

Points de vue des femmes de l'Estrie issues de l'immigration sur leur bien-être et leur santé mentale



ConcertAction
FEMMES ESTRIE



Fédération
des Communautés
Culturelles de l'Estrie





CRÉDITS

RECENSION DES ÉCRITS

Fatou Khoule (FCCE)
Mariame Cissé (FCCE)
Shirley Germain (CAFE)

COLLECTE DES DONNÉES

Ndioro Diouf (FCCE)
Mariame Cissé (FCCE)

ANALYSE DES DONNÉES

Shirley Germain (CAFE)
Ndioro Diouf (FCCE)
Lorénia Véga (FCCE)

RÉDACTION

Shirley Germain
Mariame Cissé
Ndioro Diouf

SUPERVISION GÉNÉRALE

Mariame Cissé (FCCE)
Shirley Germain (CAFE)

RÉVISION LINGUISTIQUE

Michèle Laliberté
Shirley Germain

CONSULTATION EXTERNE

Chantal Doré

PhD Professeure titulaire École des sciences infirmières
Université de Sherbrooke

Catherine Bessette

Agente de planification, de programme et de recherche
Direction des services généraux, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Jacqueline Schneider

Chercheuse d'établissement,
CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal
Professeure associée
Département d'anthropologie, Université de Montréal

GRAPHISME ET MISE EN PAGE

Dolorès Lemoyne



Dès sa fondation le 26 avril 1994, la FCCE s'est donnée comme mission de regrouper et représenter les associations issues des communautés culturelles dans le but de défendre leurs droits et leurs intérêts. La FCCE assume également le rôle d'interface entre les acteurs socio-économiques, culturels, politiques et les associations monoethniques afin qu'elles puissent assurer une réelle intégration de leurs membres en région.



ConcertAction

FEMMES ESTRIE

ConcertAction Femmes Estrie (CAFE), la table de concertation régionale en défense collective des droits des femmes, a été créée pour répondre à des besoins de liaison, de concertation et de solidarité. Avec ses groupes membres, CAFE intervient dans une pluralité de domaines tels la santé, l'éducation, la lutte contre la pauvreté et les violences genrées, le droit au logement, le développement social et l'accès aux instances décisionnelles.

Cette recherche a été rendue possible grâce au financement du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans le cadre de la mise en oeuvre du Plan d'action en santé et bien-être des femmes (PASBEF).

DROIT DE REPRODUCTION

La reproduction et l'utilisation, en tout ou en partie, de ce document doivent en indiquer la source de la façon suivante : Germain, S., Cissé, M., Diouf, N., Khoule, F., & Véga, L. (2025). *Points de vue des femmes de l'Estrie issues de l'immigration sur leur bien-être et leur santé mentale* (56 pages). ConcertAction Femmes Estrie et Fédération des communautés culturelles de l'Estrie.

© CAFE, 2025

ISBN : 978-2-9809129-7-9

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

TABLE DES MATIÈRES

Mise en contexte	6
Liste des abréviations	7
Méthodologie.....	8
1.1. Revue de littérature	8
1.2. Enquête quantitative	8
1.3. Enquête qualitative	9
1.4. Considérations éthiques.....	9
1.5. Forces et limites de l'enquête.....	9
Revue de littérature.....	10
2.1. La situation de l'immigration	10
2.2. Définition de la santé mentale.....	11
2.3. Les déterminants sociaux de la santé mentale	11
2.4. Santé et bien-être des personnes immigrantes	13
2.5. Les barrières à l'accessibilité aux soins de santé mentale pour les personnes immigrantes	15
2.6. Santé mentale et vie étudiante	18
2.7. Santé mentale et COVID-19	18
Résultats : Enquête quantitative	20
3.1. Définition des concepts	20
3.2. Profil et situation familiale.....	21
3.3. Statut d'immigration des répondantes.....	22
3.4. Niveau de scolarité des répondantes	22
3.5. Langue officielle parlée et maîtrise du français des répondantes	23
3.6. Situation économique	23
3.7. Niveau d'intégration et comparaison de la santé mentale des femmes avant et après avoir immigré au Québec.....	24
3.8. Symptômes courants de détresse psychologique vécus par les immigrantes depuis leur installation au Québec et les moyens qu'elles utilisent pour se détendre	26
3.9. Santé mentale et vie étudiante	27
3.10. Accessibilité aux services et ressources de santé mentale.	28
3.11. Santé mentale, bien être et contexte périnatal	29
Résultats de l'enquête qualitative : focus group	30
4.1. Choc culturel et adaptation climatique	30
4.2. Difficultés d'intégration sur le marché de l'emploi	30
4.3. Stress et vulnérabilité des femmes en attente de statut	31
4.4. Discrimination, stigmatisation et préjugés en milieu universitaire	31
4.5. L'absence de couverture de santé de certaines femmes	31
4.6. Recommandation des femmes immigrantes	32
Conclusion.....	34
Références et annexes	36
Références	36
Annexe 1 - Formulaire de consentement.....	41
Annexe 2 - Questionnaire pour la population immigrante.....	43



LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Carte de la santé et ses déterminants.....	12
Figure 2 : Ville de résidence des répondantes	21
Figure 3 : Continent d'origine des répondantes	21
Figure 4 : Âge des répondantes.....	22
Figure 5 : Statut matrimonial des répondantes	22
Figure 6 : Statut d'immigration des répondantes.....	22
Figure 7 : Niveau de scolarité des répondantes	23
Figure 8 : Maîtrise du français des répondantes	23
Figure 9 : Langues officielles parlées par les répondantes	23
Figure 10 : Occupation des répondantes	24
Figure 11 : Revenu annuel des répondantes	24
Figure 12 : État de santé mentale des répondantes avant et après leur installation au Québec.....	25
Figure 13 : Facteurs ayant influencé la dégradation de la santé mentale des femmes immigrantes après leur installation au Québec	25
Figure 14 : Niveau de stress des répondantes pour la plupart de leurs journées	26
Figure 15 : Moyens de détente utilisés par les répondantes	27
Figure 16 : Défis rencontrés par les étudiantes durant le parcours scolaire	27
Figure 17 : Niveau de difficultés pour accéder aux services de santé mentale	28
Figure 18 : Situations expérimentées en contexte périnatal	29
Figure 19 : Défis rencontrés lors de la recherche d'une place en milieu de garde éducatif à l'enfance	29
Tableau 1 : Fréquence des symptômes courants de détresse psychologique vécus par les répondantes	26
Tableau 2 : Distribution des étudiantes selon la fréquence des symptômes courants de détresse psychologique.....	28

Mise en contexte

MOT DE SHIRLEY GERMAIN

AGENTE DE PROJETS, CONCERTACTION FEMMES ESTRIE (CAFE)

ConcertAction Femmes Estrie (CAFE), fidèle à son engagement envers la défense collective des droits des femmes, se penche depuis plusieurs années sur la question du droit à la santé des femmes dans la région de l'Estrie. Chaque année, nous entamons des discussions avec diverses acteur-trices du réseau de la santé afin de mieux cerner les enjeux qui touchent les femmes estriennes.

En novembre 2022, nous avons organisé plusieurs ateliers avec nos groupes membres et des organismes œuvrant auprès des femmes de la région, afin d'identifier les principaux défis auxquels elles sont confrontées en matière de santé et de bien-être. Ces échanges, notamment avec la Fédération des communautés culturelles de l'Estrie (FCCE), ont révélé que les femmes immigrantes de l'Estrie rencontrent des difficultés spécifiques liées à leur santé mentale. En cherchant à approfondir ces observations, nous avons constaté un manque de données disponibles sur cette population dans la région.

Par ailleurs, ces dernières années ont vu une augmentation notable de la population immigrante au Québec, et Sherbrooke, en tant que ville d'accueil des réfugiées, est pleinement intégrée à cette dynamique. Il devient donc essentiel de mieux documenter les problématiques de santé mentale des femmes immigrantes de l'Estrie pour comprendre leurs réalités et proposer des solutions adaptées. C'est dans cet esprit qu'en collaboration avec la FCCE, nous avons décidé de mener une enquête auprès des femmes immigrantes de la région. Cette enquête vise à éclairer les défis qu'elles rencontrent en matière de santé mentale dans un contexte migratoire.

Conscientes que les femmes ne forment pas un groupe homogène et que chacune vit des réalités distinctes, CAFE intègre l'approche intersectionnelle et l'analyse différenciée selon les sexes (ADS+) dans tous ses travaux. Ces principes ont guidé l'élaboration de l'enquête.

Cette recherche se veut un point de départ pour susciter une prise de conscience collective et encourager les acteur-trices du milieu à accorder plus d'attention à la santé mentale des femmes immigrantes. En sensibilisant et en informant, nous espérons stimuler des initiatives concrètes qui répondent à leurs besoins spécifiques et facilitent leur accès à des services de soutien adaptés.



MOT DE MARIAME CISSÉ

DIRECTRICE ADJOINTE, RESPONSABLE DU COMITÉ FEMMES
FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES DE
L'ESTRIE (FCCE)

Les femmes des communautés culturelles en Estrie contribuent activement au développement de notre collectivité, mais elles sont également confrontées à des défis qui impactent leur qualité de vie et leur bien-être.

Dans le cadre de cette recherche, qui vise à recueillir leurs points de vue sur leur santé mentale et leur bien-être, la Fédération des Communautés Culturelles de l'Estrie (FCCE) participe à sa manière à l'atteinte des objectifs du plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024 du gouvernement du Québec.

Depuis plus de 25 ans, la FCCE, en partenariat avec les organismes du milieu, dont ConcertAction Femmes Estrie, a mis en place plusieurs initiatives pour améliorer les conditions de vie des femmes des communautés culturelles dans notre région.

C'est donc avec une immense fierté que nous vous présentons les résultats de cette recherche, une première en Estrie, qui donne la parole à celles qui en sont souvent privées et permet de mieux comprendre leur quotidien et leur vécu.

La mise en œuvre des recommandations issues de cette recherche nous permettra de développer une stratégie collaborative entre les femmes immigrantes et les organismes du milieu, afin de mieux répondre aux besoins exprimés par celles-ci.

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont participé à cette recherche.



LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADS+

Analyse différenciée selon le sexe

CAFE

ConcertAction Femmes Estrie

CHUS

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CIUSSS

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC

Centre local de services communautaires

FCCE

Fédération des communautés culturelles de l'Estrie

ISQ

Institut de la statistique du Québec

ISS

Inégalités sociales de santé

RP

Résidence permanente

RPCÉ

Réfugié·e·s pris en charge par l'État

SANC

Service d'aide aux Néo-Canadiens

SSP

Soins de santé primaire

1

Méthodologie

L'état des lieux repose sur des informations issues de trois sources complémentaires : d'une part, une analyse de la littérature grise (rapports, statistiques et analyses) ainsi que de la littérature scientifique; d'autre part, une enquête quantitative réalisée auprès de femmes immigrantes vivant au Québec depuis dix ans ou moins et résidant en Estrie; enfin, une enquête qualitative menée auprès d'une dizaine de femmes immigrantes de cette même région.

1.1. Revue de littérature

La recension des écrits porte sur les communautés de personnes immigrantes. Par définition, le terme « immigrant·e » désigne une personne qui est, ou a déjà été, un·e immigrant·e reçu·e ou un·e résident·e permanent·e, c'est-à-dire une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider de façon permanente au Canada. Les personnes immigrantes ayant obtenu la citoyenneté canadienne par naturalisation sont également incluses dans cette catégorie (Gouvernement du Canada, 2021). En revanche, la catégorie des résident·e·s non permanent·e·s englobe les personnes originaires d'un autre pays dont le lieu de résidence habituel est le Canada et qui sont titulaires d'un permis de travail, d'un permis d'études, ou qui ont demandé le statut de réfugié (demandeur·euse·s d'asile). Les membres de la famille vivant avec des titulaires de permis de travail ou d'études sont également inclus, à l'exception des personnes qui sont déjà citoyennes canadiennes ou immigrantes reçues/résidentes permanentes (Gouvernement du Canada, 2021).

Dans cette étude, le terme « immigrant·e » est utilisé pour désigner toute personne née à l'extérieur du Canada et résidant au Québec depuis plus de six mois, indépendamment de son statut migratoire.

Les informations de la littérature scientifique incluses dans cette recension proviennent d'études recueillies à l'aide du moteur de recherche Google Scholar ainsi que de bases de données telles que PubMed, Medline, entre autres. Environ une soixantaine d'articles ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence.

Quant aux informations provenant de la littérature grise, elles ont été tirées de diverses sources, notamment des publications municipales, provinciales et fédérales en santé publique, ainsi que de rapports et d'articles de journaux.

1.2. Enquête quantitative

Cette enquête descriptive visait à recueillir les points de vue des femmes immigrantes de l'Estrie sur leur santé et leur bien-être. Les données ont été collectées principalement via un questionnaire en ligne sur Google Forms, complété par des rencontres en personne pour certaines femmes ayant des barrières linguistiques, avec des questionnaires en format papier, afin de mieux les accompagner dans leurs réponses. La collecte de données s'est déroulée de mars à mai 2024, et leur saisie ainsi que leur analyse ont été réalisées sur Excel.

Les critères d'inclusion comprenaient les femmes âgées de 18 à 64 ans, immigrées au Québec depuis 10 ans ou moins, résidant en Estrie et présentes sur le territoire québécois depuis plus de 6 mois

Ont été incluses dans l'étude, les femmes âgées de 18 à 64 ans, ayant immigré au Québec depuis 10 ans ou moins, qui ont plus de 6 mois sur le territoire québécois et qui habitent en Estrie.

1.3. Enquête qualitative

Les données qualitatives ont été recueillies à partir des récits de vie obtenus lors d'un groupe de discussion. Ce type de discussion ou d'entrevue semi-structurée constitue une méthode de collecte de données qui réunit des participantes pour répondre à des questions posées par un investigateur principal ou une équipe de recherche (Focus group and Semi-Structured interviews | Vice-Principal (Research), 2024). La session, d'une durée de deux heures, a été enregistrée avec le consentement des participantes. Bien que la liberté d'expression des participantes ait été encouragée, la discussion s'est structurée autour d'un guide d'entretien, centré sur leur expérience migratoire et les obstacles affectant leur santé mentale et leur bien-être. L'analyse des données a été réalisée selon une approche thématique.

1.4. Considérations éthiques

Les données ont été collectées en respectant les principes éthiques suivants :

- Consentement libre et éclairé des participantes ;
- Respect de la confidentialité et protection des renseignements personnels ;
- Sécurisation de la base de données. Les participantes ont été informées des objectifs de la recherche, de leur droit de se retirer ou de prendre une pause à tout moment pendant l'entretien, ainsi que de l'usage strictement scientifique des données recueillies. Le consentement verbal et écrit a été obtenu pour toutes les participantes.

1.5. Forces et limites de l'enquête

L'un des principaux atouts de cette étude réside dans son caractère novateur, car très peu de recherches ont été menées sur la santé mentale des femmes immigrantes au Québec et encore moins en Estrie. De plus, offrir la possibilité à ces femmes, souvent au croisement de multiples oppressions, de s'exprimer, représente un pas vers leur autonomisation et la justice sociale.

Néanmoins, cette étude présente certaines limites. La majorité des participantes proviennent de la ville de Sherbrooke, ce qui pourrait ne pas refléter les réalités des femmes immigrantes vivant en milieu rural ou dans des villes plus petites. En outre, en raison de ressources financières et humaines limitées, nous avons privilégié les groupes de discussion aux entretiens individuels, ce qui a probablement inhibé certaines participantes dans le partage de leurs expériences personnelles.



Revue de littérature

2.1. La situation de l'immigration

2.1.1 LE CANADA

Selon Statistique Canada (2022), le Canada demeure un pays attractif pour des millions de personnes à travers le monde qui choisissent de s'y établir, et cette tendance persiste encore aujourd'hui. En 2021, près d'un quart de la population (23 %), soit plus de 8,3 millions de personnes, étaient ou avaient déjà été des immigrant·e·s reçue·s ou des résident·e·s permanent·e·s au Canada. Il s'agit de la proportion la plus élevée parmi les pays du G7. Face à une population vieillissante et un taux de natalité insuffisant pour assurer le renouvellement démographique, l'immigration est devenue le principal moteur de la croissance de la population canadienne. Si ces tendances se maintiennent, les projections démographiques récentes de Statistique Canada estiment qu'en 2041, la proportion de personnes immigrantes dans la population pourrait se situer entre 29,1 % et 34,0 % (statistique Canada, 2021).

2.1.2. LE QUÉBEC

Selon le recensement de 2021, le Québec comptait 1 210 600 personnes immigrantes et 205 770 résident·e·s non permanent·e·s. Au cours des deux dernières années, la province a observé une augmentation significative du nombre de personnes résidentes temporaires (Gouvernement du Canada, 2022). En 2023, en plus des 52 800 immigrant·e·s permanent·e·s, un nombre record de 174 200 immigrant·e·s temporaires a rejoint la population

du Québec. Ce groupe a porté l'effectif total à 560 000 personnes à la fin de l'année. Il comprend environ 234 000 travailleur·euse·s étranger·ère·s temporaires, 177 000 demandeur·euse·s d'asile et 124 000 étudiant·e·s internationaux·ales, dont certain·e·s détiennent aussi un permis de travail. Selon les données d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, Statistique Canada estime qu'au 1^{er} janvier 2024, le Québec abritait 19 % des travailleur·euse·s étranger·ère·s temporaires du pays, 54 % des demandeur·euse·s d'asile et 12 % des étudiant·e·s internationaux·ales (Québec, s. d.).

2.1.3. LA RÉGION DE L'ESTRIE

Dans la région de l'Estrie, on compte 17 580 personnes immigrantes, dont 8 785 femmes et 8 795 hommes. Cette population est relativement jeune, près de la moitié (48,8 %) ayant entre 25 et 54 ans, comparativement à environ un tiers (35,9 %) de la population native (Direction régionale de l'Estrie, 2022).

