statut social, tu viens ici et tu ne peux pas rentrer dans le système. Cette désillusion, c'est ça qui gâte notre santé.*

Au-delà du processus d'équivalence des diplômes, les immigrants interrogés notent de grandes difficultés à l'embauche qu'ils attribuent à une forme de discrimination.

- *C'est dommage de parler de ça, mais il y a beaucoup de discrimination.*
- *Beaucoup d'organismes affichent des postes, mais dans la réalité, on n'a pas accès à ces postes. On se rend compte que ce sont des postes qui sont donnés aux Québécois.*

- *Des employeurs me demandent une expérience québécoise. Où est-ce que je vais trouver cette expérience si personne ne me donne la chance de travailler?*

L'accès aux services sociaux et de santé

L'accès aux services sociaux et de santé est aussi un besoin récurrent dans les groupes de discussion avec la communauté immigrante estrienne. L'accès à la 1^{re} ligne est nommé, tout comme l'accès aux services spécialisés. Les immigrants interrogés ne comprennent pas pourquoi les délais d'attente sont si longs.

- *C'est très important les médecins de famille. Il y a beaucoup de gens qui n'ont pas de médecin de famille.*
- *Il faut faire attention aux délais d'attente pour rencontrer les spécialistes. Ça fait deux ans que j'attends de rencontrer le spécialiste pour régler mon problème.*
- *Même quand tu vas aux urgences, tu peux être là 18 h avant qu'on s'intéresse à toi. Chez moi, je n'ai jamais passé plus deux heures en attente pour aller voir un médecin. C'est drôle, on attend beaucoup plus longtemps pour voir un médecin ici qu'en Afrique...*

Une fois que les immigrants ont accès aux services souhaités, ils dénoncent un manque de suivi de la part des intervenants rencontrés.

- *On est parti à l'hôpital, on a dit qu'elle devait subir une chirurgie au niveau de ses sinus. Mais jusque-là, on est sur la liste d'attente, ça fait vraiment plus de cinq mois qu'on attend, on n'a pas de suite.*
- *Je passe des radiographies, je ne reçois jamais de réponse, je passe des échantillons d'urine, jamais de réponse.*

Ces barrières à l'accès entraînent des comportements qui nuisent à l'intégration sociale des immigrants rencontrés. Certains s'isolent par peur d'être malade. Finalement, lorsque la consultation devient nécessaire, le réflexe est de se diriger vers les urgences ou d'appeler une ambulance.

- *À qui je vais m'adresser quand je ne me sens pas bien? Je suis là depuis deux ans et demi et cette question, je me la pose toujours. Je suppose que si un jour je tombe malade, je vais appeler l'ambulance.*

Les barrières culturelles et la littératie en santé

Des barrières culturelles sont associées à des visions différentes de la santé, celle de l'immigrant et celle du milieu d'accueil.

- *Les médecins d'ici tiennent compte de la température. Si l'enfant a de la fièvre, il va être soigné. Mais, si l'enfant n'a pas de fièvre, ils te disent que ça va passer. Mais l'enfant, tu le sais qu'il est malade c'est le tien.*
- *Quand tu rencontres le professionnel, il faut pouvoir lui parler et qu'il puisse nous entendre. Parce qu'il ne s'agit pas seulement d'écouter. Tu peux rester plusieurs heures à expliquer tes problèmes et puis, il ne te comprend pas. À la fin, c'est comme si tu lui demandais des pommes et qu'on te donne des bananes.*

Il ressort ainsi des groupes de discussion que le personnel du réseau de la santé et des services sociaux doit développer une compétence culturelle pour interagir avec la communauté immigrante.

- *Moi, je me demandais tout le temps : est-ce que les personnes qui interviennent auprès des personnes immigrantes sont formées pour ça?*
- *Je comprends qu'ils ne comprennent pas nos besoins, car ce sont des besoins qui viennent d'ailleurs, mais aussi, il faut qu'il y ait un petit peu d'ouverture parce que ça ne sert à rien sinon.*

À titre d'exemple, les participants ont mentionné que certaines cultures sont plus poussées vers l'utilisation de médicaments alors que d'autres sont plutôt habituées à une approche basée sur les médecines alternatives.

- *Monsieur voudrait avoir la possibilité de rencontrer un homéopathe, il voudrait avoir l'opportunité d'aller chercher des alternatives qui ne sont pas tout le temps des médicaments.*

- *Tout le monde croit que la santé on va la récupérer avec les médicaments. Pour nous, ça ne fonctionne pas comme ça. Avant de prendre toutes sortes de médicaments, on va essayer n'importe quoi. On va essayer toutes les choses naturelles avant d'accepter qu'il faille prendre tel médicament.*

L'incompréhension des informations offertes semble exacerber les barrières culturelles nommées par les immigrants interrogés. Selon eux, il faut travailler la capacité des immigrants à aller chercher l'information requise et de bien la comprendre.

- *Il n'y a pas de document dans la langue maternelle des personnes qui sont ici.*
- *Je viens d'un pays francophone, je parle français et je ne comprends pas les informations que je lis. À qui s'adresser? Je ne sais pas.*

La communauté se mobilise

Les services peuvent être disponibles, mais pas nécessairement accessibles et adaptés aux immigrants. Le Comité d'adaptation des services aux personnes immigrantes (CAPSI), mis sur pied en 2009 par SERY, veut améliorer cette situation en proposant une organisation des services basée sur les besoins réels des immigrants.

Le CAPSI n'offre pas de services directs aux immigrants, mais plutôt aux intervenants de différents organismes et milieux de travail. Les objectifs sont : la sensibilisation; la concertation et le support dans les cas complexes; le développement des compétences et le soutien des intervenants qui travaillent avec les personnes immigrantes ou réfugiées. Des activités d'information et de sensibilisation, du partage de connaissances et des discussions de cas sont les moyens retenus pour atteindre ces objectifs.

Le CAPSI ne reçoit pas de financement spécifique. Son fonctionnement repose sur les ressources humaines dédiées par le SERY et les organismes partenaires (CIUSSS de l'Estrie – CHUS, L'Autre Versant, Université de Sherbrooke et Commission scolaire du Val-des-Cerfs).

4. SYNTHÈSES

LA COMMUNAUTÉ ANGLOPHONE

Certains chercheurs suggèrent que le fait de vivre en situation linguistique minoritaire soit dorénavant considéré comme un déterminant de la santé à cause des disparités de santé et sociales qui y sont associées⁷⁵. En effet, des études ont démontré que les personnes faisant partie de la minorité francophone au Canada (résidant à l'extérieur du Québec) se perçoivent davantage en mauvaise santé, sont plus âgées, moins éduquées et plus pauvres, déclarent plus de maladies chroniques et sont plus nombreuses à fumer, à boire et à être obèses. La minorité anglophone du Québec (sans la population anglophone de Montréal) présente un profil similaire⁷⁶.

En Estrie, le même profil se dessine chez les membres de la communauté anglophone :

- Au niveau démographique, on note qu'il y a proportionnellement moins d'adultes anglophones que francophones âgés de 18 à 39 ans (20,8 % contre 26,9 %), mais plus d'aînés (22,5 % contre 15,6 %). Au cours des dernières décennies, les jeunes adultes qui ont quitté la région sont plus susceptibles d'avoir un meilleur niveau de scolarité que ceux qui sont restés⁷⁷.
- Les adultes anglophones sont plus nombreux à avoir une faible scolarité que les francophones (47,9 % ont un diplôme d'études secondaires ou moins contre 38,6 %). De plus, il est plus fréquent pour un anglophone de se retrouver sous la mesure du faible revenu.
- Les adultes anglophones sont plus nombreux à fumer, à consommer un nombre insuffisant de fruits ou légumes au quotidien et à consommer de l'alcool de manière excessive lorsque comparés aux francophones de la région.
- 21,8 % des adultes anglophones se disent en mauvaise santé contre 13,6 % des francophones.

Les résultats les plus préoccupants touchent les enfants et les adolescents de cette communauté.

- Les mères anglophones sont plus nombreuses que les francophones à être très jeunes (moins de 20 ans) ou faiblement scolarisées à la naissance de leur enfant.
- La proportion d'enfants de la maternelle vulnérables dans une sphère de développement ou plus est deux fois plus élevée chez les anglophones que chez les francophones. Les écarts les plus importants entre les deux communautés linguistiques sont (à la défaveur des anglophones) observés dans les domaines suivants : santé physique et bien-être; compétences sociales; habiletés de communication et connaissances générales.
- Les élèves de maternelle et de 2^e année qui fréquentent l'école anglophone sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui fréquentent l'école en français à avoir une ou plusieurs caries dentaires.
- À l'école secondaire, les anglophones ont de moins bonnes habitudes alimentaires que les francophones. À titre d'exemple, le tiers des élèves anglophones déclarent consommer quotidiennement des boissons sucrées, des grignotines ou des sucreries alors que cette proportion est de 23,9 % chez les élèves des écoles francophones.
- Parmi les élèves qui vont à l'école secondaire en anglais, près de 6 sur 10 disent avoir été victimes de violence (à l'école ou sur le chemin de l'école) ou de cyberintimidation. Cette proportion est de 35,0 % parmi les élèves qui vont à l'école en français.

