

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ EN CONTEXTE MIGRATOIRE  
COMME EXPÉRIENCE D'ACCULTURATION: UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE AUPRÈS  
DES IMMIGRANTS RUSSOPHONES DE MONTRÉAL

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN COMMUNICATION

PAR

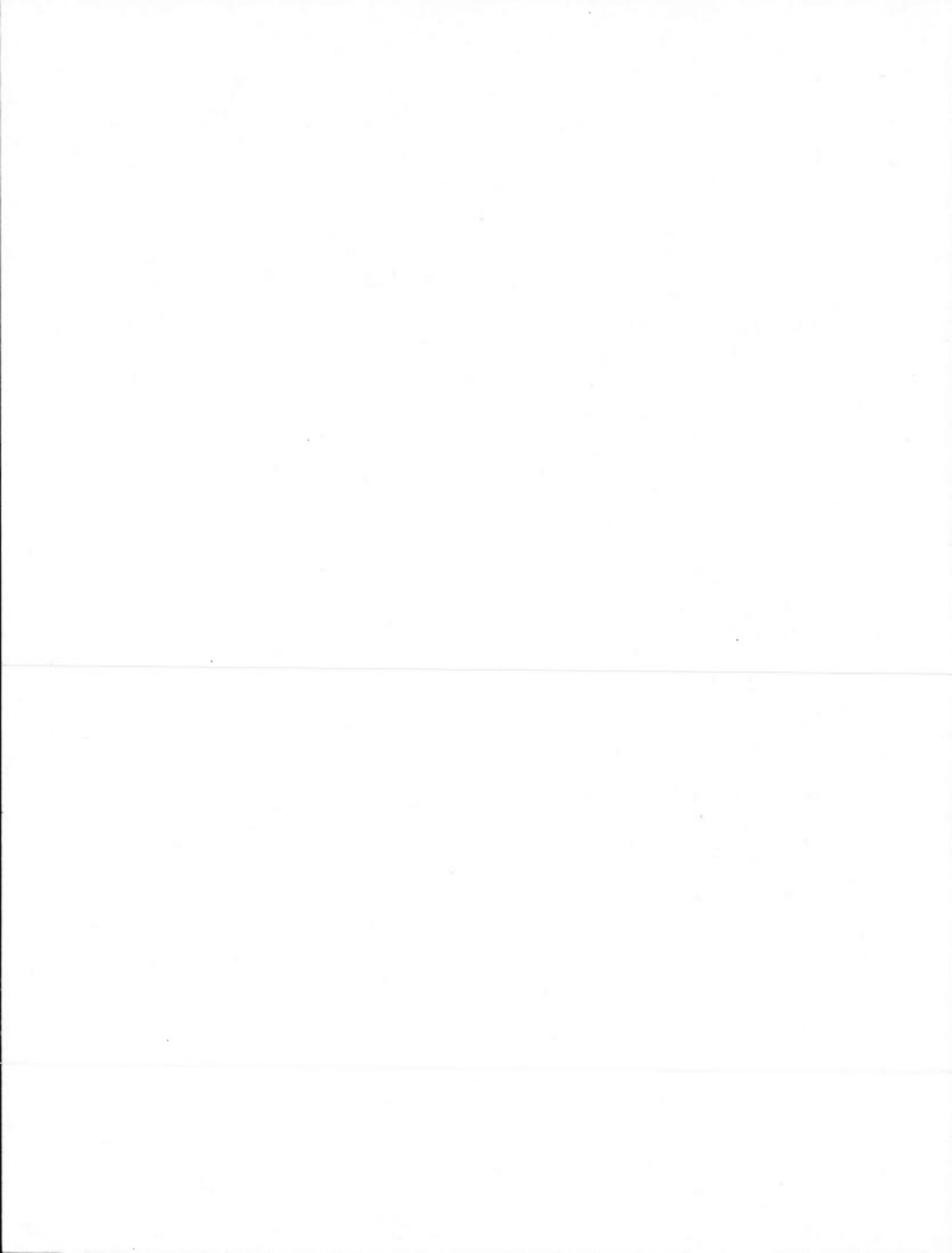
MARIA CHERBA

JUILLET 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»



## REMERCIEMENTS

Je veux remercier mon directeur de recherche, Gaby Hsab, pour l'appui constant qu'il m'a apporté.

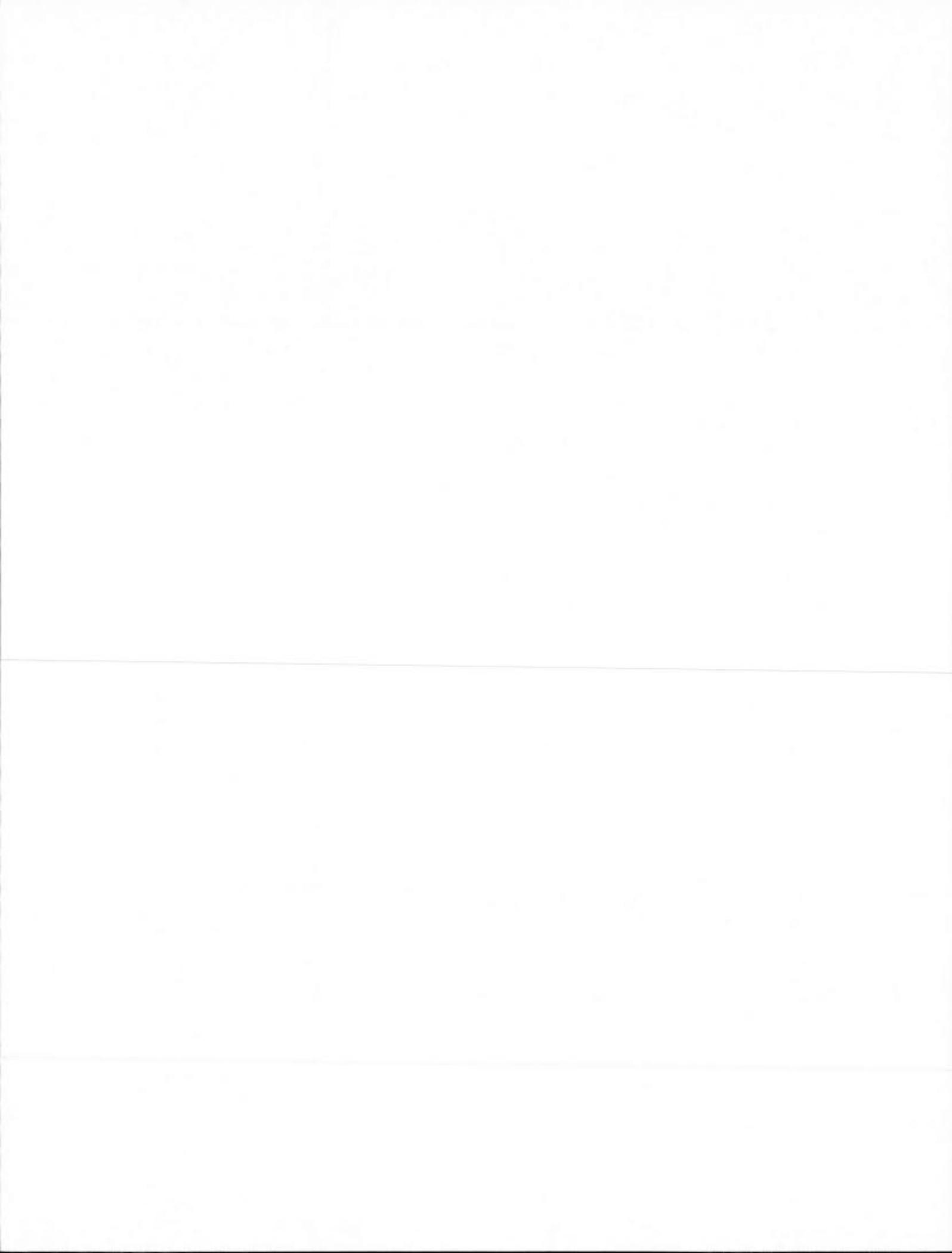
Mireille Tremblay et Carmen Rico de Sotelo, pour leurs commentaires et critiques constructives.

Consuelo Vázquez et Raymonde Pilon, pour leurs conseils et leur support dans mes demandes de bourses.

Ma famille et mes amis, pour leur présence et leurs encouragements.

Un merci tout spécial aux personnes que j'ai interviewées dans le cadre de cette recherche, pour leur disponibilité et leur intérêt.

Je tiens également à souligner le support financier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et du Fonds de recherche Société et culture du Québec.



## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX .....	11
RÉSUMÉ .....	13
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I. OBJET DE RECHERCHE ET PROBLÉMATIQUE .....	3
1.1 L'immigration et la santé au Canada et au Québec.....	3
1.2 La sous-utilisation des services de santé par les populations immigrantes.....	7
1.2.1 Facteurs culturels et expériences pré-migratoires .....	8
1.2.1.1 Relations interpersonnelles et difficultés relationnelles .....	8
1.2.1.2 Milieux organisationnels et institutionnels.....	8
1.2.2 Durée du séjour et expérience migratoire.....	9
1.2.2.1 Accès à l'information sur les services .....	10
1.2.2.2 Obstacles linguistiques .....	10
1.3 La notion d'acculturation dans la littérature sur l'utilisation des services	12
1.4 Contexte de l'étude : les immigrants russophones installés à Montréal ....	17
1.5 Objectifs et questions de recherche.....	20
CHAPITRE II. CADRE THÉORIQUE .....	23
2.1 Quelques mots sur la communication interculturelle.....	23

2.2	Système de santé comme système culturel .....	25
2.3	Acculturation comme processus communicationnel.....	25
2.3.1	Continuités et ruptures dans le processus d'acculturation.....	27
2.3.2	Acculturation matérielle et formelle.....	29
2.3.3	Adapting to an unfamiliar culture selon Y.Y. Kim.....	31
2.4	Comment opérationnaliser la notion d'acculturation? .....	34

### CHAPITRE III. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE ET SON CADRE

ÉPISTÉMOLOGIQUE .....	35	
3.1	Le paradigme interprétatif et la tradition phénoménologique.....	35
3.2	Une démarche d'une inspiration phénoménologique.....	41
3.2.1	Cerner les perceptions : première question spécifique.....	41
3.2.2	Cerner les stratégies d'acculturation et les façons de « concilier » les expériences d'« ici » et de « là-bas » : deuxième et troisième questions spécifiques.....	42
3.2.3	Phénoménologie d'acculturation.....	43
3.3	Recrutement de participants.....	46
3.4	Processus de collecte de données.....	48
3.4.1	Construction de canevas pour la première entrevue.....	48
3.4.2	Construction de canevas pour la deuxième entrevue .....	49
3.4.3	Déroulement des entrevues .....	50
3.5	Analyse des données et construction des catégories .....	51
CHAPITRE IV. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	55	

4.1 Profil des répondants.....	55
4.2 Particularités des services de santé « d'ici et d'ailleurs ».....	60
4.2.1 Les milieux de la santé et l'accessibilité des services.....	61
4.2.1.1 Contexte économique et l'accessibilité du point de vue financier.....	61
4.2.1.2 Cadre juridique, usage des médicaments et remèdes populaires.....	62
4.2.1.3 Environnement matériel, ressources et technologies.....	63
4.2.1.4 L'accessibilité du point de vue du temps d'attente.....	64
4.2.1.5 Services inaccessibles ou inexistantes.....	65
4.2.1.6 Services de « prévention ».....	67
4.2.2 Les acteurs impliqués dans les soins.....	68
4.2.2.1 Spécialistes et généralistes.....	69
4.2.2.2 Pharmaciens.....	70
4.2.2.3 Autres acteurs de soins.....	70
4.2.3. Relation patient-médecin.....	71
4.2.3.1 Les patients « ici » et « là-bas ».....	72
4.2.3.2 Les médecins « ici » et « là-bas ».....	73
4.2.3.3 Les rencontres médicales inhabituelles.....	75
4.3 Particularités de l'utilisation des services de santé dans le contexte migratoire.....	77
4.3.1 Usage des médicaments et remèdes populaires.....	77
4.3.2 Stratégies de recherche de l'information.....	78
4.3.2.1 Période pré-migratoire.....	78
4.3.2.2 Au Québec.....	79
4.3.3 Les facteurs qui empêchent la consultation.....	80
4.3.4 Stratégies transnationales pour se faire soigner.....	82

4.4 Les sentiments associés à l'expérience de soins .....	84
4.5 La langue et les façons de nommer les choses.....	86
CHAPITRE V. ANALYSE ET INTERPRÉTATION.....	89
5.1 Les formes que prend la communication dans le contexte d'utilisation des services.....	90
5.2 Les formes que prend le processus d'acculturation .....	91
5.2.1 Construction des savoirs, attentes et perceptions lors de la période pré-migratoire .....	91
5.2.2 Apprentissages des modes de faire.....	92
5.2.3 Reproduction et transformation des connaissances lors de la période migratoire .....	93
5.2.4 Les chocs .....	98
5.3 Les formes que prend la « conciliation » des expériences de soins « ici » et « là-bas » .....	99
5.3.1 Réinterprétations .....	100
5.3.2 Choix en matière de soins .....	101
5.4 La dimension temporelle du processus d'acculturation.....	104
5.5 Différencier le changement de culture du changement de pratiques .....	105
5.6 Les associations entre l'usage des services de santé et l'intégration dans la société d'accueil.....	106
CONCLUSION .....	109

ANNEXE A. FORMULAIRES DE CONSENTEMENT.....	117
ANNEXE B. LES GRILLES D'ENTRETIEN.....	123
ANNEXE C. LES PARTICULARITÉS DES SERVICES DE SANTÉ.....	125
BIBLIOGRAPHIE.....	127



## LISTE DES TABLEAUX

- 1.1 Les différentes facettes de la communication.....111
- 1.2 Les différentes facettes du processus d'acculturation.....112



## RÉSUMÉ

L'adaptation au système de santé du pays d'accueil constitue une dimension importante du processus d'intégration des immigrants. Or, comme l'indiquent quelques recherches effectuées au Québec, les immigrants récents tendent à sous-utiliser les services de santé (Battaglini et al., 2007; Fortin et Le Gall, 2007; Le Gall et Cassan, 2010), d'où la nécessité d'étudier les trajectoires de soins de différentes communautés culturelles.