Les cinq groupes ethniques les plus représentés parmi les personnes immigrantes de l'Estrie sont :

- **Les Français·es**, avec 2 155 personnes (7,4 % de la population immigrante).
- **Les Haïtien·ne·s**, avec 1 580 personnes (5,4 %).
- **Les Marocain·e·s**, avec 1 365 personnes (4,7 %).
- **Les Algérien·ne·s**, avec 1 235 personnes (4,2 %).
- **Les Mexicain·e·s**, avec 1 145 personnes (3,9 %) (ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, 2021).

2.1.4. VILLE DE SHERBROOKE

Sherbrooke est une ville d'accueil et d'installation pour les personnes réfugiées prises en charge par l'État. Selon le Service d'aide aux Néo-Canadiens (SANC), en 2022, le nombre de personnes accueillies, tous statuts confondus, a augmenté de 91,6 %, en partie grâce à l'allègement des mesures sanitaires liées à la COVID-19. On observe une augmentation marquée des demandeur·euse·s d'asile, des réfugié·e·s pris en charge par l'État (RPCÉ) et des travailleur·euse·s temporaires, ces trois statuts représentant à eux seuls 68 % des personnes accueillies (Service d'aide aux Néo-Canadiens, 2022).

L'Association éducative transculturelle (AET) ainsi que d'autres groupes accueillent également des réfugié·e·s parrainé·e·s par le secteur privé. Les personnes arrivées avec ces statuts ont souvent un parcours migratoire qui les rend particulièrement vulnérables au développement de problèmes de santé psychologique, tels que le trouble de stress post-traumatique (TSPT).

Ainsi, une étude sur ce sujet est particulièrement pertinente pour mettre en lumière le manque de ressources en santé mentale, les défis d'accès aux services existants, et l'inadaptation de ces ressources aux besoins de cette population dans notre région (Service d'aide aux Néo-Canadiens, 2022).

2.2. Définition de la santé mentale

La maladie mentale et la santé mentale sont deux notions distinctes, bien qu'interreliées, qui nécessitent de nouvelles stratégies d'intervention pour promouvoir le mieux-être des populations. La Commission de la santé mentale du Canada (2012), ainsi que de nombreux rapports, soulignent l'importance de promouvoir la santé mentale pour l'ensemble de la population et de prévenir la maladie mentale le plus tôt possible (Bouchard et al., 2018).

L'Organisation mondiale de la Santé partage cette vision et définit la santé mentale comme « un état de

bien-être mental qui nous permet de faire face aux sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, d'apprendre et de travailler efficacement, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, et constitue la base de nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à établir des relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain. Elle est aussi essentielle au développement personnel, communautaire et socio-économique » (Robert & Gilkinson, 2012).

En d'autres termes, « la santé mentale dépend d'une interaction complexe entre les facteurs de risque qui la mettent en péril et les facteurs sociaux et psychologiques qui la protègent » (Robert & Gilkinson, 2012).

2.3. Les déterminants sociaux de la santé mentale

Les déterminants sociaux de la santé sont un ensemble des facteurs qui influencent l'état de santé de la population. Ces facteurs ne sont pas toujours des causes directes et ils sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements (physique, économique, politique et socioculturel) (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2022; Institut national de santé publique du Québec, s.d.).

Pour l'analyse des déterminants, le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2022) a créé une carte de la santé et ses déterminants. Cette carte regroupe les facteurs de santé mentale, physique et globale dans quatre dimensions ou champs qui sont en interaction constante à travers le temps et l'espace (Figure 1). La première dimension représente « les caractéristiques individuelles » qui comprennent quatre catégories : les caractéristiques biologiques et génétiques, les compétences personnelles et sociales, les habitudes de vie et les comportements, et les caractéristiques socio-économiques. Chaque individu est non seulement

biologiquement unique, mais il a également une histoire unique qui influence sa santé mentale.

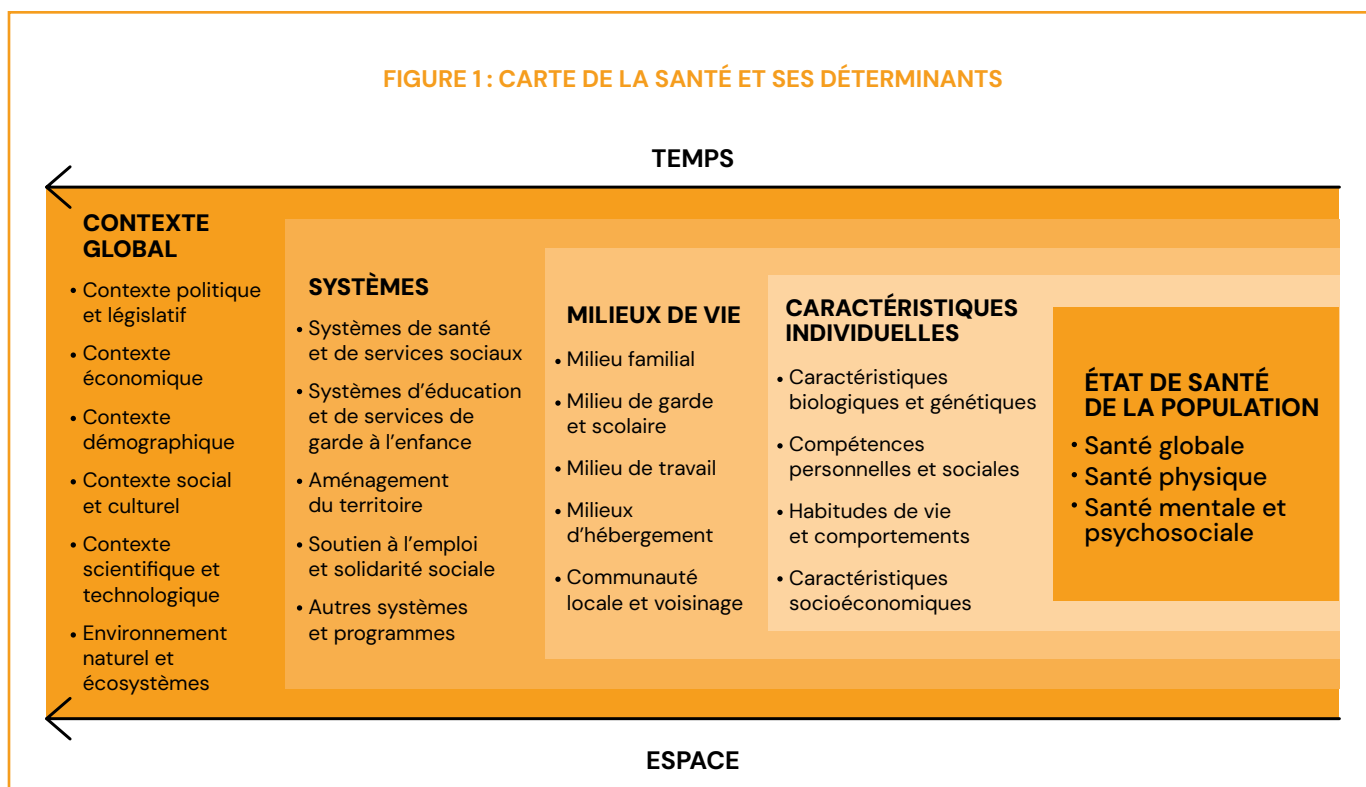
Le deuxième champ est représenté par « les milieux de vie » qui comprend la famille, l’environnement scolaire et de garde des enfants, le travail, le logement, la communauté locale et le voisinage. Essentiellement, le fait que les individus interagissent, travaillent et vivent dans des lieux différents peut influencer positivement ou négativement leur développement ainsi que leur capacité à agir et à jouer les rôles qu’ils endossent.

La troisième dimension renvoie aux « systèmes » et inclut les systèmes d’éducation et de services de garde à l’enfance, de santé et de services sociaux, d’aménagement du territoire, de soutien à l’emploi et solidarité sociale et d’autres systèmes et programmes. Ces systèmes sont administrés par l’État et ses partenaires, et regroupent des organisations nationales, régionales et locales ainsi que les ressources pour offrir des services à la population ou pour l’application des lois et règlements.

Le dernier champ, « le contexte global », est constitué d’un ensemble d’éléments macroscopiques qui influencent la vie en société, soit de manière positive en augmentant le bien-être, soit négative en accentuant les inégalités. Les contextes pris en compte incluent les dimensions politique et législatif, économique, démographique, social et culturel, scientifique et technologique, ainsi que l’environnement naturel et les écosystèmes.

Il existe des inégalités sociales et des disparités de répartition de ces déterminants entre les différents niveaux de la société et les groupes sociaux. Ces inégalités sont généralement fondées sur la position sociale, le revenu, l’éducation, l’appartenance ethnoculturelle, le genre ainsi que la distribution inégale du pouvoir, des ressources et des biens et services. En effet, les données disponibles montrent que plus les individus sont socialement et économiquement défavorisés, plus leur santé est vulnérable (Institut national de santé publique du Québec, s.d.). À ce sujet, Rousseau (2021) mentionne que les communautés ethnoculturelles sont directement affectées par les transformations

FIGURE 1: CARTE DE LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS



de leur environnement social et physique inhérentes à leur processus d'immigration. Ces transformations peuvent entraîner des conséquences sur la santé mentale des immigrants. C'est pourquoi il est important de considérer l'immigration et les lieux de refuge comme un déterminant social de la santé.

2.4. Santé et bien-être des personnes immigrantes

Parler de la santé mentale des personnes immigrantes et réfugiées, c'est donc parler de l'effet d'un contexte social et légal particulier sur le bien-être et les difficultés cognitives, émotionnelles et comportementales de personnes qui ont vécu personnellement (première génération), ou à travers leurs parents (deuxième génération), un processus d'immigration ou de refuge. Cela implique de réfléchir de manière dynamique à une trajectoire comprenant un vécu prémigratoire, ainsi qu'un parcours migratoire souvent prolongé et ardu (Rousseau, 2021).

L'analyse des données de l'Enquête longitudinale auprès de la population immigrante du Canada (ELIC) indique qu'environ 29 % des personnes immigrantes rapportent des problèmes psychologiques et 16 % un niveau de stress élevé (Robert et Gilkinson, 2012). Les personnes réfugiées sont les plus enclines à signaler des troubles psychologiques et un stress important, les femmes étant particulièrement touchées (Robert et Gilkinson, 2012).

2.4.1. LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES NOUVELLEMENT ARRIVÉES AU CANADA

Selon les études de Phaneuf (2009), les familles nouvellement arrivées au Québec sont exposées à une fragilisation sur le plan de la santé mentale. Outre les défis liés à l'adaptation à un nouveau pays, où elles sont souvent séparées de leur réseau de soutien naturel, ces personnes doivent s'acclimater à un environnement social, politique, culturel et linguistique complexe, qui leur est inconnu. Leur vulnérabilité sur tous les plans les

contraint souvent à accepter, pour survivre, des conditions de travail proches de l'exploitation, et à faire face à la discrimination, aux bouleversements et à la désintégration familiale liés à la migration. Ces familles doivent surmonter ces épreuves sans pouvoir compter sur le soutien moral et économique de leurs proches. Par ailleurs, elles sont souvent privées de l'appui nécessaire des services de santé et des services sociaux, soit parce qu'elles ne connaissent pas bien ces ressources, soit parce qu'elles les jugent mal adaptées à leur réalité. Bien qu'elles ne présentent pas plus de troubles de santé mentale que les personnes nées au Canada, le stress intense auquel elles sont soumises les rend vulnérables au découragement, à l'anxiété et à la dépression. En effet, les résultats de l'Enquête longitudinale auprès des personnes immigrantes du Canada (ELIC) montrent que les perceptions des personnes immigrantes récentes (0-5 ans) à l'égard du processus d'établissement sont liées à des problèmes psychologiques. Selon les données recueillies par l'approche participative, les personnes immigrantes récentes étaient plus susceptibles d'être d'accord ou tout à fait d'accord avec l'idée qu'elles pourraient perdre leur emploi ou leur principale source de revenu (21 %), comparativement aux personnes immigrantes établies (11 %) et aux personnes nées au Canada (11 %). De plus, parmi les personnes immigrantes récentes qui craignaient de perdre leur emploi, 44 % présentaient des symptômes correspondant à une anxiété modérée à sévère, contre 19 % pour celles qui ne redoutaient pas cette perte (Evra et Mongrain, 2020).

2.4.2. SANTÉ MENTALE DES FEMMES APPARTENANT À DES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES

À travers la littérature, il apparaît que la santé mentale des femmes immigrantes est particulièrement affectée par le processus migratoire. En plus du stress inhérent au déplacement et aux difficultés économiques, de nombreuses femmes font face à des tensions supplémentaires liées à la grossesse, car une grande partie d'entre elles arrivent dans leur pays d'accueil en âge de procréer. De plus, la

prise en charge exigeante des nourrissons, surtout lorsqu'elle est assumée sans le soutien d'un-e partenaire ou de la famille élargie, peut entraîner des symptômes dépressifs. À ces facteurs s'ajoutent des difficultés telles que la méconnaissance de la langue et des pratiques médicales locales, ainsi que les séquelles de leur passé prémigratoire, incluant des traumatismes graves tels que la torture, le viol ou la perte de proches (Phaneuf, 2009).

Il est également essentiel de comprendre que les femmes issues de communautés ethnoculturelles, souvent isolées dans des cercles familiaux restreints, dépendent fortement de leur noyau familial. Elles sont souvent confrontées à diverses formes de discrimination ou de violence (sexuelle, raciale, conjugale, etc.) et doivent parfois assumer seules toutes les responsabilités familiales, ce qui engendre un stress additionnel pour cette population (Phaneuf, 2009).

De manière générale, les femmes sont fréquemment exposées à plusieurs facteurs de vulnérabilité qui affectent leur santé mentale et leur bien-être. Parmi ces facteurs, on peut citer :

- **Lestress**: Les femmes peuvent manquer d'énergie pour accomplir leurs tâches quotidiennes. La famille est fréquemment mentionnée comme une source majeure de stress, tout comme un revenu insuffisant, la perte d'un proche, la violence conjugale et les violences sexuelles.
- **Les inégalités socio-économiques** : Une situation financière précaire et la pauvreté sont des sources significatives de stress.
- **L'exclusion sociale et la stigmatisation** : La discrimination fondée sur la race, le genre, ou la classe sociale peut avoir un impact négatif sur la santé mentale. L'accès limité aux professionnels de la santé mentale et la peur d'être jugée ou stigmatisée aggravent cette situation.
- **Les environnements défavorables** : Grandir dans une famille dysfonctionnelle, avoir été maltraitée pendant l'enfance, vivre dans des conditions défavorables au bien-être, faire face à des problèmes de dépendance, de violence psychologique, et d'insécurité au foyer sont

autant de facteurs qui peuvent compromettre la santé mentale (Bédard et al., 2022).

2.4.3. GROSSESSE ET SANTÉ MENTALE

Il est essentiel d'évaluer la santé mentale des femmes enceintes, car celle-ci peut avoir des répercussions non seulement sur leur santé physique, mais également sur celle de l'enfant à naître ainsi que sur son développement (Gouvernement du Canada, 2014). Une étude menée par Lecompte et Rousseau (2021) a révélé que l'accouchement, déjà une épreuve en soi, devient un facteur aggravant de l'anxiété et des symptômes dépressifs lorsqu'il s'accompagne de complications ou d'isolement. En effet, 54 % des participantes présentaient des signes d'anxiété ou de dépression. Les mères immigrantes sont particulièrement vulnérables aux troubles de santé mentale au cours des années suivant l'accouchement, plus que les femmes non immigrantes. Cela s'explique principalement par l'isolement propre au contexte migratoire, ces nouvelles mères ne pouvant souvent pas bénéficier du soutien et des conseils des femmes de leur entourage.

Le soutien social, qu'il provienne du/de la partenaire, de la famille ou des ami-e-s, constitue un facteur de protection essentiel contre les troubles mentaux post-partum. Les conclusions de l'étude susmentionnée soulignent l'importance de préserver la santé mentale des mères, de briser leur isolement et de les soutenir dans leur rôle parental, en particulier lorsqu'elles vivent dans des conditions de précarité. Il s'agit là non seulement d'enjeux médicaux, mais également de responsabilités sociales (Observatoire des réalités familiales du Québec, 2021).



2.5. Les barrières à l'accessibilité aux soins de santé mentale pour les personnes immigrantes

2.5.1 DIFFICULTÉ D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE (SSP)

Les personnes immigrantes rencontrent divers obstacles lorsqu'il s'agit d'accéder aux soins de santé dans leur pays d'accueil. Une étude qualitative menée au Canada en 2015 a identifié quatre principaux facteurs influençant l'accès des personnes immigrantes aux soins de santé primaires (Gma, 2015) :

1. Barrières informationnelles

Plusieurs personnes ont trouvé le système de soins canadien complexe et difficile à comprendre et à naviguer.

2. Barrières de communication

Ce facteur concerne les difficultés de communication entre les personnes immigrantes et les prestataires de soins. L'étude a révélé que les interactions étaient limitées non seulement par des lacunes linguistiques, mais aussi par des différences culturelles dans l'interprétation des échanges verbaux et non verbaux. Bien que les personnes immigrantes établies rencontrent moins de problèmes que les personnes nouvellement arrivées, les barrières linguistiques restent un obstacle majeur, surtout en ce qui concerne les termes médicaux. Les différences ethnoculturelles compliquent également la communication, certains termes ayant des significations différentes selon les contextes culturels.

3. Barrières socioéconomiques

Les faibles revenus peuvent limiter l'accès aux soins de santé et empêcher le paiement des frais médicaux. De plus, des conditions sociales inéquitables entraînent un accès inégal aux services de santé. Par exemple, certaines personnes ont un statut d'immigration ne leur donnant pas accès à la carte d'assurance maladie et du coup, elles auront plus de difficultés à obtenir des soins nécessaires.

