



UNIVERSITY
OF ALBERTA

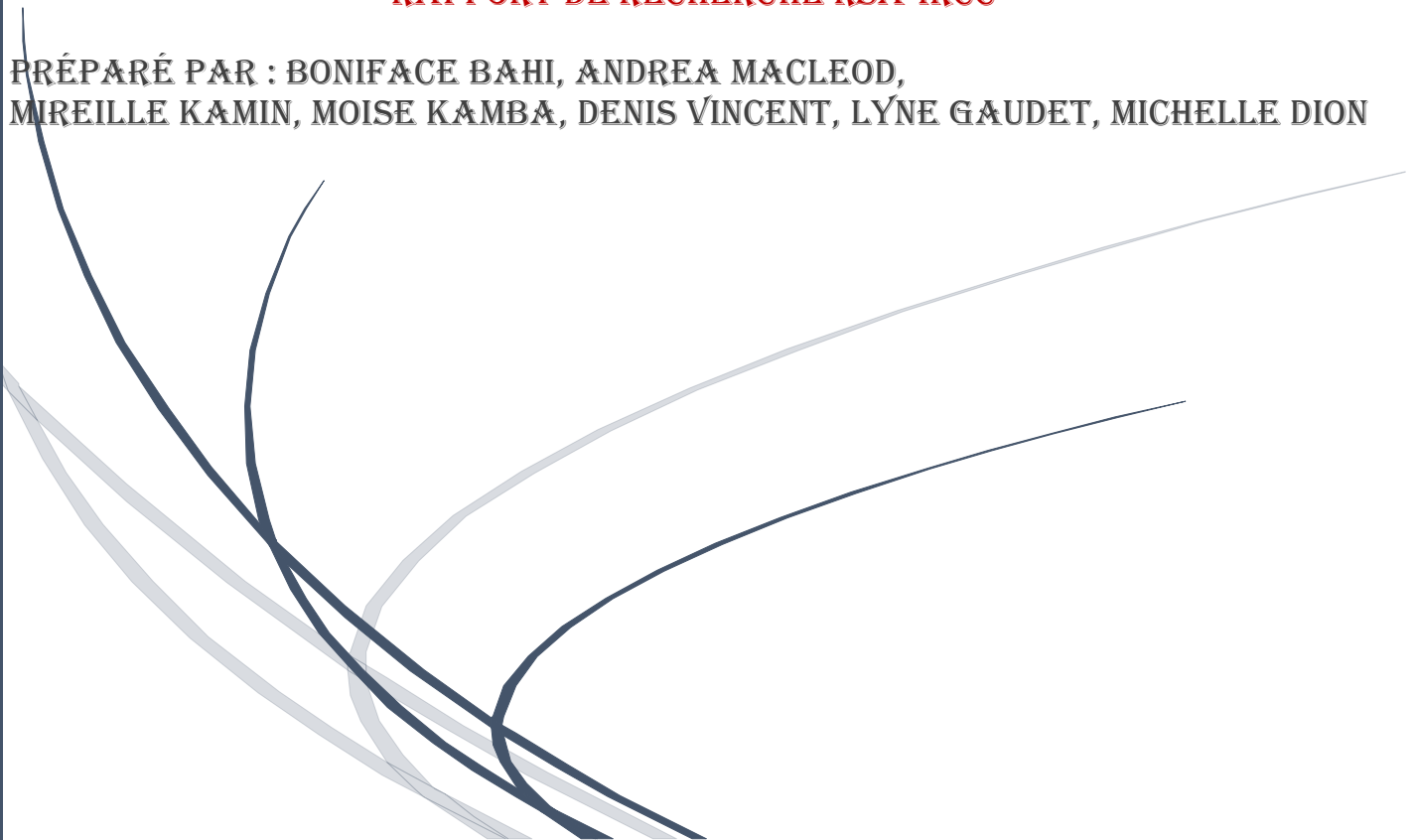
CAMPUS SAINT JEAN



Quête de caractérisation des profils pathologiques, itinéraires thérapeutiques et implications, sur les immigrants chez les CLOSM

RAPPORT DE RECHERCHE RSA-IRCC

PRÉPARÉ PAR : BONIFACE BAHI, ANDREA MACLEOD,
MIREILLE KAMIN, MOISE KAMBA, DENIS VINCENT, LYNE GAUDET, MICHELLE DION



Le projet intitulé La reconnaissance des titres de compétences étrangères en médecine est financé par Immigration, Réfugiés, et Citoyenneté Canada, dans le cadre du projet national [Santé Immigration francophone](#) de la Société Santé en français.



Immigration, Réfugiés
et Citoyenneté Canada

Immigration, Refugees
and Citizenship Canada



Société Santé
en français



Partenariat
communauté
en santé



Quête de caractérisation des profils
Pathologiques, itinéraires thérapeutiques et implications, sur
les immigrants chez les CLOSM

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC)/ Réseau santé
Alberta (RSA)

Thème :

Quête de caractérisation des profils
Pathologiques, itinéraires thérapeutiques et
implications, sur les immigrants chez les
CLOSM

Rapport de recherche préparé

Par

BONIFACE BAHI, ANDREA MACLEOD,
MIREILLE KAMIN, MOISE KAMBA, DENIS VINCENT, LYNE
GAUDET, MICHELLE DION,

JUIN 2024

JUIN 2024

Quête de caractérisation des profils
pathologiques, itinéraires thérapeutiques et
implications, sur les immigrants chez les
CLOSM

Rapport de recherche préparé

Par

BONIFACE BAH

(University of Alberta)

ANDREA MACLEOD

(University of Alberta)

MIREILLE KAMIN

(Medical Doctor)

MOISE KAMBA

(Student, Master program)

DENIS VINCENT

(Medical Doctor)

LYNE GAUDET

(Medical Doctor)

MICHELLE DION

(Medical Doctor)

Réseau santé Alberta Juin 2024

TABLE DES MATIÈRESPages

Préambule.....	3.
Remerciements.....	5.
Liste des graphiques.....	6.
Liste des acronymes.....	7.
Résumé.....	8.
Introduction.....	11.
Problématique.....	14.
Méthodologie	25.
Portrait comparatif des immigrants dans les 5 régions de l'étude.....	29.
Sphères de causalité pathologiques identifiées	32.
Synthèse analytique des résultats.....	35. Conclusion/
Recommandations.....	39.
Références	41.

Préambule

Notre domaine d'étude est dans le <<*Social Sciences & Medicine*>> en ayant des anthropologues et des médecins dans notre équipe de recherche. En plus, non seulement les dimensions biologiques de la santé, mais aussi tous les aspects sociaux de la santé sont pris en compte dans notre démarche. Ces aspects invitent à être attentifs aux perspectives politique, économique, sociale (conditions de vie, position sociale, capital social), culturelle, comportementale, biologique et environnementale.

Notre thématique globale reste la santé des immigrants en contexte francophone minoritaire canadien qui est formulée sous l'angle de *Quête de caractérisation des profils pathologiques, itinéraires et implications, sur les immigrants chez les CLOSM*.

Notre proposition interrogative systématique prend en compte les divers aspects de la réalité de la santé des immigrants reliée au moins aux trois dimensions suivantes :

- Déterminer les horizons socio-sanitaires des immigrants en termes de causalité plurielle aux niveaux des adultes, des jeunes et des personnes âgées
- Interroger les enjeux des soins en termes de disponibilité, d'information, d'accessibilité, de gestion des liens médicaux, d'autogestion de la santé individuelle. En simple, il s'agit d'analyser l'environnement de l'offre des services de santé.
- Mettre en tension les attentes, aspirations immigrantes et les réalités qui s'imposent dans la quotidienneté. En fait, il y a souvent un écart entre les aspirations, les attentes et leurs niveaux concrets de réalisation. La gestion de cet écart ou deuil social renvoie souvent à des défis. - Ces dimensions devraient ouvrir sur des propositions relativement aux défis surgissant, contingences identifiées et qui sont à relever

Cette recherche vise à mettre en adéquation la finalité des systèmes de santé avec les besoins en santé des minorités linguistiques en général et de ceux des populations immigrantes en particulier. Cet objectif se sous-structure en

- Un examen des vécus structurels ou occasionnels dans le rapport offre et demande de santé chez les immigrants
- Une mise en lumière des formes nouvelles pathologiques et des défis qui sont corrélés en matière de besoins sanitaires physiques, mentaux, psychologiques des immigrants.

Nous incluons ici tous les idiomes de stress négatif ou de détresse, de trauma, de viols, de grossesses involontaires subies dans des camps de réfugiés ou sur des chemins migratoires.

Nous empruntons une approche ethno-épidémiologique liée à la complexité même des aspects biologiques et sociaux mentionnés dans les lignes qui précèdent et sur lesquels nous avons prospecté. Une telle approche intègre au moins trois dimensions :

- Des études descriptives portant sur les transformations, problématiques sociales et de santé du milieu francophone minoritaire et des dispositifs socio-sanitaires tels qu'ils affectent diverses catégories de citoyens
- Le recueil des points de vue et pratiques des immigrants considérés comme à risque, et
- De ceux, particulièrement vulnérables, afin d'appréhender la nature et l'ampleur de la vulnérabilité, les stratégies ou itinéraires de protection qu'ils initient ou empruntent pour faire face à la situation

Remerciements

Le Réseau santé Alberta (RSA), remercie

Sincères remerciements

À Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) pour leur grand appui financier sans lequel cette étude n'aurait pas été faite.

À la Société santé en Français (SSF) pour son parrainage et soutien de tous ordres

À la Fédération des Communautés Francophones et Acadienne du Canada (FCFA)

Aux directions régionales francophones de santé, de toutes les régions impliquées dans le projet, pour leurs disponibilités participatives.

À l'Université de l'Alberta, Campus Saint-Jean, qui, à travers cette étude, ouvre une ère de collaboration en termes d'Alliance de Recherche Université-Communauté (ARUC)

Les sincères remerciements vont aux personnes suivantes, membres de l'équipe de la recherche :

Boniface Bahi, Andrea Macleod, Mireille Kamin, Moise Kamba, Denis Vincent, Lyne Gaudet, Michelle Dion, Béatrice Murebwayire.

Sincères remerciements aux organismes sur le terrain des régions de l'étude, notamment : Centre d'Accueil des Nouveaux Arrivants Francophones (CANAF), Calgary Clinical Assistant Program (CCAP), Conseil des Minorités Canadiennes de l'Alberta (CMAC), Francophonie Plurielle de l'Alberta (FRAP), Assemblée Communautaire Fransaskoise (ACF), Saskatchewan International Medical Graduates Association (SIMGA), Carrefour d'Immigration Crossroad Yukon (CICY), CIIA / CIAI : Centre d'Intégration pour Immigrants Africains (CIIA) / Centre of Integration for African Immigrants (CIAI), Partenariat Communauté en Santé.

Liste des graphiques

Répartition démographique des immigrants sur les 5 régions.....

Sphères de causalité pathologiques.....

Proportion de 100 cas selon la démographie des 5 régions.....

Catégories des professionnels de santé.....