Notre recherche exploratoire vise à comprendre comment les immigrants russophones de première génération installés à Montréal apprennent à connaître les services de santé au Québec et comment ils les utilisent. Dans une perspective interprétative et à travers le prisme de la communication interculturelle, nous conceptualisons les systèmes de santé comme systèmes culturels (Gratton, 2009), et les trajectoires de soins des immigrants comme processus d'acculturation (Abou 1986, 1988; Kim, 1978, 2005; Schnapper, 1986).

Dix entrevues de type récit (pour décrire les expériences d'utilisation de services de santé au Québec) ont été réalisées avec dix membres de la communauté russophone de Montréal, suivis d'entretiens semi-dirigés (pour approfondir les thèmes émergents des récits). Une analyse du contenu des entrevues a été effectuée par la codification et la catégorisation.

Les résultats d'analyse appuient l'hypothèse selon laquelle l'utilisation des services de santé au Québec est façonnée par les expériences vécues dans le pays d'origine (Battaglini et al., 2007), et indiquent que les immigrants adoptent une « sorte de métissage des façons de faire d'ici et de là-bas pour répondre à leurs besoins en matière de santé » (Sévigny et Tremblay, 1999). L'étude a aussi permis de constater l'utilisation simultanée des services de santé au Québec et dans le pays d'origine, et la perspective de retour au pays d'origine pour se faire soigner a été identifiée comme élément important dans le processus de prise de décision concernant l'utilisation des services de santé au Québec.

**Mots-clés** : acculturation, communication interculturelle, services de santé, communauté russophone, Montréal



## INTRODUCTION

Chaque année, le Québec accueille des milliers d'immigrants sur son territoire, et les enjeux liés à l'intégration de ces nouveaux arrivants à la société québécoise se posent dans plusieurs domaines, et notamment dans le domaine des services de santé. L'adaptation au système de santé du pays d'accueil constitue une dimension importante du processus d'intégration, mais les immigrants récents tendent à sous-utiliser les services de santé (Battaglini et al., 2007; Fortin et Le Gall, 2007; Le Gall et Cassan, 2010). Il devient ainsi nécessaire d'étudier les trajectoires de soins de nouveaux arrivants.

La culture a été identifiée comme facteur important pour comprendre les conduites des immigrants en matière de soins (Levesque, 2005; Clarkson et Hamel, 2002; Newbold & Danforth, 2003), et depuis les années 1990 les recherches dans ce domaine commencent à se développer au Québec, notamment dans la métropole montréalaise où s'installe la majorité de nouveaux arrivants. Bien que le nombre d'études sur l'utilisation des services par les différentes communautés culturelles de Montréal augmente chaque année, certaines communautés n'ont jamais fait l'objet d'études; il s'agit souvent des communautés de petite taille qui sont négligées par les chercheurs (Lebel, 1986). Or, ces problématiques ont rarement été étudiées par les chercheurs en communication. Notre étude a ainsi pour objectif de contribuer au développement de ce champ de connaissance, en étudiant les expériences d'utilisation des services de santé par les immigrants russophones d'ex-URSS installés à Montréal.

Outre l'intérêt académique pour les enjeux liés à la communication et la santé, les motifs pour entreprendre ce projet ont aussi été d'ordre personnel. Étant d'origine russe, je me suis toujours intéressée aux parcours d'autres immigrants des pays d'ex-URSS et aux enjeux auxquels ils font face au Québec. C'est en explorant les forums Internet d'immigration en russe que j'ai constaté le grand nombre d'échanges autour des sujets liés à la santé, et notamment aux services disponibles et aux expériences des personnes avec ces services. C'est ainsi que j'ai été amenée à faire une recherche exploratoire afin de répondre aux questions : Comment les immigrants réussissent-ils (ou pas) à naviguer dans le système québécois de services de santé? Comment apprennent-ils à connaître les services et comment les utilisent-ils? Quelles sont les difficultés auxquelles ils font face? Après avoir scruté ces questionnements à travers le prisme des notions et concepts en communication interculturelle, j'ai trouvé intéressant d'explorer les liens entre la culture et l'expérience pré-migratoire des nouveaux arrivants et leur expérience de soins au Québec. C'est ainsi que la notion d'acculturation a émergé comme concept théorique central qui a guidé ce travail de recherche.

Ce document est composé de cinq chapitres. Dans le premier chapitre, nous présenterons l'objet de recherche et sa problématique, et terminerons avec l'énonciation des objectifs et questions de recherche. Le deuxième chapitre présente les notions et concepts théoriques autour desquels la réflexion sur l'utilisation des services de santé par les immigrants russophones (ce terme sera expliqué dans les pages qui suivent) de Montréal a été articulée. Le troisième chapitre expose la méthodologie employée et son cadre épistémologique. Le quatrième chapitre présente les résultats de recherche, les données des 20 entrevues que nous avons réalisées avec dix immigrants russophones de première génération de Montréal. Les résultats de l'analyse des données se trouvent dans le dernier chapitre, et sont suivis par quelques réflexions et questionnements. Dans la conclusion, nous soulignerons les limites de notre étude et proposerons quelques pistes de recherche pour les études ultérieures.

## CHAPITRE I.

### OBJET DE RECHERCHE ET PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, nous présenterons l'objet de notre étude, ainsi que les hypothèses et les questions de recherche qui ont guidé notre démarche. Premièrement, nous résumerons le contenu de principaux travaux de recherche sur l'immigration et la santé effectués au Canada et au Québec, pour ensuite parler, plus précisément, des études sur l'utilisation des services de santé par les populations immigrantes au Québec et dans la métropole montréalaise. Nous accorderons une attention particulière à la notion d'acculturation utilisée par nombre d'auteurs afin de comprendre la façon dont les nouveaux arrivants apprennent à connaître et à utiliser les services de santé du pays d'accueil. Ensuite, le contexte de notre étude sera présenté, à savoir, la communauté russophone de Montréal. Nos terminerons ce chapitre avec l'énoncé de l'hypothèse, des objectifs et des questions de recherche.

#### **1.1 L'immigration et la santé au Canada et au Québec**

Chaque année le Canada accueille un nombre important d'immigrants sur son territoire. En 2006, près de 20 % de la population du pays était née à l'étranger, et ce chiffre continue à croître. Parmi les provinces canadiennes, c'est le Québec qui a

connu, entre 2001 et 2006, le taux le plus élevé de croissance du nombre d'immigrants, soit 20,5 % comparativement à 13,6 % pour l'ensemble du pays. 86,9 % des immigrants qui arrivent au Québec s'installent dans la région métropolitaine de Montréal. Par ailleurs, plus de 90 % de nouveaux arrivants choisissent la vie urbaine et s'installent dans les grands centres urbains (Statistique-Canada, 2006).

La santé des immigrants a été identifiée comme une question d'importance nationale avec la publication, en 1984, de *Canadian Health Act*, qui a stipulé : « [...] *the health status of immigrants should be similar to average levels within whole of Canada* » (Newbold & Danforth, 2003, p. 1981). Dans ce contexte, le champ de recherche sur l'immigration et la santé s'est développé au Canada. Plus précisément, à partir de la fin des années 1990, un nombre important de recherches sur des sujets liés à la santé des immigrants a été effectué. Ces recherches ont été recensées, en 1999, dans un rapport de Santé Canada (Kinnon, 1999). Les travaux recensés ont démontré que l'expérience de l'immigration constitue un déterminant significatif de la santé. En outre, le rapport souligne la nécessité de mettre l'accent sur les sous-populations d'immigrants, afin de tenir compte de différences culturelles et ne pas considérer les immigrants comme un groupe homogène, car « la façon dont la santé est comprise et exprimée varie d'une culture à l'autre » (Kopec et al., cité dans Kinnon, 1999, p. 31).

Les recherches menées dans les années 2000 démontrent également que la santé des immigrants constitue un enjeu important qui doit être étudié plus en profondeur. Le phénomène qui pose un problème majeur au principe d'équité en matière de la santé des immigrants énoncé dans le *Canadian Health Act* est le *Healthy Immigrant Effect*, « *one of the most striking findings in the literature on immigrant health* » (Deri, 2004, p. 17). Les statistiques démontrent que « *with the exception of the most recent arrivals, immigrants experience worse health status across most dimensions relative to non-*

*immigrants.* » (Newbold & Danforth, 2003, p. 1981) En d'autres mots, les immigrants arrivent au Canada en bonne santé (en dessus de la moyenne canadienne), ce qui est le résultat de la sélection des immigrants et « des exigences rigoureuses du Canada en matière de santé pour leur autorisation de séjour » (Basrur, 2003). Mais, avec le temps, l'état de santé des immigrants se rapproche de la moyenne canadienne, pour se retrouver ensuite en dessous de la moyenne.

Cette détérioration de l'état de santé est attribuée, d'un côté, à la sous-utilisation du système de soins par les immigrants. Selon Ell et Castaneda (1998, p. 130), « *the most striking variation in health service use among immigrant populations is underutilization [and delayed utilization] of professional health care services when compared with the general population* ». Dans le même ordre d'idées, selon Basrur (2003), quand « les migrants sont arrivés à destination et [...] installés [...], leur accès aux services de santé et l'utilisation qu'ils en font sont nettement inférieurs à ceux de la population endémique ». Toujours selon Basrur, « le manque de sensibilisation et d'accès aux programmes de santé joue un rôle dans la sous-utilisation des services de santé par les migrants » (*Id.*). Ainsi, « l'accès aux services de santé a été établi comme étant l'un des principaux domaines de préoccupation » (*Id.*).

La notion de culture occupe une place importante dans les études sur l'immigration et la santé, dans la mesure où la culture exerce un impact sur les pratiques. Dans un article publié en 1985, Dorvil fait remarquer qu'il importe de « comprendre la culture du patient pour arriver à comprendre ses conduites » (cité dans Levesque, 2005, p. 9), le point de vue que l'on retrouve dans de nombreuses recherches publiées ultérieurement (par exemple, Clarkson & Hamel, 2002; Newbold & Danforth, 2003), dont le rapport de Santé Canada mentionné ci-dessus (Kinnon, 1999). La culture comme facteur ayant un impact sur les pratiques liées à la santé a

fait l'objet de plusieurs recherches qui ont démontré qu'« un des obstacles rencontrés par les immigrants face au système de santé canadien concerne les différences sur le plan des attitudes et des croyances relatives à la santé, à la maladie et aux soins de santé (Dunn & Dyck, 2000; Elliott & Gillie, 1998; McGrath, Vun & McLeod, 2001; Newbold & Danforth, 2003; Ngo-Metzger et al., 2003; Ohmans, Garrett & Treichel, 1996; Rafuse, 1993) » (Levesque, 2005, p. 8). Toutefois, « bien que la culture ait été identifiée comme un des déterminants clés de la santé, les recherches portant sur la santé des immigrants, les valeurs, l'ethnicité et la culture gagneraient à être développées davantage » (Clarkson & Hamel, 2002, p. 152).

Pour ce qui est des recherches effectuées au Québec, on peut mentionner la volumineuse *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, qui visait, pour la première fois, « à mesurer l'état de santé et le recours aux services socio-sanitaires dans une population d'immigrants récents, de cultures et langues diverses » (Clarkson, Tremblay, & Audet, 2002). Cet ouvrage collectif présente des données concernant les profils socio-sanitaires de différentes communautés culturelles du Québec, mais ne cherche pas à comprendre plus en profondeur les expériences vécues par les immigrants et les perceptions culturelles liées à la santé.