D'autant plus les défis liés à la langue, à l'information, aux connaissances et au transport auxquels la population immigrante est confrontée réduisent souvent leur utilisation des services de soins.

4. Expériences négatives antérieures

Une expérience négative au sein des services de santé peut dissuader les patient-e-s, en particulier celles et ceux provenant de contextes ethnoculturels différents, de recourir à ces services à l'avenir. Les immigrante-s rapportent que ces expériences négatives sont dues à des conflits culturels, des malentendus, des divergences de valeurs ou des erreurs médicales. Un manque de confiance, résultant de ces expériences passées négatives, a découragé certaines personnes immigrantes de faire appel aux services de soins de santé dans le futur.

En ce qui concerne l'accessibilité aux soins de santé mentale, la situation est encore plus criante. Les personnes immigrantes et réfugiées rencontrent de nombreux obstacles pour accéder aux services de santé mentale, que ce soit au Québec ou ailleurs au Canada (Rousseau, 2021). D'après Ourhou et coll. (2022), les obstacles perçus par la population immigrante sont variés et complexes. Premièrement, les difficultés liées au racisme et à la discrimination dans le contexte migratoire, ainsi que la méconnaissance et le manque de familiarité avec les conseils professionnels et les services cliniques conventionnels, poussent souvent les personnes immigrantes à éviter le système de soins de santé. Deuxièmement, les auteur-e-s soulignent des obstacles liés aux perceptions du système de santé, comme une vision erronée des soins en santé mentale, des croyances non comprises par les professionnels-le-s de santé, une méconnaissance des troubles psychologiques, une méfiance envers les soignants-e-s et un faible niveau d'acculturation. Troisièmement, des facteurs pratiques tels que les problèmes de transport, l'absence d'assurance maladie, la peur de perdre son emploi, l'éloignement géographique, le coût élevé des soins, et les difficultés à organiser des périodes de repos restreignent également l'accès aux services. Enfin, les différences culturelles et linguistiques jouent un rôle déterminant

dans l'utilisation des services de santé mentale par la population immigrante. Il est donc crucial que les intervenant·e·s en santé mentale prennent en compte l'impact fondamental de la culture dans la gestion des problèmes émotionnels des personnes immigrantes. (Aina et Morakinyo, 2011).

2.5.2. LA PERCEPTION DE LA SANTÉ MENTALE SELON LES CULTURES

La diversité culturelle influence la manière dont la santé mentale est perçue, conceptualisée et traitée. Chaque culture apporte une perspective unique sur ce qui constitue une « maladie mentale » ou un « problème de santé », influençant directement la recherche de soins et l'expression des symptômes. Dans certaines cultures, la santé mentale est étroitement liée à des croyances spirituelles ou religieuses, ce qui pousse parfois les individus à se tourner vers des méthodes de guérison traditionnelles ou alternatives au lieu des approches médicales occidentales (Gopalkrishnan, 2018). En Afrique subsaharienne, par exemple, les troubles mentaux sont souvent expliqués par des causes magico-religieuses, comme la sorcellerie ou la possession spirituelle (Okpalauwaekwe et al., 2017).

La stigmatisation des troubles mentaux est un autre facteur important. Selon le gouvernement du

Canada (2023), la stigmatisation réfère aux attitudes, croyances ou comportements négatifs à l'égard d'un groupe de personnes en raison de leur situation personnelle. Elle correspond à un phénomène social basé sur la discrimination d'un individu ou d'un sous-groupe par un groupe dominant ou majoritaire (Bichsel et Conus, 2017). Dans de nombreuses sociétés, la santé mentale est minimisée ou entourée de honte. Consulter un·e psychiatre peut être perçu comme un signe de « folie » (Société canadienne de pédiatrie, 2023). Par exemple, au Burkina Faso, où la maladie mentale reste largement taboue et où les ressources en psychiatrie sont limitées, les femmes subissent une « double peine » à cause des préjugés liés à la maladie mentale et à leur genre (Barthet, 2022). Les personnes malades sont parfois appelées « geenga » (« folles » en langue moré) ou « sorcières », ce qui illustre la stigmatisation et l'exclusion sociales auxquelles elles sont confrontées. Des études montrent des perceptions similaires en Chine, où les troubles mentaux sont associés à une incapacité à s'intégrer dans la société et à une vie d'internement psychiatrique (Lin, 2021).

Le manque de littératie en santé mentale aggrave davantage cette stigmatisation. Il est important que les professionnel·le·s de santé mentale tiennent compte des spécificités culturelles dans la prise en charge des patients. Informer les communautés sur les réalités des troubles mentaux est essentiel pour réduire la stigmatisation et faciliter l'accès aux soins (Aina et Morakinyo, 2011).

2.5.3 LE RACISME SYSTÉMIQUE ET INÉGALITÉS DE GENRE

Le racisme systémique, aussi appelé « racisme institutionnel », reste souvent dissimulé dans divers secteurs de la société. Ce phénomène complexe, enraciné dans des facteurs historiques, idéologiques, politiques, économiques et culturels, touche de manière disproportionnée les communautés noires et d'autres minorités racisées. Ses répercussions, profondes et durables, se traduisent par des formes d'exclusion, de subordination, de marginalisation, de précarité et, parfois, d'auto-exclusion. Ces



mécanismes renforcent les inégalités sociales, notamment dans le domaine de la santé, affectant principalement les personnes racisées dans des sphères telles que l'emploi, la sécurité publique, l'éducation, la santé, la justice, la protection de la jeunesse et le logement (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, 2021). Par ailleurs, les inégalités sociales en matière de santé sont fortement influencées par les rapports de genre. L'intersection entre les inégalités de genre et celles de santé crée une réalité complexe, façonnée par divers facteurs tels que l'âge, le handicap, l'ethnicité, l'identité de genre et l'orientation sexuelle (Spitzer, 2005). Les femmes sont plus exposées que les hommes aux inégalités sociales en santé, la précarité économique constituant une cause majeure. En effet, elles ont moins de chances d'occuper des emplois à temps plein bien rémunérés, et leurs salaires horaires restent inférieurs (ISQ, 2021b). La situation des femmes immigrantes est particulièrement préoccupante. Une étude comparative réalisée par l'institut de la statistique du Québec (ISQ) sur la participation au marché du travail et les revenus d'emploi des femmes immigrantes et non immigrantes de 25 à 54 ans au Québec, fondée sur les recensements de 2006 et 2016, a mis en évidence des disparités significatives. En 2016, le taux d'emploi des immigrantes ayant obtenu leur diplôme postsecondaire à l'étranger était de 67 %, comparé à environ 80 % pour celles diplômées au Québec ou ailleurs au Canada, et 89 % pour les non-immigrantes (Marché du travail et rémunération, Numéro 27, août 2021).

Ces données révèlent également des écarts salariaux notables. Le revenu moyen des immigrantes de 25 à 54 ans s'établissait à environ 37 000 \$, contre 45 000 \$ pour les non-immigrantes, soit un écart de 17 %. Cet écart atteignait 23 % chez les femmes âgées de 35 à 44 ans, et 22 % chez celles titulaires d'un diplôme d'études secondaires (Marché du travail et rémunération, Numéro 27, août 2021).


Les responsabilités familiales amplifient également ces disparités salariales. En 2015, l'écart de revenu entre les immigrantes et les non-immigrantes était d'environ 14 % pour les ménages avec un enfant, 20 % pour ceux avec deux enfants, et 26 % pour ceux avec trois enfants ou plus. Dans cette dernière catégorie, les immigrantes gagnaient environ 33 000 \$, contre 44 000 \$ pour les non-immigrantes (Marché du travail et rémunération, Numéro 27, août 2021).

La durée de résidence au Canada influence également ces écarts. Les immigrantes résidant au Canada depuis plus de 10 ans gagnaient en moyenne 42 000 \$, réduisant l'écart à seulement 6 % par rapport aux non-immigrantes. Cependant, celles installées depuis moins de cinq ans faisaient face à un écart de près de 40 % (Marché du travail et rémunération, Numéro 27, août 2021).

Les données soulignent aussi des disparités liées au statut de minorité visible¹. En 2016, le taux d'emploi des femmes immigrantes de 25 à 54 ans ne faisant pas partie d'une minorité visible s'élevait à environ 75 %, tandis que celui des immigrantes issues d'une minorité visible était de 66 %. Ces chiffres démontrent clairement que les immigrantes ne constituent pas un groupe homogène, des différences marquées étant observées en fonction de leur origine ethnique.

Ces inégalités ont un impact direct sur la santé mentale et le bien-être des femmes immigrantes. Elles peuvent ressentir de la frustration, de l'insatisfaction dans leur emploi, et parfois être contraintes de quitter leur poste, augmentant ainsi leur risque de pauvreté. Une étude sur les mères monoparentales noires et immigrantes au Québec a révélé que toutes les femmes interrogées avaient été victimes de discrimination, en raison de leur origine ethnique, de leur accent ou de leur apparence physique, et qu'elles avaient été traitées différemment (Tsanang, 2023).

¹ Le gouvernement du Québec définit les membres des minorités visibles comme des personnes, à l'exclusion des Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n'ont pas la peau blanche. Cela inclut notamment les personnes noires, arabes, asiatiques, latino-américaines et caribéennes.



De plus, selon une étude menée par Otmani (2021), les médecins immigrants algériens se sentent souvent marginalisés par la société québécoise, en raison de la non-reconnaissance de leurs diplômes et compétences. Cette situation amplifie leur sentiment de dévalorisation, renforçant leur désillusion et leur perte de confiance en eux-mêmes, au point de se considérer comme des « médecins de second rang » (Otmani, 2021).

En somme, le croisement du racisme systémique, des inégalités de genre et des obstacles spécifiques rencontrés par les femmes immigrantes crée un ensemble de barrières qui exacerbent à la fois les inégalités sociales de santé et économiques. Ces défis multiples plongent certaines femmes dans une précarité accrue, rendant leur parcours d'intégration et leur bien-être global d'autant plus difficiles.

2.6. Santé mentale et vie étudiante

Plusieurs études ont démontré que la santé psychologique de la population étudiante constitue un enjeu de première importance. En 2016, une enquête réalisée auprès de plus de 40 000 personnes de la population étudiante au Canada a révélé que plus de 40 % des personnes interrogées avaient présenté des symptômes dépressifs suffisamment intenses pour altérer leur fonctionnement au cours de l'année précédente (American College Health Association, 2016). Environ 20 % avaient reçu un diagnostic de trouble anxieux, 18,5 % s'étaient senties tellement déprimées qu'elles avaient eu de la difficulté à fonctionner, et 13 % avaient sérieusement songé au suicide (American College Health Association, 2016).

Une autre étude qualitative menée en 2018–2019 par l'Ordre des psychologues du Québec a également montré que cette population vit des problèmes d'anxiété, de sommeil et de dépression, avec une santé mentale qui fluctue, notamment durant les périodes d'examens. Les principales difficultés incluent l'insécurité face aux compétences personnelles, les exigences élevées, la surcharge de

travail, les préoccupations financières et l'isolement social (Turgeon et al., 2023).

Par ailleurs, certaines personnes de cette population sont plus à risque de vivre de la détresse psychologique, notamment les femmes, les personnes issues de groupes minoritaires (en raison de leur appartenance ethnique ou de leur orientation sexuelle), ainsi que celles vivant un stress financier (Eisenberg et al., 2007).

2.7. Santé mentale et COVID-19

Bien avant la pandémie de COVID-19, la santé et la qualité de vie des membres des communautés immigrantes et racisées du Québec étaient déjà affectées de manière disproportionnée par de nombreux facteurs de vulnérabilité d'ordre socio-économique, linguistique et par des discriminations systémiques (Bastien et al., 2020). La crise sanitaire a aggravé cette situation d'accumulation de vulnérabilités (Bastien et al., 2020). De plus, les personnes immigrantes et racisées ont été particulièrement affectées par la fermeture des entreprises jugées non essentielles, notamment celles et ceux occupant des emplois déjà précaires, caractérisés par des conditions instables et une faible ancienneté. Les répercussions économiques de la pandémie ont été, et restent, particulièrement lourdes pour ces populations (Bastien et al., 2020).

2.7.1. EMPLOI ET REVENU DES IMMIGRANTES LORS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

Les personnes immigrantes ont été parmi les groupes les plus vulnérables sur le marché de l'emploi pendant la pandémie (Government of Canada, 2022). Une proportion importante d'immigrant·e·s occupe des emplois faiblement rémunérés et de courte durée, principalement dans des secteurs comme la restauration et l'hébergement. Ces secteurs ont été durement touchés par les mesures de confinement, entraînant une perte d'emploi significative. Les personnes

immigrantes nouvellement admises en 2019 étaient particulièrement à risque. Leur salaire d'entrée médian² en 2020 était de 30 000 \$, soit 6,5 % de moins que celui de la cohorte admise en 2018, qui était de 32 100 \$. Cette baisse reflète l'impact immédiat de la pandémie sur la situation économique des personnes immigrantes récentes (Government of Canada, 2022).

Selon l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), ces personnes étaient d'autant plus vulnérables qu'elles étaient souvent les premières à perdre leur emploi en cas de réduction de personnel, en raison de leur manque d'ancienneté. De plus, la recherche d'emploi est devenue de plus en plus complexe, les recrutements se faisant majoritairement à distance. Cette nouvelle réalité a posé des défis particuliers aux immigrant-e-s, dont certain-e-s n'ont pas accès au matériel informatique nécessaire pour postuler et participer à des entretiens en ligne (Bastien et al., 2020).

Les femmes immigrantes admises en 2019 ont été particulièrement affectées par ces circonstances. Elles ont subi une baisse de leur salaire d'entrée médian de 11,1 %, passant de 26 100 \$ en 2019 à 23 200 \$ en 2020. En comparaison, le salaire médian de leurs homologues masculins a diminué de 5,2 %, passant de 38 100 \$ à 36 100 \$. Par ailleurs, les femmes canadiennes n'ont presque pas été touchées, leur salaire médian étant resté stable sur la même période (33 840 \$ à 33 830 \$) (Government of Canada, 2022). Ces chiffres s'alignent avec les conclusions d'études récentes qui mettent en évidence des écarts en matière d'emploi selon le genre (Gouvernement du Canada, 2021) et le statut d'immigrant-e (Gouvernement du Canada, 2022).

En résumé, la pandémie a révélé et exacerbé les inégalités préexistantes sur le marché du travail, touchant de manière disproportionnée les personnes immigrantes, et plus encore les femmes de ce groupe.



² Selon le gouvernement du Québec, le salaire d'entrée médian correspond au salaire médian déclaré un an après l'admission au Canada en tant que résident-e permanente.

Résultats : Enquête quantitative

3.1. Définition des concepts

Cette section consiste à apporter un éclaircissement sur certains concepts utilisés dans cette étude.

a. Citoyenneté canadienne par naturalisation :

Il s'agit de l'obtention de la citoyenneté canadienne après un processus de naturalisation. Pour être admissible à la citoyenneté canadienne, il faut remplir plusieurs conditions : être résident·e permanent·e, avoir résidé au Canada pendant au moins trois des cinq dernières années, avoir produit une déclaration de revenus si cela était requis, démontrer des compétences linguistiques, réussir un examen de citoyenneté et prêter le serment de citoyenneté.

b. Résidence permanente :

Une personne résidente permanente (RP) est une personne qui a obtenu le statut de RP en immigrant au Canada, mais qui n'est pas encore citoyenne ou citoyen canadien. Les RP sont habituellement citoyennes ou citoyens d'autres pays, tandis que certaines et certains peuvent être des apatrides.

c. Parrainage :

Une personne citoyenne canadienne ou résidente permanente peut parrainer un membre de sa famille (ex. conjoint·e, enfant à charge, parent) pour qu'il vienne vivre au Canada en tant que résident·e permanent·e. Le parrain ou la marraine (également appelé·e garant·e) est responsable de subvenir aux besoins de la personne parrainée durant les premières années. Pendant la période de parrainage, la personne parrainée n'a pas accès à

l'aide sociale, sauf si le parrain ou la marraine refuse de subvenir à ses besoins ou si la cohabitation devient insoutenable (ex. violence conjugale). Dans ce cas, le parrain ou la marraine devra généralement rembourser l'État.

d. Résidence temporaire :

Une personne résidente temporaire est autorisée à rester au Canada pour une période limitée. C'est une personne qui a un visa pour étudier, pour travailler ou pour visiter le Canada. Quand la période de séjour autorisée est expirée, la personne résidente temporaire qui reste au Canada sans autorisation officielle (par exemple : résidence permanente, prolongation de séjour) se retrouve sans statut.

e. Demandeur·euse d'asile :

Une personne demandeuse d'asile est celle qui a déposé une demande de protection en tant que réfugié·e et qui attend la décision des autorités. Si sa demande est refusée, elle est souvent appelée « demandeur·euse d'asile débouté·e » ou « refusé·e ». Cependant, tant qu'une date de déportation ne lui a pas été fixée, cette personne continue d'avoir accès aux mêmes services que les autres demandeur·euse·s d'asile.

f. Réfugié·e accepté·e :

Le statut de réfugié·e est accordé aux personnes qui ont prouvé qu'elles sont exposées à des risques de persécution dans leur pays d'origine et nécessitent la protection du Canada. Une fois ce statut obtenu, la personne réfugiée peut demander un Certificat de sélection du Québec (CSQ) ainsi qu'une résidence permanente, ce qui lui permettra d'accéder à un plus grand nombre de services.