En ce qui concerne l'utilisation des services de santé, on note que les proportions d'adultes qui ont un médecin de famille et qui ont consulté celui-ci dans les douze derniers mois sont similaires chez les

francophones et les anglophones. Par contre, les adultes anglophones sont moins nombreux que les francophones à avoir consulté un psychologue ou un travailleur social dans la dernière année (7,5 % contre 11,0 %) et les femmes anglophones participent moins au PQDCS (58,7 % contre 70,2 %).

Des études démontrent les effets de la barrière linguistique notamment concernant la satisfaction envers les soins reçus⁷⁸. Ainsi, au Québec, en dépit d'une accessibilité comparable au médecin de famille, les anglophones considèrent que les services de santé répondent moins à tous leurs problèmes de santé (65,0 % contre 87,5 %) et permettent moins de bien contrôler leurs problèmes que les francophones (81,7 % contre 92,3 %)⁷⁹. Les résultats des groupes de discussion vont dans le même sens :

- manque d'accès perçu aux médecins de famille, notamment en milieu rural;
- méconnaissance de l'anglais par les professionnels de la santé et manque de documentation en langue anglaise;
- besoin de soutien pour s'orienter dans le système de santé;
- perception que les besoins des anglophones ne sont pas bien entendus et comblés et que la restructuration du réseau de la santé exacerbe ce phénomène.

LA COMMUNAUTÉ IMMIGRANTE

Tout d'abord, on constate une pénurie de données sur l'état de santé de la communauté immigrante qui empêche de tenir compte de l'hétérogénéité de cette population. En effet, le lieu de naissance (Canada ou hors Canada) ainsi que la période d'arrivée au Canada ne sont pas toujours colligés dans les banques de données administratives ou les enquêtes. Des informations sur les catégories d'immigrants jugées importantes pour ce qui est de leur vulnérabilité, comme celle des réfugiés, sont également absentes. Finalement, le faible nombre de répondants immigrants rejoints par les enquêtes de santé ne permet pas toujours d'obtenir des données fiables pour cette population.

En Estrie, les immigrants, surtout les immigrants récents, vivent pour la majorité dans les RLS de Sherbrooke et de la Haute-Yamaska. Comparativement à la population d'accueil, une plus forte proportion réside dans les communautés les plus défavorisées sur le plan matériel et social. Les immigrants récents (arrivés depuis moins de 10 ans) sont plus jeunes que la population née au Canada (âge médian de 31,6 ans et 43,2 ans respectivement). Aussi :

- La proportion d'adultes qui ont fait des études universitaires est plus élevée chez les immigrants que chez les Canadiens d'origine.
- Malgré leur niveau de scolarité élevé, leur situation économique est désavantageuse : chômage plus élevé, faibles revenus, proportion élevée de locataires, part importante du revenu consacrée au logement. Ces situations sont surtout vécues par les immigrants récents. Chez les immigrants arrivés avant 2001, les indicateurs économiques sont comparables à ceux de la population d'accueil.

Il existe très peu de données sur les enfants et aucune donnée sur les adolescents immigrants en Estrie. Par contre, les résultats estriens de l'EQDEM (2012) sont préoccupants. En effet, 44,7 % des enfants estriens nés à l'extérieur du Canada sont vulnérables dans au moins un domaine de développement alors que cette proportion est de 34,7 % chez les enfants immigrants du Québec et d'environ 25,0 % chez les enfants nés au Canada. Les enfants immigrants sont particulièrement vulnérables dans la sphère du développement cognitif et langagier et dans celle des habiletés de communication et des connaissances générales.

L'effet de l'immigrant en bonne santé semble perceptible au sein de la communauté immigrante adulte en Estrie. En effet, la situation des adultes immigrants est favorable en ce qui concerne les maladies chroniques : ils souffrent moins d'hypertension, de diabète, de maladies pulmonaires obstructives chroniques et d'obésité. Notons qu'une part de ces résultats s'explique par la structure d'âge (plus jeune) de cette population. La situation des adultes immigrants est aussi favorable en ce qui concerne les habitudes de vie : ils fument moins et consomment moins d'alcool que la population d'accueil.

Bien que les indicateurs de bien-être et de symptômes dépressifs soient similaires chez les immigrants et les individus nés au Canada, les immigrants sont moins nombreux à avoir reçu un diagnostic de troubles anxieux ou de l'humeur (6,6 % contre 10,9 %). Par contre, il existe une sous-utilisation des services de santé et sociaux par la population immigrante. La plus faible prévalence de troubles mentaux diagnostiqués pourrait être expliquée, en partie, par une utilisation moindre des services de santé mentale par cette population.

Le faible recours aux services de santé par les immigrants peut être attribuable à plusieurs facteurs : meilleur état de santé (chez les immigrants récents), manque de familiarités avec le système de santé, barrières linguistiques, incompréhension de certains aspects culturels de la maladie et difficultés d'accès aux services⁸⁰. En Estrie comme au Québec, il existe des barrières à l'accès aux services pour cette population, notamment aux services de première ligne. En effet, les immigrants estriens sont moins nombreux à avoir un médecin de famille lorsque comparés à la population née au Canada (66 % contre 82 %). Une étude provinciale⁸¹ démontre que seulement 44 % des immigrants récents (arrivés depuis moins de 10 ans) ont un médecin de famille au Québec (contre 81 % chez les individus nés au Canada) et près de quatre sur dix (41 %) déclarent un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille (contre 11 % chez les individus nés au Canada).

Certains chercheurs considèrent qu'il existe des déterminants sociaux qui sont propres à la santé des immigrants⁸². Ces déterminants sont les suivants : 1) la migration et l'adaptation au pays d'accueil; 2) la discrimination fondée sur la race et 3) le sous-emploi et la pauvreté qui l'accompagne. Dans les groupes de discussion, les principales préoccupations soulevées concernent l'isolement social et les difficultés d'adaptation au milieu d'accueil ainsi que l'accès à un travail adéquat. Les participants soulignent l'importance de l'accès à des services sociaux et de santé culturellement appropriés, particulièrement ceux en santé mentale :

- L'isolement s'installe dès l'arrivée dans le milieu d'accueil et représente un frein à l'intégration sociale. L'accès à un travail adéquat devient alors fondamental et est perçu comme plus important que sa santé.
- L'accès aux services sociaux et de santé est difficile pour les immigrants interrogés. De plus, une fois qu'ils ont accès aux services, un manque de suivi et des barrières culturelles sont identifiés par les participants.
- La santé mentale occupe une place particulière dans la définition de la santé des immigrants rencontrés. Selon eux, elle est plus importante que la santé physique. L'accès à des services de santé mentale culturellement appropriés est donc important.

5. RECOMMANDATIONS

Cette section présente des recommandations qui s'adressent aux décideurs, professionnels et partenaires de la Direction de santé publique de l'Estrie, du réseau de la santé et des services sociaux et des autres domaines sectoriels. Ces recommandations sont formulées afin de poursuivre un objectif commun, soit l'amélioration de l'état de santé des communautés anglophones et immigrantes de l'Estrie. Sans être prescriptives, nous espérons que ces recommandations guideront la planification, la mise en œuvre et l'adaptation des services ainsi que la recherche et l'évaluation.

1. Surveillance de l'état de santé et de ses déterminants

Recommandation # 1.1

Améliorer les bases de données médico-administratives (ex. : I-CLSC) en y intégrant comme champ à compléter obligatoirement des variables qui permettront l'identification et l'analyse de l'état de santé des communautés anglophones et immigrantes (ex. : langue parlée à la maison, lieu de naissance).

Recommandation # 1.2

Lors d'enquête de santé populationnelle, explorer la possibilité d'inclure un nombre suffisant d'anglophones et d'immigrants afin d'obtenir des données fiables pour ces populations.

Recommandation # 1.3

Considérer le fait de vivre en situation linguistique minoritaire comme un déterminant associé aux inégalités sociales de santé et, à ce titre, analyser systématiquement les données de santé en fonction de la langue parlée à la maison lors de la surveillance de l'état de santé.

Pour la population immigrante, la surveillance de l'état de santé devrait, lorsque possible, tenir compte des déterminants sociaux supplémentaires que sont le processus migratoire, la discrimination fondée sur la race et mettre l'accent sur l'emploi. De plus, elle devrait tenir compte de l'hétérogénéité de cette population et offrir des analyses différenciées selon le pays de naissance, la période d'arrivée au Canada et la catégorie d'immigration.