Liste des acronymes

ACF : Assemblée Communautaire Fransaskoise

ARUC : Alliance de Recherche Université-Communauté

CANAF : Centre d'Accueil des Nouveaux Arrivants

Francophones CCAP : Calgary Clinical Assistant Program

IRCC : Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada

CMAC : Conseil des Minorités Canadiennes de l'Alberta

CICY : Carrefour d'Immigration Cross road Yukon

CHIA : Centre d'Intégration pour Immigrants Africains

CLOSM : Communautés Linguistiques Officielles en Situation Minoritaire

FCFA : Fédération des Communautés Francophones et Acadienne du

Canada FRAP : Francophonie Albertaine Plurielle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCS : Partenariat Communauté en Santé

RSA : Réseau santé Alberta

SIMGA: Saskatchewan International Medical Graduates Association

SSF : Société santé en Français

Résumé

Ce projet de recherche piloté par le Réseau santé Alberta, en collaboration avec les directions régionales francophones de santé suivantes, s'est proposé d'étudier les enjeux de santé des immigrants francophones installés en Alberta, en Saskatchewan, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest, au Nunavut et en Terre-Neuve-et-Labrador, en référence aux déterminants sociaux de la santé et aux iniquités de santé perçues par ces francophones en situation minoritaire. Dans le but d'obtenir un aperçu général des enjeux rencontrés par ces francophones en situation minoritaire, cette étude a été réalisée afin de déceler un portrait global des défis de santé que rencontrent les francophones des régions ci-haut citées, à savoir les profils caractéristiques des pathologies émergentes de la population immigrante, les voies et moyens utilisés par ces immigrants pour pallier les difficultés liées et enfin, l'impact sur l'utilisation des services canadiens de santé des régions en question. En clair, chercher à identifier la nature de la pression de cette demande sanitaire immigrante.

Entre autres, notre étude a un versant d'approche que nous indiquons comme *épistémologies sanitaires comparées*, relatives à des observations non participatives des phénomènes couramment

vécus au sein des immigrants, qui arrivent au Canada dans un état de bonne santé, dans l'ensemble. Ils développent des maladies qu'ils n'avaient pas dans leurs conditions pré-migratoires, mais qui apparaissent avec le temps de vie au Canada. Les analyses documentaires, et notre sous-approche d'épistémologies *sanitaires comparées* liées aux études et des publications scientifiques antérieures portant sur les problèmes de santé des immigrants en général, et des francophones immigrants en situation minoritaire en particulier, aident à valider les données d'enquête. Celles-ci reposent sur les journaux de terrains professionnels des médecins de l'équipe de la recherche et

de leurs réseaux de santé. Seules les études qui ont présenté une démarche scientifique et qui se sont appuyées sur des données empiriques, et celles se fondant sur une démonstration théorique, soit sur un modèle conceptuel ou sur une réflexion théorique, ont été retenues dans notre base documentaire analysée. Ces données s'ajoutent aux informations des 100 cas immigrants, et de celles des 25 professionnels des régions de l'étude

Les synthèses des informations permettent de soutenir que :

- Les immigrants récemment arrivés au Canada ont un état de santé positif par rapports aux non immigrants canadiens
- Cette santé se détériore au fur et à mesure que l'immigrant réside longtemps au Canada, à travers un mode de vie d'adhésion à de nouvelles habitudes de vie, en termes alimentaires et de relations sociales plus ou moins enviables, surtout, suivant les offres de possibilité ou non du milieu de vie canadien.
- La santé mentale et les maladies chroniques font partie des états de morbidité (pathologies) que ces immigrants développent, comme expression de dégradation de leur santé. Une cause qui fédère la plupart des causes sectorielles, est le stress négatif qui surgit de l'écart entre les aspirations

ou attentes pré-migratoires et ce que la réalité post-migratoire, la quotidienneté canadienne offre ou impose aux individus et aux groupes.

- De ce qui précède, découlent des dysfonctionnements familiaux aux conséquences ou méfaits de tous ordres : liens conjugaux pathogéniques et conflictuels, liens filiaux (rapports parents-enfants) avec inversion d'autorité, etc...

- Être immigrant et francophone limite l'accès aux services de santé pour des raisons linguistiques et d'offre rare de services spécialisés de santé correspondant à leur demande sanitaire, ce qui implique une prise en charge moindre de leurs problèmes de santé. C'est un processus cumulatif d'aggravation, voire de chronicisation de certains états pathologiques.

- Les barrières linguistiques et la plupart des difficultés d'accès aux soins de santé qui en découlent constituent des principaux facteurs qui perpétuent les inégalités de santé perçues par les immigrants francophones en situation minoritaire par rapport à leurs homologues immigrants anglophones

- Les francophones éprouvent des difficultés de santé liées, non seulement au fait de vivre dans un milieu linguistique minoritaire, mais, aussi, au fait d'être immigrant et de vivre dans un nouvel environnement avec une culture d'origine différente de celle de sa communauté d'accueil.

- Beaucoup d'immigrants sont en quête de ressources humaines de santé homo-ethniques. En d'autres termes, ils vont à la recherche de thérapeutes de même origine ethnique. C'est ici que des églises évangéliques entrent en compte dans les itinéraires thérapeutiques.

De part ces horizons sanitaires, des sphères pour la suite de la recherche, en termes de caractérisation de programmes d'intervention, se dessinent, en tenant compte des lacunes et besoins identifiés dans les services de soins de santé spécifiques aux immigrants. Des axes d'actions sont à

envisagés, en se fondant sur les principes de la Charte d'Ottawa (1986 et 2011), et continuée par la Charte de Shanghai (2016). Les besoins sanitaires des immigrants sont en convergence avec ceux existants des populations francophones minoritaires qui les accueillent.

INTRODUCTION

Des travaux scientifiques réalisés dans la plupart des pays d'immigration comme aux États-Unis au Canada, en Australie et dans certains pays méditerranéens ont révélé l'existence d'un effet sélectif de l'état de santé sur la migration « immigrant en bonne santé » : ne migrent que les personnes en bon état de santé. Malheureusement, une fois sur le territoire du pays d'accueil, leur santé se dégrade plus vite du fait des conditions de vie moins bonnes et d'une sous-utilisation des services de santé. **(Marie-Odile Safon, 2022).**

Le Canada, en tant que pays d'immigration, fait également face aux mêmes difficultés concernant la santé de ses immigrants qui sont accueillis sur ses territoires, à leur arrivée, avec un état de bonne santé comparé aux non-immigrants. Cependant, il faudra retenir que cet état de santé s'avère beaucoup plus faible chez les réfugiés et plus élevé chez les immigrants de la catégorie économique. **(Lu, C. & Ng, E., 2019).** Ces réfugiés couvent, parfois, certains traumatismes en arrivant au Canada, liés à leurs expériences pré-migratoires, peu enviables.

Le Canada accueille annuellement près de 250 000 personnes immigrantes dont des réfugiés, des demandeurs d'asile, des immigrants économiques, et des immigrants par regroupement familial. **(Battaglini, A. et ses collaborateurs, 2014).** Selon le recensement de Statistique Canada d'octobre

2021, près de 1 personne sur 4 (23,0 %) est, ou a déjà été un immigrant reçu ou un résident permanent au Canada. Il s'agit, en général, d'une population jeune, disposant d'une

diversité linguistique et culturelle, de même, de certaines particularités sanitaires dont un état de bonne santé lorsqu'ils immigrent au Canada. **(Lu, C. & Ng, E., 2019).**

Le Canada est connu pour avoir une population immigrante diversifiée. Les immigrants peuvent venir de pays aux systèmes de santé et aux conditions de vie différentes. Plusieurs facteurs peuvent influencer la santé des immigrants, tels le statut socio-économique, y compris le niveau d'éducation, l'occupation et le revenu. Tout ceci peut influencer l'état de santé en plus des difficultés d'accès aux soins de santé. Un immigrant ayant un statut socio-économique plus faible est plus susceptible de rencontrer des problèmes de santé, en raison de l'accès limité à des ressources financières et aux services de santé. **Bergeron, P. & ses collaborateurs (2009) et Lu, C. & Ng, E., (2019); Ng, E. et ses collaborateurs (2016)**

Les immigrants canadiens font face à des obstacles liés aux soins de santé, au sens d'iniquités dans l'utilisation de ces soins de santé. La baisse de l'utilisation des soins de santé par les immigrants canadiens est associée à la détérioration de leur santé, laquelle détérioration influe sur l'augmentation des coûts pour le système de soins de santé. L'impact de la santé des immigrants sur le système de santé canadien apparaît complexe et varié, influencé par divers facteurs. Généralement, l'immigration a, à la fois, des effets positifs sur le système de santé à savoir la contribution de la main d'œuvre des immigrants professionnels de la santé, formés à l'étranger, et l'enrichissement de la diversité culturelle au Canada. Il y a la pression adaptative, en termes de renouvellement possible, du curriculum de formation des ressources humaines de santé sur l'horizon de la santé internationale, interculturelle. Néanmoins, des défis existent, comme les barrières linguistiques et culturelles, le besoin des services adaptés, l'impact sur les ressources humaines et matérielles. Le système de santé canadien fait face à ces défis en mettant en place des

politiques et des programmes visant à améliorer l'accès aux soins pour les immigrants, à renforcer la compétence culturelle des professionnels de la santé, et à répondre aux besoins spécifiques de divers groupes de population. L'objectif est de garantir que tous les résidents, qu'ils soient nés au Canada ou à l'étranger, puissent avoir un accès équitable à des soins de santé de qualité, au nom de la justice sociale.

PROBLÉMATIQUE

La littérature existante illustre que beaucoup d'études sur la santé des immigrants sont en pleine expansion. La plupart des recherches sont, surtout, de nature exploratoire et descriptive (81 %), alors que seulement 6 % ont une visée explicative (**Forgues & ses collaborateurs, 2009**). La santé des immigrants et des minorités linguistiques est un sujet important et complexe. La littérature stipule que ces populations peuvent être confrontées à des défis particuliers, en matière de santé, en raison de facteurs tels la barrière linguistique, les différences culturelles, l'accès limité aux soins de santé et les disparités socioéconomiques (**Falconer, J. & Quesnel-Vallée, A., 2014**) ; **Ngwakongwi, E & ses collaborateurs (2012)**. La plupart des études appuient la théorie selon laquelle, les immigrants récemment arrivés au Canada, ont un état de santé positif par rapport aux non-immigrants canadiens, notamment une espérance de vie plus élevée que la moyenne nationale (**Chen, J. & ses collaborateurs, 1996**). Cela s'attribue, en partie, à la sélection des immigrants, basée sur la santé, lors du processus d'immigration. (**Bergeron, P. & ses collaborateurs, 2009** et **May, C., 2005**). Malheureusement cet état de santé se détériore au fur et à mesure qu'il réside au Canada.

Enjeux d'états de morbidité des immigrants francophones en situation minoritaire.

Le Canada reconnaît deux langues officielles que sont le français et l'anglais. Depuis le 22 janvier 2023, le Canada a proclamé avoir atteint la cible fixée depuis plus de 20 ans, de 4.4% de l'immigration francophone hors Québec, bien que l'idéal serait 20% du total national. Il faudra également retenir que la situation minoritaire, par rapport aux langues officielles, est perçue de deux façons. Ainsi, est-il remarqué que dans presque toutes les régions du Canada, les communautés communiquent, majoritairement dans l'une ou l'autre des deux langues officielles que les deux, fortement, au même endroit social. De ce fait, au Québec, par exemple, l'anglais est

considéré comme une langue minoritaire tandis que dans presque toutes les régions du Canada, c'est la langue française qui l'est par rapport à l'anglais qui prédomine (**Falconer, J. & Quesnel Vallée, A., 2014**).