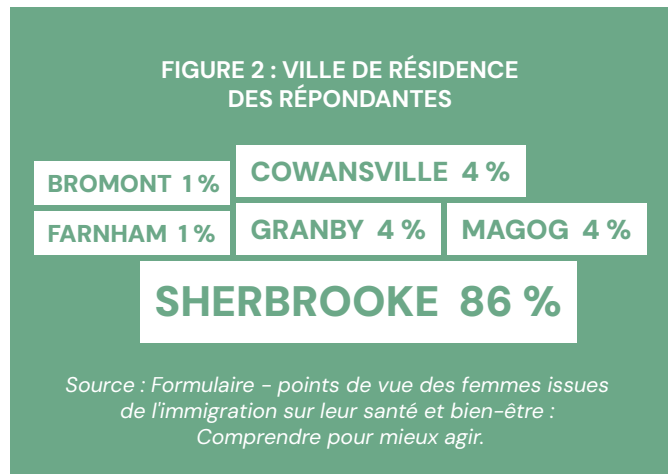
En règle générale, les personnes titulaires d'un **visa de visiteur** ne sont pas prises en compte dans les enquêtes portant sur les populations immigrantes. Toutefois, la FCCE a eu l'occasion de rencontrer plusieurs personnes ayant un visa de visiteur et qui ont entamé des démarches pour prolonger leur séjour au Québec. Nous avons donc décidé d'inclure ces personnes dans notre enquête. Il s'agit ainsi de femmes titulaires d'un visa de visiteur qui sont présentes sur le territoire depuis plus de six mois et qui ont déjà entrepris des démarches pour modifier leur statut (par exemple, une demande de permis de travail ou d'étude en cours).

3.2. Profil et situation familiale

Au total, 80 femmes immigrantes ont répondu au questionnaire. Cependant, seules 76 d'entre elles ont été retenues pour l'analyse, car elles remplissaient les critères d'inclusion. Ces critères stipulaient que les participantes devaient être âgées de 18 à 64 ans, avoir immigré au Québec depuis moins de 10 ans, résider en Estrie, et être présentes sur le territoire québécois depuis plus de six mois. Cette sélection visait à garantir que l'étude portait sur des femmes suffisamment installées pour avoir une expérience d'immigration significative, tout en étant encore dans une phase d'adaptation à leur nouvel environnement. Ces critères permettent de mieux comprendre les défis spécifiques rencontrés par des femmes récemment immigrées, et d'analyser de manière plus ciblée l'impact de l'immigration sur leur bien-être et leur intégration sociale.

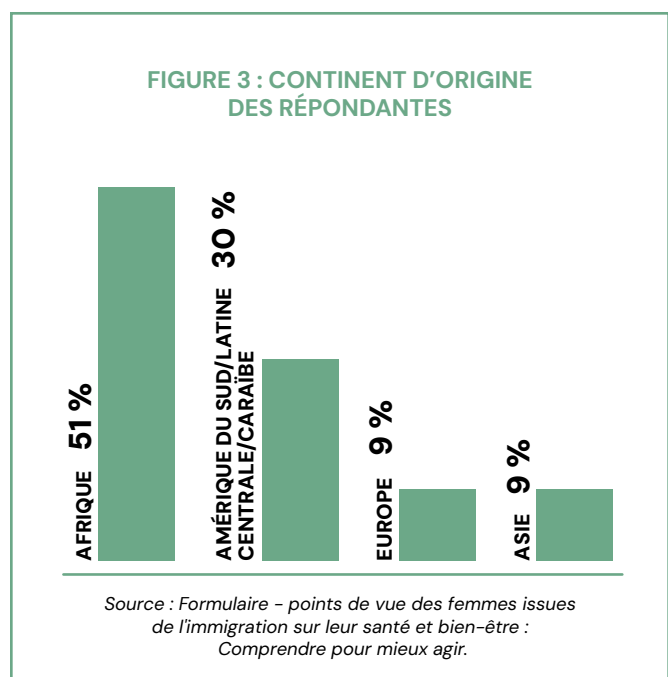
3.2.1. VILLE DE RÉSIDENCE DES RÉPONDANTES

Le graphique ci-dessous indique la répartition des femmes immigrantes répondantes selon leur ville de provenance. La majorité des interrogées résident dans la ville de Sherbrooke, cette dernière comptant pour 86 % de l'échantillon. Bromont, Cowansville, Farnham, Granby et Magog sont les autres villes représentées dans l'échantillon, comptant pour 1 %, 4 %, 1 %, 4 %, et 4 % des répondantes respectivement (figure 2).



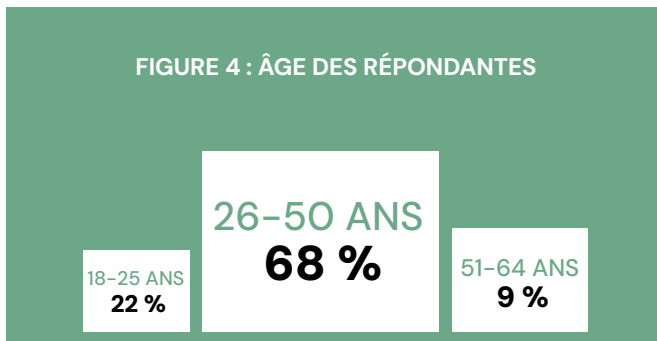
3.2.2 CONTINENTS D'ORIGINE DES RÉPONDANTES

La majorité des répondantes sont originaires d'Afrique (51 %), faisant de cette région la plus représentée dans l'échantillon, suivie par les Amériques (Sud, Latine, centrale et Caraïbes), qui regroupent 30 % des participantes, soit près d'un tiers. Les femmes originaires d'Europe et d'Asie constituent chacune 9 % de l'échantillon, les groupes les moins nombreux. Ces données révèlent une diversité géographique marquée, avec une prédominance des femmes provenant d'Afrique et des Amériques (Latine, Centrale et Caraïbes) (figure 3).



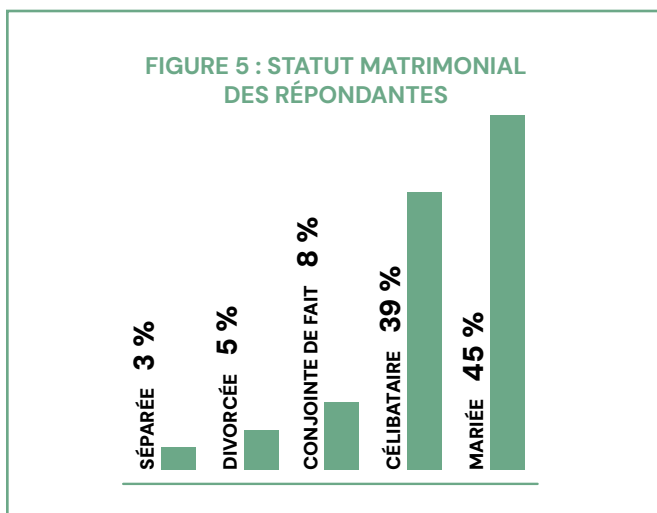
3.2.3 ÂGE DES RÉPONDANTES

La majorité des femmes interrogées, soit 68 %, sont âgées de 26 à 50 ans. Les jeunes femmes de 18 à 25 ans représentent 22 % de l'échantillon, tandis que les femmes de 51 à 64 ans ne comptent que pour 9 %, indiquant une sous-représentation des femmes plus âgées (figure 4).



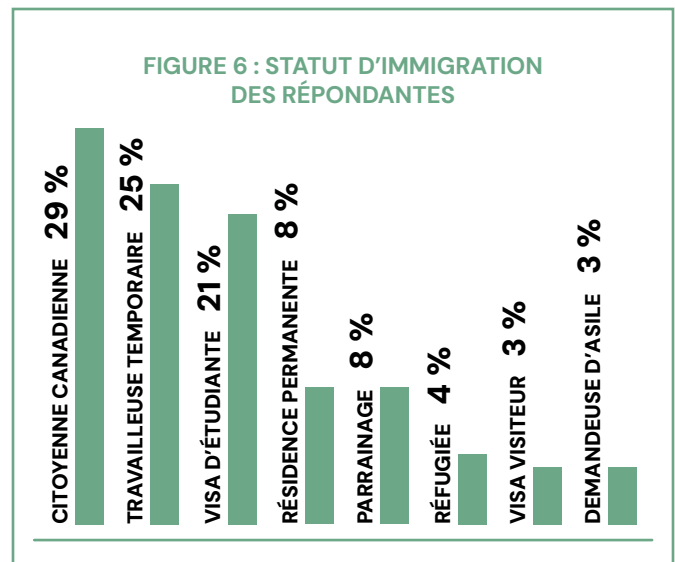
3.2.4. ÉTAT MATRIMONIAL DES RÉPONDANTES

Avec 45 % des répondantes, les femmes mariées forment le groupe le plus représenté, suivies de près par les femmes célibataires, qui constituent 39 % de l'échantillon. Les autres statuts matrimoniaux, tels que les conjointes de fait (8 %), les divorcées (5 %) et les séparées (3 %), sont moins fréquemment observés. Ces résultats révèlent une diversité de statuts matrimoniaux, avec une nette prédominance des femmes mariées et célibataires (Figure 5). Par ailleurs, 35 femmes ont déclaré avoir des enfants, dont 26 avec des enfants mineurs.



3.3. Statut d'immigration des répondantes

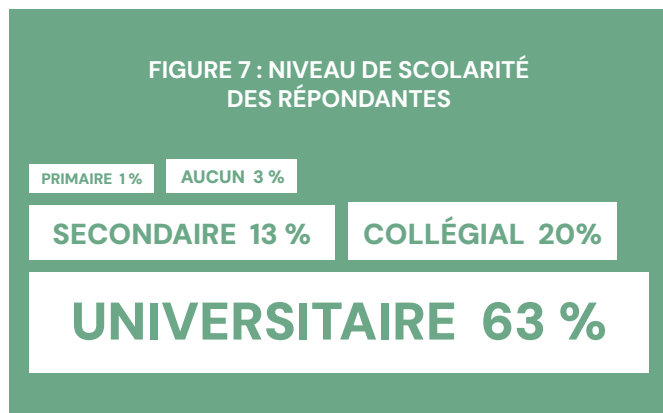
Les femmes ayant obtenu la nationalité canadienne représentent 29 % des répondantes, faisant d'elles le groupe le mieux représenté dans l'échantillon. Elles sont suivies par les travailleuses temporaires, qui comptent pour 25 % des interrogées. Les femmes titulaires d'un visa d'étudiante représentent 21 %, soulignant l'importance des étudiantes internationales au sein de la population immigrante. Les résidentes permanentes et celles ayant obtenu un parrainage constituent chacune 8 % de l'échantillon. Les réfugiées, quant à elles, forment une minorité avec 4 %, tandis que les détentrices d'un visa-visiteur et les demandeuses d'asile affichent les plus faibles proportions, avec 3 % chacune. Par ailleurs, plus de la moitié des femmes (58 %) sont présentes sur le territoire canadien depuis moins de 3 ans.



3.4. Niveau de scolarité des répondantes

La majorité des répondantes, soit 63 %, ont un niveau de scolarité universitaire, ce qui indique une population immigrante échantillonnée hautement qualifiée. Le deuxième groupe en importance est composé de femmes ayant un niveau d'études

collégial, représentant 20 % des interrogées. Les femmes ayant un niveau d'études secondaire constituent 13 % de l'échantillon, tandis que celles ayant un niveau primaire ne représentent qu'une petite fraction, soit 1 %. Enfin, 3 % des répondantes déclarent ne pas avoir de niveau de scolarité (figure 7).

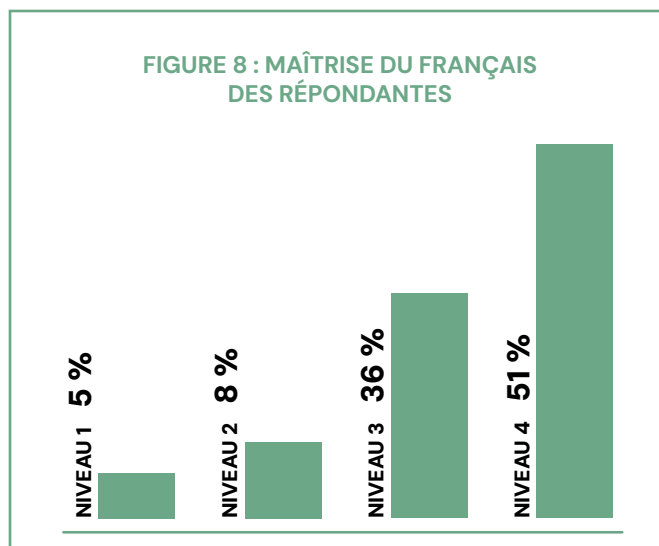


3.5. Langue officielle parlée et maîtrise du français des répondantes

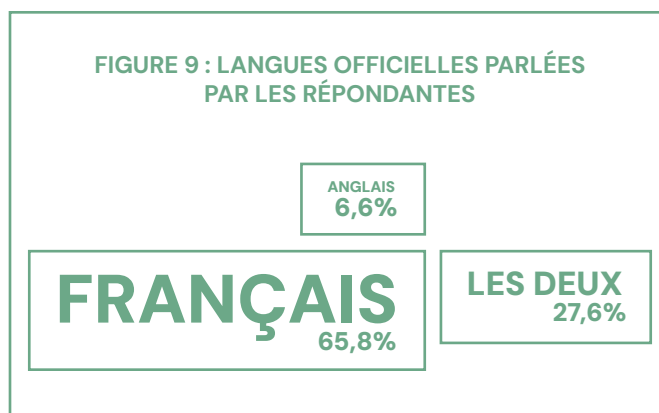
Plus de la moitié de l'échantillon (51 %) des répondantes déclare avoir une bonne maîtrise du français, représentant ainsi la majorité des participantes. Par ailleurs, 36 % d'entre elles affirment posséder un niveau intermédiaire de compétence linguistique. Ces deux groupes forment donc une proportion significative, avec près de 87 % des répondantes ayant une maîtrise satisfaisante du français.

En revanche, les niveaux de compétence plus faibles sont nettement moins représentés : 8 % des répondantes ont indiqué avoir un niveau basique, tandis que 5 % déclarent un faible niveau de maîtrise du français. Ces chiffres mettent en évidence une proportion relativement réduite de personnes en difficulté avec la langue, suggérant que la majorité des répondantes sont à l'aise dans leur utilisation du français (figure 8).

Par ailleurs, environ 66 % des répondantes parlent uniquement le français, 28 % d'entre elles sont



bilingues et parlent à la fois le français et l'anglais tandis qu'une minorité (environ 7 %) ne parle que l'anglais. Ces résultats montrent une prédominance du français parmi les langues officielles parlées par les répondantes (figure 9).

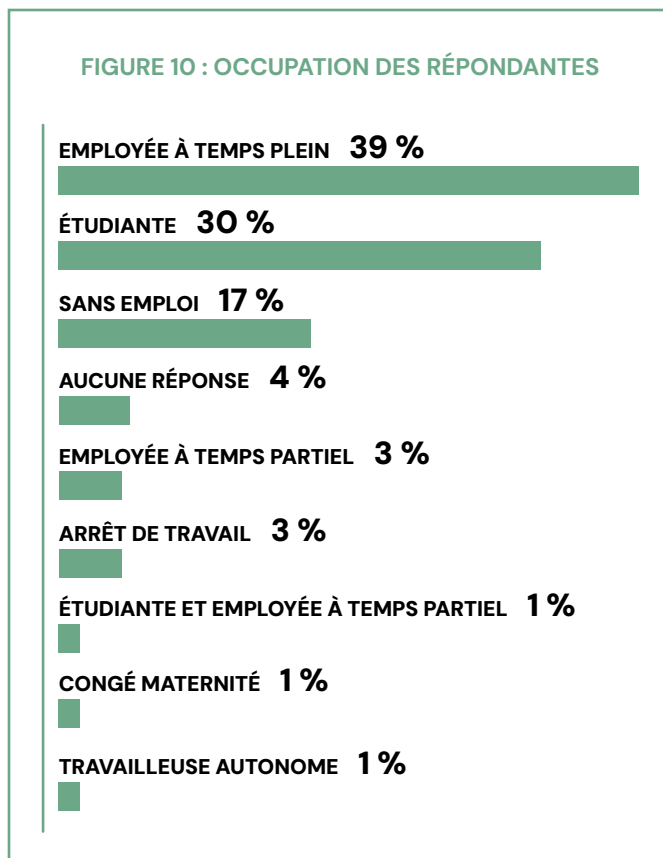


3.6. Situation économique

3.6.1. OCCUPATION DES FEMMES IMMIGRANTES

Les résultats de l'enquête montrent que 39 % des répondantes occupent un emploi à temps plein, ce qui constitue le groupe le plus important. Les étudiantes représentent 32 % de l'échantillon, suivies par les femmes sans emploi qui constituent 17 %. Les répondantes en arrêt de travail et celles qui n'ont pas répondu représentent chacune 4 %, tandis que les employées à temps partiel forment

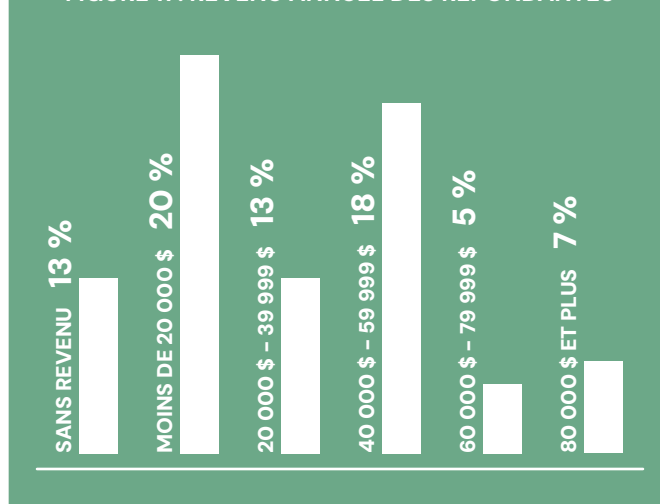
3 % de l'échantillon. Enfin, 1 % des répondantes sont travailleuses autonomes (figure 10).