Recommandation # 1.4

Suivre l'évolution de la santé des communautés anglophones et immigrantes en Estrie.

2. Recherche et évaluation en santé

Recommandation # 2.1

Soutenir les initiatives de recherche et d'évaluation en santé portant sur les communautés anglophones et immigrantes. La perception et les croyances en santé (physique et mentale), les besoins en termes de services sociaux et de santé, les barrières et facilitateurs à l'accès aux services ainsi que les aspects culturels liés à l'utilisation des services devraient être prioritaires.

3. Formation des professionnels de la santé

Recommandation # 3.1

Offrir des formations aux professionnels de la santé travaillant auprès des populations anglophones et immigrantes adaptées aux attentes et aux besoins de ces communautés. Ces formations devront aussi être adaptées aux besoins et à l'expérience professionnelle des intervenants du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

4. Accessibilité, adaptation et amélioration des services sociaux et de santé

Recommandation # 4.1

Au sein du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, encourager la mise en place de comités ayant comme mandat d'améliorer l'accessibilité et l'adaptation des services aux communautés anglophones et immigrantes.

Recommandation # 4.2

Au sein du CIUSSS de l'Estrie — CHUS, assurer une représentation adéquate des communautés anglophones et immigrantes sur les tables de concertation locales et régionales.

Recommandation # 4.3

Au sein du CIUSSS de l'Estrie — CHUS, augmenter la compétence interculturelle de l'organisation en considérant celle-ci comme une des dimensions de la qualité des services (ex. : accès à des interprètes, formation du personnel non clinique, partenariat avec les communautés culturelles et les organismes communautaires, production de données de performance différenciées selon les communautés). L'augmentation de la compétence interculturelle de l'organisation vis-à-vis la communauté anglophone comme dimension de la qualité des services pourrait être envisagée de la même manière.

Recommandation # 4.4

Au sein du CIUSSS de l'Estrie — CHUS, profiter de l'implantation du Plan d'action régional en santé publique 2016-2020 afin de réviser les stratégies utilisées en prévention et promotion de la santé auprès des communautés anglophones et immigrantes afin de mieux joindre et mieux répondre aux besoins de ces communautés. Une approche multistratégique, spécifique à ces communautés et basée sur les données probantes, pourrait être envisagée et inclure, entre autres, le marketing social et le développement des communautés.

Recommandation # 4.5

Au sein du CIUSSS de l'Estrie — CHUS, améliorer le recrutement de personnel provenant des communautés anglophones et immigrantes, et ce, dans le respect des règles en vigueur.

5. Communication

Recommandation # 5.1

Lors de la production et diffusion d'information pour le public, s'assurer que le contenu soit traduit ou culturellement adapté pour les communautés ciblées, et ce, dans le respect du cadre légal.

Recommandation # 5.2

Diffuser de l'information pour mieux outiller les communautés anglophones et immigrantes à s'orienter dans le réseau régional de services sociaux et de santé.

6. Développement des communautés et actions intersectorielles

Recommandation # 6.1

Miser sur les forces (ex. : sentiment d'appartenance fort à la communauté locale chez les anglophones) des communautés anglophones et immigrantes de l'Estrie et soutenir les initiatives concernant le développement de ces communautés.

Recommandation # 6.2

Promouvoir l'adoption de politiques de santé répondant aux besoins des communautés anglophones et immigrantes. Par exemple, la future politique en développement des communautés du CIUSSS de l'Estrie — CHUS devrait porter attention aux besoins et réalités de ces deux communautés.

Recommandation # 6.3

Favoriser l'action intersectorielle afin d'améliorer les déterminants de la santé dans les communautés anglophones et immigrantes. Par exemple, ces actions pourraient soutenir le développement de services permettant aux immigrants un meilleur accès à l'emploi ou un meilleur arrimage des services offerts aux anglophones d'âge préscolaire et scolaire.

CONCLUSION

À la lumière des constats effectués dans ce rapport et des recommandations qui en découlent, il est essentiel de suivre l'évolution de l'état de santé et de bien-être des communautés anglophones et immigrantes en Estrie. Il est également fondamental de mieux documenter certains enjeux spécifiques soulevés dans le cadre de ce rapport, notamment : l'accessibilité aux services sociaux et de santé (et leur utilisation) au sein des communautés minoritaires ainsi que les répercussions des barrières linguistiques et culturelles à cet égard. Étant donné les écarts de santé et de bien-être observés entre les groupes examinés dans ce rapport (c.-à-d. les anglophones et les immigrants) et la majorité francophone estrienne, il est capital d'adapter l'offre de service locale et régionale pour mieux répondre aux besoins des communautés culturelles et linguistiques.

Les parties prenantes rencontrées dans la réalisation de ce travail nous ont évidemment fait part de nombreuses barrières et obstacles à la santé et au bien-être chez les communautés anglophones et immigrantes en Estrie. Ceci dit, nous avons aussi retenu des réussites, des initiatives, des forces et des ressources caractérisant ces communautés. Nous pensons qu'il faut mobiliser les communautés concernées pour qu'elles puissent utiliser ces « actifs » de santé afin d'entreprendre des actions de développement communautaire et ainsi produire de la santé et du bien-être pour leurs concitoyens.

En terminant, bien que la Direction de santé publique ait choisi de mettre l'accent sur les besoins des communautés linguistiques et culturelles dans ce rapport, d'autres communautés présentent également des besoins importants (ex. : personnes vivant en situation de pauvreté). Nous tenions cependant à mettre en lumière les enjeux propres à ces deux groupes étant donné que ceux-ci ont peu été documentés jusqu'à présent en Estrie.

ANNEXES

ANNEXE A : MÉTHODOLOGIE

Pour identifier les principaux besoins de santé et de services sociaux des communautés anglophones et immigrantes en Estrie, nous avons utilisé un devis mixte comprenant un volet quantitatif et un qualitatif.

Volet quantitatif

Le tableau suivant présente les sources de données utilisées dans le volet quantitatif. Il s'agit d'enquêtes et de fichiers médico-administratifs dans lesquels il est possible de catégoriser les individus selon le lieu de naissance ou la langue parlée à la maison. Puisque la langue pouvait être mesurée de diverses manières (ex. : maternelle, d'usage, parlée à la maison, la plus couramment utilisée), nous avons privilégié la langue la plus souvent parlée à la maison comme variable de croisement lorsque possible.

SOURCE	PÉRIODE UTILISÉE	POPULATION VISÉE	ÉCHELLE GÉOGRAPHIQUE UTILISÉE	DESCRIPTION DES DONNÉES
Recensement Enquête nationale auprès des ménages <i>Statistique Canada</i>	2011	Toute la population	Québec Estrie RLS	Variables de croisement : Statut d'immigrant Langue la plus souvent parlée à la maison (chez les non-immigrants) Sujets couverts : Démographie (âge et sexe) Plus haut niveau de scolarité atteint Revenus Taux d'activité, d'emploi et de chômage Incapacités
Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) <i>Institut de la statistique du Québec</i>	Année scolaire 2010-2011	Élèves du secondaire (12-17 ans)	Québec Estrie	Variables de croisement : Langue d'enseignement Sujets couverts : Habitudes de vie et comportements à risque Prévalence déclarée de certains troubles mentaux Environnement social Compétences personnelles
Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) <i>Institut de la statistique du Québec</i>	2012	Élèves de la maternelle	Québec Estrie RLS	Variables de croisement : Lieu de naissance Langue maternelle Sujets couverts : Vulnérabilité selon 5 domaines de développement
Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE) <i>Direction de santé publique de l'Estrie</i>	2014-2015	18 ans et plus	Estrie	Variables de croisement : Lieu de naissance Langue la plus souvent parlée à la maison (chez les non-immigrants) Sujets couverts : Habitudes de vie et maladies chroniques Santé mentale et bien-être Utilisation des services de santé
Fichier des naissances <i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>	2005 à 2014	Toutes les naissances	Québec Estrie	Variables de croisement : Lieu de naissance Langue d'usage à la maison (chez les non-immigrants)

SOURCE	PÉRIODE UTILISÉE	POPULATION VISÉE	ÉCHELLE GÉOGRAPHIQUE UTILISÉE	DESCRIPTION DES DONNÉES
				Sujets couverts : Prématurité et faible poids à la naissance Âge et scolarité de la mère
Fichier des décès <i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>	2005 à 2011	Tous les décès	Québec Estrie	Variables de croisement : Langue d'usage à la maison* Sujets couverts : Espérance de vie
I-CLSC <i>CIUSSS de l'Estrie — CHUS</i>	2011-2012 à 2015-2016	Élèves de la maternelle et de 2 ^e année du primaire	Estrie	Variables de croisement : Langue d'enseignement Sujets couverts : Carie dentaire
Système d'information du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (SI-PQDCS)	2007 à 2015	Femmes de 50 à 69 ans	Québec Estrie	Variables de croisement : Langue de correspondance Sujets couverts : Participation au PQDCS
Dossiers cliniques <i>CIUSSS de l'Estrie — CHUS</i>	2 juillet 2013 au 16 décembre 2014	Réfugiés qui ont été vus à la Clinique de réfugiés de Sherbrooke	---	Sujets couverts : Caractéristiques démographiques, sociales et économiques Habitudes de vie Maladies chroniques et infectieuses Santé mentale et bien-être

* Avec imputation de la langue d'usage lorsque la donnée était manquante. Travaux réalisés par l'INSPQ.