Les immigrants des CLOSM perçoivent des difficultés de santé liées, non seulement au fait d'être immigrant et de vivre dans un nouvel environnement avec une culture d'origine différente de celle de sa communauté d'accueil, mais, aussi le fait de vivre dans un milieu linguistique minoritaire. Il importe de reconnaître que les besoins en matière de santé des immigrants sont divers et dépendent de nombreux facteurs individuels et contextuels, 15% génétiques, 25% services de santé publique, 50% facteurs socio-écologiques et 10% du milieu physique (**Charte d'Ottawa, 2011, Charte de Shanghai, 2016**). Les politiques de sanitaires et les services de santé doivent prendre en compte cette diversité pour garantir des soins de qualité pour tous les membres de la société, quelle que soit leur origine. Les immigrants arrivent au Canada avec un état de santé positif comme c'est indiqué précédemment, mais leur état de santé se dégrade au fur et à mesure qu'ils résident au Canada, avec le temps. La durée du séjour dans le pays d'accueil peut avoir un impact sur la santé des immigrants. Certaines recherches suggèrent qu'il existe une transition de la santé chez des immigrants, qui part du meilleur à la détérioration progressive avec le temps, en raison de divers

facteurs environnementaux et d'adaptation. Cette adaptation renvoie aux difficultés de saine gestion de l'écart entre les attentes, aspirations pré-migratoires et ce que la réalité post-migratoire impose aux individus et aux groupes, dans leur quête de vie et de survie (**Bahi et Forgues, 2015**).

Des perspectives qui précèdent, découle l'interrogation qui est de savoir comment pallier le déclin éventuel de la santé des immigrants, longtemps après leur arrivée ? De ce questionnement, émerge une mise en relief des objectifs poursuivis par cette étude :

- Mettre à jour des difficultés de santé liées non seulement au fait de vivre dans un milieu linguistique minoritaire, mais aussi au fait d’être immigrant et de vivre dans un nouvel environnement avec une culture d’origine différente de celle de sa communauté d’accueil.
- Caractériser les nouvelles pathologies émergentes et les facteurs favorisants liés - Analyser le rôle des services communautaires pour déceler l’apport bénéfique qu’apporteraient ces services afin de pallier le déclin de santé perçu au sein des immigrants de longue date qui fréquentent rarement les services communautaires.

Dans l’ensemble, cette étude parrainée par le Réseau santé Alberta, vise à mettre à jour des difficultés de santé des immigrants liées, non seulement au fait de vivre dans un milieu linguistique minoritaire, mais aussi, au fait d’être immigrant et de vivre dans un nouvel environnement avec une culture d’origine différente de celle de sa communauté d’accueil. Les résultats de cette recherche permettront de tracer un portrait global des enjeux de l’état de santé des immigrants francophones installés dans les communautés de l’Alberta, de la Saskatchewan, du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut et de Terre-Neuve-et-Labrador. Spécifiquement, ces données élucident le profil des pathologies émergentes couramment rencontrées, les itinéraires thérapeutiques suivis par ces populations et l’impact perçu sur le système de santé à la suite des

défis rencontrés par les immigrants francophones en situation minoritaire dans les régions ci-haut citées. Partant de cette étude, des suggestions pour de futures recherches et programmes pourraient être envisagées en tenant compte des lacunes identifiées dans les services de soins de santé spécifiques aux immigrants.

En combinant la santé des immigrants au Canada et particulièrement la santé de la minorité linguistique francophone, ces travaux mesurent les liens entre divers indicateurs de santé et divers déterminants tant socio-économiques que démographiques. L’objectif a été d’éclairer la

problématique par le véritable enjeu en matière de la santé de immigrants et particulièrement en contexte minoritaire francophone : À savoir le profil caractéristique des pathologies émergentes de la population immigrante, les voies et moyens utilisés pour pallier ces difficultés et enfin l'impact sur l'utilisation des services de santé. De cette dimension *d'épistémologies sanitaires comparées*, des indications surgissent :

- La plupart des études appuient la théorie selon laquelle, les immigrants récemment arrivés au Canada ont un état de santé positif par rapport aux non-immigrants canadiens, notamment une espérance de vie plus élevée que la moyenne nationale (**Chen, J. & ses collaborateurs, 1996**)).
- L'état de santé des immigrants se dégrade au fur et à mesure qu'ils y résident longtemps. - La durée du séjour dans le pays d'accueil a un impact sur la santé des immigrants. - Certaines recherches suggèrent qu'il existe une transition de la santé chez les immigrants, où leur état de santé peut s'améliorer, initialement, puis se détériorer progressivement avec le temps, en raison de divers facteurs environnementaux et d'adaptation.
- Plusieurs études ont mis en évidence des disparités dans l'accès aux soins de santé entre les immigrants et les populations natives.
- Les barrières linguistiques, culturelles, financières et structurelles limitent l'accès des immigrants aux services de santé, ce qui peut avoir un impact sur leur état de santé global.
- Les caractéristiques qui précèdent incluent l'accès difficile à un médecin (de famille ou spécialiste);
- Les difficultés d'accès à des soins et services de santé tiennent à un manque d'assurance maladie spécifique provinciale;

- La méconnaissance des langues officielles et les difficultés à subvenir aux besoins de leur famille sont tous des facteurs de risque reconnus pour la santé.
- Ces difficultés éprouvées à l'arrivée au Canada sont des sources de stress chronique, voire de détresse psychologique ou de souffrance sociale, et peuvent accroître les risques de troubles de santé mentale et entraîner le déclin de santé au fur et à mesure que l'immigrant réside au Canada (**Springmann, V. & ses collaborateurs, 2019**); **Paul Caulford, P. & D'Andrade, J., 2012**).
- Certains auteurs décrivent que les facteurs associés au déclin de la santé chez les nouveaux immigrants seraient liés au processus d'immigration lui-même. Cela s'explique par l'état de santé initial, l'âge, le sexe, l'état matrimonial, la maîtrise de la langue, l'expérience d'une discrimination ou injustice sociale, des problèmes d'accès aux services de santé canadiens.
- De plus, les barrières linguistiques, culturelles et socio-économiques peuvent rendre l'accès aux soins de santé plus difficile pour certains immigrants. Cela entraîne des retards dans le diagnostic, une utilisation limitée des services de prévention et un accès inégal aux soins de santé (**Fuller-Thomson, E. & ses collaborateurs, 2011**; **Bergeron, P. & ses collaborateurs, 2009** et **Lu, C. & Ng, E., 2019**; **Ng, E. et ses collaborateurs, 2016**)

Le Canada est connu pour avoir une population immigrante diversifiée. Les immigrants viennent de pays aux systèmes de santé et aux conditions de vie différentes. Plusieurs facteurs peuvent influencer leur santé, tels que leur statut socio-économique y compris leur niveau d'éducation, leur occupation et leur revenu, tout cela influence leur état de santé. À cela s'ajoutent des difficultés d'accès aux soins de santé, le statut d'immigration, la langue et la culture. Le statut socio-économique des immigrants, ceux ayant un statut socio-économique plus faible, sont plus susceptibles de rencontrer des problèmes de santé.

Cependant, certaines recherches ont également souligné certains défis de santé auxquels les immigrants sont confrontés. Par exemple, certains groupes d'immigrants peuvent avoir un risque accru de certaines maladies chroniques, comme le diabète de type 2 ou les maladies cardiovasculaires. Ces profils pathologiques émergent des facteurs tels que des changements dans le mode de vie, l'adaptation à un nouvel environnement alimentaire et la sédentarité. Quant à la santé mentale : Les immigrants peuvent être exposés à des facteurs de stress uniques liés à la migration, notamment la séparation familiale, les difficultés d'adaptation, les problèmes d'identité culturelle et la discrimination. Les immigrants présentent des taux plus élevés de troubles de santé mentale tels que la dépression et l'anxiété (Ng, E. & Zhang, H., 2020; Redditt, V. J., Graziano, D., Janakiram, P., & Rashid, M., 2015).

Perspectives pathologiques infantiles migratoires

Bien que les auteurs ci-haut, cités, appuient la théorie d'un état de bonne santé avec certaines variabilités liées à la catégorie d'immigration, certains auteurs ont étudié cette question et confirment que cette théorie s'applique seulement à l'adulte et non pas aux enfants et aux adolescents. Les enfants immigrants peuvent être confrontés à divers enjeux de santé liés à leur

statut d'immigration et à leur adaptation dans un nouveau pays. Une approche holistique et culturellement sensible, en collaboration avec les familles et les communautés, est essentielle pour répondre aux enjeux de santé des enfants immigrants et pour favoriser leur bien-être global. Voilà un enjeu que l'étape 2023-2025 de cette recherche embrasse, entre autres questionnements.

Ahmed, N., (2005), en comparant la santé des enfants des personnes nées au Canada et ceux du groupe d'immigrants, il a donné les conclusions suivantes : le niveau de santé des enfants des familles immigrantes en général est semblable à celui des enfants canadiens. En plus, si la santé d'un enfant immigrant est initialement moins bonne, elle s'améliore à mesure que se prolonge la

durée de résidence des parents immigrants. Il est important de reconnaître que chaque enfant immigrant est unique et peut avoir des besoins de santé spécifiques. De même, **Beiser, M. & ses collaborateurs (2012)**, n'ont pas pu confirmer la théorie selon laquelle il y aurait des risques de santé mentale imputés à l'expérience d'immigration et la réinstallation, à cause de facteurs tels que les tensions intergénérationnelles résultant de conflits sur le maintien des valeurs traditionnelles.

Les résultats de leur étude comparative des adolescents de Addis-Abeba avec les adolescents immigrants de Toronto démontrent que les problèmes émotionnels sont beaucoup plus perçus auprès des adolescents de Addis-Abeba, Éthiopie que ceux de Toronto, Canada. Parallèlement, l'étude de **Silwal, S. & Disord, A.J.A, (2019)**, révèle que la probabilité de recevoir un diagnostic de trouble de stress post-traumatique est, significativement, plus élevée chez les enfants dont le père était immigré (moins de cinq ans s'il est d'origine d'Afrique du Nord ou au Moyen-Orient) que chez ceux dont les deux parents étaient canadiens et une mère immigrée. Conjointement, l'étude de **Vang, Z. & ses collaborateurs (2015)**, en examinant les différentes étapes du parcours de vie des immigrants, ont constaté une meilleure santé des immigrants à l'âge adulte, mais, souvent, inférieure pour la période périnatale, l'enfance/adolescence et aux âges avancés. Le

processus de sélection des immigrants ne semble pas opérer de la même manière chez les immigrants très jeunes et très âgés que chez les adultes. Même à l'âge adulte, âge auquel l'effet de la sélection de l'immigrant en bonne santé semble être le plus marqué, certaines divergences subsistent entre les sous-groupes d'immigrants selon le type de mesure de la santé, utilisé. Ce sont là des énigmes que la suite de cette étude cherchera à élucider.

Les résultats obtenus par **Kwak, K., (2016)** démontrent que les adolescents immigrants nés à l'étranger sont en meilleure santé que leurs pairs nés au Canada et que les adolescents immigrants de longue date ont déclaré avoir un état de santé moins bon que celui des immigrants récents, ce

qui rejoint la théorie selon laquelle les immigrants sont en bonne santé à leur arrivée au Canada et perdent cette santé au fil du temps, au Canada. Une approche holistique et culturellement sensible, en collaboration avec les familles et les communautés, est essentielle pour répondre aux enjeux de santé des enfants immigrants et pour favoriser leur bien-être global.