3.6.2. NIVEAU DE REVENU DES FEMMES IMMIGRANTES

Le graphique 8 présente la répartition du revenu annuel brut des répondantes. Les femmes immigrantes gagnant moins de 20 000 \$ et celles dont le revenu annuel est compris entre 40 000 \$ et 59 999 \$ sont les mieux représentées dans l'échantillon, comptant pour 26 % et 24 % respectivement. Les groupes de répondantes sans revenu et celles ayant un revenu entre 20 000 \$ et 39 999 \$ représentent chacun 17 % de l'échantillon. Enfin, 9 % des femmes gagnent 80 000 \$ ou plus, et 7 % ont un revenu annuel entre 60 000 \$ et 79 999 \$. Ces résultats montrent une grande diversité dans les niveaux de revenu des femmes immigrantes interrogées (figure 11³).

FIGURE 11 : REVENU ANNUEL DES RÉPONDANTES



3.7. Niveau d'intégration et comparaison de la santé mentale des femmes avant et après avoir immigré au Québec

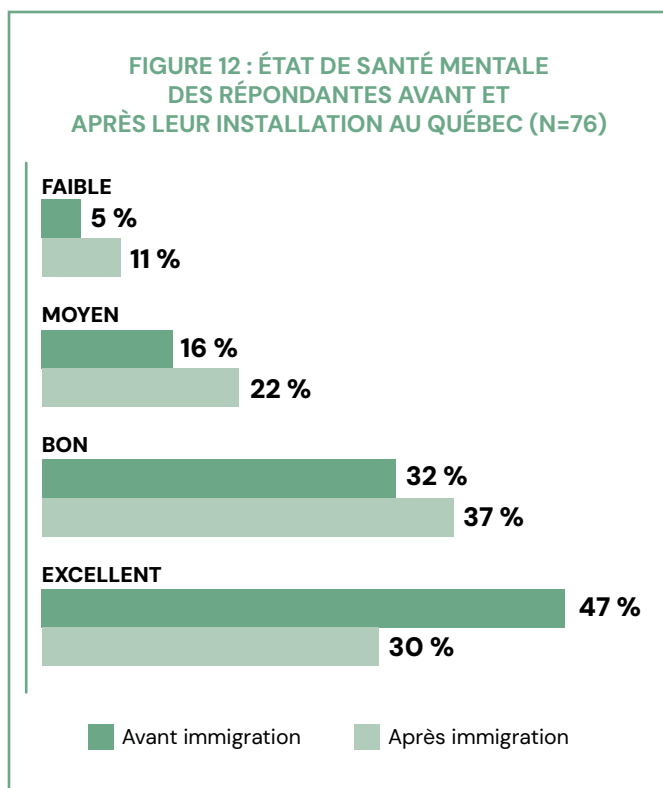
En tenant compte des différents problèmes auxquels les femmes sont confrontées dans leur pays d'origine, on pourrait penser que leur santé mentale et leur bien-être s'améliorent après leur intégration dans un pays sans guerre et où l'insécurité est moindre comparée à leur pays d'origine. Cependant, bien que la majorité des femmes immigrantes évaluent leur niveau d'intégration dans les communautés comme excellent (33 %) et bon (42 %), leur santé mentale et leur bien-être ont tendance à se détériorer après leur installation au Québec. Cela pourrait s'expliquer par les nombreux défis d'adaptation auxquels elles doivent faire face au quotidien.

L'illustration ci-dessous (Figure 12) montre la comparaison de l'état de santé mentale et de bien-être des femmes immigrantes avant et après leur installation au Québec. Ainsi, 47 % des femmes immigrantes mentionnent qu'elles sont arrivées au Québec avec une santé mentale excellente, 32 % jugent que leur santé mentale était bonne, et 16 % considèrent que leur santé mentale était moyenne. Toutefois, après leur installation, on voit clairement

³ Nous avons considéré les femmes dont le statut leur permet d'occuper un emploi à temps plein.

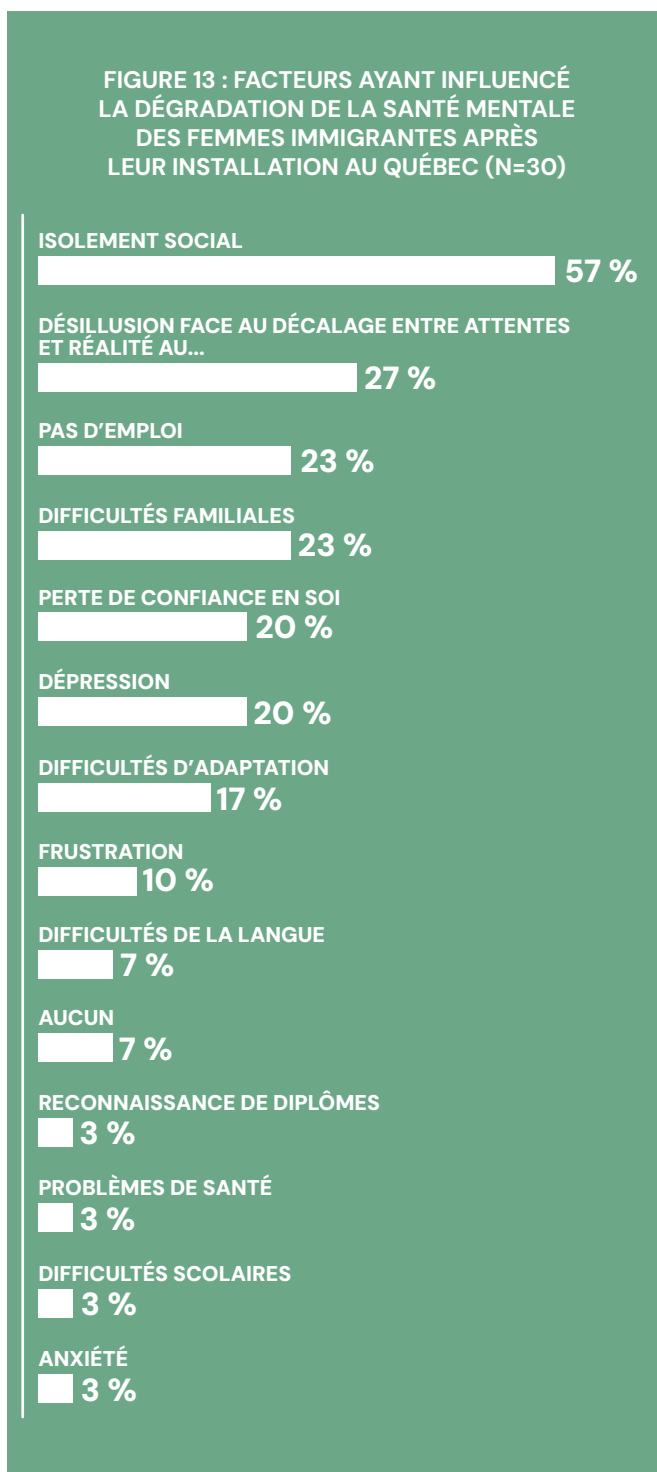
une chute du pourcentage de répondantes avec un état de santé mentale excellent, passant de 47 % à 30 %. De plus, on observe une augmentation du pourcentage de femmes déclarant avoir une santé mentale moyenne et faible, passant respectivement de 16 % à 23 % et de 5 % à 11 % (figure 12).

Ces observations corroborent avec la revue de littérature et mettent en lumière la complexité de l'adaptation des femmes immigrantes. Elles suggèrent que l'amélioration de leur intégration sociale ne se traduit pas automatiquement par une meilleure santé mentale.



Nous avons interrogé les femmes ayant signalé une dégradation de leur santé mentale après leur arrivée au Québec, dans le but de déterminer les principaux facteurs influençant leur bien-être psychologique dans ce nouveau contexte de vie. L'isolement social, mentionné par 57 % des participantes, apparaît comme la cause la plus fréquente, soulignant ainsi l'importance cruciale d'un réseau de soutien pour ces femmes. D'autres facteurs significatifs incluent la désillusion face au décalage entre leurs attentes et la

réalité au Québec (27 %), le manque d'emploi (23 %), les difficultés familiales (23 %), la dépression (20 %) et la perte de confiance en soi (20 %). Ces éléments contribuent à une détérioration marquée de la santé mentale au sein de cette population (figure 13).

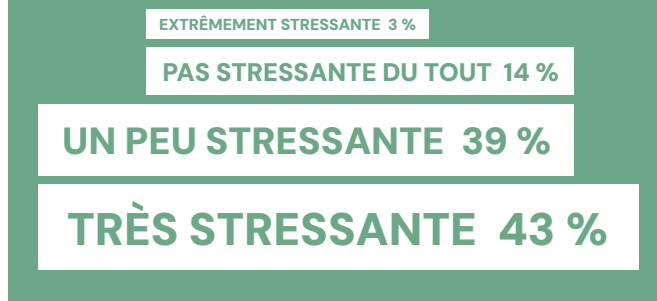


3.8. Symptômes courants de détresse psychologique vécus par les immigrantes depuis leur installation au Québec et les moyens qu'elles utilisent pour se détendre

Comme mentionné dans la littérature, les personnes immigrantes ont tendance à présenter des symptômes de détresse psychologique en raison des différents défis qu'elles rencontrent dans leur pays d'accueil. Nous avons interrogé les répondantes sur la fréquence à laquelle elles vivent des symptômes de détresse psychologique. Les symptômes les plus fréquemment rapportés incluent des sentiments de tristesse, de déprime et de désespoir, ainsi que de la nervosité, de l'anxiété et de la tension. Les symptômes les moins fréquents sont l'irritabilité, la colère et les troubles alimentaires. Les souvenirs pénibles, bien que présents chez certaines, ne sont pas très répandus parmi la majorité des répondantes (Tableau 1).

En outre, 43 % des répondantes ont affirmé que la plupart de leurs journées sont très stressantes et 3 % les trouvent extrêmement stressantes (Figure 14).

FIGURE 14 : NIVEAU DE STRESS DES RÉPONDANTES POUR LA PLUPART DE LEURS JOURNÉES (N=76)

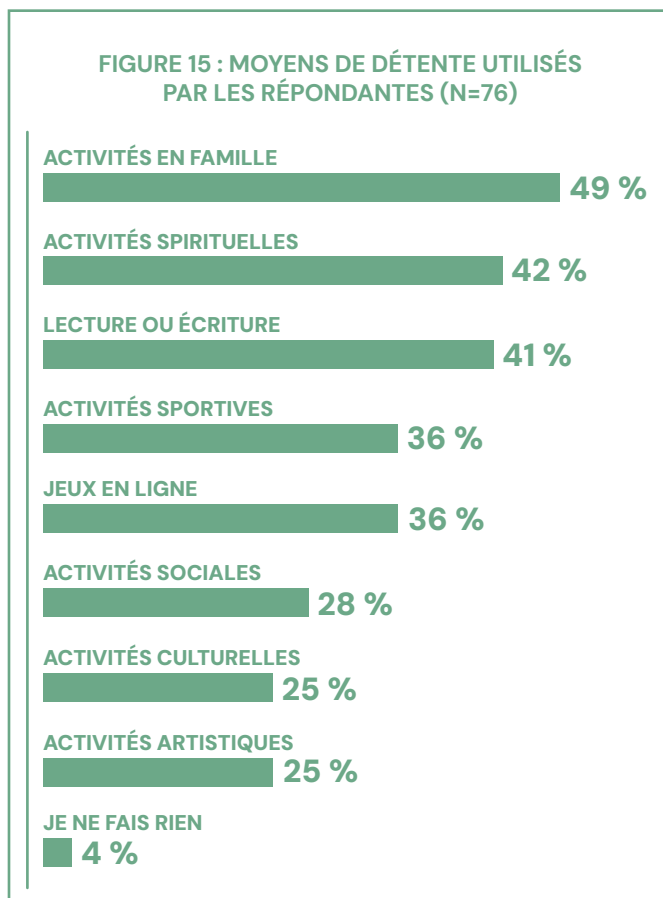


Nous avons également invité les femmes à nous faire part des moyens qu'elles utilisent pour se détendre. Les résultats révèlent une préférence marquée pour les activités en famille (49 %), les activités spirituelles (42 %), la lecture ou l'écriture (41 %), les activités sportives (36 %) et les jeux vidéo (36 %). Les activités sociales (28 %), culturelles (25 %) et artistiques (25 %) sont également des moyens populaires de détente, bien que moins fréquents (Graphique 15). Seule une minorité des répondantes (4 %) ont déclaré ne pas avoir d'activités de détente. On peut donc comprendre que la famille et la spiritualité occupent une place très importante dans la vie quotidienne

TABLEAU 1 : FRÉQUENCE DES SYMPTÔMES COURANTS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE VÉCUS PAR LES RÉPONDANTES

FRÉQUENCE	SYMPTÔMES COURANTS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE							
	Troubles du sommeil	Sentiment de tristesse, déprime et désespoir	Troubles alimentaires	Trouble de concentration	Baisse d'énergie	Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	Irritabilité, colère, agressivité	Souvenirs pénibles
Très fréquemment	3	5	5	6	7	10	1	5
Frequemment	19	13	5	12	15	13	1	10
Parfois	14	19	19	16	20	18	13	12
Rarement	11	21	19	16	12	12	26	10
Jamais	29	18	28	26	22	23	35	39
TOTAL	76	76	76	76	76	76	76	76

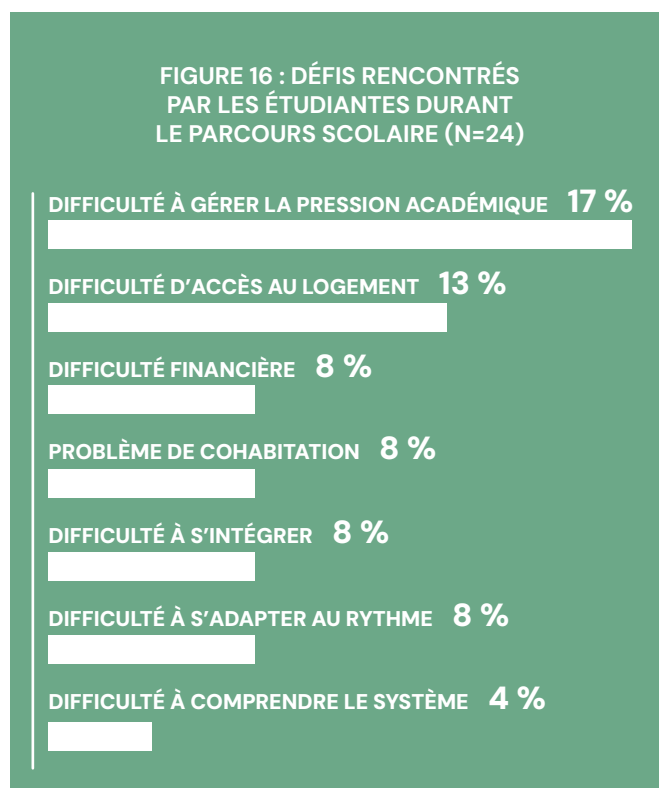
des femmes immigrantes. Cela pourrait expliquer pourquoi l'isolement social et la perte du réseau de soutien après leur installation dans leur pays d'accueil causent une détérioration de leur santé mentale et de leur bien-être (Figure 15).



3.9. Santé mentale et vie étudiante

Comme le montre la littérature, la population étudiante est exposée à plusieurs facteurs de stress susceptibles d'augmenter le risque de dépression et d'anxiété, notamment les exigences scolaires, la nécessité d'assumer différents rôles, l'endettement et la recherche d'équilibre entre la vie personnelle et les études. Il est aussi important de rappeler que les femmes sont parmi les plus à risque de développer une détresse psychologique (Turgeon et al., 2023). De ce fait, nous avons donc décidé d'interroger les étudiantes sur les défis qu'elles ont rencontrés au cours de leur parcours scolaire.

Les défis les plus courants pour les étudiantes sont la gestion de la pression académique (17 %) et l'accès au logement (13 %), tandis que les autres défis comme les difficultés financières, les problèmes de colocation, l'intégration, et l'adaptation au rythme sont chacun rencontrés par 8 % des étudiantes. La difficulté à comprendre le système est le défi le moins fréquent, affectant seulement 4 % des étudiantes.



Outre les défis académiques et d'intégration, nous avons également mis en évidence la fréquence des symptômes de détresse psychologique chez les étudiantes. Les données du tableau 2 révèlent que les troubles du sommeil, le sentiment de tristesse et la baisse d'énergie sont les symptômes les plus courants de détresse psychologique observés chez les étudiantes. L'irritabilité, la colère et les souvenirs pénibles sont, quant à eux, les moins fréquents. Il est important de souligner que, malgré des degrés de fréquence variables, aucun symptôme n'est totalement absent, ce qui indique une certaine prévalence de la détresse psychologique dans cette population (Tableau 2).