Volet qualitatif

Échantillon et recrutement

Cinq groupes de discussion ont été réalisés (48 participants au total). Le premier groupe rassemblait des anglophones vivant en contexte urbain (c.-à-d. Sherbrooke et Magog; $n=6$) alors que le second fut réalisé avec des anglophones vivant en milieu rural (c.-à-d. Ayer's Cliff, Lac-Brome, Hatley, Potton, Richmond, Stanstead; $n=15$). Trois groupes de discussions ont aussi été réalisés avec la communauté immigrante estrienne. Le premier groupe était formé de seize réfugiés de longue date qui furent considérés comme immigrants. Les deux autres groupes de discussion ont été menés à Sherbrooke ($n=5$) et à Granby ($n=6$). La sélection des participants s'est faite par des organismes communautaires (c.-à-d. Service d'aide aux familles réfugiées et immigrantes de l'Estrie, Fédération des communautés culturelles de l'Estrie, Townshippers' Association) et de partenaires du CIUSSS de l'Estrie — CHUS.

Collecte des données

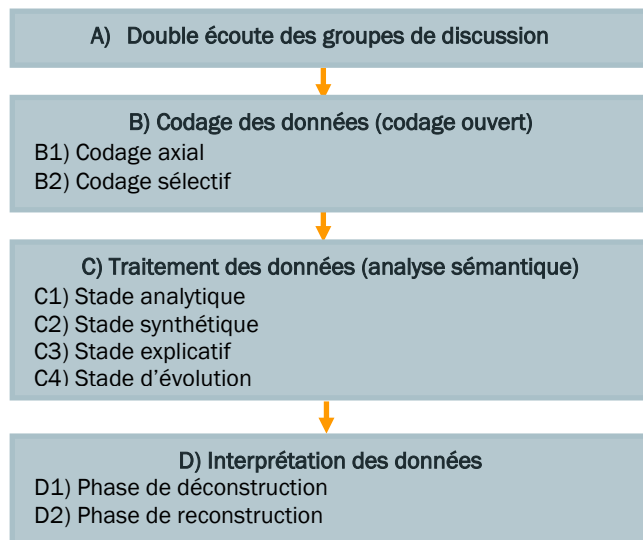
Quatre thèmes principaux furent abordés dans chaque groupe de discussion (voir grille d'entrevue; Annexe B) :

- 1) les besoins de santé et les besoins sociaux perçus;
- 2) l'expérience du réseau de la santé et des services sociaux;
- 3) l'adaptation du réseau de la santé et des services sociaux aux besoins et préoccupations spécifiques à chaque communauté;
- 4) l'expérience de travail.

La grille d'entrevue fut élaborée à partir du modèle conceptuel. Les groupes de discussion se sont déroulés entre le 18 mars et le 16 avril 2016. D'une durée approximative de deux heures, ils étaient enregistrés pour permettre l'analyse du discours.

Analyse des données

Deux analyses de contenu furent réalisées selon la procédure suivante, une faisant état du discours anglophone et une autre pour la communauté immigrante.



1^{re} étape = Double écoute de chaque groupe de discussion

Deux écoutes étaient pratiquées pour chaque groupe de discussion. La 1^{re} écoute était une écoute d'appropriation permettant d'identifier les principaux thèmes caractérisant chaque groupe de discussion. Des passages bruts étaient placés sous les thèmes identifiés et devenaient des sous-catégories d'analyse. La 2^e écoute servait à valider et bonifier l'écoute d'appropriation et augmenter la validité interne des données recueillies.

2^e étape = Codage des données

À l'étape du codage, les données brutes sont classées dans une grille constituée de catégories d'analyses⁸³. Ces catégories peuvent être établies durant le codage des données (codage ouvert) ou à priori (codage fermé). Un codage ouvert en deux étapes (c.-à-d. codage axial et sélectif) a été réalisé. Au codage axial, les catégories d'analyses sont issues de l'écoute des groupes de discussion⁸⁴ où l'on identifie des passages liés les uns aux autres. Ces passages deviennent des sous-catégories correspondant à des idées ou concepts liés aux objectifs d'analyse. Ces sous-catégories sont regroupées en dimension globale. Ces dimensions, formées à partir des sous-catégories, sont les catégories d'analyse de la grille d'analyse. Vient ensuite le codage sélectif qui consiste à ordonner les catégories de la grille d'analyse.

3^e étape = Traitement des données

À l'étape du traitement des données, le traitement peut être sémantique ou statistique⁸⁵. La méthode sémantique fut utilisée : celle-ci repose sur une compréhension approfondie du discours à travers la grille d'analyse. L'analyse sémantique suit quatre stades : 1) un stade analytique où l'on étudie les sous-catégories à partir desquelles les catégories de la grille d'analyse sont créées, 2) un stade synthétique où les catégories d'analyse mettent en évidence une structure pour construire un discours, 3) un stade explicatif où l'on s'attarde à l'étude des liens entre les catégories d'analyse et 4) un stade évolutif où émerge le discours qualitatif.

4^e étape = Interprétation des données

La dernière étape de l'analyse de contenu consiste à interpréter les données codées et traitées. Cette étape s'effectue en deux phases : déconstruction et reconstruction. La phase de déconstruction consiste à sortir des groupes de discussion pour replacer les données au regard des objectifs d'analyse⁸⁶. Dans la phase de reconstruction, c'est la production de l'argumentaire où l'on développe ses propres idées à partir du discours qualitatif construit.

ANNEXE B : GRILLES D'ENTREVUE

GRUPE DE DISCUSSION POUR LES IMMIGRANTS

MOT D'INTRODUCTION [+/- 5 minutes]

Bonjour tout le monde,

Mon nom est Mathieu Roy. Je suis conseiller scientifique aux directions générales adjointes au CIUSSS de l'Estrie – CHUS et je travaille actuellement en collaboration avec la Direction de santé publique de l'Estrie pour produire le rapport de surveillance thématique sur la santé des communautés culturelles et linguistiques. Sans votre participation aujourd'hui, ce rapport ne serait jamais complété. Sa réalisation est donc grandement attribuable à votre présence. Ainsi, au nom de la Direction de santé publique, je vous remercie.

L'objectif du groupe de discussion est d'identifier vos principaux besoins en termes de santé et en termes de services sociaux. Pour cela, nous aborderons quatre enjeux spécifiques, soit : 1) vos besoins de santé et vos besoins sociaux, 2) votre expérience du réseau de la santé et des services sociaux, 3) comment ce réseau pourrait mieux tenir compte de vos besoins et préoccupations et 4) votre expérience de travail. Chacun de ces enjeux sera abordé par différentes questions. Il y aura au total 14 questions et nous en avons environ pour deux heures.

Mon rôle aujourd'hui sera de vous poser des questions et de vous écouter. Je ne prendrai pas part à la discussion. Je vous invite toutefois à discuter entre vous, chacun votre tour, pour que nous puissions bien vous entendre sur le magnétophone au centre de la table. Lors d'un groupe de discussion, certains ont tendance à parler plus que d'autres. Comme je souhaite entendre tout le monde et parce que tous ont une expérience pertinente, il est possible que j'interrompe des gens ou que j'en invite d'autres à parler davantage. Ne soyez pas choqués si cela vous arrive. Je pourrai aussi parfois intervenir pour creuser une piste qui me semble riche. Je vous invite à prendre des notes sur la feuille mise à votre disposition pour ne pas perdre vos idées en attendant votre tour de parole (en effet, autant que possible, deux personnes ne doivent pas parler en même temps). Je vous rappelle finalement que tout propos tenu est strictement confidentiel. En aucun cas, il ne sera possible de vous identifier.

Pendant le déroulement du groupe de discussion, je ferai passer une fiche qui contient votre nom et prénom, ainsi que votre pays d'origine. J'apprécierais si vous pouviez ajouter à ces renseignements :

- votre âge;
- votre ville de résidence;
- le nombre de mois ou d'années depuis que vous êtes arrivés au Canada;
- une signature + un numéro de téléphone (ou un courriel) où je peux vous joindre si jamais nous souhaitions communiquer avec vous à nouveau.

Merci encore et bonne conversation...