Il faut souligner que la santé de la population immigrante est une priorité pour le gouvernement du Québec, tout comme pour le gouvernement canadien :

[...] le maintien et l'amélioration de l'état de santé physique, psychique et sociale des personnes vivant sur le territoire québécois, et, à cette fin, l'égalité dans l'accès aux services socio-sanitaires chez l'ensemble des habitants du territoire, représentent un enjeu important. (Clarkson et al., 2002, p. 3)

Selon l'article 2.7. de la Loi 120 sur les services de santé et les services sociaux, le gouvernement doit « favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec » (cité dans Clarkson et al., 2002, p. 3).

## **1.2 La sous-utilisation des services de santé par les populations immigrantes**

Un nombre important de travaux sur l'immigration et la santé au Québec porte sur l'accès des immigrants aux services de santé et l'utilisation des services. Comme nous avons souligné ci-dessus, plusieurs études démontrent la sous-utilisation du système de soins par les nouveaux arrivants. Notamment, comme l'indiquent quelques recherches effectuées au Québec (Fortin & Le Gall, 2007, p. 27; Le Gall & Cassan, 2010, p. 193), les immigrants récents tendent à sous-utiliser les services de santé au début de leur séjour, comparativement à la population québécoise. Plusieurs facteurs susceptibles d'avoir un impact sur l'utilisation des services ont été mis en lumière par les chercheurs.

Avant de présenter ces facteurs, il importe de souligner que, bien que la sous-utilisation des services de santé du pays d'accueil par les nouveaux arrivants ait été soulignée dans plusieurs travaux de recherches, ce constat n'est pas accepté à l'unanimité. L'étude réalisée par Blais et Maïga (1999) n'a pas révélé de différences entre les Québécois de souche et les nouveaux arrivants quant à la fréquence d'utilisation des services de santé. Toutefois, les auteurs ont remarqué des différences au niveau des services consultés : « *ethnic groups made more visits to specialists in private offices* » (Blais & Maïga, 1999, p. 1237). Comme nous le verrons dans le chapitre IV, ce désir de consulter des médecins spécialistes se retrouve également chez les immigrants russophones que nous avons interrogés pour cette étude.

### **1.2.1 Facteurs culturels et expériences pré-migratoires**

Les facteurs culturels sont souvent mentionnés pour expliquer la sous-utilisation des services de santé par les immigrants. Ces facteurs représentent ainsi ce que Lebel (1986, p. 16) appelle « barrière ethnoculturelle », associée aux valeurs, attitudes, perceptions, attentes, normes sociales, croyances et pratiques liées à l'utilisation des services dans le pays d'origine, c'est-à-dire à l'expérience pré-migratoire. Les différences culturelles peuvent être observées à deux niveaux.

#### **1.2.1.1 Relations interpersonnelles et difficultés relationnelles**

Au niveau des relations interpersonnelles, les difficultés sont liées au fait que, « en contexte pluraliste, médecins et patients peuvent avoir recours à différents systèmes référentiels afin de comprendre et de négocier la maladie, la trajectoire de soins, le processus décisionnel » (Fortin & Laprise, 2007, p. 194). Dans le même ordre d'idées, McCall et al. parlent de la « divergence de représentations à l'égard de ce que constitue l'intervention médicale [...] les clients ayant une certaine conception des services offerts » (McAll, Tremblay, & Le Goff, 1997, p. 62), qui se traduit, par exemple, par la difficulté pour les intervenants à rassurer le patient (McAll et al., 1997, p. 63), ou encore par « des difficultés à communiquer efficacement [...] quant aux comportements à risque » (Zanchetta & Poureslami, 2006, p. S28).

#### **1.2.1.2 Milieux organisationnels et institutionnels**

Le système de services de santé s'inscrit dans des cadres institutionnels et organisationnels qui ne sont pas toujours familiers pour les nouveaux arrivants. Comme l'explique Gratton (2003, p. 64), « les institutions de santé et des services sociaux comportent des aspects culturels qui peuvent compliquer l'expérience de

patients ou de clients issus de la diversité culturelle ». En effet, « circuler dans un nouveau pays ou une de ses institutions équivaut à se déplacer dans un labyrinthe » (*Ibid.*, p. 65). Gratton conceptualise les systèmes de soins de santé en tant que systèmes culturels :

Chaque individu de chaque groupe humain doit apprendre à fonctionner dans le système médical propre à sa culture. L'apprentissage requis ne va pas de soi, même une personne adulte exposée à cette nécessité peut se sentir perdue. Elle le sera doublement si elle devient malade dans un autre pays. (*Ibid.*, p. 64)

Dans cette optique, un nombre de programmes a été mis en place afin de favoriser l'adaptation du réseau québécois de la santé et des services sociaux aux besoins de la population immigrante (Sévigny & Tremblay, 1999). Le documentaire « Un coin du ciel » sur le CLSC du quartier multiethnique de Montréal Parc-Extension (Goma, 2007) est une belle illustration du « labyrinthe » des services à travers les yeux des immigrants usagers du CLSC et des intervenants qui les guident dans ce labyrinthe.

### **1.2.2 Durée du séjour et expérience migratoire**

Tout comme les expériences de services de santé dans le pays d'origine, les expériences vécues dans le pays d'accueil contribuent à façonner les perceptions du réseau de santé et, conséquemment, la façon dont les immigrants utilisent les services. Suite à leur investigation de l'utilisation ou la non-utilisation des services sociaux et de santé par les hommes récemment immigrés à Montréal, Le Gall et Cassan (2010, p. 203) sont arrivées à la conclusion que « la perception [...] du réseau de la santé repose sur les difficultés concrètes rencontrées lors des démarches antérieures entreprises pour eux ou des proches ou encore sur des informations véhiculées dans les médias ou par les personnes qu'ils côtoient ».

### **1.2.2.1 Accès à l'information sur les services**

La méconnaissance des services de santé disponibles et de leur fonctionnement a été identifiée comme obstacle à l'utilisation des services de santé par plusieurs chercheurs. Selon Zanchetta et Poureslami (2006, p. S28), « les immigrants au Canada sont rarement familiers avec le système canadien de soins de santé pour ce qui est de trouver les services nécessaires et/ou des renseignements sur la santé ». Bien que le facteur linguistique joue un rôle important quant à l'acquisition des connaissances et la compréhension du système de services de santé du pays d'accueil, la méconnaissance des services peut aussi être liée aux conditions de vie des immigrants et au contexte particulier de l'interaction intervenant-client (Sévigny & Tremblay, 1999, p. 78).

Quand on parle de l'accès à l'information, il faut souligner la diversité de sources que les nouveaux arrivants peuvent utiliser pour se familiariser avec les services de santé du pays d'accueil. Nous pouvons penser, par exemple, aux ressources Internet, aux plateformes d'échanges tels que forums et réseaux sociaux, ou encore à l'« image des services véhiculée par le réseau social » de l'immigrant (Le Gall & Cassan, 2010, p. 192).

### **1.2.2.2 Obstacles linguistiques**

Il va de soi que les compétences linguistiques des patients immigrants sont une composante importante quant à la qualité de leur communication avec les professionnels de la santé, ainsi quant à la recherche de l'information sur les services disponibles. Un nombre important de recherches ont été effectuées notamment sur la communication patient-médecin médiatisée par un interprète. L'étude de Laquerre (2003, p. xi) a démontré « la présence de dysfonctionnements communicationnels [entre les médecins et les patients immigrants] à deux niveaux, soit au niveau du message et au niveau de la relation». Comme nous avons vu ci-dessus, les difficultés

relationnelles se situent au niveau des facteurs culturels; les dysfonctionnements au niveau du message sont, quant à eux, en grande partie liés aux compétences linguistiques des patients. Dans le même ordre d'idées, selon une revue de littérature réalisée par Lutumba Ntetu et al. (1998, p. 158),

[...] tout en ne perdant pas de vue que la communication interculturelle ne se résume pas à un simple problème de langue, [de nombreuses études] mettent en évidence l'incompétence linguistique comme la barrière la plus importante à l'établissement de bonnes interactions entre les professionnels de la santé et les usagers.

Il est important de souligner que les facteurs énumérés ci-dessus ne représentent pas un inventaire exhaustif pour expliquer la façon dont les nouveaux arrivants utilisent les services de santé du pays d'accueil. Comme le soulignent LeGall et Cassan (2010, p. 192), le (non-)recours aux services de santé est un phénomène multidimensionnel, complexe, hétérogène. Les facteurs individuels tels que l'état civil, la durée de séjour, l'état de santé, etc. doivent également être pris en considération (*Id.*).

Pour résumer, il nous semble utile de présenter le modèle d'utilisation des services de santé par les populations immigrantes d'Andersen et Aday (1981, cité dans Lebrun, 2012, p. 2) qui repose sur trois catégories des facteurs. Les facteurs prédisposants (1) réfèrent aux caractéristiques démographiques et sociales telles que l'âge, le sexe, l'état civil, l'ethnicité, etc. Les facteurs favorables (2) font référence aux ressources disponibles aux immigrants, telles que le niveau de revenu, l'éducation, l'assurance, etc., ainsi qu'aux variables comme la durée du séjour et les compétences linguistiques (ce que les auteurs définissent comme « *acculturation-related factors* »). Finalement, l'état de santé et les besoins individuels en matière de santé (3) sont à prendre en considération.

Un autre facteur qui a été souvent mis en lumière par les acteurs et qui englobe plusieurs facteurs mentionnés dans cette section est l'expérience d'acculturation. Dans notre travail, nous conceptualisons l'expérience d'utilisation des services en tant qu'expérience d'acculturation. Avant de présenter le contexte, les objectifs et les hypothèses de notre étude, nous verrons comment la notion d'acculturation a été définie et appliquée dans la littérature sur l'utilisation des services de santé par les populations immigrantes.

### **1.3 La notion d'acculturation dans la littérature sur l'utilisation des services**

L'usage de la notion d'acculturation en lien avec l'utilisation des services de santé par les immigrants découle de la conception du système et de services de santé en tant que système culturel. Plus précisément, comme nous l'avons vu tout à l'heure, « les ressources et les modes d'intervention dans le domaine de la santé et des services sociaux sont [...] issus de façons de faire propres à la société québécoise » (Gratton, 2003, p. 58). Or, les nouveaux arrivants devront s'adapter à ces façons de faire, se les approprier. C'est ce processus d'apprentissage et d'ajustement que nous appelons « processus d'acculturation ». Nous reviendrons à la définition de cette notion dans le chapitre suivant. Dans cette section, nous présenterons brièvement les travaux de recherche sur l'utilisation des services de santé par les populations immigrantes qui reposent sur la notion d'acculturation.

Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, le terme « acculturation » est très difficile à définir. Dans la littérature, il renvoie souvent à la durée de séjour dans le pays d'accueil et au développement des compétences linguistiques, qui constituent des facteurs favorables à l'utilisation des services du pays d'accueil. Lebrun (2012, p. 2) résume ainsi cette hypothèse qu'on rencontre souvent dans la littérature :

*[...] recent immigration and limited language proficiency independently contribute to reduced potential and realized access to care in both Canada and the US. These results largely concur with those of previous studies which have examined the influence of these variables on immigrants' health care patterns.*

Dans le même ordre d'idées, selon Dias et al. (2010, p. 494), « *the length of stay has been positively associated with integration in the host country and specifically with knowledge about the health system and utilization of the health services* ». En d'autres mots, plus le séjour dans le pays d'accueil est long, plus les nouveaux arrivants sont familiers avec le système de soins et les « codes » qui régissent les relations avec les différents acteurs, et plus ils seront portés à utiliser les services de santé. Ainsi, si les immigrants récents sous-utilisent les services de santé, les immigrants de longue date les utiliseraient de façon qui se rapproche de celle de la population native : « *the length of stay has been positively associated with integration in the host country and specifically with knowledge about the health care system and utilization of health services* » (Dias, Gama, & Rocha, 2010, p. 494).

Bien que cette hypothèse soit courante, les liens entre l'acculturation et l'utilisation des services de santé n'ont pas encore été clairement établis (Asanin Dean & Wilson, 2010, p. 1219): aux États-Unis, « *studies examining the effects of acculturation on health seeking behavior have shown inconsistent results* » (Ell & Castaneda, 1998, p. 132); au Canada, « *comprehensive national knowledge on immigrant [...] health service utilization is limited. The available studies [...] suggest that recent immigrants are overall "under-users" of the health care system, but whether their lower use reflects societal or cultural barriers or actual reduced levels of need has not been established* » (DesMeules et al., 2004, p. I-22).

Les études que nous venons de mentionner ont cherché à établir des liens de causalité entre le processus d'acculturation et l'utilisation des services de santé, dans une perspective de santé publique. Dans une autre perspective (on peut la nommer anthropologique), plusieurs recherches ont démontré la complexité de ces processus, et ainsi l'impossibilité d'établir des liens de causalité précis. Par exemple, Stuyft et al. (1989, p. 57) ont mis l'accent sur la complexité des comportements des immigrants en matière de soins :

*Changes in health beliefs and values are translated in actions for seeking supplementary, Western, health care, but not in the replacement of the traditional illness behavior by one completely oriented towards the utilization of occidental services. This adherence to traditional lay care might be interpreted as a characteristic of ethnic identification.*

Bien que nous n'aborderons pas la notion d'identité dans le cadre de ce travail, nous y reviendrons dans la conclusion en identifiant les pistes pour les recherches ultérieures.