TABLEAU 2 : DISTRIBUTION DES ÉTUDIANTES SELON LA FRÉQUENCE DES SYMPTÔMES COURANTS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIUE (N=24)

FRÉQUENCE	SYMPTÔMES COURANTS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIUE							
	Troubles du sommeil	Sentiment de tristesse, déprime et désespoir	Troubles alimentaires	Trouble de concentration	Baisse d'énergie	Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	Irritabilité, colère, agressivité	Souvenirs pénibles
Très fréquemment	1	1	2	4	3	3	0	1
Fréquemment	8	4	3	3	6	6	0	6
Parfois	2	7	7	4	8	4	4	2
Rarement	4	7	7	6	2	5	10	4
Jamais	7	5	5	4	5	6	10	11

3.10. Accessibilité aux services et ressources de santé mentale.

3.10.1. CONNAISSANCE DES SERVICES/ RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE DISPONIBLES ET RECOURS AUX SERVICES

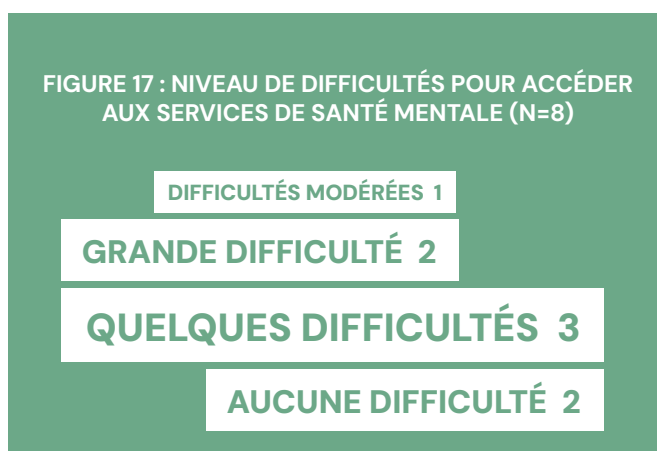
Seulement 18 % des femmes interrogées affirment être au courant d'au moins un service ou une ressource en santé mentale disponible dans la région. Les principaux services et ressources nommés par les répondantes sont les suivants : la ligne 811, les CLSC, le CIUSSS de l'Estrie-CHUS, le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) et la Clinique de santé mentale des femmes.

Parmi ces 18 %, 57 %, soit un total de 8 femmes, ont déjà eu recours à ces services pour des niveaux de facilité d'accès variés. En effet, de ces 8 femmes, 5 ont déclaré avoir rencontré aucune ou peu de difficultés pour accéder aux services tandis que 3 ont éprouvé des difficultés plus importantes. La majorité d'entre elles ont été informées des services et ressources par un médecin (75 %), tandis que d'autres l'ont été par des organismes publics (13 %) ou le réseau des services communautaires (25 %).

Par ailleurs, nous leur avons demandé de décrire le niveau de difficulté rencontré pour avoir accès à ces services. Il en ressort que 63 % d'entre elles affirment avoir rencontré aucune ou peu de difficultés, tandis que 37 % ont éprouvé des difficultés plus importantes (Figure 17).

Nous avons également évalué le niveau de satisfaction des femmes ayant eu recours aux services de santé mentale selon différents critères. Les résultats montrent que la majorité des femmes sont soit assez satisfaites soit très satisfaites en ce qui concerne la politesse, le respect et le souci de l'équité du personnel. Cependant, il y a des domaines, comme la relation de confiance et l'implication des ressources du milieu, où des améliorations sont nécessaires.

FIGURE 17 : NIVEAU DE DIFFICULTÉS POUR ACCÉDER AUX SERVICES DE SANTÉ MENTALE (N=8)



3.11. Santé mentale, bien être et contexte périnatal

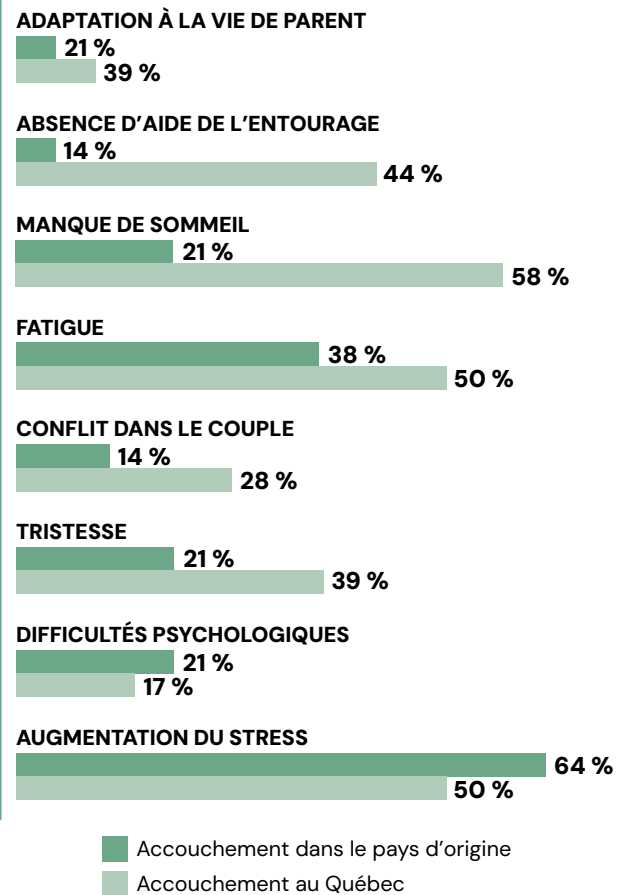
Comme le montre le graphique 18, les femmes ayant accouché au Québec rapportent des niveaux plus élevés de tristesse (39 % contre 21 %), de conflits conjugaux (28 % contre 14 %), de fatigue (50 % contre 36 %), de manque de sommeil (56 % contre 21 %) et d'absence de soutien de l'entourage (44 % contre 14 %), indiquant des défis d'adaptation culturelle et de gestion des responsabilités parentales sans le soutien habituel. En revanche, les femmes ayant accouché dans leur pays d'origine signalent une augmentation du stress plus fréquente (64 % contre 50 %) et des difficultés psychologiques légèrement plus élevées (21 % contre 17 %). Ces résultats soulignent la nécessité d'un soutien accru pour les femmes immigrantes au Québec, notamment en matière de gestion du stress, de soutien social et de services de santé mentale, afin de faciliter leur adaptation à la vie parentale dans leur nouveau cadre de vie (Figure 18).

3.11.1. OBSTACLES LIÉS À L'OBTENTION DE PLACES AU SEIN DES SERVICES DE GARDE ÉDUCATIF À L'ENFANCE

La pénurie de places en service de garde est une situation problématique dans toutes les régions du Québec. Les données de l'enquête montrent que 38,3 % des femmes immigrantes ayant des enfants et n'ayant pas le statut de visiteur interrogées ont déclaré avoir eu des contraintes concernant la garderie. Les principales raisons évoquées sont le manque de places et les coûts élevés.

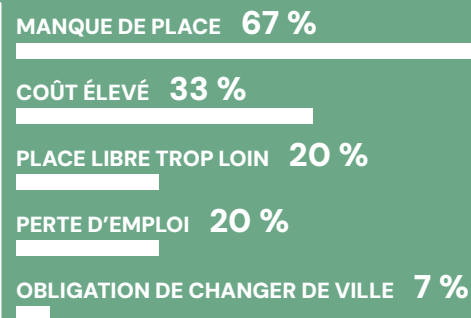
Trente femmes ont indiqué avoir des enfants mineurs, et 50 % d'entre elles ont souligné avoir eu des difficultés à trouver une place en milieu de garde éducatif. Le principal défi identifié reste le « manque de places », mentionné par 67 % des répondantes, soulignant une pénurie critique de places disponibles. De plus, 37 % des femmes ont indiqué que le coût des services de garde était trop élevé. Étant donné la difficulté à trouver une place en milieu de garde subventionné, certaines doivent

FIGURE 18 : SITUATIONS EXPÉRIMENTÉES EN CONTEXTE PÉRINATAL



recourir aux services de garde privés. Par ailleurs, 20 % des femmes ont également mentionné qu'elles étaient obligées de quitter leur emploi pour garder elles-mêmes leurs enfants et 7 % d'entre elles ont dû changer de ville pour trouver une place disponible (figure 19).

FIGURE 19 : DÉFIS RENCONTRÉS LORS DE LA RECHERCHE D'UNE PLACE EN MILIEU DE GARDE ÉDUCATIF À L'ENFANCE (N=15)



Résultats de l'enquête qualitative : focus group

L'enquête qualitative s'est reposée sur un groupe de discussion réalisé avec 10 femmes au moyen d'un guide d'entretien préalablement élaboré. Les pays d'origine des participantes sont les suivants : Sénégal, Guinée, Chili, Colombie, Rwanda, Cameroun, France et Algérie. Elles sont âgées entre 18 et 50 ans et ont des statuts d'immigration divers (citoyenne canadienne, réfugiée, demandeuse d'asile, étudiante internationale et parrainée). Les résultats de cette enquête sont présentés ci-après par thématique.

4.1. Choc culturel et adaptation climatique

Selon les témoignages des femmes interrogées, leur arrivée au Québec a été marquée par un choc dû à la transition soudaine vers un climat et un environnement très différent de ceux de leur pays d'origine. En outre, elles ont exprimé des difficultés à comprendre et à s'adapter aux codes culturels québécois, notamment en ce qui concerne les modes de vie, les comportements sociaux et l'éducation des enfants, qui divergent considérablement de ce à quoi elles étaient habituées.

Par ailleurs, elles ont mentionné que ce n'est pas facile de s'adapter à ces changements : quoi faire ou ne pas faire, la façon de vivre, l'éducation des enfants, l'accent québécois, la discrimination, etc.

« Au travail, quand je discutais avec mes collègues québécoises, j'avais pris l'habitude de prendre en note les nouvelles expressions que j'entendais et arrivée chez moi, je fais des recherches là-dessus.

Tout cela pour essayer de m'habituer à l'accent québécois. »

« Tous les jours je dis à mon garçon qu'il n'a pas le droit de pleurer à l'école pour juste l'épargner que l'on le prenne pour un faible et éviter certains problèmes. Quand il arrive à la maison, je lui pose des questions par rapport à sa journée et à ce moment il peut évacuer ses peines et apprendre à être fort. C'est comme ça que j'éduque mon enfant. »

4.2. Difficultés d'intégration sur le marché de l'emploi

Les participantes ont évoqué la difficulté à s'intégrer sur le marché de l'emploi en raison de leur maîtrise limitée du français et de l'anglais, bien que le processus de francisation soit mis en place. Elles éprouvent des difficultés de compréhension malgré leurs efforts pour apprendre la langue.

Pour celles qui maîtrisent une ou les deux langues et qui ont poursuivi des études, le processus de recherche d'emploi reste tout aussi ardu. Elles ne parviennent pas à trouver un emploi dans leur domaine, malgré leurs qualifications académiques. Celles qui sont déjà employées rencontrent des problèmes de discrimination et de rejet sur leur lieu de travail.

« On se sent discriminée au travail parce que nous sommes obligés de fournir trois fois plus d'efforts pour que notre travail soit reconnu par rapport aux autres. »

4.3. Stress et vulnérabilité des femmes en attente de statut

Une participante a mentionné un niveau de stress quotidien élevé en raison de la longue attente pour le traitement de son dossier d'immigration et de l'incertitude du résultat.

« Je vis dans le stress au quotidien car je ne sais pas quelle sera l'issue de ma demande. Je n'arrive pas à me reposer, c'est une situation extrêmement difficile. Je n'ai pas de temps pour moi-même, pour bien réfléchir à ce que je souhaite faire dans la vie. Je n'ai pas le droit de travailler, je dépends de mon mari. Dans mon pays d'origine, j'étais ingénieure. Maintenant, je m'occupe de mon mari et de mes deux enfants. »

En outre, elle mentionne un isolement social dû à la perte de son réseau social et de soutien. Elle craint de se confier aux autres car ce n'est pas la même culture. Elle garde tous ses problèmes pour elle, ce qui la rend plus vulnérable et anxieuse.

« Avec tout ce stress, j'ai appris à être forte pour mes enfants. Ma santé mentale en a souffert, mais aussi ma santé physique. Aujourd'hui, je ne suis plus en bonne santé physique. Je peux me confier à mon époux, mais je ne dois pas paraître faible devant mes enfants et surtout ne jamais pleurer devant eux. »

4.4. Discrimination, stigmatisation et préjugés en milieu universitaire

Une étudiante témoigne que les étudiantes sont souvent confrontées à la discrimination et à la stigmatisation à l'université. Elle souligne également le manque de soutien face à ces défis.

« On se sent délaissées, on essaie de gérer la situation sans dire un mot parce qu'on veut se sentir fortes. Et même si on va voir un psychologue, il y a toujours des préjugés. »

4.5. L'absence de couverture de santé de certaines femmes

Les participantes ont soulevé les difficultés auxquelles sont confrontées certaines femmes enceintes qui sont sans couverture de santé. Ceci rend difficile le suivi de la grossesse et même l'accouchement qui coûte cher. Cela constitue une source de stress élevé pour elles. Certaines ignorent qu'elles peuvent conclure des ententes pour le paiement en fonction de leur capacité de payer.

Tous ces points affectent la santé mentale et le bien-être des femmes immigrantes, que ce soit psychologiquement, mentalement, moralement et physiquement. Selon elles, il est nécessaire et important de mettre en place un processus d'intégration pour les femmes immigrantes, une bonne prise en charge psychologique pour leur accompagnement en santé mentale, leur bien-être et l'épanouissement de celles-ci.



À la question à savoir quel est le moyen utilisé pour gérer la santé mentale et quelles sont les améliorations à faire, voici les faits saillants nommés par les femmes immigrantes :

- Selon une femme, son refuge est son tapis de prière, il faut beaucoup prier, parler à Dieu afin qu'il nous donne la force de gérer tout ce stress, « *je suis parent monoparentale, mon époux m'a laissée tomber, je suis seule avec mon fils et ce n'est pas facile pour moi* ». On demande beaucoup aux femmes, déclare celle-ci.
- Une autre femme immigrante déclare que pour elle, la vulnérabilité est une force. « *J'ai appris à m'accepter telle que je suis peu importe ce que pensent les autres de moi* ». Elles sont obligées d'être fortes pour elles-mêmes et pour leur famille.
- Selon la femme immigrante, il est important de mettre en place des formations d'intégrations

interculturelles pour les nouveaux arrivants, mais aussi d'accepter les cultures des autres.

- Selon une autre femme immigrante, le bien-être, c'est se sentir bien dans son corps dans un état d'épanouissement tel que vous ne vous sentiez pas limitée dans vos activités physiques, dans l'endroit où l'on se trouve y compris notre environnement. Pour elle, la santé mentale est l'état psychologique, mental, moral et physique d'un être humain, et si l'un de ses points est affecté, rien ne va plus, tout devient dysfonctionnel.

Ces différents facteurs auxquels font face les femmes immigrantes conduisent au stress qui peut avoir un impact négatif sur la santé mentale et le bien-être, voire même au niveau physique, réduisant ainsi leur capacité à fonctionner efficacement au quotidien.

4.6. Recommandation des femmes immigrantes

En tant qu'immigrantes, il est fréquent de faire face à une désillusion et à une appréhension quant à l'avenir dans un nouveau pays, tout en étant conscientes des différences culturelles, des modes de vie et des comportements. Les principaux enjeux abordés dans ce projet concernent les barrières linguistiques et les défis d'intégration. Les participantes ont souligné la difficulté de s'intégrer et de trouver une activité ou un emploi, principalement en raison de leur maîtrise limitée du français et de l'anglais. Bien qu'un processus de francisation soit disponible, elles continuent de rencontrer des obstacles de compréhension. Nous avons sollicité ces femmes afin qu'elles adressent leurs recommandations aux acteurs concernés, dans le but de mettre à disposition des ressources susceptibles d'améliorer la santé mentale et le bien-être des immigrantes. Ces recommandations, qui visent à répondre aux divers obstacles identifiés, sont présentées dans le tableau de la page suivante.



CATÉGORIE	SUGGESTIONS
ACCÈS ET SERVICES	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accès à un médecin de famille. • Rendre les soins et les consultations avec des spécialistes plus abordables. • Augmenter la disponibilité des soins, incluant une prise en charge gratuite pour les internationaux.
INFORMATION ET SENSIBILISATION	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir davantage d'informations sur la santé mentale et les services associés. • Faire la promotion des systèmes d'accompagnement et créer des outils de sensibilisation en plusieurs langues pour faire connaître les ressources du milieu. • Utiliser des affiches et les réseaux sociaux pour diffuser des informations. • Augmenter les publicités et les brochures distribuées dans les boîtes aux lettres. • Diffuser les informations nécessaires dans différentes langues avec un langage simple pour favoriser la compréhension. Créer une plateforme regroupant toutes les ressources nécessaires pour les personnes nouvellement arrivées au Québec. • Informer davantage les femmes sur la santé mentale et les dangers, et fournir des explications simples des ressources disponibles. Assurer une réponse adéquate du service 811 et un accès rapide à un médecin de famille.
SUPPORT COMMUNAUTAIRE	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir des psychologues disponibles dans les organismes communautaires. • Créer des groupes de soutien, notamment liés à la francisation, et des groupes où des personnes parlant des langues étrangères, comme l'espagnol, pourraient aider les nouveaux arrivants à s'intégrer et à socialiser. • Encourager les femmes à être courageuses et à faire confiance à leurs choix sans se soucier des jugements. • Faire connaître les ressources communautaires et les systèmes d'accompagnement disponibles. • Collaboration entre les organismes en immigration et ceux qui offrent des services pour tenir compte des codes culturels dans leur intervention afin d'en faciliter l'accessibilité aux femmes immigrantes
SUGGESTIONS DIVERSES	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de promotion dans les endroits fréquentés par les femmes immigrantes, comme les centres de francisation ou les centres d'emploi. • Avoir des outils et des services faciles d'accès, adaptés, avec des interprètes formés et des intervenants formés au niveau interculturel. • Certaines suggestions expriment la nécessité de continuer à travailler sur l'amélioration de ces services, montrant qu'il reste encore beaucoup à faire pour atteindre un niveau de satisfaction optimal.

Conclusion

La revue de la littérature sur la santé mentale des personnes immigrantes a permis de mieux comprendre les défis auxquels cette population est confrontée, mais elle révèle encore des lacunes importantes, notamment en ce qui concerne les femmes immigrantes résidant au Québec, et plus spécifiquement dans la région de l'Estrie. Cette enquête vise à dresser un portrait de la santé mentale et du bien-être de ces femmes, en tenant compte des divers déterminants qui influencent leur santé.