QUESTIONS LORS DU GROUPE DE DISCUSSION..... [+/- 115 minutes]

Tour de table..... [+/- 5 minutes]

- Pour briser la glace, je propose qu'on se présente. Chacun notre tour, nous pourrions donner notre nom et prénom et indiquer depuis combien de temps nous sommes au Canada.
- Moi, c'est Mathieu Roy, 34 ans et arrivé en Estrie depuis 5 ans. C'est un plaisir de vous rencontrer aujourd'hui.

Question d'ouverture..... [+/- 10 minutes]

- 1) *Allons-y donc avec la première question. Pour vous, qu'est-ce que la santé?*
- 2) *Maintenant que je vous ai entendu sur ce qu'est la santé, que faites-vous, vous ou vos proches, pour être ou rester en santé?*

1^{er} enjeu = Les besoins de santé et les besoins sociaux..... [+/- 30 minutes]

- 3) *Quels sont vos besoins de santé, ceux de votre famille ou de votre communauté? Par besoins de santé, je veux dire tout ce qui concerne votre corps ou votre esprit.*
 - *Renommer corps et esprit de manière indépendante pour avoir deux réponses indépendantes.*
- 4) *Avez-vous, vous ou votre famille, des besoins sociaux? C'est-à-dire des besoins qui ne touchent pas la santé, mais qui faciliteraient grandement votre vie en général?*
- 5) *Avez-vous, vous, votre famille ou votre communauté, d'autres besoins que des besoins de santé ou des besoins sociaux?*

2^e enjeu = Expérience du réseau de la santé et des services sociaux [+/- 30 minutes]

- 6) *Parlez-moi de votre expérience du réseau de la santé et des services sociaux (ou de celle de gens que vous connaissez). Par réseau de la santé et des services sociaux, je fais référence à tout établissement public qui dispense des services de santé ou des services sociaux, que ceux-ci soient liés à la santé physique, à la santé mentale ou encore au bien-être.*
- 7) *Qu'est-ce qui, pour vous ou votre famille, facilite (ou faciliterait) l'utilisation des soins de santé ou des services sociaux en Estrie?*
- 8) *Au contraire, qu'est-ce qui, pour vous ou votre famille, complique (ou compliquerait) l'utilisation des soins de santé ou des services sociaux en Estrie?*
- 9) *Utilisez-vous (ou avez-vous déjà utilisé), vous ou des gens que vous connaissez, d'autres ressources que celles du réseau de la santé et des services sociaux? Des ressources alternatives?*

3^e enjeu = Adaptation du réseau en fonction des besoins [+/- 15 minutes]

- 10) *Comment faire pour que le réseau de la santé et des services sociaux vous offre des soins ou des services qui correspondent mieux à vos besoins, à ceux de votre famille ou de votre communauté?*

4^e enjeu = Les enjeux liés au monde du travail [+/- 15 minutes]

- 11) *Pouvez-vous me parler des enjeux ou des difficultés que vous vivez (ou que vous avez déjà vécus, vous ou quelqu'un que vous connaissez) en lien avec votre travail (ou un travail que vous avez déjà eu)?*
- 12) *À votre arrivée, quand vous ne maîtrisiez pas encore la langue, est-ce que c'était difficile de trouver du travail?*
- 13) *Auriez-vous des suggestions pour améliorer la situation liée au travail chez les immigrants ou alors, qu'avez-vous fait pour améliorer une situation que vous avez déjà vécue en lien avec votre travail?*

Question de fermeture.....[+/- 5 minutes]

14) Nous en sommes à la dernière question. Y a-t-il quoi que ce soit que vous souhaitez ajouter et qui n'a pas été traité ou trop traité aujourd'hui?

Mot de conclusion.....[+/- 5 minutes]

Encore une fois, merci pour votre participation. Je vais maintenant écouter (et réécouter) notre conversation plusieurs fois pour l'analyser en profondeur. Ne vous inquiétez pas, il sera impossible de vous identifier. Dès que mon analyse sera complétée, je détruirai l'enregistrement de notre conversation. S'il vous reste des questions, je suis bien sûr à votre disposition. Merci encore et bonne fin de journée.

FOCUS GROUP

Introduction.....[+/- 5 minutes]

Hello everyone.

My name is Mathieu Roy. I am a scientific adviser with the Direction générale adjointe of the CIUSSS de l'Estrie – CHUS and I am currently working with the Direction de publique de l'Estrie to produce a thematic monitoring report on the health of cultural and linguistic communities. Without your participation today, this report would never be completed. Its completion is largely attributable to your presence. Therefore, on behalf of the Direction de santé publique, allow me to thank you.

The objective of the focus group is to identify your primary health and social services needs. To that effect, we will discuss four specific issues. They are: (1) your health needs and your social needs, (2) your experience with the health and social services network (3) how the network might better take into consideration your needs and concerns; and (4) your work experience. Each of these issues will be addressed through different questions. There will be a total of 14 questions and it will take approximately two hours to answer them.

My role today will be to ask you some questions and to listen to you. I will not take part in the discussion. However, I invite you to engage in discussion among yourselves, one person at a time, so that we can hear you better on the audio recorder in the middle of the table. During focus groups, some people tend to speak more than others. Because I would like to hear what everyone has to say and because everyone has had a pertinent experience, I might interrupt some people or ask others to speak more. Do not be offended if it happens to you. I might even intervene on occasion to follow a lead which seems promising to me. I ask that you write notes on the sheet of paper given to you to keep track of your thoughts while waiting for your turn to speak. (Remember that, as far as possible, only one person can speak at a time.) Finally, I wish to remind you that anything you say is strictly confidential. In no circumstance will it be possible to identify you.

During the focus group, I will give you a file which mentions your first and last name as well as your country of origin. I would appreciate it if you could add the following information:

- your age
- your city
- your signature and phone number (or email) where I can reach you if we ever needed to contact you again.

Thank you again...

QUESTIONS FOR THE FOCUS GROUP [+/- 115 minutes]

***Everybody's presentation* [+/- 5 minutes]**

- Let's break the ice and introduce ourselves. One by one, we can give our last name and first and mention how long we have been in Canada. I'm Mathieu Roy. I'm 34 and I first arrived in Estrie 5 years ago. It is a pleasure to meet you today.

Opening question [+/- 10 minutes]

- 1) *Let's proceed with the first question. What does health mean to you?*
- 2) *Now that I have heard you define health, what do you or your family do to be or remain healthy?*

1st issue = Health and social needs [+/- 30 minutes]

- 3) *What are your health needs, those of your family, or those of your community? By health needs, I mean those which concern your body or mind.*
- 4) *Do you or your family have any social needs? Specifically, do you have needs which are not health-related but which would greatly improve your life in general?*
- 5) *Do you, your family or your community have needs other than health or social needs?*

2nd issue = Experience with the health and social services network [+/- 30 minutes]

- 6) *Talk to me about your experience with the health and social services network (or of the experience of people you know). By health and social services network, I am referring to any public institution which provides health care services or social services, and that is associated with physical health, mental health, or even well-being.*
- 7) *For you or your family, what would or does facilitate the use of health services or of social services in Estrie?*
- 8) *On the contrary, for you or your family, what would or does complicate the use of health services or of social services in Estrie?*
- 9) *Do you or any people you know currently use or have you used resources other than those of the health and social services network? Alternative resources?*

3rd issue = How to adapt the system to individual needs? [+/- 15 minutes]

- 10) *How can the health and social services network offer care or services which better meet your needs, those of your family, or those of your community?*

4th issue = Issues related to work [+/- 15 minutes]

- 11) *Can you talk about issues or problems that you had in connection with your job? These could also be work-related issues that your friends or family have experienced.*
- 12) *How does language facilitate or complicate work-related issues?*
- 13) *Do you have any suggestions to improve your situation at work? Have you ever done anything to improve a situation that you experienced related to your job*