La complexité du processus d'acculturation dans l'usage des services de santé a été également mise en lumière par Peeters (1986, cité dans Stuyft, Muynck, Schillemans, & Timmerman, 1989, p. 58) : selon cet auteur, l'acculturation résulte en « *pragmatic and partial adoption of Western explanatory models, without preoccupation for logical consistency* ». Plus loin dans ce travail, nous reviendrons à cette idée d'acculturation pragmatique et partielle, qui implique l'adaptation à certains aspects de la culture hôte, et au maintien de l'identification ethnique par rapport à d'autres aspects.

Nous pouvons dire que ces deux perspectives, « de santé publique » et « anthropologique » définissent la notion d'acculturation différemment. Comme nous avons déjà mentionné ci-dessus, les études en santé publique associent ce processus à la durée de séjour dans le pays d'accueil et au développement des compétences linguistiques. Le regard « anthropologique » permet de remettre en question cette dimension temporelle d'acculturation :

*[...] findings suggest that acculturation or assimilation in the host society could be an important determinant of health status and illness behavior. But anthropological studies indicate that cultural differences do not necessarily fade out with time. (Harwood, 1981, cité dans Stuyft et al., 1989, p. 53)*

Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, l'acculturation est un processus qui affecte autant les nouveaux arrivants que la société d'accueil. Dans cette optique, ce ne sont pas seulement les immigrants qui s'adaptent au système de soins, mais aussi, comme nous l'avons souligné, le système de soins qui se transforme afin de mieux répondre aux exigences du contexte interethnique : « Soit on cherche à rendre plus accessibles les services existants, soit on cherche à modifier ces services pour mieux tenir compte des besoins des nouvelles populations vivant sur le territoire » (McAll et al., 1997, p. 21). Notamment, des recherches ont été effectuées et des outils de formation développés concernant les compétences en interculturel des professionnels de santé (par exemple, Fortin, 2004; Gratton, 2003; Laquerre, 2003). Tout en reconnaissant que le processus d'acculturation est un processus à double sens, nous avons mis l'accent dans notre étude sur l'expérience d'acculturation telle que vécue et racontée par les immigrants. Ce choix relève autant de notre approche d'inspiration phénoménologique (présenté dans le chapitre III) que des lacunes dans la recherche identifiées par les auteurs, entre autres :

Il nous manque encore de l'information quant à l'accès et à l'utilisation des services de soins de santé par les sous-populations de différents groupes culturels. On pense entre autres au sexe, aux pratiques d'apprentissage, aux façons de rechercher les services et aux comportements de recherche d'aide. (Zanchetta & Poureslami, 2006, p. S28)

*In the context of increasing migration flows, it is important to understand the health care needs of foreign-born populations.* (Lebrun, 2012, p.1)

En dépit du nombre croissant d'immigrants au Québec, l'utilisation des services par les familles est encore très peu documentée. (Fortin & Le Gall, 2007, p. 21)

Avant de terminer cette section, il nous semble important de mettre l'accent sur les limites de l'usage de la notion d'acculturation par rapport à notre objet d'étude. Cagnet (2007, p. 39) résume ainsi les limites à prendre en considération :

Aujourd'hui, les termes de culture et d'acculturation reviennent de plus en plus souvent dans les écrits concernant la santé des populations dites « issues de l'immigration », comme reviennent également des appellations telles que groupes ethniques, minorités ethniques, groupes ou communautés culturelles. Paradoxalement, à peu près au même moment, les approches culturalistes commencent à faire l'objet des plus vives critiques dans les sciences sociales, avec, d'une part, le développement des théories de l'ethnicité et l'émergence d'une véritable sociologie des relations ethniques et, d'autre part, les avancés de la sociologie de la santé relatives au poids des facteurs socioéconomiques dans la production des inégalités de santé.

En même temps, nous constatons, à l'instar de Cagnet (2007, p. 39) qu'en dépit de ces critiques, « la culture des immigrants et des groupes ethniques minoritaires a néanmoins pris place avec enthousiasme dans les organisations de santé », et que les études dans le domaine se multiplient dans les dernières années : on parle à cet égard de « l'engouement inégalé dans les milieux de la santé pour l'anthropologie culturelle » (Cagnet, 2007, p. 44).

#### 1.4 Contexte de l'étude : les immigrants russophones installés à Montréal

Comme le souligne McKinlay (1975, cité dans Stuyft et al., 1989, p. 57), « *to a large extent the confusion over the effect of migration on health status (...and the use of health services...) stems from the failure to specify which particular type of migration (...time, place, person...) one is considering* ». Ainsi, afin de comprendre l'utilisation des services de santé en tant que processus d'acculturation, il est important d'étudier une population d'immigrants bien définie. Notre étude se base sur les expériences en soins de santé des immigrants russophones de Montréal. Nous présenterons nos stratégies de recrutement, et nous décrirons notre échantillon dans les chapitres suivants. Dans cette section, nous expliquerons notre choix de population et nous dresserons un portrait sommaire afin de présenter les principales caractéristiques de la population immigrante russophone de Montréal. Il faut noter que nous utiliserons le terme « immigrants russophones de Montréal » pour les immigrants russophones de l'ex-URSS, en excluant les immigrants russophones provenant d'autres pays.

En 2007, 28 % de la population montréalaise était d'origine immigrante (Battaglini & al., 2007, p. 7). Or, « à Montréal, certains CLSC desservent des territoires où les immigrants représentent plus de 60% de la population » (*Ibid.*, p. 1). Parmi ces immigrants, ce sont « les Montréalais d'immigration récente, dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, qui ont le plus besoin de services adaptés, tant sur le plan culturel que linguistique » (*Ibid.*, p. 7). En même temps, toujours selon Battaglini et al. (2007, p. 6), « les études sur l'utilisation des services de santé par les personnes immigrantes sont peu nombreuses ». Dans cette optique, nous avons choisi Montréal comme terrain pour notre étude.

En 1986, Lebel a fait remarquer qu'« à Montréal, à l'exception de cinq ou six communautés qui ont des effectifs de plus de 25000 individus, les communautés sont de petite taille » (Lebel, 1986, p. 16). Ce constat est toujours juste, selon le dernier recensement (Statistique-Canada, 2006). C'est dans cette optique qu'il est important, selon nous, d'étudier « les communautés de petite taille ». Un autre aspect important quant au choix de la population est le niveau de « distance culturelle » entre la communauté immigrante et la société québécoise. Jusqu'à aujourd'hui, les recherches se sont plutôt concentrées sur les cultures ayant une « grande distance » avec le Québec, ou encore les minorités visibles, comme l'indique la revue de littérature effectuée par Carrasco et al. (2009). Cela pourrait amener à négliger les difficultés auxquelles les immigrants de cultures plus « proches », ou encore des immigrants qui ne représentent pas une minorité visible (ce qui est le cas de nos participants) pourraient faire face lors de leurs démarches au sein du système de soins de santé.

Il est important de définir ce qu'on entend par « communauté », le terme à multiples sens que nous utiliserons pour parler des immigrants russophones d'ex-URSS comme d'un groupe culturel défini. À l'instar de Vibert (2007) et Abou (1986), le sens qu'on donne à la notion de communauté dans le cadre de notre étude est celui d'« identité collective », « centrée autour d'un trait définitionnel prioritaire qui permet de caractériser et de rassembler des individus divers » (Vibert, 2007, p. 13). Cette identité distincte est « enracinée dans la conscience d'une histoire ou d'une origine commune », et est « fondée sur des données objectives telles qu'une langue, une race ou une religion commune, voire un territoire, des institutions ou des traits culturels communs, quoique certaines de ces données puissent manquer » (Abou, 1986, p. 32).

Dans notre cas, ce sont la langue et l'origine ethnique qui nous permettent de parler des immigrants russophones de Montréal venant de différents pays d'ex-URSS en tant

que communauté. Or, ce sont les immigrants eux-mêmes qui se définissent ainsi, selon les résultats d'une recherche exploratoire menée par Billette (2005, p. iii-iv) : « [...] il existe une communauté russophone qui englobe l'ensemble de ces immigrants au-delà des différences nationales, ethniques, culturelles, territoriales ou religieuses [...] ». Dans une perspective phénoménologique, dont notre démarche de recherche s'inspire, nous avons fait confiance à l'auto-définition des russophones de Montréal en tant qu'une communauté à travers l'étude de Billette (2005) qui privilégie la perception des personnes aux critères objectifs quelconques. Toutefois, il faut souligner que la langue russe et l'histoire commune de l'URSS constituent, dans ce cas particulier, des composantes « objectives » importantes de l'appartenance culturelle.

Pour donner un bref aperçu de l'immigration russophone au Canada, nous pouvons dire qu'il y a eu quatre vagues d'immigration (Struve, 1996, cité dans Billette, 2005, p. 29 sq.). Si les immigrants de trois premières vagues (de la Révolution bolchévique à la Seconde Guerre mondiale, le régime de terreur stalinien, l'immigration juive des années 1970) quittaient le pays pour des raisons politiques ou de survie durant la guerre, les immigrants de la quatrième vague qui quittaient l'ex-URSS étaient avant tout motivés par des raisons d'ordre économique. De plus, « à contrario des vagues précédentes, les émigrants récents quittent l'ex-URSS tout en ayant la possibilité d'y retourner, puisque le rideau de fer est bel et bien démantelé » (Billette, 2005, p. 32).

Comme le souligne Billette, « l'immigration d'ex-URSS est récente et augmente à chaque année », avec, en 2001, 141 965 résidents du Canada nés dans les pays d'ex-URSS, dont 14,1 % sont installés à Montréal (*Ibid.*, p. 41). La grande majorité de ces immigrants est âgée entre 25 et 44, donc il s'agit de jeunes familles ou de jeunes adultes (le Ministère des Relations avec les citoyens et de l'immigration, 2001, cité dans Billette, 2005, p. 63). Ces immigrants maîtrisent bien les langues officielles :

60 % parlent une des langues au moment de leur arrivée, et ceux qui ne maîtrisent pas la langue s'inscrivent à des cours peu après leur arrivée (Godin, 2004, cité dans Billette, 2005, p. 72). Leur niveau d'éducation et d'activité sur le marché de travail est assez élevé : plus de la moitié des personnes âgées de 15 ans et plus détiennent un diplôme universitaire, et plus de 56 % occupent un emploi au Québec (le Ministère des Relations avec les citoyens et de l'immigration, 2001, cité dans Billette, 2005, p. 73-74).

### **1.5 Objectifs et questions de recherche**

La conception de l'utilisation des services de santé par les immigrants russophones en tant qu'expérience d'acculturation repose sur deux postulats. Premièrement, il y a des liens entre la culture et l'expérience pré-migratoire de nouveaux arrivants et leur expérience des soins dans le pays d'accueil. Deuxièmement, l'utilisation des services de santé dans le pays d'accueil implique un apprentissage, un ajustement, tant de la part des immigrants que des acteurs du système de santé.

L'objectif de notre étude consiste ainsi à comprendre les formes que peut prendre le processus d'acculturation dans le contexte d'utilisation des services de santé au Québec par les immigrants russophones de Montréal. Plus précisément, nous voulons cerner les processus communicationnels par lesquels les immigrants apprennent à connaître et à utiliser les services de santé dans leur nouveau pays.

La question de départ que nous nous sommes posée avant d'entamer notre recherche était la suivante : « Qu'est-ce qui arrive quand les immigrants russophones décident d'utiliser les services de santé au Québec? » En y intégrant la notion d'acculturation, nous formulons ainsi la question de recherche qui guidera cette étude :

Comment les dynamiques et les processus d'acculturation se manifestent-ils lors de l'expérience d'utilisation des soins de santé au Québec par les immigrants russophones de Montréal?

Cette question générale soulève trois questions spécifiques :

- Quelles sont les expériences des soins de santé pré-migratoires et quelles sont les attentes et les perceptions à l'égard des services de santé au Québec?

- Comment les expériences des soins au Québec sont-elles vécues par les immigrants et quelles sont les stratégies d'acculturation mises en oeuvre?

- Comment les immigrants arrivent-ils à concilier les expériences de soins dans le pays d'origine avec les expériences de soins au Québec?

Comme le démontrent nos objectifs et nos questions de recherche, la façon dont nous avons opérationnalisé la notion d'acculturation diffère de la manière dont elle a été utilisée par les chercheurs cités ci-dessus. La notion d'acculturation a été souvent utilisée pour expliquer l'impact de la durée de séjour sur l'utilisation des services de santé par les immigrants. Dans notre travail, en nous inspirant des approches phénoménologiques en communication, nous mobilisons la notion d'acculturation pour comprendre l'expérience de soins vécue par les immigrants dans le pays d'accueil. Nous reviendrons à cette « phénoménologie d'acculturation » dans le chapitre III.

