

Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque?

Introduction générale

May Clarkson

Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et des Services sociaux

La collecte des données pour la présente *Étude auprès des communautés culturelles* a été réalisée en 1998-1999. Toutefois, le processus qui a mené à l'étude avait été mis en œuvre, dès 1994, à la suite d'une demande adressée à Santé Québec et au ministère de la Santé et des Services sociaux par l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité des soins en santé et en services sociaux (ACCÉSSS), qui se préoccupait particulièrement de l'accès aux services et de l'utilisation qui en est faite, surtout en ce qui concerne les immigrants récents. On possédait alors peu d'information sur l'état de santé et de bien-être de ces immigrants, ainsi que sur leur recours aux services sociosanitaires. L'enquête Santé Québec de 1987, première grande enquête sociale et de santé réalisée au Québec, avait bien suscité la publication d'une monographie consacrée aux « communautés culturelles », c'est-à-dire à « des personnes ayant immigré au Canada ou des personnes nées au Canada et de langue maternelle autre que le français ou l'anglais » (Cousineau, 1989). L'auteur soulignait toutefois le manque de spécificité de l'analyse, alors que les « personnes immigrées » provenaient de 25 pays différents, et que les « allophones » parlaient 14 langues différentes! En outre, l'enquête ne rejoignait que les ménages où l'on trouvait au moins une personne de 18 ans et plus ayant une connaissance suffisante du français ou de l'anglais pour répondre aux questions; de ce fait, les immigrants qui ne parlaient pas suffisamment l'une ou l'autre de ces langues risquaient d'être sous-représentés. Comme on le verra dans le chapitre 1 (méthodologie), la présente étude a été conçue de façon à pallier, du moins en partie, ce problème.

Selon les données du recensement de 1996, au Québec, la population immigrée (c'est-à-dire née à l'extérieur du Canada) comptait 665 000 personnes,

soit 9,4 % de l'ensemble de la population. Ces immigrants étaient concentrés à 88 % dans la région métropolitaine de Montréal, et représentaient 18 % de la population totale de cette région.

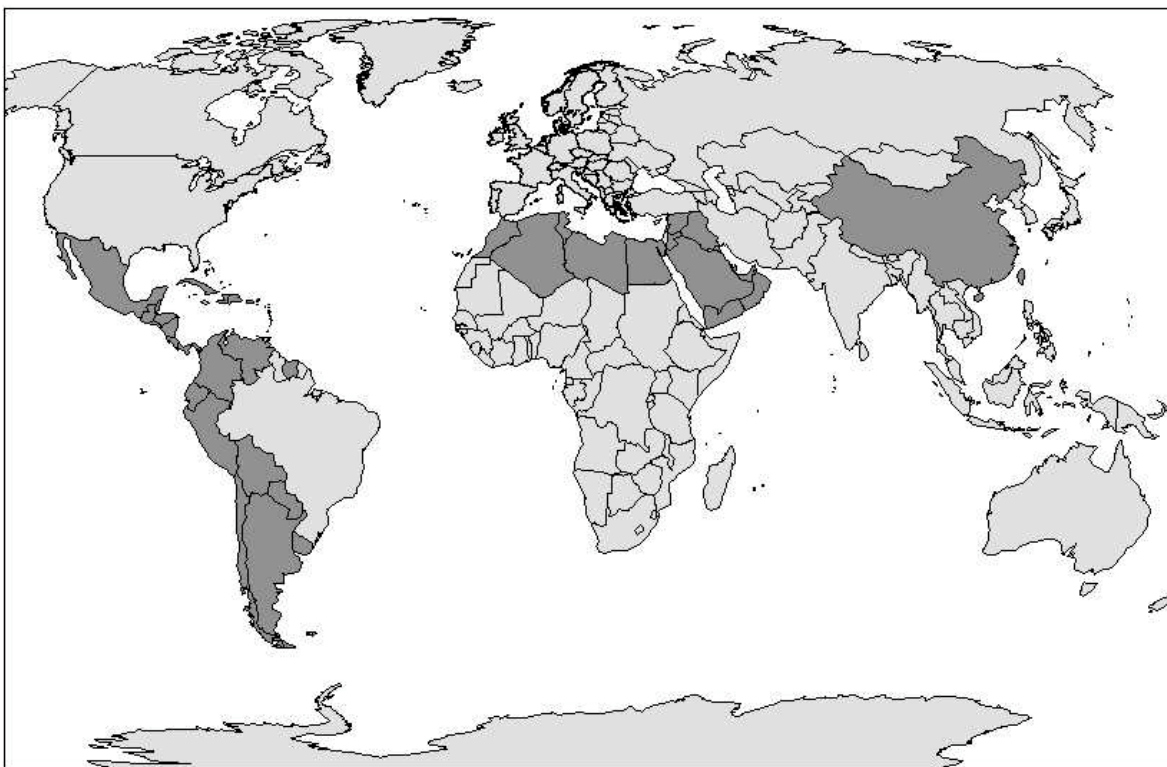
De toute évidence, le profil de l'immigration change d'année en année, en fonction des aléas de la vie politique et économique internationale. C'est ainsi que « l'on trouve au Québec des communautés culturelles d'implantation relativement ancienne, et d'autres d'immigration plus récente » (MSSS, 1993 : 18). Ce sont ces immigrants plus récents que l'étude a voulu rejoindre. Il était toutefois impossible de couvrir l'ensemble des immigrants récents, ne serait-ce qu'en raison de contraintes logistiques. Un comité *ad hoc*, mis sur pied pour la conceptualisation de l'étude et la préparation d'un protocole de recherche, a donc défini des critères de choix des communautés qui seraient visées par l'étude. Après discussion, les critères suivants ont été retenus : il devait s'agir de groupes d'arrivée récente ou de groupes parmi lesquels on trouvait un contingent important d'immigrants récents; on ne considérait que les groupes desquels on pouvait tirer un échantillon assez grand pour permettre de faire une analyse significative en fonction de plusieurs variables; on cherchait à couvrir un éventail assez large de groupes ethniques provenant de différentes aires géographiques; enfin, il fallait que l'administration de l'étude demeure possible et que le budget global soit acceptable quant aux bailleurs de fonds, ce qui supposait entre autres qu'on ne multiplie pas indûment le nombre de communautés à rencontrer, les langues d'entrevue, et ainsi de suite.