Nouveaux horizons de questionnement pour la recherche en milieu francophone minoritaire

Concernant la santé des minorités francophones, les études sont en pleine expansion. Elles tendent à évaluer l'impact linguistique sur la santé des minorités en langue officielle, surtout dans les milieux anglophones. Les résultats obtenus de l'étude de **Hien, A. et Lafontant, J. (2013)**, indiquent qu'être immigrant et francophone limite l'accès aux services de santé, affecte la qualité de ces services et nuit à une prise en charge efficace des problèmes de santé. Certains individus ne sont même pas en mesure de donner un consentement éclairé lors de décisions importantes à prendre concernant leur santé. L'article fait des suggestions pour que ces immigrants puissent accéder à de meilleurs services et soins de santé, en vue de contribuer à l'amélioration de la santé de la population canadienne dont ils font partie intégrante. **Forgues & ses collaborateurs, (2009)**, présente l'état des lieux de la recherche en santé chez les francophones en situation minoritaire. Si

La problématique de la santé en contexte minoritaire francophone peut mobiliser aujourd'hui plusieurs chercheurs, il n'en demeure pas moins que le plus grand nombre des publications sont diffusées dans les milieux communautaires et gouvernementaux (un peu plus du tiers) et dans des revues académiques régionales (près du tiers). En outre, les études sont surtout de nature exploratoire et descriptive (81 %), alors que seulement 6 % ont une visée explicative.

Des auteurs se sont focalisés sur les pistes de solutions pour chercher à résoudre les inégalités de santé des immigrants. C'est ainsi que **Battaglini, A., et ses collaborateurs (2014)**, ont établi un portrait général de la santé des immigrants au Canada et ont analysé le rôle des travailleurs

communautaires de la santé et l'évaluation des modalités d'adaptation de services de santé pour répondre à la diversité linguistique et culturelle grandissante de la société canadienne, en privilégiant une approche axée sur les déterminants de la santé. Ainsi, les immigrants peuvent-ils améliorer leur accès aux soins de santé en cherchant, par exemple, à obtenir une assurance maladie ou un régime de santé publique au Canada. Ils peuvent également consulter des centres de santé communautaires ou des cliniques gratuites qui offrent des services médicaux abordables. Des services communautaires peuvent les accompagner dans le processus d'intégration dans la société canadienne en leur fournissant des informations sur les ressources médicales disponibles, les aider à surmonter les barrières linguistiques et culturelles ainsi que les aider à accéder aux services de santé. De même, **Berry & Hou (2016)**, démontrent que l'évaluation du bien-être par la satisfaction de vivre est fortement influencée par les stratégies d'intégration et d'assimilation. Tandis que l'évaluation du bien-être par la bonne santé mentale a été prospectée à travers des stratégies d'intégration et de séparation. **Boulet, M., et Boudarbat, B., (2015)**, pointent l'intégration des immigrants sur le marché du travail au Canada, puisque le chômage est l'un des principaux facteurs de stress de la santé mentale des nouveaux arrivants. Les résultats obtenus révèlent que le fait d'occuper un emploi de qualité réduit davantage la détresse psychologique chez les immigrants que chez les natifs.

La problématique de la santé des immigrants mobilise aujourd'hui des études sur des pathologies émergentes de la population immigrante à savoir la santé mentale (l'anxiété, la dépression et les troubles de stress post traumatique), les maladies infectieuses comme la tuberculose et le VIH ainsi que les maladies métaboliques dont le diabète et les maladies cardiovasculaires. Le profil pathologique global de la santé des immigrants peut varier en fonction de plusieurs facteurs, notamment le pays d'origine des immigrants, leur statut d'immigration, leur acculturation, leurs conditions de vie dans le pays d'accueil, et d'autres déterminants sociaux de la santé. C'est ainsi la littérature suggère le rôle des travailleurs communautaires et l'évaluation des modalités

d'adaptation de services de santé pour répondre à la diversité linguistique et culturelle grandissante de la société canadienne, en privilégiant une approche axée sur les déterminants de la santé afin de pallier les nouvelles pathologies émergentes de la population immigrante.

Des obstacles identifiés ont été regroupés en cinq thèmes : des barrières culturelles, des barrières linguistiques ou le défaut de communication entre patient et professionnel de santé, des barrières de statut socio-économique, les structures du système de santé et la méconnaissance des immigrants. Il y a la longue attente aux urgences, les difficultés d'accès aux médecins généralistes en cas de maladie, la lenteur du processus de référence et la longue attente à la clinique, même après une prise de rendez-vous, impactent leurs tâches quotidiennes, leur travail et leur accès aux soins. La langue est un autre obstacle important qui entrave une communication efficace entre les médecins et les patients immigrants, et donc la qualité des soins. La méconnaissance du système

de santé et le manque de ressources ont également été évoqués, ce qui entrave l'accès aux soins de santé, **Turin, T.C. & ses collaborateurs (2020).**

Les résultats obtenus montrent, entre autres, qu'être immigrant et francophone limite l'accès aux services de santé, affecte la qualité de ces services et nuit à une prise en charge efficace des problèmes de santé. Les résultats suggèrent que le développement de programmes communautaires, l'amélioration de la formation des prestataires de soins de santé en matière de soins culturellement compétents et les politiques qui abordent les déterminants sociaux de la santé, peuvent améliorer l'accessibilité aux soins de santé chez les immigrants (**Tsai, P. L., & Ghahari, S., 2023 ; Ratnayake, A. & ses collaborateurs, 2022).**

L'accessibilité linguistique est un déterminant de la qualité et de la sécurité des services de santé.

Les établissements francophones ou bilingues en soins de santé primaire facilitent la prise en charge des clientèles francophones et contribuent à l'intégration des services en français dans les

systèmes de santé. Cependant, les défis d'accessibilité linguistique pour les minorités s'accroissent au niveau des services de soins secondaires, tertiaires et spécialisés ainsi que la faible capacité des systèmes de santé à s'adapter aux besoins culturels et linguistiques (**Tremblay, S., 2012; Bahi, B. Et Forgues, É., 2015**).

Les répartitions démographiques et ethnoculturelles des populations étudiées dans les provinces soulignent la nécessité d'élargir la recherche pour englober des groupes d'immigrants plus variés dans plus de régions du Canada, y compris davantage de recherches sur les immigrants de sexe masculin et les personnes âgées immigrantes, et d'augmenter la recherche liée aux soins de santé. (**Arfa, S. & ses collaborateurs, 2020**).

La spécificité sanitaire liée aux aînés immigrants est qu'ils font face à des défis liés à leur âge et à leur statut d'immigrant. Ils peuvent préférer les soins familiaux ou traditionnels plutôt que les soins médicaux conventionnels et les maisons de soins de longue durée. En plus, ils peuvent se retrouver isolés en raison de la barrière linguistique, de l'éloignement de leur famille et de leur communauté d'origine, de leur difficulté à s'intégrer dans la société canadienne. De ce fait, les études prouvent qu'une approche sensible à la culture et à l'âge, et l'effort de leur fournir un accès équitable aux soins de santé et de promouvoir leur inclusion sociale, pourraient améliorer leur état de santé global et assurer leur bien physique et mental (**Brotman, S., Koehn, S., Ferrer, I., & Delgado, P., 2019; Hébert, B., Chamberland, L., & Enriquez, M. C., 2012**). Cette thématique des aînés, compose, aussi, la suite de notre étude.

METHODOLOGIE

Du fait de l'observation non participative des phénomènes couramment vécus au sein des communautés des immigrants, il a été constaté que ces nouveaux arrivants ont un état de bonne santé lors de leur arrivée dans le nouveau pays d'accueil, et ils développent des maladies qu'ils

n'avaient pas auparavant au fur et à mesure qu'ils résident longtemps au Canada. Ces constatations ont été également étudiées en procédant par une analyse des études et des publications scientifiques antérieures portant sur les problèmes de santé des immigrants en général et des francophones immigrants en situation minoritaire en particulier. Les études recensées et retenues dans cette approche d'*épistémologies sanitaires comparées*, se sont centrées sur des travaux scientifiques en sciences sociales et en sciences de la santé, portant sur les inégalités en matière de santé, plus particulièrement celles affectant les communautés culturelles minorisées et racisées au Canada. En vue d'obtenir un aperçu général des enjeux rencontrés par ces francophones en situation

Minoritaire au Canada, une analyse de banques publiques de données sur la santé des immigrants au Canada a été faite

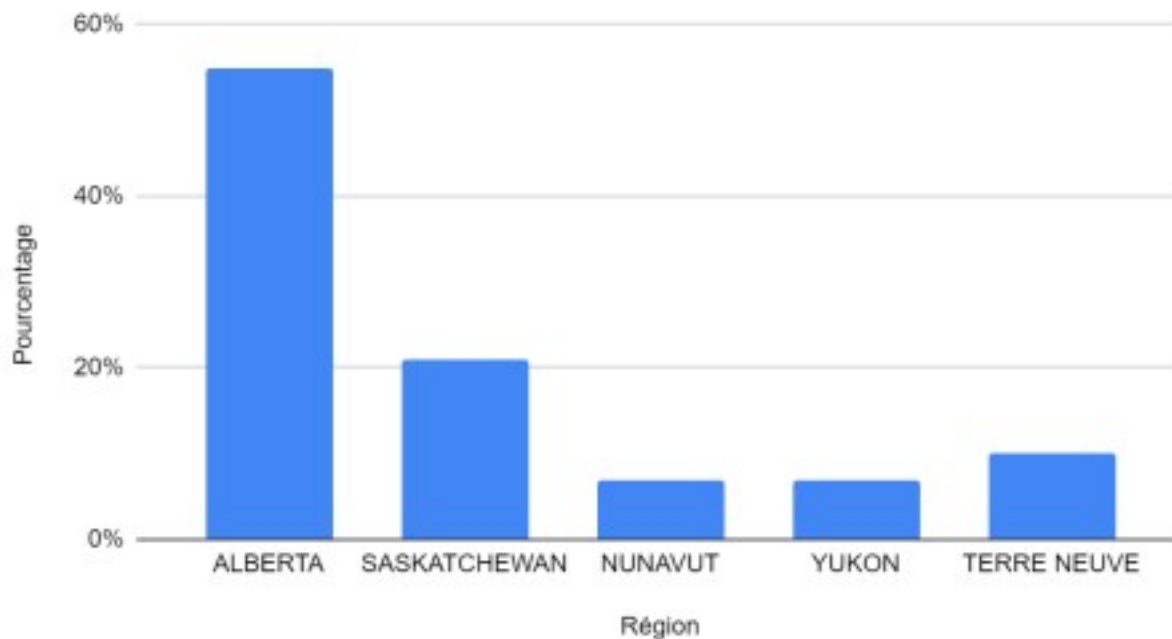
Pour visiter ces études scientifiques, les mots clés- **santé, immigrant, Canada, francophone et minorité** ont été utilisés dans le moteur de recherche des bases des données publiques, suivantes :

- L'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) - L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)
- L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) :
- PUBMED (database pour la littérature médicale. Comprend beaucoup de citations et résumés de la littérature biomédicale)
- MEDLINE (database de littérature médicale. Commercialisée mais gratuitement accessible à partir de PUBMED)
- Google Scholar

Seules les études qui ont présenté une démarche scientifique et qui se sont appuyées sur des données empiriques, ou celles se fondant sur une démonstration théorique, soit sur un modèle conceptuel ou sur une réflexion théorique ont été retenues dans notre base documentaire publique analysée afin d'élucider les connaissances sur les différents défis de santé des immigrants en

générale et francophone en situation minoritaire, la perception par les immigrants des défis rencontrés et le poids que la santé de ces immigrants représentent sur le système de santé canadien. À ces Bases de données, deux sources de données s'ajoutent, les 100 cas immigrants de l'étude, répartis selon l'importance démographique des 5 régions de l'étude.