Les objectifs et les questions de recherche étant formulés, nous présenterons dans le chapitre suivant le cadre théorique de notre étude.



## CHAPITRE II.

### CADRE THÉORIQUE

Dans les pages qui suivent, nous présenterons les postulats et les concepts autour desquels notre réflexion sur l'utilisation des services de santé par les immigrants russophones de Montréal sera articulée. Le cadre théorique de cette étude est inspiré des recherches en communication interculturelle et en psychosociologie de la communication. Le choix de la notion d'acculturation est notamment basé sur la revue de littérature; la façon de définir cette notion est cohérente avec le cadre épistémologique proposé dans le chapitre suivant. Le système de soins est défini comme système culturel et le processus d'acculturation comme processus communicationnel (Abou 1986, 1988; Kim 1977, 1978, 1988, 2003, 2005; Schnapper, 1986; Schütz, 2000).

#### **2.1 Quelques mots sur la communication interculturelle**

Il va sans dire qu'il existe plus d'une façon de définir la communication interculturelle. Nous citerons Lutumba Ntetu et al. (1998, p. 157-158) afin de présenter sommairement ce champ d'études :

Barette, Gaudet et Lemay définissent la communication comme le moyen qui permet aux personnes d'une même culture ou de cultures différentes partageant des modèles de perception du monde, des schémas cognitifs et des langages communs, de créer du sens à travers leurs interactions. La communication n'apparaît donc que là où une signification est attribuée à un comportement ou à son reliquat (Samovar et Porter, 1991). Ce qui, selon Lipansky (1989), suppose l'existence d'un code commun aux interlocuteurs et implique la possibilité de s'exprimer et de se comprendre. Enfin, dans un contexte où interagissent des individus dont les perceptions culturelles et les systèmes de symboles sont plutôt différents pour rendre l'acte de communication un peu plus difficile, on parle de communication interculturelle (Samovar et Porter, 1991).

Dans ce résumé, nous retrouvons quelques notions clés qui seront mobilisées dans l'analyse, notamment « perceptions culturelles », « schémas cognitifs », « systèmes de symboles », « langage commun »/« codes communs », « création du sens à travers l'interaction ». Il est aussi important de souligner que la communication interculturelle est perçue comme « difficile ». Nous verrons plus loin comment ce caractère problématique, voire conflictuel, de la communication interculturelle sera mis en exergue dans la notion d'acculturation.

Il est important de préciser que la communication interculturelle va au-delà de la communication en face à face, et inclut la communication médiatique et médiatisée (par ordinateur, par exemple). Or, comme le soulignent Barnett et Lee (2003, p. 276), « *with the developments in communication technologies [...] most intercultural experiences are mediated rather than face-to-face* ». Dans le contexte plus précis d'utilisation de services de santé par les populations immigrantes, nous pouvons faire référence à l'utilisation des ressources Internet (et notamment des outils Web 2.0. tels que forums de discussion) et aux informations sur les services diffusées dans les médias.

## 2.2 Système de santé comme système culturel

C'est en suivant les postulats de l'anthropologie de la médecine que l'on peut analyser le système de santé et de soins en tant que système culturel, c'est-à-dire « *a system of symbolic meanings anchored in particular arrangements of social institutions and patterns of interpersonal interactions* » (Kleinman, 1981, p. 24). Ainsi, « *patients and healers are basic components of such systems and thus are embedded in specific configurations of cultural meanings and social relationships. They cannot be understood apart from this social context* » (Id.). Dans le même ordre d'idées, comme le soulignent Sévigny et Tremblay (1999, p. 93), « les services de santé se fondent sur une certaine façon de voir la maladie, la santé physique et mentale et le fonctionnement social ».

## 2.3 Acculturation comme processus communicationnel

Comme il a déjà été souligné, la notion d'acculturation peut être définie de plusieurs façons. Il est donc important de l'opérationnaliser avant de la mobiliser dans une analyse. Qu'entend-on par « acculturation » dans le cadre de cette étude? Avant de répondre à cette question, il nous semble important de différencier, à l'instar de Abou (1988), trois processus d'insertion des immigrants dans leur société d'accueil, à savoir : l'adaptation, l'acculturation et l'intégration.

« Au concept d'adaptation, [...] [Abou] donne une teneur écologique : c'est l'accommodation au milieu physique du pays d'accueil ». La notion d'intégration désigne selon lui « l'insertion des nouveaux-venus dans les structures économiques, sociales et politiques du pays d'accueil ». La notion d'acculturation, quant à elle, réfère à « l'ensemble des interférences culturelles que les immigrants et leurs enfants subissent,

à tous les niveaux d'adaptation et de l'intégration, par suite de la confrontation constante de leur culture d'origine avec celle de la société d'accueil ». (Abou, 1988, p. 127-129)

Dans le même ordre d'idées, Kim (2003, p. 245) distingue entre l'acculturation ou l'apprentissage des modes de faire de la société d'accueil et la déculturation ou l'oubli des modes de faire de la société d'origine. L'assimilation, quant à elle, est l'acculturation et la déculturation à leur plus haut degré possible.

Dans une optique communicationnelle, nous définissons l'acculturation en tant que processus de construction de savoirs et d'apprentissage qui passe par la négociation. L'importance de concevoir l'acculturation comme une négociation peut être illustrée avec la recherche de Fortin et LeGall (2007, p. 18) qui a étudié la rencontre entre les familles immigrantes et les professionnels de la santé :

[...] chacun des acteurs est porteur de savoirs, de normes et des pratiques de soins qu'ils ne partagent pas toujours; que ces savoirs, ces normes et ces pratiques sont dynamiques et perméables; et enfin que la rencontre clinique donne lieu sinon à une renégociation, du moins à une conciliation des positions de chaque acteur social.

Dans les sections suivantes, nous explorons plus en profondeur cette conception d'acculturation-conciliation ainsi que son contraire, à savoir l'acculturation-conflit.

Toujours dans une optique communicationnelle, il est important de comprendre l'acculturation en tant que phénomène dynamique : « ce qui doit être analysé, c'est précisément ce processus en train de se produire et pas seulement les résultats du contact culturel qui ne sont, du reste, jamais définitifs » (Cuhe, 2010, p. 60).

À l'instar de plusieurs auteurs cités dans notre revue de littérature (par exemple, Lebrun, 2012; Stuyft et al., 1989), nous retenons les compétences linguistiques et la durée de séjour comme dimensions clés du processus d'acculturation. Toutefois, comme sera démontré dans le chapitre V, l'importance de prendre ces dimensions en considération peut être questionnée.

Finalement, il est important de souligner que le phénomène d'acculturation est un phénomène de communication interculturelle. À l'instar de Abou (1986, p. 48), « [...] nous n'envisageons [...] le problème d'acculturation qu'en fonction des relations interethniques : la culture sera définie dans le cadre de l'unité ethnique [communauté culturelle]. Or, dans la réalité, la culture d'une ethnie est rarement homogène... » Nous reviendrons à l'importance de considérer la culture en tant que non homogène dans la conclusion.

### **2.3.1 Continuités et ruptures dans le processus d'acculturation**

Il est important de noter que le processus d'acculturation « ne va pas toujours dans le sens d'un rapprochement entre les cultures, ce qui la différencie de la notion d'assimilation » (Hernandez, 2007, p. 14). Il s'agit d'un processus complexe de ruptures et de continuités.

Quand nous parlons de continuités d'acculturation, nous faisons référence à la conception d'acculturation comme processus de conciliation, qui est cohérente avec l'idée de la création d'un monde de cohérence développée dans les travaux d'Alfred Schütz. Selon Schütz, les « étrangers » (les immigrants, dans notre cas) donnent un sens aux éléments inconnus de la société d'accueil (les services de santé, dans notre cas) à travers leurs interprétations en fonction des modèles culturels d'origine. Cette

interprétation, selon Schütz (1970, cité dans Hatch, 1993, p. 637), est rétrospective : « [...] *interpretation involves a move from the 'already known' of a culture's basic assumptions to current symbols* ». C'est d'ailleurs dans cette optique que nous nous sommes basée sur les récits des participants (les expériences de soins vécues au Québec ont été décrites et comparées aux expériences vécues dans la société d'origine, et ce, de manière rétrospective) pour réaliser ce travail de recherche, comme décrit dans le prochain chapitre portant sur la démarche méthodologique.

Les modèles culturels peuvent être associés à ce que Schütz (2000, p. 30) nomme le « cosmos social organisé », c'est-à-dire, « des institutions de différentes sortes, des outils, des machines, etc.; d'autre part, des habitudes, des traditions, des règles et des expériences, à la fois effectives et partagées. [...] De plus, il y a une échelle de relations systématisées que tout et chacun a avec ses semblables... ». Il est important de mettre l'accent sur le mot « relations » : selon Schütz (2000, p. 34), cette organisation du cosmos social « n'est pas celle des *lois* naturelles », « mais celle des séquences et relations *typiques* », d'où l'intérêt de sa pensée pour les sciences de la communication.

Il faut toutefois mettre un bémol et ne pas concevoir le processus d'acculturation uniquement comme processus de rapprochement et d'adaptation. Dans ce sens, Abou a mis l'accent sur le caractère conflictuel du processus : « [...] il n'y a pas d'acculturation qui ne soit la résolution lente et progressive d'un conflit de cultures. » (Abou, 1986, p. 48). Comme nous l'expliquerons dans les paragraphes sections suivants, certaines composantes du modèle culturel seront « conciliées », tandis que d'autres entreront en conflit et en rupture avec le « cosmos social organisé » du pays d'accueil.

### 2.3.2 Acculturation matérielle et formelle

La distinction entre l'acculturation matérielle et l'acculturation formelle a été établie dans les années 1970 par Roger Bastide. Abou a repris cette distinction qui permet, selon lui, de mesurer le progrès du processus d'acculturation :

L'acculturation *matérielle* est celle qui affecte les « contenus de la conscience psychique » (Bastide, 1970), mais laisse intactes les « manières de penser et de sentir » (Bastide, 1970). C'est le processus que subissent en général les immigrants adultes qui, dans le monde du travail, affrontent les normes et les valeurs de la société réceptrice et, au sein de la famille et du groupe ethnique, perpétuent leurs traditions culturelles. Étant donné la permanence de leurs modes de penser et de sentir, ils tendent à réinterpréter les traits culturels de la société d'accueil en fonction de leur culture d'origine. (Abou, 1988, p. 129)

L'acculturation *formelle* atteint les manières, toujours inconscientes, de penser et de sentir. C'est en général le cas chez les enfants de migrants [...] ayant intériorisé les deux codes culturels : à la maison, celui de la famille et du groupe ethnique; à l'école, celui de la société réceptrice. Ce qui chez eux se transforme au contact de la culture dominante, ce sont « les structures perceptives, mnémoniques, logiques et affectives » (Bastide, 1970). Ici le processus de réinterprétation s'inverse : ce sont les contenus de la culture ancienne qui sont réinterprétés en fonction de la culture nouvelle. (*Id.*)

En d'autres mots, le processus d'acculturation matérielle (que Abou qualifie également de « partielle » ou « sectorielle ») est un processus de réinterprétation : les immigrants « adoptent les traits et les modèles de la culture dominante dans le secteur public des relations secondaires, tout en maintenant son propre code culturel dans le secteur privé des relations primaires » (Abou, 1986, p. 57). L'exemple de services de santé est particulièrement intéressant à cet égard, car les échanges se situent à la fois dans la sphère publique (au sein des CLSC, par exemple) et dans la sphère privée (par exemple, le processus de prise de décision en matière de services de santé au sein de

la famille). De plus, selon Abou (1986, p. 57), ce sont surtout les immigrants de première génération qui optent pour la stratégie d'acculturation matérielle, « dans le but d'éviter les dangers de l'assimilation et la pathologie de la déculturation ».

Outre cette distinction entre l'acculturation formelle et informelle, nous pouvons aussi mentionner la distinction que Schnapper (1986, p. 151) fait entre le noyau dur et le noyau périphérique de la culture, afin de souligner que « les différents éléments du système culturel sont inégalement susceptibles d'être négociés au cours des processus d'acculturation » : « Certains traits peuvent être transformés par l'individu sans remettre en cause son identité profonde, d'autres impliquent cette remise en cause ». Selon Schnapper (1988, p. 157), la participation à l'activité économique de la société d'accueil [dans notre cas, nous pouvons recadrer cette affirmation par rapport à la « participation » aux services de santé] s'accompagne d'une vie privée [dans notre cas, encore une fois, nous pouvons faire référence à la prise de décision concernant la consultation de services au sein de familles] dont les éléments périphériques connaissent une acculturation aux normes de la société globale, laissant intact le noyau culturel dur ».