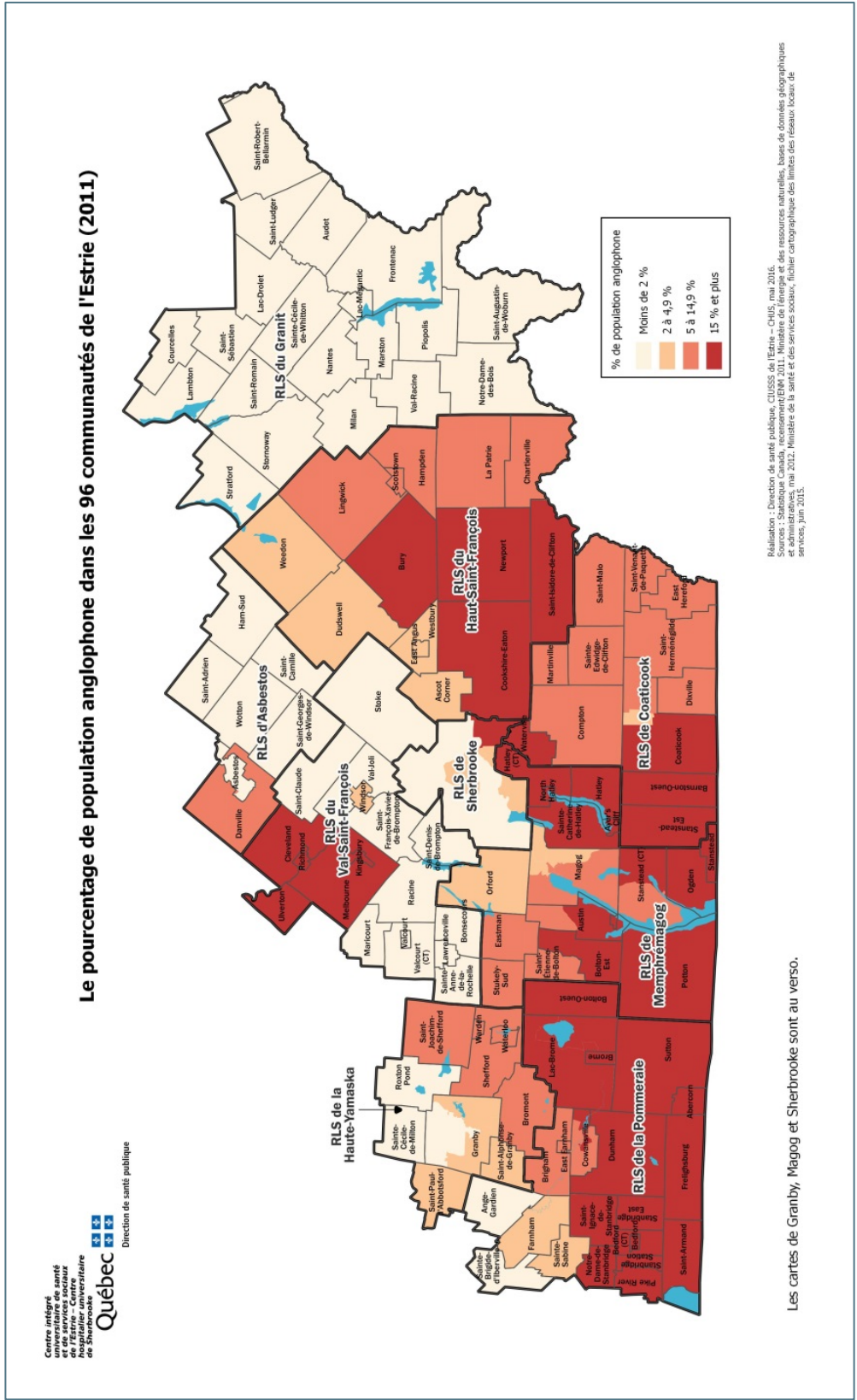
Closing question [+/- 5 minutes]

- 14) *This is the last question. Is there anything you want to add that has not been covered today?*

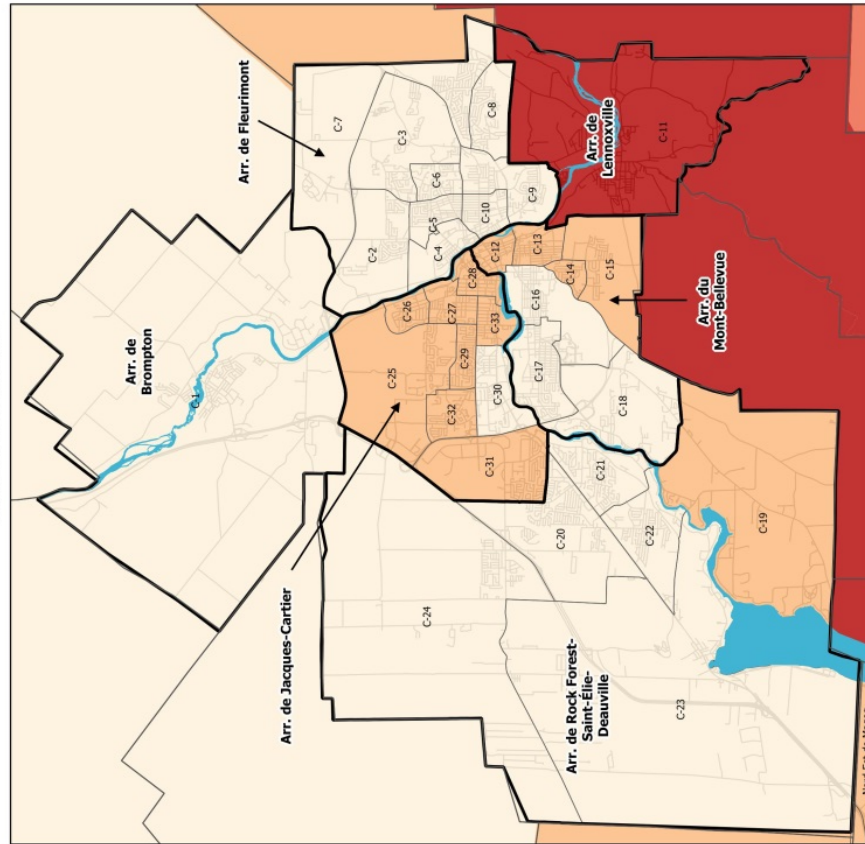
Closing remarks [+/- 5 minutes]

Once again, thank you for participating. I will listen to our conversation again in order to analyze it in depth. Do not worry. It will not be possible to identify you. As soon as my analysis is completed, I will destroy the recording of our conversation. If you have any further questions, I remain available. Thank you and have a nice day.

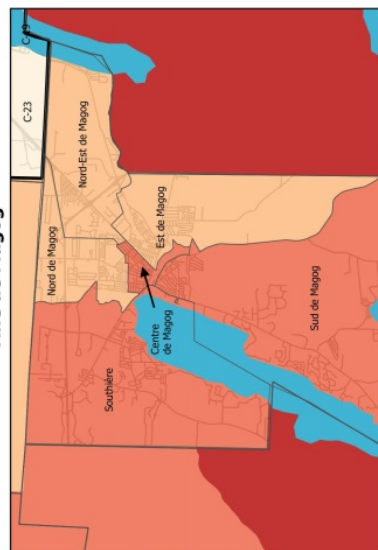
ANNEXE C : CARTES DES PROPORTIONS D'ANGLOPHONES ET D'IMMIGRANTS DANS LES 96 COMMUNAUTÉS DE L'ESTRIE