Groupes retenus dans l'étude

En fonction des quelques considérations d'ordre pratique qui précèdent, les groupes retenus sont ceux qui proviennent des quatre régions suivantes : les pays du Maghreb et du Moyen-Orient, d'où provenait 26 % de la vague migratoire de la période 1986-1992; Haïti – au cours de cette même période 1986-1992, les Haïtiens représentaient 5,8 % des immigrants se destinant au Québec; la Chine populaire, Hong Kong, Taïwan et Macao – les quatre pays réunis fournissaient 10,5 % des immigrants admis au cours de la période 1986-1992; et les pays hispanophones des Amériques, cette dernière catégorie regroupant le Mexique, l'Amérique centrale, les Antilles hispanophones et l'Amérique du Sud à l'exception du Brésil,

et ayant fourni au cours de la période 1986-1992 12 % des immigrants se destinant au Québec. Bien que ces quatre groupes ne représentent pas *l'ensemble* des immigrants récents, ils représentaient tout de même 55 % des immigrants de la période 1986-1992, et on ne s'attendait pas à ce que cette proportion diminue de façon notable dans la période visée par l'étude. En outre, le choix de ces communautés permettait de limiter à six le nombre des langues d'entrevue, soit le français, l'anglais, l'arabe, le créole, le chinois (cantonais ou mandarin) et l'espagnol. Quant à la répartition géographique des pays d'origine, un coup d'œil à la carte ci-dessous permettra d'en juger.

Pays d'origine des populations couvertes par l'Étude sur les communautés culturelles



Source : Unité d'études et analyses
Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation
Ministère de la Santé et Services sociaux, Octobre 2002.

Objectifs de l'étude

L'objectif général de l'étude était de recueillir des renseignements pertinents sur les habitudes de vie, sur certains problèmes sociaux et de santé et sur le profil de consommation de services sociosanitaires d'immigrants récents appartenant à diverses communautés culturelles, afin de permettre aux planificateurs, aux chercheurs et aux intervenants de mieux identifier les besoins et les secteurs prioritaires d'intervention. De façon plus spécifique, l'étude visait à :

- fournir aux planificateurs, aux chercheurs et aux intervenants une source d'information permettant de faire des liens entre les conditions et habitudes de vie, les problèmes sociaux et de santé physique et mentale et les modes de consommation de services;
- identifier les problèmes sociosanitaires liés à l'adaptation à un nouveau milieu, et les modalités de résolution de ces problèmes;
- identifier des secteurs prioritaires d'intervention;
- identifier les obstacles à l'accès aux services de santé et aux services sociaux chez les membres des communautés concernées par l'étude.