ÉTUDE DE 100 CAS DANS LES 5 RÉGIONS



Pour les professionnels de santé par région, nous avons gardé le même nombre (5) et les mêmes catégories (2 médecins, une personne infirmière, une personne psychologue et une autre travailleuse sociale, puisqu'il s'agit d'une approche qualitative. Ces 5 catégories permettent de varier, en ces formes, la saisie des signes (symptômes), des sens (diagnostics) et des actions (thérapies) sur les souffrances migratoires éventuelles

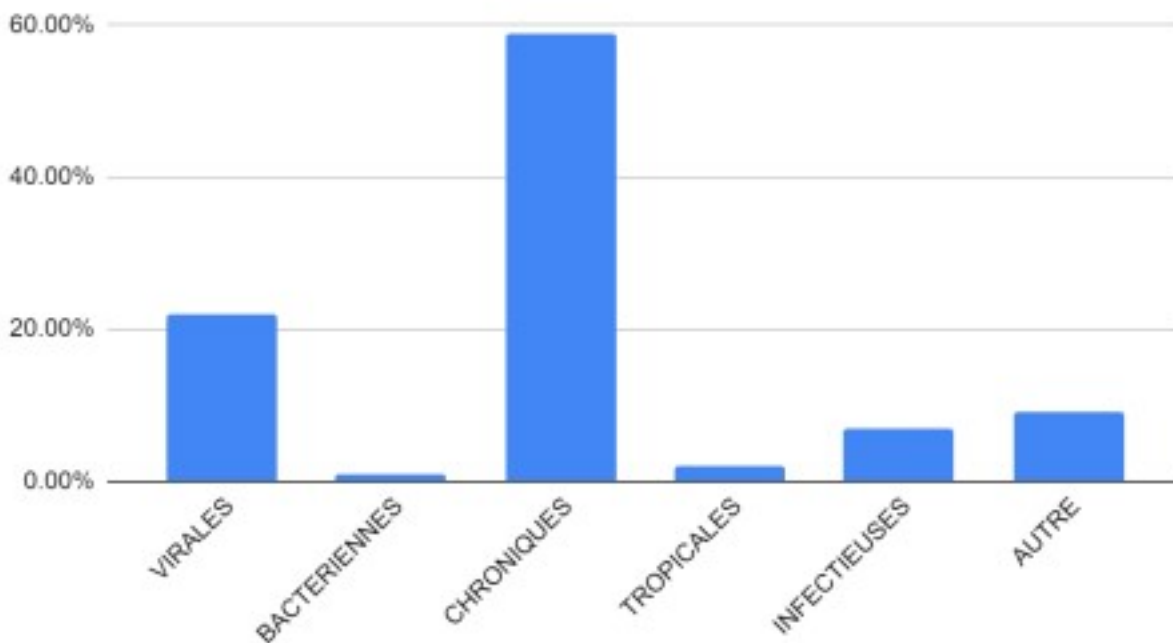
Catégories des professionnels de la santé

RÉGION	PROFESSIONNELS
ALBERTA	2 MÉDECINS, 1 INFIRMIÈRE, 1 PSYCHOLOGUE , 1 TRAVAILLEUR SOCIAL
SASKATCHEWAN	2 MÉDECINS, 1 INFIRMIÈRE, 1 PSYCHOLOGUE , 1 TRAVAILLEUR SOCIAL

NUNAVUT	2 MÉDECINS, 1 INFIRMIÈRE, 1 PSYCHOLOGUE , 1 TRAVAILLEUR SOCIAL
YUKON	2 MÉDECINS, 1 INFIRMIÈRE, 1 PSYCHOLOGUE , 1 TRAVAILLEUR SOCIAL

TERRE NEUVE	2 MÉDECINS, 1 INFIRMIÈRE, 1 PSYCHOLOGUE , 1 TRAVAILLEUR SOCIAL
--------------------	--

Les maladies des immigrants

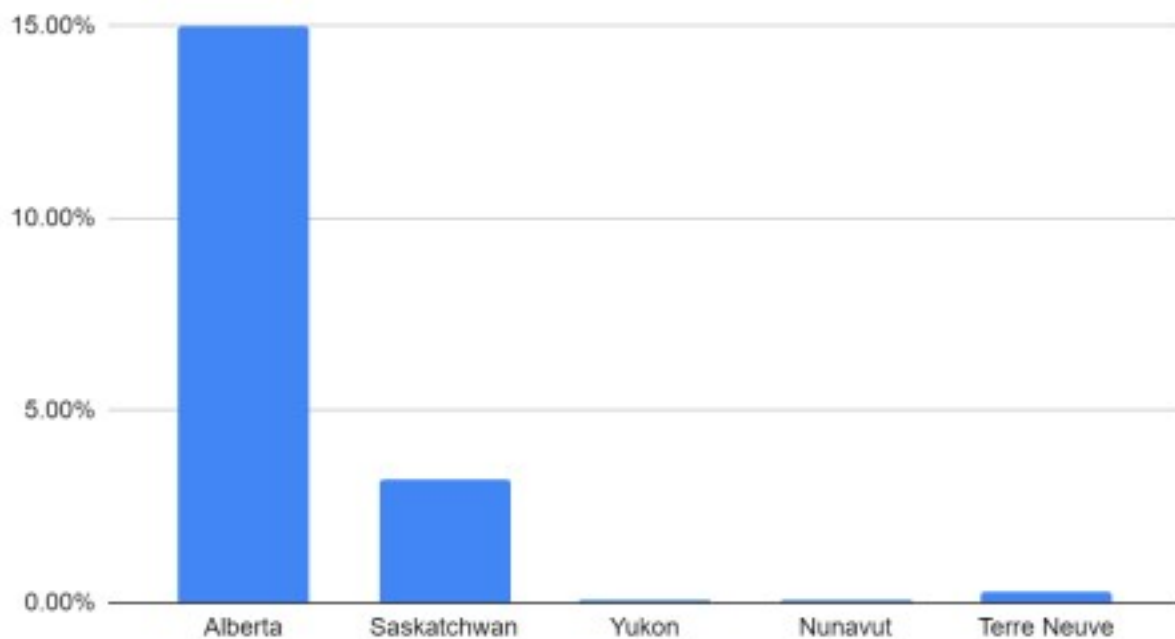


Nous avons là un graphique des profils pathologiques relevés. Selon la plupart des professionnels, la catégorie AUTRE, comprend surtout les profils pathologiques de *type circadien* (ce qui est lié au climat, aux saisons, et surtout, à la question de l'ensoleillement ou, notons la lumière du soleil).

Entre autres, cela produit un aminuement de la vitamine D dans le corps des personnes immigrantes, initialement, originaires de pays tropicaux.

Portrait comparatif des immigrants dans les 5 régions de l'étude

Répartition des immigrants selon les régions



Les 5 régions

ALBERTA, SASKATCHEWAN, YUKON, NUNAVUT ET TERRE NEUVE & LABRADOR REPRÉSENTENT 18 % DE LA POPULATION IMMIGRANTE DU CANADA.

La santé des immigrants en contexte minoritaire francophone dans les 5 régions étudiées est caractérisée par des défis liés à l'accessibilité aux services de santé. Ces défis sont liés aux barrières linguistiques et la carence des services adéquats en français. L'Alberta et la Saskatchewan, en raison de leurs infrastructures sanitaires plus développées et aussi en raison des services de soutien et d'intégration des immigrants, offrent généralement de meilleurs accès aux soins de santé par rapport au Yukon, Nunavut et Terre-Neuve

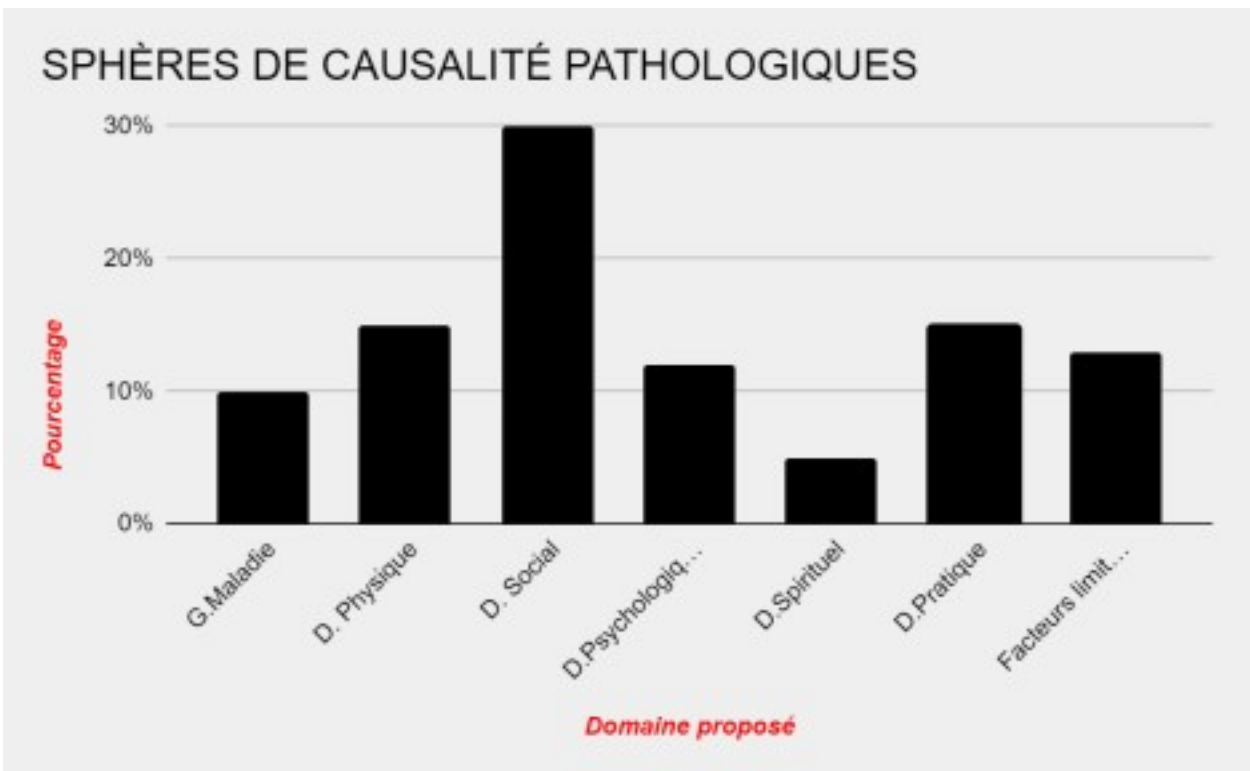
Et-Labrador. Les programmes d'aide aux immigrants sont plus développés dans les deux premières régions que les 3 dernières qui n'ont que des initiatives limitées. En plus, le Nunavut et le Yukon présentent des défis géographiques majeurs qui affectent l'accès aux soins de santé pour les immigrants.

Dès lors, la santé des immigrants peut varier considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre comme c'est le cas des 5 régions étudiées. Ceci s'explique par le fait qu'il existe des différences démographiques (Voir graphique sur les 5 régions), géographiques, socio-économiques ainsi que des disparités en matière de services de santé et de services de soutien disponibles offerts aux immigrants.