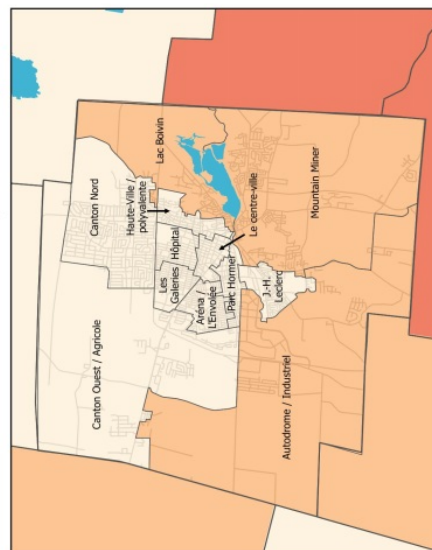
Ville de Sherbrooke



Ville de Magog

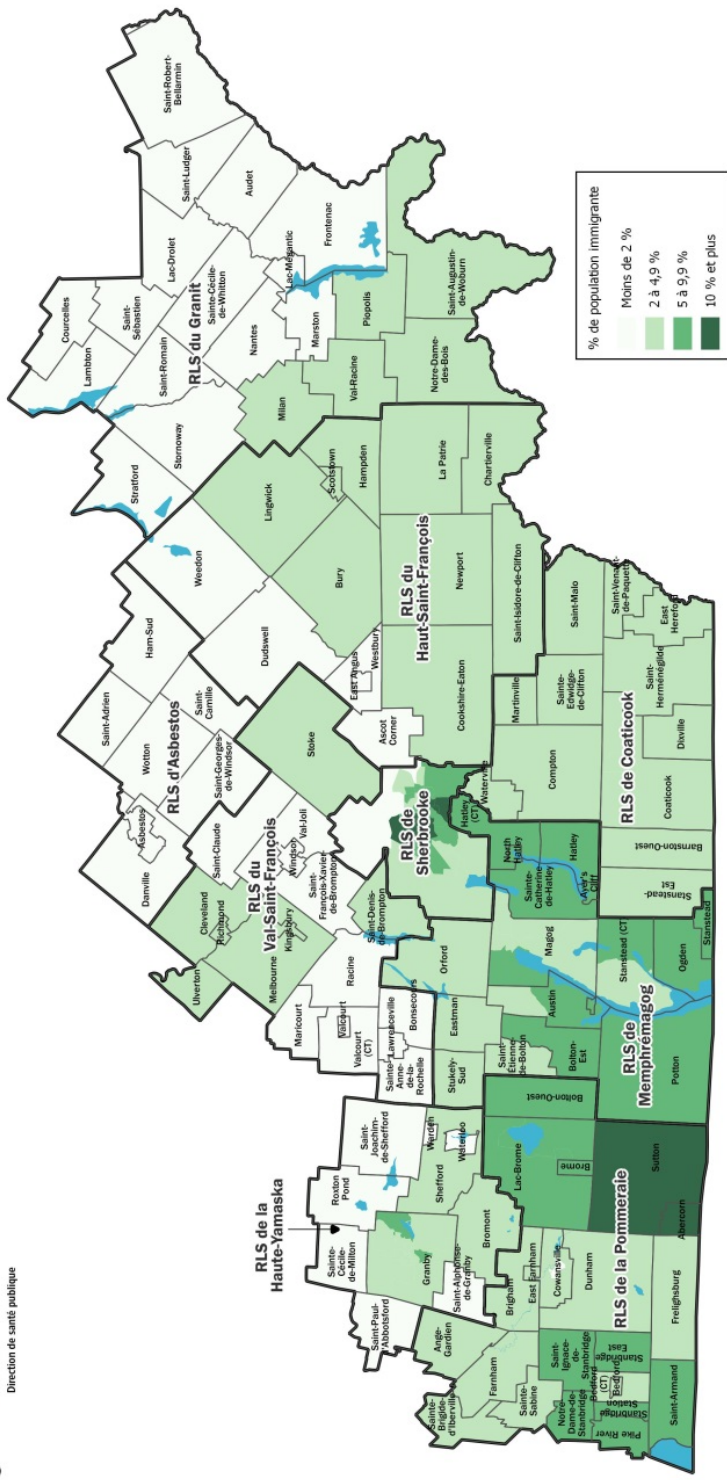


Ville de Granby



Le pourcentage de la population immigrante dans les 96 communautés de l'Estrie (2011)

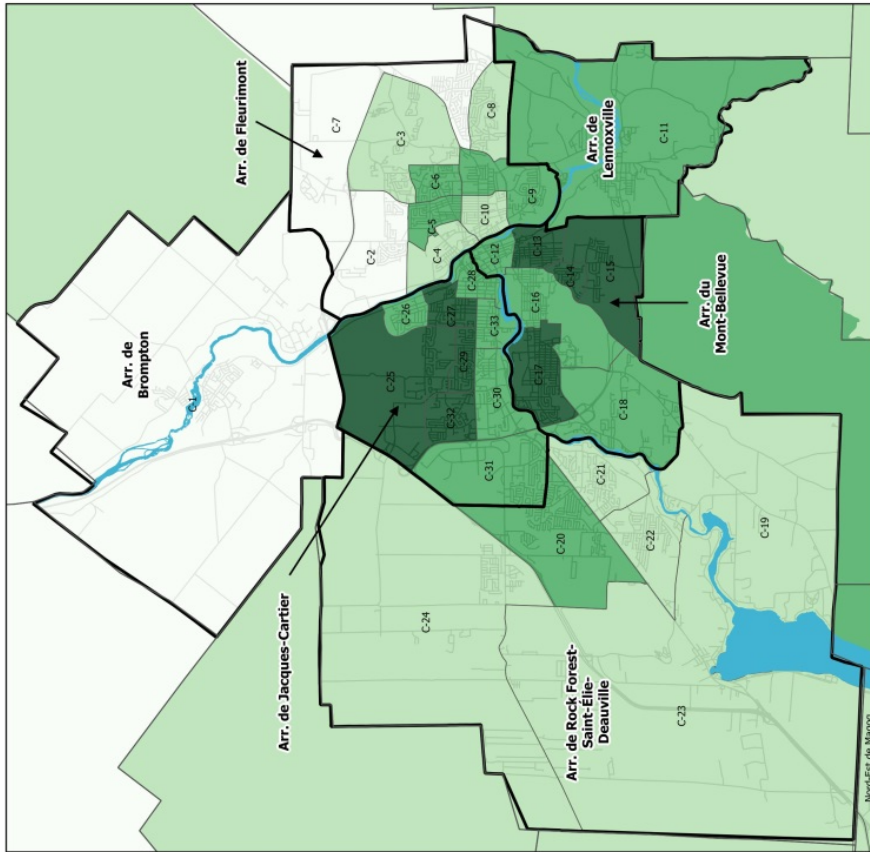
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre de référence de Sherbrooke
 Québec
 Direction de santé publique



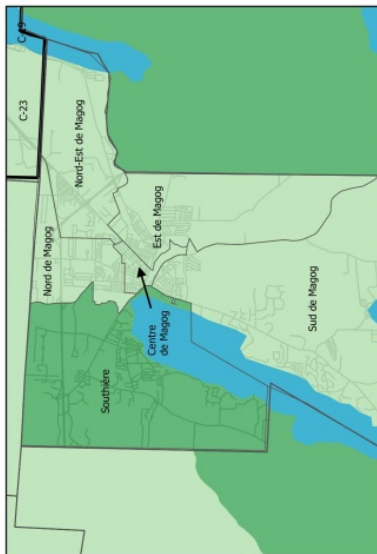
Publication : Direction de santé publique, 011652, 4, l'Estrie - RLS, mai 2015.
 Sources : Statistique Canada, Recensement de 2011, Ministère de la Santé et des services sociaux, fichier cartographique des limites des réseaux locaux de services, mai 2012; Ministère de la santé et des services sociaux, fichier cartographique des limites des réseaux locaux de services, juin 2015.

Les cartes de Granby, Magog et Sherbrooke sont au verso.

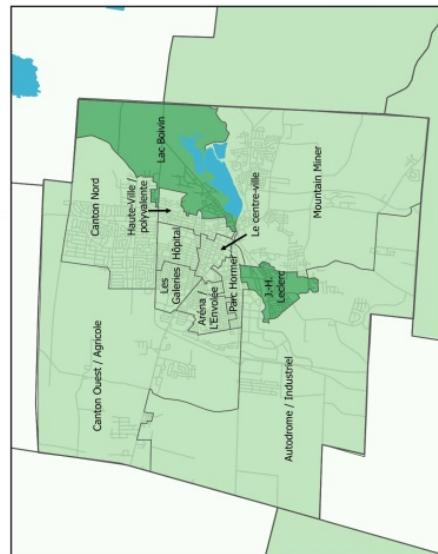
Ville de Sherbrooke



Ville de Magog



Ville de Granby



ANNEXE D : PROFIL DES PARTICIPANTS AUX GROUPE DE DISCUSSION

Communauté anglophone

Deux groupes de discussion avec 21 participants au total.

		Total	% du total
Sexe	Hommes	5	23,8
	Femmes	16	76,2
Âge	20-29	1	4,8
	30-39	2	9,5
	40-49	1	4,8
	50-59	2	9,5
	60+	15	71,4
Rural : urbain		15 : 6	

Milieu rural : participants d'Ayer's Cliff, Lac-Brome, Hatley, Potton, Richmond et Stanstead (n=15).

Milieu urbain : participants de Sherbrooke et Magog (n=6).

Communauté immigrante

Trois groupes de discussion avec 27 participants au total.

		Total	% du total
Sexe	Hommes	6	22,2
	Femmes	21	77,8
Âge	20-29	7	7,4
	30-39	6	22,2
	40-49	8	29,6
	50-59	2	7,4
	60+	2	7,4
	Inconnu	2	7,4

Pays d'origine des immigrants : Argentine, Belgique, Bhoutan, Burundi, Colombie, Côte d'Ivoire, Népal, Sénégal, Togo.