Cadre conceptuel

Tout comme *l'Enquête sociale et de santé 1998*, également réalisée par la Direction Santé Québec de l'Institut de la statistique du Québec mais auprès de la population du Québec dans son ensemble, la présente étude propose une approche systémique qui permet de tenir compte des multiples aspects ou dimensions de la santé et du bien-être. Dans ce modèle, on considère cinq paliers ou niveaux imbriqués l'un dans l'autre et en interrelation constante, soit : les caractéristiques de l'individu, son milieu de vie immédiat, son réseau d'appartenance, les conditions sociales et l'environnement physique, ainsi que les normes, valeurs et idéologies dominantes (Clarkson et Pica, 1995; Daveluy et autres, 2000). En ce qui concerne *l'Étude auprès des communautés culturelles*, cette approche s'avère d'autant plus utile qu'elle a permis d'explorer des

dimensions parfois négligées, telles que les diverses conceptions de la santé et de la maladie ou encore, les relations entre la religion ou la vie spirituelle et l'état de santé et de bien-être.

Par ailleurs, il apparaît important de dire à quoi font référence, dans le cadre de cette étude, les termes « culture » et « communautés culturelles ». Comme le mentionne Doutreloux (1995), la notion de « culture » évoque des représentations fort diverses et, tout comme les notions de « santé » ou de « vie », n'est pas facile à conceptualiser. Le même auteur décrit la culture comme une manière, chez le groupe et ses membres, « de construire dans l'imaginaire toute réalité les concernant à partir de l'expérience historique concrète et en mettant en relation tous les niveaux de réalité constituant cette expérience dans leurs contextes propres » (Doutreloux, 1995 : 245). Dans le cadre de la présente étude, cette définition a l'avantage de permettre de faire le lien d'une part avec le modèle systémique utilisé (les différents « niveaux de réalité ») et, d'autre part, avec l'expérience historique, concept qui couvre à la fois le contexte historico-social du pays d'origine et le vécu pré-migratoire de l'immigrant.

Doutreloux souligne également avec justesse l'hétérogénéité qui peut exister à l'intérieur d'une même société ou d'une même « culture » selon que l'on vit en milieu rural ou urbain, ou en fonction de divers facteurs tels que le niveau d'instruction, la profession, le niveau socioéconomique, et ainsi de suite. L'auteur poursuit en mentionnant que ces sous-ensembles « partagent une bonne part de leurs systèmes culturels avec leurs homologues par delà toutes les frontières mais se caractérisent encore vis-à-vis de ces homologues par des construits culturels propres, cette fois, aux ensembles historiques dans lesquels ils s'insèrent toujours. [...] Ainsi un Haïtien ou un Égyptien urbanisé et universitaire participe-t-il plus de la culture et de certaine identité de son collègue montréalais que le « concitoyen » gaspésien de ce dernier. Mais en même temps chacun continue d'être urbain, universitaire comme Haïtien, Égyptien, Québécois avec d'autres ensembles de « chez lui », « chez

lui » tantôt étroitement circonscrit, tantôt de plus en plus large selon les contextes et leurs complexifications de la réalité » (Doutreloux, 1995 : 249).

On le voit, tout n'est pas si simple. Comment alors peut-on parler de « communautés culturelles », dans un contexte comme celui de la présente étude où, en plus, on regroupe sous un même chapeau des personnes en provenance de divers pays, ne serait-ce parfois que parce qu'elles partagent la même langue? En fait, on a recours à ce terme parce qu'au Québec, il est sanctionné par l'usage, en particulier dans les milieux gouvernementaux. Dans ce contexte, on entend généralement par « communauté culturelle » un regroupement de personnes d'origine autre que française, anglaise ou autochtone qui se reconnaissent des traits culturels communs et, en particulier, qui conservent certaines des caractéristiques du pays d'origine — sur le plan de la langue, de la religion ou des valeurs, par exemple — et ce, souvent même après plusieurs générations au Québec.