Tout comme selon Abou l'acculturation matérielle permet d'éviter l'assimilation, selon Schnapper (1986, p. 156), « l'acculturation périphérique et le maintien du noyau culturel dur permettaient aux immigrants une adaptation partielle aux exigences de la société » d'accueil. Nous pouvons également faire un lien avec « le monde de cohérence » de Schütz, à travers le concept de réinterprétation : selon Schnapper (1986, p. 164), des éléments périphériques de la culture sont empruntés à la société d'accueil et « réinterprétés selon les normes de la société d'origine ».

### 2.3.3 *Adapting to an unfamiliar culture* selon Y.Y. Kim

*« Communication is crucial to acculturation. It provides the fundamental means by which individuals develop insights into their new environment. The importance of communication as acculturation medium was postulated as early as 1931 by Sapir who stated that 'every cultural pattern and every single act of social behavior involves communication in either an explicit or implicit sense' »*  
(Kim, 1977, p. 66).

Comme nous venons de le démontrer, Abou et Schnapper ont mis l'accent sur le caractère partiel du processus d'acculturation. Dans le même ordre d'idées, selon Kim (2003, p. 244), l'acculturation est le processus « *by which individuals acquire some (but not all) aspects of the host culture* ». Le mot « individu » occupe une place importante dans cette définition.

Les travaux de Kim sur l'acculturation permettent de situer cette notion dans une perspective communicationnelle. À cet égard, une distinction importante est faite entre l'acculturation au niveau groupal et l'acculturation au niveau individuel. La première a principalement fait l'objet d'investigation des anthropologues, qui l'ont définie comme « *those phenomena which result when groups of individuals have different cultures and come into first-hand contact with subsequent changes in the original patterns of either or both groups* » (Redfield, Linton & Herskovitz, cité dans Kim, 2003, p. 244). Les chercheurs en communication et en psychologie, quant à eux, « *have dealt primarily with the intrapersonal-interpersonal phenomenon of individual newcomers in an unfamiliar environment* » (Kim, 2003, p. 244). Ainsi, selon Kim, l'étude du processus d'acculturation implique nécessairement une compréhension des expériences individuelles.

Comme nous avons mentionné précédemment, l'acculturation ne signifie pas toujours un rapprochement entre les cultures; ce processus est hétérogène et marqué

par une série de ruptures. Les rapprochements font référence à la notion d'adaptation. Adaptation, selon Kim, est un processus dynamique « *by which individuals [...] establish (or reestablish) and maintain a relatively stable, reciprocal, and functional relationship with the environment* » (*Id.*). Toujours selon l'auteure, il faut distinguer l'*adaptation-as-problem* de l'*adaptation-as-learning/growth*. Nous avons vu dans les pages qui précèdent qu'il y a une tendance de percevoir l'acculturation en termes de difficultés, de frustrations, de chocs culturels ou chocs de transition. D'un autre côté, « *many other investigators have emphasized the learning and growth-facilitating nature of the adaptation process* » (*Ibid.*, p. 248). Les chocs culturels deviennent ainsi bénéfiques au processus d'adaptation : « [...] *those who would ultimately be the most effective in adapting to a new culture underwent the most intense culture chocs during the transition period* » (Ruben & Kealey, cité dans Kim, 2003, p. 250).

En introduisant la notion d'adaptation, Kim soulève un autre élément important pour l'étude de l'acculturation dans une perspective communicationnelle : la remise en question du facteur temps qui a déjà été évoqué dans les sections précédentes. Selon Kim (2003, p. 247), « [...] *even though the adaptation process plays out in time and, thus, is correlated with the individual's cumulative change, what really contributes to this change is not the length of time itself, but the individual's communicative interface with the new environment* ». À cet égard, Kim (*Id.*) souligne l'importance de deux types de communication, *host social communication* et *ethnic social communication* :

*Host communication competence is directly and reciprocally linked to participation in the interpersonal and mass communication activities of the host environment. A stranger's host social communication experiences are constrained by his or her host communication competence. At the same time, every host social communication event offers the stranger an opportunity for cultural learning.*

*[...] ethnic interpersonal and mass communication systems serve adaptation-facilitating functions during the initial phase of strangers' adaptation process. Because many strangers initially lack host communication competence and do not have access to resources to become self-reliant, they tend to seek and depend heavily on ethnic sources of informational, material and emotional help and thereby compensate for the lack of support they are capable of obtaining from host nationals.*

Cette mise en exergue des rôles différents de la communication avec la société d'accueil et de la communication avec le groupe ethnique est importante pour la compréhension de l'expérience des immigrants russophones, comme nous verrons plus loin. Toutefois, nous apporterons un bémol à cette distinction : la communication avec la communauté d'origine n'est pas seulement une « phase initiale » du processus d'adaptation ou une « compensation » du manque de soutien de la part de la communauté d'accueil; tout comme la *host communication*, elle est une partie intégrante du processus d'acculturation.

Avant de terminer cette section, nous nous arrêterons sur une autre distinction faite par Kim, celle entre le niveau cognitif et comportemental de la communication : « *The cognitive level is observed by the complexity of an immigrant's perception of the host society; the behavioral level by the immigrant's involvement in the host society through interpersonal and mass communication* » (*Ibid.*, p. 66). Ces concepts de perception et de comportement nous seront utiles pour décrire et comprendre l'expérience vécue par les immigrants russophones, et notamment le rôle de la communication interpersonnelle et de la communication médiatique dans le processus d'acculturation. Comme le rappelle Kim (*Ibid.*, p. 68), « *among many forms of human communication, interpersonal communication and mass media consumption are the two most salient forms in the cultural learning process* ».

#### **2.4 Comment opérationnaliser la notion d'acculturation?**

Après avoir présenté la notion d'acculturation à travers les travaux de plusieurs auteurs et avant de présenter la méthodologie de notre recherche et les résultats, il est important de préciser ce qu'on entend par « acculturation » dans le cadre de notre étude. De manière générale, nous avons retenu deux aspects : la perception et l'expérience. Notre but est ainsi de comprendre les liens dynamiques entre les perceptions et les expériences, qui sont les deux niveaux du processus d'acculturation. Dans le chapitre suivant, nous présenterons le cadre épistémologique et la démarche méthodologique qui sont, selon nous, appropriés pour cerner les perceptions et les expériences.

## CHAPITRE III.

### DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE ET SON CADRE ÉPISTÉMOLOGIQUE

Dans ce chapitre, nous présenterons d'abord, à titre de mise en contexte, le développement du paradigme interprétatif et de la tradition phénoménologique en sciences sociales, pour ensuite démontrer comment une démarche d'une inspiration phénoménologique permet de cerner nos questions de recherche. Une attention particulière sera accordée à la « phénoménologie d'acculturation ». Ensuite, nous décrirons les processus de construction de l'échantillon et le processus de collecte de données. Finalement, la stratégie d'analyse de données, inspirée des principes de recherche phénoménologique et des stratégies d'analyse issues de la *grounded theory*, sera présentée.

#### **3.1 Le paradigme interprétatif et la tradition phénoménologique**

Selon Dutta et Zoller, il existe plusieurs approches pour étudier la communication dans les contextes liés à la santé, dont l'approche postpositiviste, l'approche interprétative, l'approche critique et l'approche des *cultural studies*. (Dutta & Zoller,

2008, p. 5) L'approche positiviste est l'approche dominante dans la littérature, mais les autres approches ont gagné en importance au cours de quinze dernières années :

*The area of study known as health communication has traditionally been a very empirical, social scientific field of research. In the last fifteen years, however, researches have begun expanding the horizons of health communication by employing and legitimizing alternative approaches to the understanding of communicative processes as they relate to health and illness and to the delivery of health care. (Bosticco & Thompson, 2008, p. 39)*

Notre recherche s'inscrit dans le paradigme interprétatif, inspiré de la pensée phénoménologique et herméneutique. Si le paradigme postpositiviste privilégie les méthodes quantitatives et les corrélations statistiques, les recherches qui se situent dans le paradigme interprétatif « *are qualitative in nature, and emphasize contextually located accounts rather than generalizable explanations that predict health behaviors and outcomes* » (Dutta & Zoller, 2008, p. 6).

C'est Clifford Geertz qui a grandement contribué à promouvoir « la tournure interprétative » dans la recherche qualitative en sciences sociales (Lindolf & Taylor, 2011, p. 36). Selon Geertz,

*The concept of culture [...] is essentially a semiotic one. Believing, with Max Weber, that man is an animal suspended in webs of significance he himself has spun, I take culture to be those webs, and the analysis of it to be therefore not an experimental science in search of law, but an interpretive one in search of meaning. (Geertz, 1973, p. 5)*

Les significations dont parle Geertz prennent diverses formes symboliques, comme des rituels par exemple, et peuvent être appréhendées et interprétées par le chercheur à l'aide des « *thick descriptions* » des expériences vécues par les acteurs

impliqués et de leur signification pour ces acteurs. (Lindolf & Taylor, 2011, p. 36) Ainsi, Geertz prône une approche compréhensive centrée sur le point de vue des sujets.

Le paradigme interprétatif en communication, dont nous nous sommes inspirée s'est développé dans les années 1970-1980, au croisement de plusieurs traditions intellectuelles du dix-neuvième et vingtième siècle, notamment la pensée Allemande, la phénoménologie et l'herméneutique. (*Ibid.*, p. 8) L'importance de la subjectivité et de la compréhension par induction sont au coeur du paradigme interprétatif :

*Research should seek to achieve deep understanding of human actions, motives, and feelings. It should illuminate how humans use cultural symbol systems to create shared meanings for their existence and activity [...] Researches should preserve the subjective experience of social actors in explaining how their performances are meaningful [...] Researches should develop theory inductively. (Ibid., p. 9)*

En adoptant une perspective interprétative, le chercheur s'engage avant tout à comprendre un phénomène social selon le point de vue des acteurs. Au 19e siècle, Wilhelm Dilthey a proposé un terme spécifique pour cette volonté de comprendre le vécu de l'autre, *Verstehen* (« compréhension »), le concept qui s'est trouvé à la base de la phénoménologie au début du 20e siècle (Lindolf & Taylor, 2011, p. 35-36). En tenant compte du fait que l'objet de notre recherche est peu exploré dans la littérature et en nous inspirant de l'article de Searight (2003) mentionné ci-dessus, nous avons choisi de mener une étude qualitative exploratoire en utilisant l'approche phénoménologique comme ancrage théorique.

Les concepts de base de ce qu'on appelle aujourd'hui la phénoménologie classique ou transcendantale ont été développés par Edmund Husserl. Comme l'expliquent Lindolf et Taylor (2011), il est essentiel pour Husserl de distinguer notre

perception des objets de leur « essence ». Husserl a défendu l'idée selon laquelle notre compréhension du monde est une activité fondamentalement intentionnelle. (*Id.*) En d'autres mots, la connaissance que les hommes ont des réalités du monde prend forme de la conscience intentionnelle des objets. Afin d'accéder aux choses mêmes, il est impératif, selon Husserl, de procéder à une série de réductions transcendantales ou phénoménologiques (*epoché*), « *which is the careful and systematic elimination of any subjective factors entering into one's pure experience of a thing* » (Littlejohn, 1996, p. 205). La réduction phénoménologique permet de comprendre comment les perceptions des objets du monde sont construites, pour éventuellement accéder à l'essence, à la vérité des choses qui ne serait pas brouillée par l'intentionnalité humaine.

La méthode husserlienne de réduction transcendantale a été critiquée par le courant de la phénoménologie herméneutique. (*Ibid.*, p. 209) Selon Martin Heidegger, le père de l'herméneutique, la vérité ne peut pas être connue grâce à la réduction, car il n'existe pas de vérité ou réalité autre que l'expérience humaine dans le monde. C'est cette expérience d'être-au-monde, ou le *Dasein*, qui doit, selon Heidegger, faire l'objet de la philosophie. (*Id.*) Le langage devient ainsi un élément d'importance cruciale pour la phénoménologie herméneutique, qui a repensé la définition même du langage : « *Words and language are not wrappings in which things are packed for the commerce of those who write and speak. It is in words and language that things first come into being and are.* » (Heidegger, 1959, cité dans Littlejohn, 1996, p. 209). Dans le même ordre d'idées, selon Hans-Georg Gadamer, « [...] *individuals do not stand apart from things in order to analyze and interpret them; instead, we interpret naturally as part of our everyday existence [...] our experience and the world we interpret are so closely intertwined that they are virtually the same thing.* » (Littlejohn, 1996, p. 209).