Les résultats obtenus concordent avec des études antérieures, notamment celles révélant que les personnes immigrantes arrivent généralement au Canada avec une meilleure santé que la population locale, mais qu'au fil du temps, leur état de santé mentale se détériore. Ce phénomène, connu sous le nom de « l'effet de l'immigrant en bonne santé » ou « paradoxe de l'immigrant », a été observé par Iqbal Choudhury, doctorant à l'Université de Dalhousie. Ce constat s'applique également aux femmes immigrantes de l'Estrie, qui font face à de nombreux défis ayant des répercussions notables sur leur bien-être psychologique.

L'isolement social, l'un des principaux facteurs de détérioration de la santé mentale, est particulièrement ressenti par ces femmes, qui se retrouvent privées du soutien communautaire et familial qu'elles avaient dans leur pays d'origine. Cette perte, conjuguée aux difficultés d'intégration liées aux barrières linguistiques, aux différences culturelles et aux conditions climatiques, alourdit leur charge mentale. Par ailleurs, les inégalités socio-économiques aggravent la situation. L'accès au marché du travail est souvent limité par des

obstacles linguistiques et par la non-reconnaissance des acquis, plongeant ces femmes dans la précarité. De plus, la pénurie de places en services de garde les contraint à rester à la maison pour s'occuper de leurs enfants, réduisant leurs possibilités d'emploi.

À cela s'ajoutent des perceptions culturelles négatives autour de la santé mentale, qui dissuadent de nombreuses femmes de chercher l'aide dont elles auraient besoin par peur de la stigmatisation. Certaines communautés de femmes immigrantes, en raison de contextes socio-économiques ou migratoires spécifiques, sont particulièrement vulnérables à ces facteurs de détérioration.

Sachant désormais quels sont les principaux obstacles à la santé mentale et au bien-être des femmes immigrantes, il devient impératif, en tant que société, de répondre à leurs besoins spécifiques si l'on souhaite qu'elles puissent s'épanouir pleinement et contribuer au développement du Québec. La FCCE, ConcertAction Femmes Estrie et leurs partenaires sont appelés à se pencher sur les recommandations de cette recherche. Des stratégies collaboratives doivent être mises en œuvre pour concevoir des initiatives novatrices et des actions concrètes visant à améliorer la santé mentale et le bien-être de ces femmes en Estrie.

En conclusion, cette étude souligne la nécessité d'une action collective, renforcée et adaptée, en matière de soutien social, économique et psychologique pour les femmes immigrantes. Promouvoir leur intégration de manière inclusive et tenir compte de leurs réalités est essentiel pour favoriser leur bien-être mental et leur contribution à la société québécoise.



Références et annexes

Références

- American College Health Association. (2016). National College Health Assessment II: Canadian Reference Group Executive Summary. Hanover, MD : American College Health Association. [En ligne]
https://www.acha.org/wp-content/uploads/2024/07/NCHA-II_SPRING_2016_CANADIAN_REFERENCE_GROUP_DATA_REPORT.pdf
- Audu, I. A., Idris, S. H., Olisah, V. O., et Sheikh, T. L. (2013). Stigmatization of people with mental illness among inhabitants of a rural community in northern Nigeria. *International journal of social psychiatry*, 59(1), 55-60. [En ligne]
<https://doi.org/10.1177/0020764011423180>
- Barthet, E. (4 novembre 2022). *Le Monde : La santé mentale, un tabou persistant en Afrique*. [En ligne]
https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/10/17/la-sante-mentale-un-tabou-persistant-en-afrique_6146180_3212.html
- Barke, A., Nyarko, S., et Klecha, D. (2011). The stigma of mental illness in Southern Ghana: attitudes of the urban population and patients' views. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(11), 1191-1202. [En ligne]
<https://doi.org/10.1007/s00127-010-0290-3>
- Bastien, T., Morel, A., Torres, S. (2020). *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, 40 p.
- Bédard, E., Ouellet, N., Cormier, C., Dugas, M., Sirois, C., & Sylvain, H. (2022). *Portrait de la santé mentale des femmes qui ont recours aux organismes communautaires d'une région québécoise*, Santé mentale au Québec, p. 241-262.
- Bichsel, N., & Conus, P. (2017). *La stigmatisation: un problème fréquent aux conséquences multiples*, *Revue Médical Suisse*, Vol. 13, p. 478-481.
- Bouchard, L., Batista, R., & Colman, I. (2018). *Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones de 15 à 24 ans*, Minorités linguistiques et société, p. 227-245.
- Canada, S. (26 octobre 2022). *Les immigrants représentent la plus grande part de la population depuis plus de 150 ans et continuent de façonner qui nous sommes en tant que Canadiens*. [En ligne]
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221026/dq221026a-fra.htm>

Chiu, M. (2004). *Why Chinese women do not seek help: A cultural perspective on the psychology of women*. *Counselling Psychology Quarterly*, p. 155-166.

Colpron, S. (2019). *Le Québec fracasse un record*. [En ligne]
<https://www.lapresse.ca/actualites/national/2023-04-18/immigration/le-quebec-fracasse-un-record.php>

Colpron, S. (18 avril 2023). *Le Québec fracasse un record*. [En ligne]
<https://www.lapresse.ca/actualites/national/2023-04-18/immigration/le-quebec-fracasse-un-record.php>

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2019). *Mémoire à l'office de consultation publique de montréal dans le cadre de la consultation publique sur le racisme et la discrimination systémiques*. [En ligne]
https://www.cdpcj.qc.ca/storage/app/media/publications/memoire_OCPM_racisme-systemique.pdf

Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse. (2021). *Comprendre le racisme systémique et ses manifestations : une question d'égalité et de solidarité*. [En ligne]
<https://www.cdpcj.qc.ca/fr/actualites/comprendre-racisme-systemique>

Crabb, J., Stewart, R. C., Kokota, D., Masson, N., Chabunya, S., et Krishnadas, R. (2012). Attitudes towards mental illness in Malawi: a cross-sectional survey. *BMC public health*, 12(1), 541. [En ligne] <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-541>

Dako-Gyeke, M., et Asumang, E. S. (2013). Stigmatization and discrimination experiences of persons with mental illness: Insights from a qualitative study in Southern Ghana. *Social work & society*, 11(1).

Direction régionale de l'Estrie. (2022). *Plan d'action régionale 2022-2023*. [En ligne]
https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/immigration/publications-adm/plan-action-regionaux/PAR-2_DRE_2022_2023.pdf

Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E. et Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542. [En ligne]
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.4.534>

Elboujdäini, A. (2020). *Travailleurs racisés : quand la pandémie révèle des injustices*. [En ligne]
<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1701302/travailleurs-racises-essentiels-pandemie-covid-immigrants>

Evra, R., & Mongrain, E. (14 juillet 2020). *État de santé mentale des immigrants canadiens durant la pandémie de COVID*. [En ligne] https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/statcan/45-28/CS45-28-1-2020-46-fra.pdf

Fang, L. (2010). *Perspective socioculturelle de l'utilisation des services de santé mentale par les immigrants chinois*. [En ligne] <http://hdl.handle.net/1807/94702>

Gma, H. (2015). *Access to Primary Health Care by New and Established Immigrants in Canada*.

Gopalkrishnan, N. (2018). Cultural Diversity and Mental Health : Considerations for Policy and Practice. *Frontiers in Public Health*, 6. [En ligne] <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00179>



Gouvernement du Canada. (2014). *Grossesse et santé mentale des femmes au Canada : Résultats de l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. [En ligne]

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/grossesse-et-sante-mentale-femmes-canada.html>

Gouvernement du Canada, S. C. (2021, septembre 28). *Classification pour le statut d'immigrant—1—Non-immigrant*. [En ligne]

https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p3VD_f.pl?Function=getVD&TVD=1324474&CVD=1324474&CLV=0&MLV=1&D=1

Gouvernement du Canada, S. C. (2021, mai 26). *L'emploi et les différences selon le genre un an après le début de la pandémie de COVID-19 : Une analyse par secteur d'industrie et taille de l'entreprise*. [En ligne]

<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2021005/article/00005-fra.htm>

Gouvernement du Canada, S. C. (2022, février 23). *Les résultats des immigrants sur le marché du travail en période de récession : Comparaison entre la récession du début des années 1990, celle de la fin des années 2000 et celle liée à la COVID-19*. [En ligne] <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2022002/article/00003-fra.htm>

Government of Canada, S. C. (2022, décembre 5). *Le Quotidien—La pandémie de COVID-19 a entravé l'intégration économique de nombreux immigrants*. [En ligne] <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221205/dq221205b-fra.htm>

Gouvernement du Canada, S. C. (2022, février 9). *Tableau de profil, Profil du recensement, Recensement de la population de 2021*. [En ligne] <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>

Higginbottom GMA, Safipour J (2015) Access to Primary Health Care by New and Established Immigrants in Canada. *J Family Med Community Health* 2(5): 1046.

Hyman, I. et Jackson, B. (2010). « *L'effet immigrant en santé : un phénomène temporaire?* » dans *Santé Canada (2010). La santé des migrants : Vers une approche axée sur les déterminants de la santé*, Bulletin de recherche sur les politiques de santé, Numéro 17, p.17-21.

Institut de la statistique du Québec (ISQ). 2021b. « Indicateurs du marché du travail selon la situation familiale et la présence d'enfant, 25-54 ans, résultats selon le sexe, Québec, Ontario et Canada », [En ligne] bit.ly/3H5bEpm

Institut de la statistique du Québec. (24 mai 2023). *Migrations internationales et interprovinciales*. [En ligne]

<https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/migrations-internationales-interprovinciales-bilan-demographique>


Institut national de santé publique du Québec. (s.d.). *Déterminants de la santé*. [En ligne]

<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>

La santé psychologique des étudiants universitaires : Une analyse qualitative - Ordre des psychologues du Québec - OPQ. (s. d.). Ordre des psychologues du Québec. Consulté 3 septembre 2024, à l'adresse [En ligne]

<https://www.ordrepsy.qc.ca/-/la-sant%C3%A9-psychologique-des-%C3%A9tudiants-universitaires-une-analyse-qualitative>

Kapungwe, A., Cooper, S., Mwanza, J., Mwape, L., Sikwese, A., Kakuma, R., ... et Flisher, A. J. (2010). Mental illness-stigma and discrimination in Zambia. *African journal of psychiatry*, 13(3).

- 
- Lin, V. (2 septembre 2021). *Anxiété et dépression : La parole des Chinois se libère face aux tabous*. [En ligne] <https://www.lapresse.ca/international/asia-et-oceanie/2021-09-02/anxiete-et-depression/la-parole-des-chinois-se-libere-face-aux-tabous.php>
- Institut de la statistique du Québec. Marché du travail et rémunération. Numéro 27 | Août 2021.
- Migrations internationales et interprovinciales*. Institut de la statistique du Québec. [En ligne] <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/migrations-internationales-interprovinciales-bilan-demographique>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (19 octobre 2022). *Santé publique au Québec*. [En ligne] <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/programme-national-de-sante-publique-pnsp/sante-publique-au-quebec/#note-1>
- Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration. (2021). *Portrait de l'immigration de la région de l'Estrie*. [En ligne] <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4593122>
- Nikundana, G. (2022). *Santé mentale : refuser de l'aide pour éviter la stigmatisation*. [En ligne] <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1894091/sante-mentale-immigrants-afrique-mefiance-stigmatisation>
- Nsereko, J. R., Kizza, D., Kigozi, F., Ssebunnya, J., Ndyabangi, S., Flisher, A. J., et Cooper, S. (2011). Stakeholder's perceptions of help-seeking behaviour among people with mental health problems in Uganda. *International journal of mental health systems*, 5(1), 5. [En ligne] <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-5>
- Observatoire des réalités familiales du Québec. (2021). *Migration, précarité et santé mentale postpartum : effets sur la relation mère-enfant*. [En ligne] <https://www.orfq.inrs.ca/migration-precarite-et-sante-mentale-postpartum-effets-sur-la-relation-mere-enfant/>
- Okpalauwaekwe, U., Mela, M., et Oji, C. (2017). Knowledge of and attitude to mental illnesses in Nigeria: a scoping review. *Integrative journal of global health*, 1(5), 1-14.
- Ordre des psychologues du Québec (2021). *La santé psychologique des étudiants universitaires : une analyse qualitative*. Ordre des psychologues du Québec. [En ligne] <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/la-sante-psychologique-des-etudiants-universitaires-une-analyse-qualitative>
- Otmani, R. (2020). *Discrimination à l'embauche et sentiment de racisme, le cas des médecins algériens à Montréal*. *Nouvelles pratiques sociales*, p. 82-100.
- Ourhou, A. (Août 2020). *L'accès aux soins de santé mentale à Montréal : la perception des familles immigrantes*. [En ligne] <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9387/1/eprint9387.pdf>
- Ourhou, A., Habimana, E., & Bergeul, S. (19 mai 2022). *L'accessibilité des services de santé mentale en contexte migratoire : la perception des immigrants*. *Revue québécoise de psychologie*, p. 65-83.
- Phaneuf, M. (2009). *L'approche interculturelle, une nécessité actuelle – Regard sur la situation des immigrants au Québec et sur leurs difficultés (1^{ère} partie)*. [En ligne] http://www.infressources.ca/fer/depotdocuments/Approche_interculturelle_unenecessite_actuelle?Regard_sur_la_situation_des_immigrants?repartie.pdf



Robert, A.-M., & Gilkinson, T. (Novembre 2012). *Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : Données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC)*. [En ligne]

<https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/rapports-statistiques/recherche/sante-mentale-bien-etre-immigrants-recents-canada-donnees-enquete-longitudinale-aupres-immigrants-canada-elic.html>

Rousseau, C. (2021). *Un numéro thématique sur la santé mentale des immigrants et réfugiés*. Santé mentale au Québec, p. 11-18.

Santé Canada. (2022). *La stigmatisation : Pourquoi les mots comptent*. [En ligne]

<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/stigmatisation-pourquoi-les-mots-comptent-fiche-information.html>

Service d'aide aux Néo-Canadiens. (22 septembre 2022). *Rapport annuel 2021-2022*. [En ligne]

<https://www.sanc-sherbrooke.ca/wp-content/uploads/2022/10/Rapport-annuel-2021-2022-1.pdf>

Shepell-fgi. (s.d.). *La stigmatisation ethnique et culturelle et la santé mentale*. [En ligne]

<https://www.shepellfgi.com/managingstigma/article.aspx?aid=54&lang=2>

Société canadienne de pédiatrie. (2023). *L'influence de la culture sur la santé*. [En ligne]

<https://enfantsneocanadiens.ca/culture/How-Culture-Influences-Health>

Thaler, N., & Fujii, D. (2014). *Cross-cultural considerations with Japanese American clients: A perspective on psychological assessment*. *Guide to psychological assessment with Asians*, p. 27-42.

Tsanang, V. (2023). *L'expérience des mères monoparentales noires et immigrantes dans le processus d'intégration sociale et professionnelle au Québec*. [En ligne]

https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/45687/1/Tsanang_Vicky_2023_Memoire.pdf

Turgeon, L., Thouin, É., Ayotte, E., Marion, É., Vaillancourt, J., Nault-Brière, F., & Plusquellec, P. (2023). Étude qualitative sur la santé psychologique d'étudiantes en psychoéducation. *Revue de psychoéducation*, 52(1), 190-220. [En ligne]

<https://doi.org/10.7202/1099293ar>



Formulaire de consentement

Points de vue des femmes de l'Estrie issues de l'immigration sur leur bien-être et leur santé mentale Comprendre pour mieux agir

Présentation de l'équipe de recherche

Ce projet est réalisé dans le cadre du déploiement de son plan d'action triennal (2021-2024) en santé et en bien être des femmes en Estrie de CAFE (ConcertAction Femme Estrie) avec comme équipe de recherche :

Ndiro Diouf (chargée de la recherche), **Lorenia Vega** (assistante à la recherche) **Mariame Cissé** (supervision) et en collaboration avec **Shirley Germain** (agente de projets CAFE), **Chantal Doré** PhD (Professeure titulaire École des sciences infirmières : Université de Sherbrooke), **Catherine Bessette** (Agente de planification et de recherche : Direction des services généraux, CIUSSS de l'Estrie) , **Jacqueline Schneider** (Chercheuse d'établissement : CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal)

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Justification du projet

Après une recension des écrits réalisée par la FCCE (Fédération des Communautés Culturelles de l'Estrie) et la CAFE (ConcertAction Femme Estrie), il a été montré qu'il n'y a pas d'études spécifiques portant sur la santé mentale des femmes immigrantes en Estrie. D'autant plus, le comité consultatif, composé de chercheuses mise en place par la CAFE dans le cadre du déploiement de son plan d'action triennal (2021-2024) en santé et en bien être des femmes (PASBEF) en Estrie, confirme également le manque de données sur le sujet. Les seules données de recherche effectuées sur la santé mentale des femmes portent sur une région québécoise.

Nature et objectifs du projet


Cette recherche a pour but de connaître les points de vue des femmes de l'Estrie issues de l'immigration sur leur bien-être et leur santé mentale : Comprendre pour mieux agir

Déroulement du projet

Votre participation à cette recherche consiste à répondre à des questions qui vous seront posées dans le cadre d'une entrevue individuelle pour une durée de Vos réponses seront utilisées qu' à des fins de recueils d'informations sur la santé mentale et bien être des femmes en Estrie.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation et compensation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité, de vos perceptions et de votre propre comportement face à la santé mentale dans le contexte de l'immigration.



Il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la personne qui mène l'entrevue.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chargée de recherche et la supervision chercheur dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tout le matériel permettant de vous identifier, incluant l'enregistrement de l'entrevue, et les données que vous aurez fournies seront alors détruits, à moins que vous n'autorisiez le chercheur à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait. Le cas échéant, ils seront conservés selon les mesures décrites ci-après et qui seront appliquées pour toutes les participantes.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude. C'est pourquoi nous tenons à vous remercier pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à votre participation.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « *Points de vue de femmes de l'Estrie issues de l'immigration sur leur bien-être et leur santé mentale : Comprendre pour mieux agir* ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfaite) des explications, précisions et réponses que l'équipe de recherche m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participantes qui en feront la demande en indiquant l'adresse électronique où elles aimeraient recevoir le document.