Un dernier concept reste à éclaircir, soit celui du statut des immigrants. En pratique, les immigrants sont admis au Québec sous trois catégories administratives (MCCI, 1989) : la catégorie « famille », celle des « réfugiés » et celle des « indépendants ». La catégorie du requérant principal du visa est donnée à l'ensemble du groupe qui migre avec lui, usuellement son conjoint et leurs enfants. Les immigrants de la catégorie « indépendants » sont soumis à un processus de sélection basé sur un système de pointage évaluant diverses caractéristiques, parmi lesquelles figurent l'âge, l'état de santé, l'instruction, l'emploi projeté et l'expérience professionnelle. Il faut noter que la catégorie « indépendants » comprend la catégorie des « gens d'affaires » et celle des « parents aidés ». La catégorie « famille » concerne les parents proches — comme les conjoints, les enfants à charge, les parents (âgés de 60 ans et plus) et les grands-parents — qui sont parrainés par un résident canadien. Il s'agit en quelque sorte d'une seconde vague migratoire. La catégorie « réfugiés et personnes en détresse » comprend les réfugiés au sens de la Convention de Genève sur le statut des réfugiés, les personnes

définies collectivement, par règlement, comme personnes en situation de détresse et les personnes qui sont dans une situation de détresse telle qu'elles méritent une considération humanitaire. Ce statut peut être acquis à l'étranger, avant l'arrivée au Canada. Il s'agit la plupart du temps de personnes qui ont été sélectionnées dans des camps de réfugiés. Il existe une autre façon, plus incertaine, d'obtenir ce statut : il s'agit des demandeurs d'asile qui réussissent à être régularisés. La présente étude rejoint des immigrants reçus de chacun des statuts (famille, réfugié ou indépendant), et exclut les demandeurs d'asile en attente de statut.

Structure du rapport

Un premier chapitre porte sur les aspects méthodologiques de l'étude. Plus spécifiquement, ce chapitre traite de la procédure de collecte de l'information ainsi que du traitement des données (validation, pondération et méthodes d'analyse), et enfin, des normes de présentation des résultats. Dans un deuxième chapitre, on s'intéresse à la description de la population et des familles. Tous les autres chapitres présentent des résultats.

Comme dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, la structure du rapport tient compte de l'approche systémique qui a été adoptée. Les premiers chapitres présentent donc des caractéristiques de l'individu, soit d'abord les habitudes de vie et comportements préventifs (chapitres 3 à 7), puis l'état de santé (chapitres 8 à 11), le recours aux services (chapitres 12 et 13) et la consommation de médicaments (chapitre 14).

On s'intéresse ensuite au réseau d'appartenance, avec les chapitres 15 (environnement de soutien) et 16 (conditions socioéconomiques et milieu de travail), puis aux normes, valeurs et idéologies dans le chapitre 17, qui explore les liens entre la religion et la spiritualité et l'état de santé et de bien-être.

Enfin, une conclusion générale fait ressortir les éléments les plus marquants de ces chapitres, et propose quelques éléments de réflexion.

Le présent document constitue le rapport général de *l'Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Une cinquantaine de personnes, statisticiens et chercheurs, y ont collaboré. Un cahier technique (et guide de l'utilisateur) facilitera le travail des chercheurs intéressés à exploiter le fichier des données pour diverses analyses plus poussées.

Bibliographie

CLARKSON, M., et L. PICA (1995). *Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Montréal, Santé Québec, 18 p.

COUSINEAU, D. (1989). *Les communautés culturelles et la santé, ça va?*, Montréal, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 54 p.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et autres (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 642 p. et annexes.

DOUTRELOUX, A. (1995). « Culture et complexité ou du bon usage de la culture » dans TRUDEL, F., P. CHAREST et Y. BRETON (éds.). *La construction de l'anthropologie québécoise : mélanges offerts à Marc-Adélar Tremblay*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, p. 243-252.

MINISTÈRE DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES ET DE L'IMMIGRATION (MCCI) (1989). *Consultation sur les niveaux d'immigration : le cadre administratif et les aspects légaux et réglementaires de l'immigration au Québec*, Montréal, Direction des communications, 19 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1993). *Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles : orientations et plan d'action 1994-1997*, rédigé par I. Iasenza, Bureau des services aux communautés culturelles, gouvernement du Québec, 68 p.