Moyenne d'années depuis l'arrivée au Canada : 6,2 ans.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- 1 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2016). « Pour améliorer la santé de la population du Québec », *Programme national de santé publique*, 85 p.
- 2 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2011). « Loi sur les services de santé et les services sociaux : L.R.Q », *Publications Québec*, chapitre S-4.2, article 1, [En ligne], [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html] , (Consulté le 1^{er} novembre 2015).
- 3 BOWEN, S. (2001) « Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé », Santé Canada, 141 p.
- 4 POCOCK, J. et, B. HARTWELL (2010). *Profil de la communauté anglophone des Cantons-de-l'Est*, 2^e édition, 34 p.
- 5 STATISTIQUE CANADA (2011). Recensement.
- 6 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014). *Fichiers des naissances*.
- 7 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013). « Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives », *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012*, 104 p.
- 8 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2014). « Mise à jour du profil sociodémographique, scolaire et socioéconomique », *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) 2012*, Tiré de l'infocentre de l'INSPQ. Mise à jour du profil le 15 janvier 2014.
- 9 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE (2014). « La santé buccodentaire en Estrie », *Bulletin Vision Santé Publique*, N^o. 11, p. 1-7.
- 10 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2008). *Enquête québécoise sur la santé de la population*, Tiré de l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique. Mise à jour de l'indicateur le 30 novembre 2015.
- 11 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010-2011). *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire*, Tiré de l'Infocentre de santé publique, Institut national de santé publique. Mise à jour de l'indicateur le 6 septembre 2016.
- 12 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE (2014-2015). *Enquête de santé populationnelle estrienne*.
- 13 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). « Quelques habitudes de vie et indicateurs de santé des anglophones du Québec », *La langue, déterminant de santé et de la qualité des services*, 52 p.
- 14 STATISTIQUE CANADA (2011). *Enquête nationale auprès des ménages*.
- 15 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010-2011). « Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois », *Enquête québécoise sur l'expérience de soins*, vol. 2, 73 p.
- 16 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010-2011). « La consultation pour des services sociaux : regard sur l'expérience vécue par les Québécois », *Enquête québécoise sur l'expérience de soins*, vol. 3, 49 p.

-
- 17 COMMUNITY HEALTH AND SOCIAL SERVICES NETWORK (2015). « L'accès aux soins de santé et aux services sociaux en anglais au Québec », *Sondage sur la vitalité des communautés RCSSS/CROP*, 105 p.
 - 18 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2011). « Est-ce que l'accessibilité géographique des centres de dépistage influe sur la participation des femmes au Programme québécois de dépistage du cancer du sein? », 53 p.
 - 19 SCHUELER, K.-M. et, autres (2008). « Factors associated with mammography utilization : A systematic quantitative review of the literature », *J Women's Health*, 17(9):1477-1498.
 - 20 CARBONNEAU, M. et, autres (2011). « Perception et satisfaction des femmes ayant participé au Programme québécois de dépistage du cancer du sein en Estrie », Direction de santé publique et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, 144 p.
 - 21 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). « La mortalité évitable des deux principales communautés linguistiques du Québec », *La langue, déterminant de l'état de santé et de la qualité des services*, 52 p.
 - 22 STATISTIQUE CANADA (2010). *Définition d'immigrants*, [En ligne], [<http://www.statcan.gc.ca/pub/81-004-x/2010004/def/immigrant-fra.htm>], (Consulté le 5 mai 2016).
 - 23 MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION DU QUÉBEC (2011-2015). « L'immigration permanente au Québec selon les catégories d'immigration et quelques composantes », *Portrait statistique*, Direction de la recherche et de l'analyse prospective, 100 p.
 - 24 Ibidem référence 23.
 - 25 Ibidem référence 23.
 - 26 Ibidem référence 23.
 - 27 MUNOZ, M. et, J.C. CHRIGWIN (2007). « Les immigrants et les demandeurs d'asile : nouveaux défis ». *Le médecin du Québec*, 42 (2), p. 33-43.
 - 28 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. Lois sur les services de santé et les services sociaux, LRQ, chapitre 5-4.2, articles 2.5 et 2.7, Éditeur officiel du Québec, (Consulté le 15 août 2016).
 - 29 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC Lois sur les services de santé et les services sociaux, LRQ, chapitre 5-4.2, article 171, Éditeur officiel du Québec, (Consulté le 15 août 2016).
 - 30 SANTÉ CANADA (2010). « La santé des migrants : vers une approche axée sur les déterminants de la santé », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, n° 17, 52 p.
 - 31 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL (2014). « Agir ensemble pour l'avenir des tout-petits Lavallois », *Portrait Lavallois sur le développement global des jeunes enfants*, Direction régionale de santé publique, 54 p.
 - 32 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (2014). « Portrait montréalais du développement des enfants à la maternelle, Direction de santé publique de Montréal, 104 p.
 - 33 STATISTIQUE CANADA (2011). « Enquête nationale auprès des ménages ».
 - 34 SIMICH, L. et, B. JACKSON (2010). « Pourquoi certains immigrants sont-ils en santé et d'autres pas? » *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, n° 17, p. 26- 29.

-
- 35 Ibidem référence 34.
- 36 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2015). « État de santé, utilisation des services de santé et besoins non comblés des immigrants au Québec », *Zoom santé*, 10 p.
- 37 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2014). « L'état de santé des immigrants du Québec a-t-il changé au cours des années 2000 par rapport à celui des Canadiens de naissance? Une vue d'ensemble à partir d'indicateurs-clés », *Zoom santé*, 15 p.
- 38 HYMAN, I. (2001). « Série de documents de travail sur les politiques de santé », *Immigration et santé*. Document de travail n° 01-05. Santé Canada.
- 39 HYMAN, I. (2007) Centre conjoint d'excellence conjoint pour la recherche en immigration et en intégration, *Immigration and Health : Reviewing Evidence of the Healthy Immigrant Effect in Canada*. Document de travail n° 55 du CERIS.
- 40 Ibidem référence 36.
- 41 Ibidem référence 37.
- 42 BEISER, M. (2005.) « The Health of Immigrants and Refugees in Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 96 (suppl. 2) : S30-S44
- 43 Ibidem référence 36.
- 44 Ibidem référence 37.
- 45 EDWARD, Ng. et, O. WALTER (2010). « Is there a healthy immigrant effect in mental health? Evidences from population-based health surveys in Canada » *Statistiques Canada*, p. 23-28.
- 46 KHANDOR, E. et, A. KOCH (2011). « Newcomer Health in Toronto » *The Global City*. Toronto Public Health, 181 p.
- 47 Ibidem référence 37.
- 48 KHANLOU, N. (2010). « Migrant mental health in Canada », Faculty of Health, York University, p. 9-16.
- 49 Ibidem référence 45.
- 50 McDERMOTT, S. et, autres (2010). « Recours des immigrants et des réfugiés canadiens aux services de santé », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, N° 17, p. 37-40.
- 51 Ibidem référence 36.
- 52 Ibidem référence 50.
- 53 DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE (2014-2015). Enquête de santé populationnelle estrienne.
- 54 Ibidem référence 36.
- 55 Ibidem référence 36.

-
- 56 MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE LA DIVERSITÉ ET DE L'INCLUSION (2016). [En ligne], [<http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/immigrer-installer/refugies-autres/immigration-humanitaire/definitions.html#geneve>], (Consulté le 1^{er} août 2016).
- 57 Ibidem référence 23.
- 58 POTTIE, K. et autres (2011). « Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees », *CMAJ*, vol. 183, n° 12, E824-E830.
- 59 NARASIAH, L. et, G. De MARGERIE (2007). « Le dépistage médical chez le nouvel arrivant », *Le Médecin du Québec*, vol. 42, n° 2, p. 55-61.
- 60 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). « Guide d'intervention de la tuberculose », Édition 2012, 148 p.
- 61 GUZMAN, C. et, autres (2015). « La santé des réfugiés à Sherbrooke », *Rapport de stage d'externat en santé communautaire*, sous la supervision de D^{re} G. Baron et F. Desjardins, Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, 80 p.
- 62 Ibidem référence 53.
- 63 Ibidem référence 53.
- 64 FAZEL, M. et, autres (2005). « Prevalence of serious mental disorder in 7 000 refugees resettled in western countries : a systematic review », *Lancet*, Vol. 365, p. 1309-1314.
- 65 Ibidem référence 58.
- 66 Ibidem référence 58.
- 67 Ibidem référence 64.
- 68 Ibidem référence 58.
- 69 Ibidem référence 58.
- 70 Ibidem référence 58.
- 71 Ibidem référence 58.
- 72 Ibidem référence 60.
- 73 Ibidem référence 60.
- 74 AUGER, L.-T. et, autres (2007). « Ces enfants venus d'ailleurs », *Le médecin du Québec*, Vol. 42, n° 3, p. 55-63.
- 75 BOUCHARD, L. et, M. DESMEULES (2013). « Les minorités linguistiques du Canada et la santé », *Healthcare Policy*, 9, p. 38-47.
- 76 Ibidem référence 75.
- 77 Ibidem référence 4.

-
- 78** Ibidem référence 3.
- 79** Ibidem référence 15.
- 80** Ibidem référence 50.
- 81** Ibidem référence 15.
- 82** Ibidem référence 34.
- 83** ANDREANI, J.C., et, F. CONCHON. F. (2005). « Fiabilité et validité des enquêtes qualitatives : Un état de l'art en marketing », *Revue Française du Marketing*, vol. 201, p. 5-21.
- 84** STRAUSS, A., et, J. CORBIN (1998). « Basics of qualitative research : Techniques and procedures for developing grounded theory ». USA, *Sage Publications*.
- 85** Ibidem référence 83.
- 86** FELDMAN, M.S. (1994). « Strategies for interpreting qualitative data ». Thousand Oaks, CA, *Sage Publications*.