L'adresse électronique à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche aux participantes. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension de la participante.

Signature de la personne qui administre le questionnaire

Date

Renseignements supplémentaires pour toutes autres questions

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou pour se retirer du projet, veuillez communiquer avec :

La FCCE

172 Rue Élane-C-Poirier

Bureau 114

Sherbrooke (QC) J1H 2C5

Téléphone: (819) 823-0841

Courriel : info@fcestrie.ca

Annexe 2 - Questionnaire pour la population immigrante



Questionnaire pour la population immigrante

Points de vue des femmes de l'Estrie issues de l'immigration sur leur bien-être et leur santé mentale

Comprendre pour mieux agir

Ce questionnaire s'adresse aux femmes immigrantes âgées de 18 à 64 ans vivantes dans la région de l'Estrie. Votre participation à cet entretien est volontaire et vous n'êtes pas obligé d'y prendre part. Aucune action n'est requise pour vous retirer ou refuser de participer à l'entretien, si ce n'est d'informer l'enquêteur de votre décision. Si vous commencez l'entretien et souhaitez l'interrompre à tout moment pour une raison quelconque, ou si vous ne voulez pas répondre à des questions, vous pouvez le faire à votre convenance. Les réponses ne seront utilisées qu'à de mieux connaître votre expérience migratoire. Les informations collectées grâce à ce sondage nous permettront d'avoir une idée de votre bien être et de votre santé mentale. Le temps requis pour répondre est d'entre ...à ... minutes.

Merci d'avance pour votre si précieux temps

Définition des mots suivants :

Santé mentale : *C'est l'état de votre bien-être psychologique et émotionnel. La santé mentale est une ressource indispensable pour mener une vie saine et un élément essentiel de l'état de santé général. (Selon le gouvernement du Canada)*

Racisme : *C'est une idéologie basée sur une supériorité supposée de certaines races, toujours prônée par ceux qui estiment appartenir aux races estimées "supérieures" ». (Selon le gouvernement du Canada)*

Discrimination : *C'est une action ou une décision qui a pour effet de traiter de manière négative une personne en raison, par exemple, de sa race, de son âge ou de sa déficience. (Selon le gouvernement du Canada)*

Stigmatisation : *Réfère aux attitudes, croyances ou comportements négatifs à l'égard d'un groupe de personnes en raison de leur situation personnelle. Elle inclut la discrimination, les préjugés, le jugement et les stéréotypes, qui peuvent isoler les personnes qui consomment des drogues. (Selon le gouvernement du Canada)*

Conjoint de fait : *C'est union de commun accord entre deux personnes formant un couple non marié qui vivent ensemble depuis au moins 12 mois sans interruption.*

Dépression : *C'est un trouble de la santé mentale qui peut diminuer la qualité de vie, entraîner des difficultés relationnelles et une perte du temps consacré au travail ou aux études, engendrer des maladies chroniques comme le diabète ou les maladies du cœur et, parfois, mener au suicide*

SECTION A. Profil et situation familiale

1- Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

18-25 ans

26- 50 ans

51- 64 ans

2-Quel est votre état matrimonial ?

Célibataire

Conjointe de fait

Mariée

Divorcée

Séparée

Veuve

3.-Avez-vous des enfants

Oui

Non

4-Si oui, combien _____

Sont-ils mineurs ? (18 ans et moins). Combien _____

Sont-ils majeurs ? (18 ans et plus). Combien _____

5-Vos enfants, sont-ils nés au canada ?

Oui Combien _____

Non

6- Comment se compose votre ménage ?

Personne vivante seule

Monoparental avec enfant (moins de 18ans)

Couple avec enfant (moins de 18ans)

Couple sans enfant

Colocataire

7-Quel est votre pays d'origine ?

8- Quelle est votre langue maternelle ?

9-Quelle langue officielle parlez-vous ?

Français

Anglais

Les deux

10-Quelle est votre niveau de français ?

Excellent

Bon

Moyen

Faible

11-Quelle est votre niveau de scolarité ?

- Primaire
- Secondaire
- Collégial
- Universitaire
- Autre _____

12-Quel est votre statut d'immigration actuel au Québec ?

- Regroupement familial (parrainage)
- Permis de vacances/travail
- Visa d'étudiante
- Réfugiée
- Demandeuse d'asile
- Travailleuse temporaire
- Citoyenne canadienne
- Si vous avez coché la case parrainage, indiquez-nous par qui ? (P.ex. : Père, conjointe, oncle, sœur, etc.)

13-Depuis combien de temps vivez-vous au Québec ?

- 0-3 ans
- 4-7 ans
- 7-10 ans

14-Dans quelle ville habitez-vous ?

- Sherbrooke
- Le Granit
- Haut-Saint-François
- Les Sources
- Coaticook
- Val-Saint-François
- Memphrémagog
- Haute-Yamaska
- Brome-Missisquoi

15-Etes-vous locataire ou propriétaire de votre habitation ?

- Locataire
- Propriétaire

16-Quelle est votre occupation actuelle ?

- Employée à temps plein
- Employée à temps partiel
- À votre compte/travailleuse autonome
- Étudiante
- Au foyer
- Sans emploi
- Retraitée
- Je préfère ne pas répondre

17-Quel est votre revenu annuel brut individuel ?

- Sans revenu
- Moins de 20000\$
- 20 000\$-39999\$
- 40 000\$-59999\$
- 60 000\$-79999\$
- 80000\$ et plus

SECTION B. Votre point de vue de votre santé mentale et de votre bien être

18-Quel était l'état de votre santé mentale et votre bien être à votre arrivée au Québec ?

- Excellent
- Bon
- Moyen
- Faible

19-Comment trouvez-vous maintenant l'état de votre santé mentale et de votre bien être depuis votre établissement au Québec ?

- Excellent
- Bon
- Moyen
- Faible

20- Si vous choisissez « faible ». Qu'est ce qui explique cette situation ?

Choisissez une ou plusieurs réponses parmi les énoncés suivants :

- Désillusion due au décalage entre vos attentes de la vie au Québec et la réalité
- Dépression
- Frustration
- Perte de confiance en soi
- Pas d'emploi
- Difficultés d'adaptation
- Difficultés familiales
- Isolement social
- Langues
- Autres : _____

21-Avez-vous subi des traumatismes/souffrances dans votre pays d'origine, si oui indiquez lesquels ?

- Pauvreté
- Insécurité
- Répression politique

- Violence
- Torture
- Agression sexuelle
- Maladie
- Guerre
- Autre _____


22-Comment décrivez-vous votre niveau d'intégration dans votre communauté ?

- Très satisfaisant
- Assez satisfaisant
- Peu satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant

23-À votre arrivée au Canada, à quelles fréquences avez-vous été dérangé par les problèmes suivants (répondre par Pas du tout, un peu, moyennement, souvent ou extrêmement) :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Souvent	Extrêmement
Difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou trop dormir					
Se sentir triste, déprimé ou désespéré					
Peu d'appétit ou trop manger					
Difficultés de concentration lors d'activités simples comme la lecture ou regarder la télévision.					
Se sentir ou avoir peu d'énergie					
Sentiment de nervosité, d'anxiété, ou de tension					
Incapable d'arrêter de vous inquiéter					
Difficultés à vous détendre telle qu'il était difficile de rester tranquille					
Irritabilité, colère plus fréquente, agressivité					
Craindre que quelque chose d'épouvantable arrive					
Des souvenirs pénibles et involontaires d'une expérience stressante					
Perte d'intérêt pour les activités que vous aimiez					

24-Si vous songez au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart des journées sont :

- 
- Pas du tout stressante
 - Pas très stressante
 - Peu stressante
 - Stressante
 - Extrêmement stressante

25-Quel est la fréquence de vos interactions avec votre famille et amis (virtuel, téléphonique et en présentiel)?

- Toutes les semaines
- Tous les mois
- Tous les ans
- Pas du tout

26-Quels moyens utilisez-vous pour vous détendre ?

- Lecture ou écriture
- Jeux sur console, cellulaire, ou tablette
- Activités sportives (marches, course, sports d'équipe,)
- Activités artistiques (peinture, dessin, artisanat, tricot, chant,)
- Activités culturels (spectacle, cinéma, musée,)
- Activités spirituelles (méditation, prière, célébration religieuse,)
- Activités en famille
- Activités sociales (sorties entre amies, groupe de discussion,)
- Autres : _____
- Je ne sais pas/Je ne fais rien

27-À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais
- 1 fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 3 fois ou plus par semaine

28-À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer de la drogue ou autres substances illicites ?

- Jamais
- 1 fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- 3 fois ou plus par semaine

29-Selon vous lesquels de ces facteurs suivants sont susceptibles d'influencer votre santé mentale et votre bien être ?

- Oui Non L'adaptation à un nouvel environnement culturel.
- Oui Non La séparation de la famille et du réseau de soutien, la difficulté à établir de nouvelles relations, l'isolement social.
- Oui Non La difficulté à communiquer en raison de barrières linguistiques.
- Oui Non Les défis liés à la procédure d'immigration, tels que les démarches administratives, l'incertitude et l'ajustement aux nouvelles conditions de vie.
- Oui Non Racisme, discrimination et stigmatisation
- Oui Non Les attentes familiales et culturelles
- Oui Non Violence basée sur le genre.
- Oui Non Des obstacles liés à l'accessibilité aux services de soins de santé (ex : Absence d'assurance maladie, coûts élevés des soins de santé...etc.).
- Oui Non Les préoccupations liées à la sécurité personnelle, en particulier dans les situations de migration forcée
- Oui NON Violence conjugale ou familiale
Autres _____ -

30-Avez-vous déjà vécu l'une de ces situations ?

- Oui
 Non

31-Pensez-vous vivre présentement l'une de ces situations ?

- Oui
 Non

32-Avez-vous connu une ou d'autres femmes ayant vécu ces situations ?

- Oui
 Non

33-Avez-vous ressenti des pressions liées aux attentes culturelles ou familiales, et des chocs culturels depuis votre arrivée dans votre nouveau pays (si oui indiquez lesquels des cas suivants)

- Adaptation a une nouvelle culture
- Non reconnaissance des diplômes et des acquis
- Isolement et perte du réseau social
- Stigmatisation sociale (mise à l'écart d'une personne pour ses différences qui sont considérées comme contraires aux normes de la société)

- Conditions de vie différentes (logement, climat, etc.)
- Autres : _____

34-Au cas où vous êtes étudiante, avez-vous eu recours à un AVE (aide à la vie estudiantine)

- Oui
- Non

35-Si oui une de ces raisons suivantes sont-elles à l'origine de ce recours ?

- Difficulté à comprendre le système
- Difficulté à s'adapter au rythme
- Difficulté à gérer le stress des cours
- Difficulté à s'intégrer
- Problème financier
- Difficulté d'accès au logement
- Problème de cohabitation
- Autre : _____

36-Parmi les éléments suivants lesquels peuvent détériorer votre de santé mentale ?

- La peur du jugement social
- La pression pour se conformer aux attentes.
- La stigmatisation associée à la non-conformité
- La crainte du jugement social
- Autre _____

37- Avez-vous vécu l'une de ces situations ?

- Oui
- Non

SECTION C. Accessibilité aux services de santé mentale

38-Etes-vous au courant des services et ressources en santé mentale disponibles en Estrie ?

- Oui
- Non

39-Si oui citez le ou lesquels vous connaissez

40- Avez-vous déjà eu recours aux services de santé mentale à l'en Estrie ? Si non allez directement à la question 47.

- Oui
- Non

41-Si oui, comment avez-vous été informée sur les services de santé disponibles

- Médecin

- Réseaux sociaux
- Journaux
- Organismes
- La parenté
- Une amie
- De bouche à oreilles
- Organismes publics
- Organismes communautaires
- Autre _____

42-Pour quelles raisons, avez-vous eu recours aux soins de santé et services sociaux en Estrie pour vous-même ?

- Problèmes de santé physique
- Problème de santé et de bien-être mental/psychologique (insomnie, épuisement, fatigue, stress,)
- Suivi prénataux/post-accouchement
- Problème d'ordre familial ou conjugal
- Pour un rendez-vous de prévention (prise de sang, PAP test, vaccins et autres)
- Autres _____

Compléter cette section, si vous avez consulté un intervenant du milieu de la santé (médecin, infirmière, travailleur social, ou autres) pour des raisons de santé et bien-être mental.

43. Avez-vous eu de la difficulté à accéder aux soins de santé et services sociaux pour votre santé et bien-être mental en Estrie pour vous-même ou pour un membre de votre famille ?

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup

44. Indiquez votre niveau de difficultés rencontrées pour chaque obstacle suivant, lorsque vous avez eu recours aux soins de santé et aux services sociaux en Estrie, pour votre santé et bien-être mental ? (Pas du tout, un peu, Moyennement ou beaucoup)

- Difficultés au niveau de la langue
- Difficultés à obtenir de l'information pour accéder aux soins de santé et aux services sociaux
- Difficultés au niveau familial (gardiennage, présence des enfants,)
- Difficultés au niveau professionnel (congé refusé de l'employeur, heure de travail,)
- Difficultés à obtenir un rendez-vous
- Difficultés au niveau du transport (horaire du transport, longue distance, coût,)

45-Avez-vous obtenu de l'aide d'un membre de votre famille, d'un proche ou d'un organisme communautaire dans vos démarches pour accéder aux soins de santé et services sociaux pour votre santé et bien-être mental en Estrie ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

46- Lorsque vous avez eu recours aux soins de santé et services sociaux pour votre bien-être mental dans quelle mesure avez-vous été satisfait ? (Répondre : très satisfait, assez satisfait, peu satisfait, pas du tout satisfait, ne s'applique pas)

- De la politesse et du respect qu'on vous a manifesté ?
- Du souci qu'avait le personnel de traiter toutes les personnes de façon juste et équitable ?
- Du respect qu'avait le personnel pour votre intimité ?
- Du respect de la confidentialité dans le traitement des renseignements qui vous concernaient ?
- Du temps que l'intervenant rencontré, c'est-à-dire un médecin, une infirmière, un travailleur social ou un autre professionnel, a pris pour s'occuper de vous (il ne s'agit pas du temps d'attente)
- De l'attention avec laquelle l'intervenant vous écoutait ?
- De la compréhension dont l'intervenant a fait preuve à l'égard de votre situation ?
- Des services reçus visant à améliorer votre santé ou à mieux contrôler votre état ?
- Du souci qu'avait l'intervenant de vous expliquer les différents choix de traitement ou d'intervention qui s'offraient à vous ?
- De la façon que l'intervenant vous a réconforté ?
- De la relation de confiance que vous avez pu établir avec l'intervenant ?
- De la façon dont l'intervenant favorisait l'implication des ressources de votre milieu pour vous aider ? (Ex : ressources communautaires, familles, amis, etc.)
- Du souci qu'avait l'intervenant de vous parler dans des mots que vous pouvez facilement comprendre ?
- Du souci qu'avait l'intervenant de vous fournir de la documentation facile à comprendre ?
- De l'accessibilité, par transport en commun ou par le stationnement à proximité, de l'établissement où vous avez reçu les soins et les services ?
- De la façon dont on a tenu compte de votre langue dans les services qui vous ont été offerts ?
- De la façon dont on a tenu compte de votre vécu et de vos expériences personnelles dans les services qui vous ont été offerts ?
- Du respect de vos origines dans les choix de traitement ou d'intervention qui s'offrait à vous ?

47- Avez-vous des suggestions pour améliorer l'accessibilité des femmes immigrantes aux ressources en santé mentale ?

48- Parmi les éléments suivants lesquels, selon vous, peuvent aider en cas de trouble de la santé mentale ?

- Avoir des gens sur qui compter autour de soi
- Sentiment de contribuer à la société
- Contribution affective aux activités d'un groupe communautaire sentiment d'être en sécurité dans son quartier
- Perception de l'entraide dans son quartier
- Autre _____

SECTION D : Santé mentale, bien être et contexte périnatal

49- Avez-vous vécu une de ces situations suivantes pendant votre grossesse ou depuis la naissance de votre enfant ou de vos enfants ?

- Augmentation du stress
- Difficultés psychologiques
- Insomnie
- Tristesse
- Conflit dans le couple
- Fatigue
- Manque de sommeil
- Absence d'aide de l'entourage
- Adaptation à la vie de parent
- Autre _____

50- Avez-vous eu des problèmes concernant la garderie ?

- Oui
- Non

51- Si oui lesquelles des contraintes suivantes avez-vous eu à faire face ?

- Manque de place
- Place libre trop loin
- Cout élevé
- Obligation de changer de ville
- Perte d'un emploi
- Réservation d'une place avant la naissance de l'enfant
- Chômage
- Corruption (ou abus, injustice, irrégularité , passe-droit)
- Autre _____

52-Avez-vous demandé l'aide d'une professionnelle ?

- Oui
- Non

53-Si oui à qui ?

- Infirmière
- Travailleuse sociale
- Psychologue
- Sage-femme
- Amie
- Membre de votre communauté
- Autre : _____

SECTION E : Case ouverte

- Est-ce que vous pouvez parler de vous ?
- Qu'est ce que vous ne voulez pas que l'on publie dans la case vide ?

Merci de votre collaboration !

Fédération des Communautés Culturelles de l'Estrie (FCCE)

Equipe de recherche :

Ndiouro Diouf : chargée de la recherche (FCCE)

Lorenia Vega : assistante à la recherche (FCCE)

Mariame Cissé : supervision (FCCE)

Téléphone : 819-823-0841

En collaboration avec :

Shirley Germain (Agente de projets) Concertation Femme Estrie (CAFE)

819-563-1987



© 2022 - Fédération de Communautés Culturelles de l'Estrie



© 2019-2024, ConcertAction Femmes Estrie