L'Alberta est caractérisée par une population immigrante diversifiée, en particulier dans les grandes villes comme Calgary et Edmonton et les régions éloignées à cause de l'expansion économique comme l'exemple du boom du pétrole (Langevin, R., Lavoie, É., & Laurent, A. (2018). En plus, cette province offre une accessibilité aux soins plus ou moins assurée par la disponibilité de bons systèmes de santé et la variabilité des programmes de soutien disponibles pour aider les immigrants à accéder aux soins de santé, y compris des services de traduction et des initiatives de sensibilisation. Cependant, les efforts de la province n'arrivent pas à réduire la disparité d'accessibilité chez les immigrants francophones en contexte minoritaire à la suite de la carence des services disponibles en français, à partir du deuxième échelon de référence (Madibbo, A. (2014)). De ce fait, les immigrants peuvent toujours faire face à des barrières linguistiques et à des difficultés d'intégration culturelle malgré le fait de parler une langue officielle (Maximova, K., & Krahn, H., 2010). Les provinces de Saskatchewan, de même que Terre-Neuve et Labrador, connaissent toutes les deux une expansion de la population immigrante (Zhu, N., & Helly, D. 2013). La croissance est soutenue par les opportunités économiques des secteurs tels que l'industrie pétrolière dans les régions de Terre-Neuve et Labrador (Bouchard-Coulombe, C., Lepage, J. F., & Chavez, B. (2012). Dans ces provinces, il y a un accès aux soins qui varie selon la localisation de l'immigrant en zones urbaines ou rurales. En plus, les barrières linguistiques et culturelles peuvent affecter l'accès aux soins de santé pour les immigrants qui vivent dans les

zones rurales suite à des difficultés à accéder à des soins de santé adéquats en raison de la dispersion des services. Cependant, en Saskatchewan, les services d'accueil et d'intégration des immigrants sont plus développées comparée à la province de Terre-Neuve et Labrador qui n'offre que des initiatives locales pour intégrer les immigrants et les aider à accéder aux services de santé, mais ces efforts peuvent être inégaux et restent encore inefficaces pour répondre aux réels besoins des immigrants (Bollman, R. D., Beshiri, R., & Clemson, H. (2007). Cela marque la disparité "en santé" chez les immigrants vivant en Saskatchewan par rapport à leurs homologues qui vivent en Terre-Neuve et Labrador (Gagnon-Arpin, I., Bouchard, L., Leis, A., & Bélanger, M. (2014). Quant au Yukon, la population immigrante est relativement faible, ce qui limite la littérature disponible. En plus, l'accès aux soins de santé est limité en raison de la dispersion géographique et de la faible densité de population. Les immigrants rencontrent des difficultés à accéder aux soins spécialisés. Finalement, le Nunavut vient en dernier par rapport au taux des immigrants. L'accessibilité géographique pose problème et se caractérise par un isolement extrême et un accès très limité pour les soins de santé. Les immigrants, comme les résidents locaux, doivent souvent se rendre dans d'autres provinces pour des soins spécialisés. En plus, les différences culturelles sont particulièrement prononcées, et il y a une pénurie de services de santé adaptés culturellement.

Sphères de causalité pathologiques identifiées



A) Gestion de la maladie

- Diagnostic principal, pronostic
- Diagnostics supplémentaires (démence, psychiatriques, consommation de drogues, traumatismes, insuffisance d'organes, toxicité, allergies, effets secondaires)

B) Domaine physique

- Douleur et autres symptômes
- Niveau de conscience, cognition
- Capacité fonctionnelle, sécurité, appareils-accessoires (vieillissements différentiels - Plaies, abus alcools)

C) Domaine psychologique -

- Personnalité, force
- Comportement, motivation
 - Dépression, anxiété
 - Craintes, abandon

- Contrôle dignité, autonomie

D) Domaine social

- Valeurs, croyances, habitudes,
- Rapports interpersonnels
- Isolement
- Environnement rassurant
- Routines
- Ressources financières
- Protection, aidant natures
-

E) Domaine Spirituel -

Sens, Valeurs

- Questions existentielles

-Accompagnateurs spirituels, rituels, rites

F) Domaine pratique

- Activités de la vie quotidiennes
- Personnes à charges
- Accès commodités

G) Facteurs limitant

l'accès aux services de santé -

Des barrières linguistiques

aux barrières culturelles -

Conceptions différentes de santé

- Offres, disponibilité, accessibilité

Dans l'ensemble, le graphique montre l'importance du social comme facteur prédominant dans les processus de fragilisation des individus et groupes. C'est le domaine pratique qui suit et dans les mêmes proportions que celui physique. Par la suite, nous avons la sphère de l'accessibilité aux

services de santé et les obstacles liés. Rien d'étonnant à ce niveau quand on connaît la qualité du système de santé du Canada. La sphère psychologique précède celle de gestion de la maladie et du domaine spirituel. La réalité est qu'il ne faudrait pas tenir ces sphères de façon exclusive dans la quête de saisie des enjeux de santé des individus et groupes. Elles se systématisent dans l'agir humain.

Synthèse analytique des résultats

Les sphères de causalités pathologiques émergentes des 100 immigrants et des 25 professionnels des régions, doublées des *épistémologies sanitaires comparées*, les banques de données à accès

public, les journaux de terrains des professionnels de l'équipe de la recherche et de leurs réseaux, illustrent que beaucoup d'études sur la santé des immigrants sont en pleine expansion. La plupart des recherches sont surtout de nature exploratoire et descriptive (81 %), alors que seulement 6 % ont une visée explicative (**Forgues & ses collaborateurs, 2009**).

L'analyse des différentes sources des données est contributive dans la compréhension de l'expérience et le comportement des immigrants par rapport à leur santé, de même, la perception des professionnels de santé sur les enjeux liés à la santé des immigrants.

Les obstacles aux soins, notamment : les difficultés de communication, le manque d'intégration culturelle et sociale, les obstacles systématiques aux soins de santé, sortes de dispositifs structurels pathogéniques :

<< Un enfant de 3 ans d'un jeune couple immigrant, a récemment reçu un diagnostic d'autisme. L'aiguillage vers l'équipe d'autisme de l'hôpital pédiatrique a été effectué. La famille a été informée que tous les services que l'enfant devait recevoir devaient être fournis en anglais. Il a été recommandé que la famille parle en anglais à l'enfant pour s'assurer qu'elle bénéficierait de ces services et pour éviter de confondre l'enfant.

Si cet enfant n'apprend pas le français il sera isolé de sa famille de souche (cousins, cousines, grands-parents... etc.) La connexion sociale est un déterminant important de la santé (ajoute le médecin) >>

Il y a les obstacles financiers et les obstacles croisés liés à la culture et au sexe, qui ont été

largement mis en relief, dans les 100 cas immigrants des régions et dans la plupart des documents analysés (Tsai, P.L & ses collaborateurs, 2023; Ghahari, S. & ses collaborateurs, 2023; Kalich, A. & ses collaborateurs, 2016; Wood, J & ses collaborateurs, 2023). Les immigrants des Communautés Linguistiques Officielles en Situation Minoritaire (CLOSM), rencontrent des difficultés de santé liées au fait d’être immigrant dans des territoires canadiens. Ainsi, vivent-ils dans un nouvel environnement avec une culture d’origine différente de celle de la communauté d’accueil. La particularité de ceux des CLOSM est qu’en plus des effets généraux liés à l’immigration, ils subissent, en plus, des effets liés au fait de vivre dans un milieu linguistique minoritaire, qui est le français par rapport à l’anglais qui est majoritairement parlé dans la plupart des territoires canadiens étudiés et qui s’impose comme la langue de service.

- Les immigrants récemment arrivés au Canada ont un état de santé positif par rapport aux non immigrants canadiens

- Cette santé se détériore au fur et à mesure que l’immigrant réside longtemps au Canada, à travers un mode de vie d’adhésion à des nouvelles habitudes de vie, en termes alimentaires, surtout, suivant les offres de possibilité du milieu de vie canadien.

- Un horizon pathologique qui semble faire consensus tant chez les 100 cas immigrants que chez les professionnels de santé de l’étude, est celui *circadien* (manque d’exposition suffisante à la lumière du soleil, entre autres), responsable d’amenuisement du taux de vitamine D dans le corps des personnes venant de pays tropicaux. Cela a des conséquences physiques et émotionnelles pour les individus et groupes :

<< ...*En cherchant des causes à mon affaiblissement général, mon médecin de famille a découvert mon taux très bas de vitamine D. et sur sa demande, j’en prends un supplément de 5000 unités par jour et je sens toute la différence dans mon corps ! soutient Zara* >>

- La santé mentale et les maladies chroniques font partie des états de morbidité (pathologies) que ces immigrants développent, comme expression de dégradation de leur santé. Une cause qui fédère la plupart des causes sectorielles, est la *détresse psychologique ou souffrance sociale* qui surgit de l'écart entre les aspirations ou attentes pré-migratoires et ce que la réalité post-migratoire, la quotidienneté canadienne offre et impose aux individus et aux groupes. C'est le deuil social auquel il faut savoir faire face par de l'inventivité voire de la résilience.

- De ce qui précède, découlent des dysfonctionnements familiaux très précoces, aux conséquences ou méfaits de tous ordres : liens conjugaux pathogéniques allant des tensions familiales chroniques au divorce, liens filiaux avec inversion d'autorité (parent perdant son autorité face à son enfant), etc...

- Être immigrant et francophone limite l'accès aux services de santé pour des raisons linguistiques et d'offre rare de services spécialisés de santé correspondant à leur demande sanitaire, ce qui implique une prise en charge moindre de leurs problèmes de santé. C'est un processus cumulatif d'aggravation, voire de chronicisation de certains états pathologiques.

- Les barrières linguistiques et la plupart des difficultés d'accès aux soins de santé qui en découlent constituent des principaux facteurs qui perpétuent les inégalités de santé perçues par les immigrants francophones en situation minoritaire par rapport à leurs homologues immigrants anglophones

- Au niveau des itinéraires thérapeutiques, beaucoup d'immigrants sont en quête de ressources humaines de santé *homo-ethniques*. En d'autres termes, ils vont à la recherche de personnes spécialistes de même origine ethnique. C'est ici que des églises évangéliques entrent en compte dans les itinéraires thérapeutiques.

Les immigrants au Canada font face à des obstacles uniques aux soins de santé, ce qui entraîne des iniquités dans l'utilisation de ces soins de santé. La baisse de l'utilisation des soins de santé par les immigrants au Canada est associée à l'augmentation des coûts pour le système de soins de santé, selon certains professionnels, pour ce qui est des assurances médicales spécifiques.

L'état de santé des immigrants francophones minoritaires au Canada est influencé par l'accessibilité inadéquate aux soins appropriés (Ngwakongnwi, E. & ses collaborateurs, 2012; Hien, A., & Lafontant, J., 2013).

- Le système de santé canadien fait face aux défis en mettant en place des politiques et des programmes visant à améliorer l'accès aux soins pour les immigrants, à renforcer la *compétence culturelle des professionnels de la santé*, et à répondre aux besoins spécifiques de divers groupes de population. L'objectif est de garantir que tous les résidents, qu'ils soient nés au Canada ou à l'étranger puisse avoir un accès équitable à des soins de santé de qualité dans une sorte de quête de justice sociale. Ainsi, les principes de la Charte d'Ottawa (1986 & 2011) pourront-ils, également servir de guide auprès des intervenants des professionnels de la santé et des décideurs politiques lors des choix des pistes de solutions.