L'école de la phénoménologie sociale, dont les idées fondamentales peuvent être retrouvées dans les travaux de Maurice Merleau-Ponty, s'inspire de Husserl, mais s'oppose au concept d'« essence ». Comme l'explique Littlejohn (*Ibid.*, p. 206),

*For Merleau-Ponty, the human being is an indivisible «body-subject», a unified physical-mental being that creates meaning in the world. As a subject or knower, a person has a relationship to things in the world. Human life is both affected by the world and in turn defines and assigns meaning to the world. [...] things do not exist in and of themselves. People give meaning to the things in the world, but there is no human experience outside the world. Thus, the human «body-subject» and the world of things and events exist in a [...] dialogic relationship, each affecting the other.*

Ainsi, l'importance cruciale dans le processus de la compréhension du monde par les hommes est accordée à la communication. Les objets du monde n'ont pas d'essence cachée par la perception humaine, mais ont un sens qui se construit collectivement à travers le langage. Si on applique la méthode de la réduction phénoménologique à un objet, nous n'accéderons pas à l'essence de cet objet libre de toute perception, mais à la signification de cet objet exprimée par le langage. En d'autres mots, comme l'explique Littlejohn (*Ibid.*, p. 207), la réduction phénoménologique « *does not tell us about [...] [the object] as an independent topic, but it tells us about the meaning [...] [of the object] in the life [...] [of an individual] based on the language used in its description* ». Ainsi, continue Littlejohn, la phénoménologie sociale « *assumes that people who share a language also share meanings* » (*Id.*).

C'est dans cette optique que notre recherche ne porte pas sur les Russes en tant que communauté ethnique ou culturelle, mais sur les russophones en tant que personnes de différentes cultures qui partagent la même langue. D'autre part, selon Billette (2005), on peut également dire que les russophones constituent une communauté culturelle

distincte, celle de l'ex-URSS. Ainsi, notre recherche s'inscrit dans une perspective phénoménologique et relève du champ de la communication interculturelle.

L'idée de Merleau-Ponty selon laquelle la communication est au centre de l'expérience et de la compréhension humaines du monde a été également soutenue par Alfred Schütz. Schütz « *applies phenomenology to social life, investigating social events from the perspective of those actually participating in them* » (Littlejohn, 1996, p. 207). Selon Schütz, « *our worlds depend on what we learn from others in our social and cultural communities. [...] Reality is socially constructed within the group, which is why no universal reality can be found.* » (Id.) En d'autres mots, les hommes comprennent le monde à travers le prisme de leur culture; ces compréhensions sont différentes et multiples, et ne peuvent pas constituer une catégorie universelle :

*Within a given social group [...] people and things are understood and dealt with by being placed within a generalized category that «typifies» them. [...] if typifications [the categories employed within a culture] [...] differ from group to group, from culture to culture [...] how can we study social life at all? [...] Schütz's solution is to explore the typifications of particular cultures and groups, not universal categories. General truths about human experience cannot be found, but specific truths of individual historical groups can be discovered. (Ibid., p. 208)*

La volonté d'étudier la santé des immigrants à travers les recherches sur les différentes communautés culturelles s'inscrit tout à fait dans cette quête de « vérités spécifiques ». Selon Schütz, ces « vérités spécifiques » prennent forme de « recettes sociales », qui varient d'un groupe culturel à l'autre :

*These are all typical, well-understood ways of doing things in particular situations. They enable people to classify things according to some kind of mutually understood logic, to solve problems, to take roles, to communicate, and to establish proper behavior in different situations. (Id.)*

La phénoménologie existentielle de Schütz s'inscrit dans la continuité de la pensée de Merleau-Ponty, tout en allant plus loin : « *Merleau-Ponty concentrated on public meaning, or that which is common to all subjects by virtue of their shared language. Schütz takes this thinking one step further by denying the importance of common knowledge. For him, meaning is particular and peculiar to individual groups.* » (Id.) C'est dans cette optique qu'il nous est apparu pertinent d'étudier les perceptions liées à la santé dans le contexte d'acculturation, et de voir ce qui se passe quand les immigrants se retrouvent dans une société d'accueil qui ne partage pas leurs perceptions.

### **3.2 Une démarche d'une inspiration phénoménologique**

Dans cette étude, nous avons opérationnalisé les questions de recherche spécifiques en nous inspirant de la tradition phénoménologique et interprétative. La notion théorique centrale de notre étude, la notion d'acculturation, a été également définie dans une perspective phénoménologique.

#### **3.2.1 Cerner les perceptions : première question spécifique**

Un défi méthodologique qui découle de notre question de recherche est le suivant : Comment cerner les perceptions liées aux expériences de soins au Québec? Pour répondre à notre première question spécifique, nous nous sommes inspirée des travaux de Kim (1977, p. 71) : dans sa recherche sur les « *communication patterns of foreign immigrants in the process of acculturation* », « *the degree of complexity in perceiving the host was measured through an open-ended question regarding similarities and differences between the nature of interpersonal relationships among Americans and Koreans* ». Par analogie, nous avons demandé à nos participants de comparer les expériences vécues dans le pays d'origine avec les expériences de soins au Québec.

### 3.2.2 Cerner les stratégies d'acculturation et les façons de « concilier » les expériences d'« ici » et de « là-bas » : deuxième et troisième questions spécifiques

En ce qui est de l'expérience vécue, c'est vers le courant phénoménologique que nous nous sommes tournée, la notion d'expérience vécue étant au coeur de cette philosophie et méthode de recherche. La méthodologie phénoménologique inclut, traditionnellement, un processus de découverte à trois étapes : collecte de descriptions d'expériences vécues, formulation de thématiques et leur interprétation herméneutique (Nelson, 1989, cité dans Orbe, 1998a, p. 6). Nous avons basé notre méthodologie sur les deux premières étapes.

Les questions de recherche deux et trois ont pu être opérationnalisées à partir de la notion de « champ d'expérience » (*field of experience*). Comme l'explique Orbe (*Ibid.*, p. 11),

*Field of experience [...] refers to the lived experiences of [...] group members. The influence of one's past experiences is an important consideration in the constant, cyclical process of contemplating, choosing, and evaluating co-cultural communicative practices. Through a lifelong series of experiences, co-cultural group members **learn how to enact a variety of practices**; they also come to realize the consequences for using certain tactics in different situations. [...]*

*Through the multiplicity of incidents within their field of experience, co-cultural group members are engaged in a **process of constructing, and subsequently deconstructing, the perceptions of what constitutes appropriate and effective communication with dominant group members.***

Sans expliquer plus en détail la *co-cultural theory*, nous pouvons retenir les idées d'apprentissage, de remise en question, de la communication « appropriée » et « effective », qui nous ont aidée à structurer les entretiens.

### 3.2.3 Phénoménologie d'acculturation

La notion d'acculturation est définie, dans le cadre de ce travail, en fonction de certains principes phénoménologiques. Afin de mieux saisir cette définition, nous présenterons un bref survol du développement de la notion d'acculturation en sciences sociales et démontrerons en quoi la « phénoménologie d'acculturation » propose un regard différent sur le phénomène.

Depuis son apparition dans les années 1880 (Berry, 1980, cité dans Reichman, 2006, p. 15), la notion d'acculturation ne cesse de faire l'objet de réflexions parmi les chercheurs en sciences sociales. La littérature sur le sujet est abondante et les différentes manières de comprendre le phénomène qui y sont présentées sont loin de faire l'unanimité. Comme l'a écrit Padilla (1980, cité dans Reichman, 2006, p. 15), « *the serious scholar of acculturation has thousands upon thousands of books and articles which must be studied for a complete understanding of the work in the area* ». Afin de bien définir l'acculturation, il est important de distinguer ce phénomène des autres phénomènes semblables. Dans ce sens, la définition de Redfield et al. (1936, cité dans Reichman, 2006, p. 14-15) nous est apparue assez restrictive :

*Acculturation comprehends those phenomena which result when groups of individuals having different cultures come into continuous first-hand contact, with subsequent changes in the original culture patterns of either or both groups... Under this definition acculturation is to be distinguished from culture change, of which it is but one aspect, and assimilation, which is at times a phase of acculturation.*

La notion d'acculturation s'est développée en sciences sociales au début du 20<sup>e</sup> siècle, au croisement des champs d'études de l'anthropologie et de la sociologie. (Ngo, 2008) Au fil des années, plusieurs modèles d'acculturation ont été élaborés,

dont le modèle traditionnel de l'école de Chicago, le modèle bidimensionnel du Canadien John Berry, et le modèle interactif de Bourhis et al. (*Id.*) Comme l'a remarqué Ngo (2008), ces écoles de pensée, bien qu'elles aient des perceptions différentes du processus de communication des immigrants avec leur pays d'accueil, se fondent sur les mêmes bases épistémologiques : la compréhension du phénomène d'acculturation est associée à la logique empirique fonctionnaliste, qui présume l'existence d'une réalité objective quasi universelle. En effet, toutes les théories d'acculturation citées ci-dessus proposent toujours un modèle, une grille avec des catégories, de sorte que chaque immigrant puisse trouver sa place dans la grille.

Bien que la nécessité de mettre l'accent sur l'étude des expériences de l'immigration à partir du point de vue des acteurs avait été soulevée dans les recherches en sciences sociales, l'expérience de l'immigration était souvent limitée à l'assimilation. Ainsi, dans l'article « *The study of assimilation* » (Price, 1969, cité dans Polyzoi, 1985, p. 47), on peut lire :

*[...] immigrants are not just things [...] subjected to this or that abstract analysis of assimilation [...] They are human beings grappling with the anxieties and pleasures of life in a new world and the best clue to their life and future often lies in their own thoughts and words.*

Comme le souligne Reichman (2006, p. 18), cette tendance de comprendre l'acculturation comme synonyme d'assimilation est toujours présente parmi les chercheurs : « [...] researchers have hypothesized the meaning of acculturation as complete assimilation of behaviors, beliefs, and values of the dominant group [...] by immigrants or ethnic minorities ». Dans le même ordre d'idées, selon Skuza (2007, p. 449), « [...] there is still a prevailing tendency in research (and everyday practice) to

*define acculturation as assimilation, which limits understanding of how immigrants experience and influence their new environment ».*

Alors que dans la littérature anglophone « assimilation » est un synonyme ou un cas particulier d'« acculturation » (comme dans le modèle de J. W. Berry, 1989, p. 138), la différence entre les termes « acculturation » et « assimilation » a été davantage accentuée dans la littérature francophone. Toutefois, même si l'utilisation du mot est différente, la volonté de théoriser l'acculturation selon une logique empirique dirige également les chercheurs francophones. Par exemple, dans *L'Identité culturelle*, Selim Abou propose une « typologie des situations d'acculturation » : « [...] le phénomène concret de rencontre des cultures relèvera d'un type déterminé, parfois même de deux, et seule une combinaison adéquate des types [...] pourra en rendre compte dans sa complexité [...] » (Abou, 1986, p. 49).

Cette tendance d'étudier l'acculturation à l'aide d'une typologie peut être dépassée avec l'application d'une méthode phénoménologique à l'étude de l'acculturation (Skuzza, 2007, p. 449), ce que Rudmin (2010) a appelé « la phénoménologie de l'acculturation ». Il faut dire que les méthodes phénoménologiques ont déjà été utilisées pour étudier l'assimilation : on peut mentionner, par exemple, l'étude de Polyzoi (1985) auprès des immigrants d'origine grecque de la région du Grand Toronto.

La tradition phénoménologique permet de poser un nouveau regard sur la notion d'acculturation, en s'opposant aux théories de l'acculturation présentées ci-dessus. Selon Rudmin (2010, p. 313), l'acculturation (définie comme étant « *cultural learning and adjustment in the context of continuous cross-cultural experience* ») doit être étudiée non pas à partir d'un modèle théorique, mais à partir de l'expérience vécue et racontée

par les immigrants. L'application des postulats phénoménologiques à l'étude de l'acculturation se distancie de la tradition empirique dominante (*Ibid.*, p. 329) et dégage des pistes de recherche prometteuses. En effet, cette méthode permet de décrire et comprendre l'acculturation en tant qu'expérience vécue plutôt que principe universel catégorisant : « *acculturation is deeply embedded in human experience and, therefore, needs to be understood in terms of how it is lived* » (Skuza, 2007, p. 448).

### 3.3 Recrutement de participants

Étant donné que l'objectif de notre recherche ne consiste pas à dégager des comportements types des immigrants russophones de Montréal par rapport à l'utilisation des services de santé, mais consiste plutôt à comprendre les expériences individuelles vécues plus en profondeur, notre échantillon exploratoire est de petite taille, soit 10 personnes, huit femmes et deux hommes. Les profils des participants se trouvent dans le chapitre suivant.

En ce qui est du processus d'échantillonnage, il s'agit d'un échantillonnage non aléatoire. Les critères d'inclusion étaient : être immigrant de première génération, venant d'un des pays de l'ex-URSS et ayant le russe comme langue maternelle<sup>1</sup>; habiter à Montréal (ou dans les banlieues de Montréal), avoir déjà utilisé les services de santé au Québec.