CONCLUSION/ RECOMMANDATIONS

- L'adoption d'une approche globale de la santé qui intègre tous les aspects de la vie quotidienne, y compris la culture, la langue et l'environnement social, en reconnaissant l'importance de la langue et de la culture dans la promotion de la santé auprès des immigrants francophones ;

- Un renforcement des compétences individuelles et collectives, en prônant l'autonomisation des individus et des communautés à travers le soutien à l'apprentissage de la langue, à la navigation du système de santé et à la mobilisation communautaire pour accéder aux services de santé;
- La création d'environnements favorables à la santé notamment, en ce qui concerne l'accès équitable aux services de santé dans la langue et la culture des immigrants francophones minoritaires.
- Une meilleure compréhension des lacunes en matière d'accès et de réception de soins de santé appropriés pour façonner les politiques, améliorer la qualité des services et fournir des services de santé plus équitables.
- L'importance des prestataires de soins de santé primaires et leur rôle actif pour combler les manquements, de plus que le fort soutien des décideurs politiques.
- Comprendre et respecter la diversité de la culture, de la langue, des expériences et des systèmes, est crucial pour réduire les iniquités en matière de santé et améliorer l'accès à des soins de qualité de manière respectueuse et réactive (**Bajgain, B. B. & ses collaborateurs, 2020**). - Pour améliorer la santé des immigrants et des minorités linguistiques, il est essentiel de mettre en place des politiques et des programmes qui favorisent l'équité en matière de santé telle que recommandée dans la charte d'Ottawa (1986) et révisée en 2011, réactualisée par la Charte de Shanghai 2016, sous l'égide de l'OMS. Pour ce faire, cela comprendrait la fourniture de services de traduction et d'interprétation dans les établissements de santé, la sensibilisation culturelle et la formation des professionnels de la santé aux principes de la *santé internationale*, l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires, la réduction des barrières financières à l'assurance maladie et la promotion de conditions socioéconomiques plus favorables à la santé, (**Bahi &**

Forgues, 2015)

- L'exigence de collaboration entre les gouvernements, les organismes de santé, les groupes communautaires et les institutions pour mieux répondre à leurs besoins spécifiques. Il s'agit d'une mutualité de rapports entre ces sphères de communautés, de décideurs politiques, de gestionnaires de services de santé, de prestataires de services. C'est au confluent de cette collaboration que se structurent, se maintiennent et s'entretiennent ce que nous désignons par Dévolu, Désiré et Revendiqué sanitaires pour les Communautés Francophones en situation minoritaire.

- Initier une sorte d'éducation à la santé relative à l'importance de compléments alimentaires en vitamine D pour amenuiser, à défaut de les supprimer, les pathologies de *type circadien* **RÉFÉRENCES GÉNÉRALES**

Ahmed, N., (2005). Effet intergénérationnel de la sélection et de l'assimilation des immigrants sur les résultats en matière de santé des enfants, *Statistique Canada, Direction des études analytiques: documents de recherche*.

Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R., Wicklum, S., & Turin, T. C. (2016). Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of immigrant and minority health*, 18(6), 1522–1540. <https://doi.org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.1007/s10903-015-0276-z>

Arfa, S., Solvang, P. K., Berg, B., & Jahnsen, R. (2020). Disabled and immigrant, a double minority challenge: a qualitative study about the experiences of immigrant parents of children with disabilities navigating health and rehabilitation services in Norway. *BMC health services research*, 20(1), 134. <https://doi-org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.1186/s12913-020->

Archambault, H., de Moissac, D., Levesque, A., Kinkumba, B., Gueye, N. R., Tempier, R. & Alimezelli, H. T. (2021). Expérience d'immigration de Francophones en contexte linguistique

minoritaire au Canada : défis et répercussions sur la santé mentale. *Reflets*, 27(2), 113–148.

<https://doi.org/10.7202/1093101ar>

-Bahi, B. et Forgues, É. (2015). Facteurs favorisant l'offre de services de santé en français : études de cas en milieu hospitalier anglophone. *Minorités linguistiques et société = Linguistic Minorities and Society*, 6, p. 157-182.

-Bahi, B. & Mulatris, P. (2018). Hiérarchisations linguistiques et émergence de fragilités psychosociales : un aperçu chez les jeunes en milieu franco-albertain. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (9), 168–184. <https://doi.org/10.7202/1043501ar>

- Bajgain, B. B., Bajgain, K. T., Badal, S., Aghajafari, F., Jackson, J., & Santana, M. J. (2020). Patient-Reported Experiences in Accessing Primary Healthcare among Immigrant Population in Canada: A Rapid Literature Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 8724. <https://doi-org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.3390/ijerph17238724>

-Bastien, T., Morel, A.-M., & Torres, S. (2020). *Inégalités de genre: Impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé et la qualité de vie des femmes au Québec*. Association pour la santé publique du Québec.

https://www.aspq.org/app/uploads/2020/12/rapport_femmes-et

[covid_impact_de_la_covid_sur_la_sante_et_qualite_de_vie_des_femmes_au_quebec.pdf](https://www.aspq.org/app/uploads/2020/12/rapport_femmes-et-covid_impact_de_la_covid_sur_la_sante_et_qualite_de_vie_des_femmes_au_quebec.pdf) -

Battaglini, A., Chomienne, M. H., Plouffe, L., Torres, S., & van Kemenade, S. (2014). La santé des immigrants au Canada: état des connaissances, interventions et enjeux [Immigrant health in Canada: current state of knowledge, interventions and issues]. *Global health promotion*, 21(1 Suppl), 40–45. <https://doi.org/10.1177/1757975913512159>

-Beiser, M., Taa, B., Fenta-Wube, H., Baheretibeb, Y., Pain, C., & Araya, M. (2012). A comparison of levels and predictors of emotional problems among preadolescent Ethiopians in Addis Ababa, Ethiopia, and Toronto, Canada. *Transcultural psychiatry*, 49(5), 651–677.

<https://doi.org/10.1177/1363461512457155>

-Bergeron, P., Auger, N. & Hamel, D. (2009). Poids, santé générale et santé mentale : la situation de divers sous-groupes d'immigrants au Canada. *Can J Public Health* 100, 215–220

<https://doi.org/10.1007/BF03405544>

-Berry, J. W., & Hou, F. (2016). Immigrant Acculturation and Wellbeing in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 57(4), 254-264. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000064>

-Boulet, M., Boudarbat, B., (2015). Qualité de l'emploi et santé mentale des travailleurs au Québec: une comparaison entre les immigrants et les natifs, *Canadian public policy* 41 (Supplement 2), S53-S60.

-Brotman, S., Koehn, S., Ferrer, I., & Delgado, P. (2019). L'isolement social chez les immigrantes âgées au Canada: Une question de droits de la personne. *Revue de la ligue des droits et libertés*, 38(1), 37-40.

-Chen, J., Wilkins, R., Ng, E., (1996). Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991, *Rapports sur la santé* 8 (3), 31-41.

-Colombie-Britannique, Réso-Santé & Kemenade, S. & Benhamadi, B., & Moussard, A., & Michel, J.N., (2022). État des connaissances, ressources existantes et lacunes en matière de troubles cognitifs et de démence chez les francophones en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, en Alberta et au Yukon. RAPPORT DE SYNTHÈSE.

-Commission de la santé mentale du Canada (2019). *Les populations d'immigrants, de réfugiés et de groupes ethnoculturels ou racialisés (IRER) et les déterminants sociaux de la santé : Examen des données du recensement de 2016*. Commission de la santé mentale du Canada.

-Éthier, A. & Carrier, A. (2022). L'accessibilité des services sociaux et de santé chez les minorités de langue officielle du Canada et les facteurs influant sur leur accès : une étude de portée. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (18), 197–234. <https://doi.org/10.7202/1089185ar>

Falconer, J. & Quesnel-Vallée, A. (2014). Les disparités d'accès aux soins de santé parmi la minorité de langue officielle au Québec. *Recherches sociographiques*, 55(3), 511–529. <https://doi.org/10.7202/1028377ar>

-Forgues, É., Guignard Noël, J., Nkolo C., Boudreau J., (Moncton. 2009). De l'émergence à la consolidation, L'état de la recherche en santé chez les francophones en situation minoritaire, , *Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques*. Rapport de l'ICRML soumis au CNFS. [[Google Scholar](#)]

-Fuller-Thomson, E., Noack, A.M. & George, U. (2011) Health Decline Among Recent Immigrants to Canada Findings from a Nationally Representative Longitudinal Survey. *Can J Public Health*, 102, 273–280. <https://doi.org/10.1007/BF03404048>

- Hébert, B., Chamberland, L., & Enriquez, M. C. (2012). Les aînés trans: une population émergente ayant des besoins spécifiques en soins de santé, en services sociaux et en soins liés au vieillissement. *Frontières*, 25(1), 57-81.

- Hien, A., & Lafontant, J. (2013). Iniquités de santé en milieu minoritaire : diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury [Inequities in health in minority communities: diagnosis of the situation among the Francophone immigrants of Sudbury]. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de santé publique*, 104 (6 Suppl 1), S75–S78. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3472>

-Kwak, K., (2016). An evaluation of the healthy immigrant effect with adolescents in Canada: Examinations of gender and length of residence

Social Science & Medicine 157, 87-95.

Kalich, A., Heinemann, L., & Ghahari, S. (2016). A Scoping Review of Immigrant Experience of Health Care Access Barriers in Canada. *Journal of immigrant and minority health*, 18(3), 697–709. <https://doi-org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.1007/s10903-015-0237-6>

Lu, C., Ng, E., (2019). Healthy immigrant effect by immigrant category in Canada, *Health Rep* 30 (4), 3-11.

-May, C., (2005). La santé des immigrants récents au Québec : une intégration à adapter et à parfaire. *Santé, Société et Solidarité*, n°1. Immigration et intégration, 121-128. DOI :

<https://doi.org/10.3406/oss.2005.1032>

www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2005_num_4_1_1032

-Ng, E., Sanmartin, C.A., Manuel, D.G.,(2016). Acute care hospitalization, by immigrant category: Linking hospital data and the Immigrant Landing File in Canada, *Statistics Canada*.

Ng, E., Zhang, H., (2020). The mental health of immigrants and refugees: Canadian evidence from a nationally linked database, *Health Reports* 31 (8), 3-12.

Ng, E. & Zhang, H. (19 août 2020) Rapports sur la santé, vol. 31, no 8, p. 3 à 13, août 2020 • *Statistique Canada*, no 82-003-X au catalogue La santé mentale des immigrants et des réfugiés :

données canadiennes provenant d'une base de données couplée au niveau national. DOI :

<https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202000800001-fra>

Ngwakongnwi, E., Hemmelgarn, B. R., Musto, R., Quan, H., & King-Shier, K. M. (2012). Experiences of French speaking immigrants and non-immigrants accessing health care services in a large Canadian city. *International journal of environmental research and public health*, 9(10), 3755–3768. <https://doi-org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.3390/ijerph9103755>

-Omariba, D.W.R., Ng, E., Vissandjée, B., (2014). Differences between immigrants at various durations of residence and host population in all-cause mortality, Canada 1991–2006. *Population Studies* 68 (3), 339-357.

-Ouimet, M. J., Munoz, M., Narasiah, L., Rambure, V., & Correa, J. A. (2008). Pathologies courantes chez les demandeurs d'asile à Montréal: prévalence et facteurs de risque associés [Current pathologies among asylum seekers in Montreal: prevalence and associated risk factors]. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 99(6), 499– 504.
<https://doi.org/10.1007/BF03403785>

-Ourhou, A., Habimana, E., Bergeul, S., (2022). L'accessibilité des services de santé mentale en contexte migratoire : la perception des immigrants *Revue québécoise de psychologie* 43 (1), 65-83.

- Paul Caulford, P. & D'Andrade, J. (2012). Soins de santé pour les immigrants et les réfugiés sans assurance médicale au Canada. *Canadian Family Physician* 58 (7) e362-e364;

-Piquemal, N., Bolivar, B. & Bahi, B. (2009). Nouveaux arrivants et enseignement en milieu franco-manitobain : défis et dynamiques. *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest*, 21(1-2), 329–355.
<https://doi.org/10.7202/045333ar>

Ratnayake, A., Sayfi, S., Veronis, L., Torres, S., Baek, S., & Pottie, K. (2022). How Are Non Medical Settlement Service Organizations Supporting Access to Healthcare and Mental Health Services for Immigrants: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), 3616. <https://doi.org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.3390/ijerph19063616>

Redditt, V. J., Graziano, D., Janakiram, P., & Rashid, M. (2015). État de santé des nouveaux réfugiés à Toronto, en Ontario: Partie 2: maladies chroniques. *Canadian Family Physician*, 61(7), e338-e343.

Safon, M-O (2022). La santé des migrants, Bibliographie thématique www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-migrants.pdf

- Savard, J., Savard, S., Van Kemenade, S., Benoit, J. et Kubina, L.A. (2021). Répertoire de pratiques novatrices en santé et service social en langue officielle en contexte minoritaire.

https://www.grefops.ca/repertoire_pratiques_novatrices.html

-Seale, E. MPH, Reaume, Batista, R., Eddeen, A. B., Roberts, R., Rhodes, E., McIsaac, D.I., Kendall, C.E., Sood, M.M., Prud'homme, D., Tanuseputro, P., (2011). Patient–physician language concordance and quality and safety outcomes among frail home care recipients admitted to hospital in Ontario, Canada, *CMAJ* 2022 July 11;194: E899-908.

doi: 10.1503/cmaj.212155

-Shommu, N. S., Ahmed, S., Rumana, N., Barron, G. R., McBrien, K. A., & Turin, T. C. (2016). What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: A systematic scoping review. *International journal for equity in health*, 15, 6.

<https://doi-org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.1186/s12939-016-0298-8> -Silwal, S., Disord, A.J.A, (2019). Parental immigration and offspring post-traumatic stress disorder: A nationwide population-based register study.

-Springmann, V., Adrien, A., & les collaborateurs : De Blois, S. Faress, A. Leblanc, E., Masse Jolicoeur, M., Narasiah, L., Pinard, M., Vergara, D., (2019). *Demandeurs d'asile, réfugiés et migrants à statut précaire –Un portrait montréalais*. Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 1 ressource en ligne (67 pages), Collections de BANQ. www.dsp.santemontreal.qc.ca

-Steele, L. S., Lemieux-Charles, L., Clark, J. P., & Glazier, R. H. (2002). The Impact of Policy Changes on the Health of Recent Immigrants and Refugees in the Inner City. A Qualitative study of Service Providers' perspectives. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de santé publique*, 93(2), 118–122. <https://doi.org/10.1007/BF03404551>

Tsai, P. L., & Ghahari, S. (2023). Immigrants' Experience of Health Care Access in Canada: A Recent Scoping Review. *Journal of immigrant and minority health*, 25(3), 712–727. <https://doi.org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.1007/s10903-023-01461-w>

Tu, M.T., Lussier, M-H., Martel, S., Blaser, C., (2018). Portrait de santé des communautés linguistiques du Québec. Institut national de santé publique du Québec, 20 p. Turin, T. C.,

Rashid, R., Ferdous, M., Naeem, I., Rumana, N., Rahman, A., Rahman, N., & Lasker, M. (2020). Perceived barriers and primary care access experiences among immigrant Bangladeshi men in Canada. *Family medicine and community health*, 8(4), e000453. <https://doi.org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.1136/fmch-2020-000453>

-Vang, Z., Sigouin, J., Flenon, A., Gagnon, A., (2015). L'effet de la sélection de l'immigrant en bonne santé au Canada : Une revue systématique. *Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series/Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie.*

- Vang, Z.M., Sigouin, J., Flenon, A., Gagnon, A., (2017). Are immigrants healthier than native born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada, *Ethnicity & health* 22 (3), 209-241.

Wood, J., Stolee, P., & Tong, C. (2023). Understanding the Patient Experience of Foreign-Born Older Adults: A Scoping Review of Older Immigrants Receiving Health Care in Canada. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 42(4), 657–667. <https://doi.org.login.ezproxy.library.ualberta.ca/10.1017/S0714980823000235>

-Wu, Z., Penning, M.J. & Schimmele, C.M, (2005). Immigrant Status and Unmet Health Care Needs. *Can J Public Health* **96**, 369–373. <https://doi.org/10.1007/BF03404035> **REFERENCES SUR LE CONTRASTE DES RÉGIONS**

I. ALBERTA

1. Étude sur la santé mentale des immigrants en Alberta.

Asefaw, M., & Jordana Salma, I. A. Recherche qualitative originale L'accès des jeunes Noirs de l'Alberta aux services en santé mentale. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*.

Langevin, R., Lavoie, É., & Laurent, A. (2018). Les croyances culturelles sur la santé mentale : points de vue de parents francophones migrants de l'Afrique subsaharienne. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *66*(2), 81-89.

Maximova, K., & Krahn, H. (2010). Health status of refugees settled in Alberta: changes since arrival. *Canadian Journal of Public Health*, *101*, 322-326.

2. Rapport sur les initiatives communautaires en Alberta. de l'Ontario, G., du Québec, G., de la Nouvelle-Écosse, G., du Nouveau-Brunswick, G., du Manitoba, G., de la Colombie-Britannique, G., ... & du Nunavut, G. Soutiens communautaires de base pour vieillir dans sa collectivité De: Emploi et Développement social Canada.

Madibbo, A. (2014). L'état de la reconnaissance et de la non-reconnaissance des acquis des immigrants africains francophones en Alberta. *Francophonies d'Amérique*, (37), 155-171.

Mulatris, P. (2009). Francophonie albertaine et inclusion des nouveaux arrivants : post mortem à un débat sur un changement de nom. *Journal of International Migration and Integration/Revue de l'integration et de la migration internationale*, *10*, 145-158.

II. SASKACHEWAN

1. Expansion de la population immigrante en Saskatchewan.

Bollman, R. D., Beshiri, R., & Clemson, H. (2007). Les immigrants au Canada rural. *Migration, croissance économique et cohésion sociale*, 9.

Zhu, N., & Helly, D. (2013). L'inégalité, la pauvreté et l'intégration économique des immigrés au Canada. *Canadian Ethnic Studies*, *45*(1), 69-93.

Esses, V., Huot, S., Ravanera, Z., Thakur, S., & Vanderloo, L. (2016). *Synthesis and analysis of research on immigrants to official language minority communities in Canada*. Pathways to Prosperity.

2. Services de santé en milieu rural en Saskatchewan

Karunanayake, C. P., & Pahwa, P. (2009). Modélisation statistique de la détresse psychologique chez les personnes âgées vivant en milieu rural et urbain. *Maladies chroniques au Canada*, 29(3).

Thériault, L. (1999, June). L'économie sociale en contexte social-démocrate: une note historique sur la Saskatchewan. In *Conference on Canadian Social Welfare Policy*. Université de Montréal.

3. Barrières linguistiques et culturelles en Saskatchewan

Léonard, C. (2008). Le patrimoine toponymique d'origine et d'influence françaises à l'école en milieu minoritaire: une voie de construction identitaire à emprunter. *Éducation francophone en milieu minoritaire*, 3(1).

Bouchard, L., & Desmeules, M. (2013). Linguistic minorities in Canada and health. *Healthcare Policy*, 9(SP), 38.

III. TERRE NEUVE

1. Variabilité des services de santé à Terre-Neuve-et-Labrador.

Bouchard-Coulombe, C., Lepage, J. F., & Chavez, B. (2012). *Portrait des minorités de langue officielle au Canada: les francophones de Terre-Neuve-et-Labrador*. Statistique Canada, Division de la statistique sociale et autochtone.

Gagnon-Arpin, I., Bouchard, L., Leis, A., & Bélanger, M. (2014). Accès et utilisation des services de santé en langue minoritaire. *La vie dans une langue officielle minoritaire au Canada*, 195-221.

2. Croissance de la population immigrante à Terre-Neuve-et-Labrador.

Traisnel, C., Deschênes-Thériault, G., Pépin-Filion, D., Noël, J. G. (2019). Réussir la rencontre. Les francophones nés à l'étranger et installés au Canada atlantique: contexte, accès, expérience, représentations.

Lepage, J. F., & Corbeil, J. P. (2013). *L'évolution du bilinguisme français-anglais au Canada de 1961 à 2011*. Statistique Canada.

3. Initiatives locales pour les immigrants à Terre-Neuve-et-Labrador.

Traisnel, C., Deschênes-Thériault, G., Pépin-Filion, D., Noël, J. G. (2019). Réussir la rencontre. Les francophones nés à l'étranger et installés au Canada atlantique: contexte, accès, expérience, représentations.

Gagnon, M. (2018). L'évaluation de l'offre et de l'accès aux soins bucco dentaires fournis aux personnes âgées du Québec et du Canada qui résident dans les établissements de soins de longue durée publics : étude descriptive transversale.

IV. YUKON

1. Analyse démographique des immigrants au Yukon.

Bélangier, A. (2009). Une analyse provinciale de la migration de remplacement au Canada. *Cahiers québécois de démographie*, 38(1), 71-104.

Mulatriis, P., Jacquet, M., & André, G. (2018). L'immigration francophone dans les territoires et l'ouest canadien: Réalités et perspectives après 10 ans d'accueil et de services. *Alternative francophone*, 2(2), 9-28.

2. Étude sur l'accès aux soins de santé au Yukon.

Murray, M., Peguero-Rodriguez, G., Scarlett, E., Perron, A., & Chartrand, J. (2022). L'accès aux soins de santé des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada: une recension des écrits. *Minorités linguistiques et société*, (19), 62-94.

Ross, K., & Fraser, S. (2023). Interventions d'affirmation de genre minimalement réfractives: arguments en faveur de leur financement public partout au Canada. *CMAJ*, 195(40), E 1392-E1394.

V. NUNAVUT

1. Analyse des défis culturels dans les soins de santé au Nunavut.

Mercure, D., Rivard, S., Bélangier, R., & Charrier, M. J. (2018). Stages et réalité des professionnelles et professionnels en santé et services sociaux dans un contexte francophone minoritaire à Iqaluit, au Nunavut. *Reflets*, 24(2), 124-153.

Vissandjee 1, B., Hemlin 2, I., Gravel 3, S., Roy 1, S., & Dupéré 4, S. (2005). La diversité culturelle montréalaise: une diversité de défis pour la santé publique: Cultural Diversity in Montreal: a range of public health challenges. *Santé publique*, (3), 417-428.

2. Rapport sur l'isolement et l'accessibilité des soins au Nunavut.

Lessard, L. (2015). Troubles mentaux courants et soins de santé en région isolée : évaluation des soins offerts dans les services de santé de première ligne aux personnes souffrant d'un trouble dépressif ou anxieux au Nunavik.

Lessard, L. (2015). Troubles mentaux courants et soins de santé en région isolée : évaluation des soins offerts dans les services de santé de première ligne aux personnes souffrant d'un trouble dépressif ou anxieux au Nunavik.