Étant donné que les participants n'étaient pas récompensés pour leur participation et que l'étude ne leur était pas directement bénéfique, les participants ont été recrutés

---

<sup>1</sup> Les gens qui ont grandi dans les anciennes républiques d'URSS parlent souvent une autre langue (les langues officielles des républiques comme l'ukrainien, le moldave, etc.), en plus de la langue russe. Il faut toutefois noter que tous nos participants ont le russe comme première langue (ou langue parlée à la maison).

dans notre réseau personnel, ainsi que via une annonce publiée sur trois forums Internet d'immigrants en langue russe, dont un seulement nous a permis de recruter des participants (sur les deux autres forums, l'annonce a été vue, mais n'a jamais été commentée). Cinq participants ont été recrutés dans le réseau personnel, et cinq - via le forum Internet : quatre personnes qui ont commenté l'annonce ont été approchées par nous via les messages privés sur le forum, et une personne nous a contactée par elle-même après avoir lu l'annonce, également via la messagerie du forum.

Pour ce qui est du taux de participation, toutes les personnes approchées via le forum Internet et dans notre réseau ont accepté de participer à l'étude. Tous les participants qui ont signé le formulaire de consentement ont participé à deux entrevues et ont fourni des précisions à posteriori si c'était nécessaire.

Il est également important de préciser que le choix de la communauté russophone de Montréal a été motivé par deux facteurs. Premièrement, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, peu d'études ont été effectuées auprès de cette communauté. Deuxièmement, par le fait d'appartenir à cette communauté et de parler sa langue, nous croyions être en mesure de mieux comprendre les subtilités des expériences qui nous seraient décrites. Nous nous sommes toutefois questionnée sur les avantages et les désavantages d'« étudier sa propre communauté ». Nous y reviendrons dans la conclusion, en parlant des limites de notre étude sur le plan méthodologique.

### 3.4 Processus de collecte de données

*« Interviews are a valuable tool for collecting descriptions of lived experiences of co-researchers because they allow them to tell their stories in their own words (Anderson & Jack, 1991). For phenomenological studies, in-depth interviews are only effective when researchers can create a topical protocol of general, open-ended questions that allow each co-researcher to inductively explore topical areas that represent salient issues in her or his own experiences. The issues and hypothetical questions included in the topical protocol are used only when co-researchers are unable to continue to describe their lived experiences related to the phenomenon. In this regard, phenomenological interviews are different from those used in traditional research, which typically use a standard, preconceived set of questions for each interview. » (Orbe, 1998, p. 40)*

*« Why focus on stories? - Stories are integral to culture. [...] Stories can help us create a sense of coherence and continuity. They help us interpret or make sense of the world. » (Sobo, 2009, p. 43, 48)*

Comme l'indique la littérature, les entrevues sont le meilleur, si n'est le seul, moyen de comprendre l'expérience vécue (nous pouvons, par exemple, nous référer aux citations ci-dessus, ou encore au travail de Moustakas (1994) sur les principes la recherche phénoménologique, ou encore à la méthodologie utilisée par d'autres chercheurs, comme Y.Y. Kim, voulant cerner l'expérience vécue.

Afin d'approcher le phénomène qui nous était peu connu, nous avons choisi de conduire des entrevues exploratoires. Afin d'approfondir notre compréhension de l'expérience vécue et la décrire de manière plus détaillée, et aussi pour assurer une certaine comparabilité de résultats, nous avons opté pour une deuxième entrevue semi-dirigée.

#### 3.4.1 Construction de canevas pour la première entrevue

La première entrevue, de type récit, fut très peu dirigée. Essentiellement, nous avons demandé aux participants de nous décrire une ou plusieurs expériences d'utilisation des services de santé au Québec. Le terme «services» n'était pas précisé, alors les participants

étaient libres de parler d'établissements publics ou privés, de pharmacies, d'examens routiniers ou de cas d'urgence, etc. Il faut également noter que tous les participants ont parlé non pas d'une, mais de plusieurs expériences de soins au Québec. Nous reviendrons sur cet aspect dans les limites de la recherche sur le plan méthodologique : bien qu'il soit important de laisser les participants parler le plus librement possible, n'aurait-il pas été plus approprié de leur couper la parole à un moment donné et de leur demander de choisir une seule expérience et l'approfondir? Les questions pour guider, ou plutôt pour encourager, les récits se trouvent en Annexe B.

Également, au début de cette première rencontre, pour briser la glace et recueillir des données démographiques, nous avons posé aux participants quelques questions sur le pays d'origine, l'âge, le statut au Canada, les langues parlées, le niveau d'éducation, etc.

### **3.4.2 Construction de canevas pour la deuxième entrevue**

Les questions pour la deuxième entrevue étaient élaborées à partir des informations recueillies lors des récits. Bien que, comme nous le verrons plus loin, les catégories pour l'analyse aient été élaborées à la fois à partir des données des entrevues et de notions retrouvées lors de la revue de littérature, nous n'avons pas eu de recours délibéré à la littérature pour élaborer les questions de la deuxième entrevue, afin de nous concentrer sur l'expérience vécue telle qu'elle est, et non pas telle que décrite dans les études antérieures. En d'autres mots, nous voulions éviter les tentatives d'explication et de comparaison de nos données avec la littérature existante à cette étape-là. Quelques exemples de questions pour guider la deuxième entrevue se trouvent en Annexe B.

Il faut noter que le canevas de la deuxième entrevue a été modifié au fur et à mesure, suite à une première analyse immédiate de chaque entrevue. Nous avons retranscrit et fait la première analyse la journée de l'entrevue ou la journée suivante. Cet ajustement des questions en cours de route a été identifié par Moustakas en tant qu'aspect important des entrevues phénoménologiques ou, en d'autres mots, des entrevues visant à décrire comprendre l'expérience vécue :

*The phenomenological interview involves a formal, interactive process and utilizes open-ended comments and questions. Although the primary researcher may in advance develop a series of questions aimed at evoking a comprehensive account of person's experience [...], these are varied, altered, or not used at all when the co-researcher shares the full story of his or her experience. (Moustakas, 1994, p. 114)*

### 3.4.3 Déroutement des entrevues

Sept participants ont été rencontrés en personne : deux - chez eux, un - chez la chercheure, et quatre — dans un endroit public. Les entrevues ont eu lieu via Skype avec une personne. Deux personnes ont participé via courrier électronique. Cinq participants ont été rencontrés deux fois, pour une entrevue de type récit et ensuite pour une entrevue semi-dirigée, d'une durée de 30 minutes à deux heures. L'interviewer étant «expérimenté» (capable de cerner les éléments particulièrement importants et poser des questions pour les approfondir) après cinq rencontres, l'entrevue semi-dirigée a eu lieu directement après l'entrevue de type récit pour deux participants. Pour les deux entretiens par courrier électronique, la demande de décrire une ou plusieurs expériences a été envoyée aux participants dans le premier courriel. Le deuxième courriel contenait des questions plus précises. Il faut mentionner que, lors de la retranscription des entrevues, certains éléments n'ont pas été clairs pour nous. Nous avons donc contacté certains répondants par téléphone ou par courriel afin d'éviter des interprétations erronées.

Il est à noter que toutes les entrevues ont été conduites en russe. Les citations qui se trouvent dans ce travail sont nos traductions en français. Les formulaires de consentement ont été également rédigés en russe, afin d'assurer le consentement éclairé.

### 3.5 Analyse des données et construction des catégories

Notre analyse est descriptive plutôt qu'explicative. Nous nous sommes inspirée à cet égard des principes de recherche phénoménologique :

*[...] researches and co-researches should focus on describing and not explaining the phenomena. Although the temptation to interpret and explain phenomena will be undoubtedly present, phenomenological researches must focus on detailed, vivid descriptions of the lived experience of their co-researches. (Orbe, 1998, p. 42)*

Nous tenons à souligner cependant que, tout en s'inspirant de ce principe, notre recherche n'est pas une recherche phénoménologique, entre autres, parce que nos catégories d'analyse ont été tirées à la fois de la littérature existante et des données d'entrevues. Pour rester cohérent avec une méthodologie phénoménologique, il aurait fallu éviter le biais de recherches antérieures lors de l'analyse.

Dans le même ordre d'idées, notre recherche s'inspire des techniques de la *grounded theory* (il est important ici de distinguer entre la *grounded theory* comme méthode de recherche et la *grounded theory* comme technique d'analyse de données), par le recours à différentes étapes de l'analyse telles que la codification (identification d'éléments particulièrement importants et intéressants et leur regroupement par thèmes), la catégorisation (regroupement de thèmes en catégories plus larges, en fonction des données et du cadre théorique), la remise en question constante des

catégories, l'analyse et la collecte de données simultanées, la modification des canevas de questionnaires en cours de route<sup>2</sup>. Toutefois, notre étude « *focus[es] on describing and not explaining* », et le processus d'analyse n'aboutit donc pas à une (tentative de) théorisation. Mais, ici encore une fois, nous avons fait des tentatives d'interprétation et de compréhension des données à partir des concepts et des théories en communication, certains desquels (tels que la notion d'acculturation) ont été choisis *a priori*, ce qui contredit à la fois aux principes de la recherche phénoménologique et de la *grounded theory*.

En somme, nous avons choisi des voies méthodologiques qui selon nous étaient les plus appropriées pour décrire un phénomène et l'éclairer à travers le prisme de la communication interculturelle. Les limites de notre démarche méthodologique seront soulignées dans la conclusion.

Avant de passer à la présentation des résultats, nous expliquerons notre stratégie de catégorisation, inspirée de la *grounded theory* et des principes de recherche phénoménologique (Moustakas, 1994).

Comme le souligne Grawitz (1993, p. 544), les catégories permettent au chercheur de faire des liens entre l'objectif de la recherche et les résultats obtenus. Dans notre cas, puisqu'il s'agit d'une recherche exploratoire d'inspiration phénoménologique, l'analyse de données consistait plutôt en l'identification des thématiques plutôt que catégorisation (voire généralisation) : En effet, comme le souligne Grawitz (*Ibid.*, p. 543), dans une recherche exploratoire qui n'a pas d'hypothèse préalable, « le choix des catégories est

---

<sup>2</sup> Comme le notent Stern et Pyles au sujet des entretiens s'inspirant de la *grounded theory*, « *As the study proceeds and hypotheses are formed, you can change or supplement these questions to clarify information or you can drop false leads to zero in on the pertinent data. Not all interviews are the same.* » (Stern et Pyles, 2009, p. 9)

difficile et devra naître du contenu »; « [...] sans hypothèse préalable [...], on cherche simplement à établir une sorte d'inventaire des diverses opinions exprimées ». Il faut toutefois préciser que notre recherche, de par le recours à la notion d'acculturation, était basée sur les postulats qui ont influencé le développement des canevas pour les entrevues, sans pour autant guider le processus dans le sens d'affirmation ou de réfutation de ces hypothèses. Dans ce sens, comme nous avons mentionné ci-dessus, les catégories pour l'analyse ont émergé à la fois du contenu et de la revue de littérature.

Pour la première codification, les entrevues ont été lues et relues par la chercheure, et tous les éléments importants ont été identifiés dans les marges. À cette étape, tous les éléments étaient d'importance et de pertinence égale. Ce principe d'importance égale, essentiel à la description phénoménologique (Moustakas, 1994), a été respecté dans la présentation des résultats. Pour la catégorisation ou l'identification de thématiques, nous avons tenté de regrouper les codes en catégories descriptives plus larges, qui relevaient de deux types de description : les expériences vécues par les participants et le contexte de ces expériences, ou, en d'autres mots, le « quoi » et le « comment » (*Id.*).

Afin de nommer les catégories qui seront présentées dans les chapitres suivants, nous avons eu recours aux termes et mots déjà utilisés dans la littérature, tels que « relation patient-médecin », « usage des médicaments », « accessibilité des services », etc. Nous pouvons donc dire que ces catégories ont émergé à la fois de la littérature existante et de données recueillies. Une catégorie « originale » a émergé de nos données, soit « perspective de retour dans le pays d'origine pour se faire soigner ». Bien que le « retour au pays » a déjà été identifié comme facteur important dans le processus de communication des immigrants avec la société d'accueil par Schütz, ce concept n'a pas encore été utilisé (à notre connaissance) pour décrire les expériences de soins en contexte migratoire dans le contexte de services de santé.

Il faut souligner que les expériences décrites par les participants étaient uniques concernant plusieurs aspects, ce qui a rendu ardue la catégorisation des réponses. D'un autre côté, nos résultats « sont un indicateur de la variabilité de positions auxquelles peut adhérer ou pas une population » (Gravel & coll., 2009, p. 43).

## CHAPITRE IV.

### PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, la présentation du profil des répondants sera suivie de la présentation des données recueillies lors des entrevues selon les catégories d'analyse suivantes : particularités des services de santé « d'ici et d'ailleurs », stratégies d'utilisation des services dans le contexte migratoire, les sentiments associés à l'expérience de soins et la façon dont l'expérience est racontée.

#### **4.1 Profil des répondants**

Les entrevues ont été réalisées en été 2012. Nos participants, huit femmes et deux hommes, sont âgés de 20 à 52 ans. Ils sont originaires de quatre pays de l'ex-URSS, soit la Russie, l'Ukraine, la Moldavie et le Kazakhstan.

Tous les participants viennent des régions urbaines. Le temps passé au Québec varie de 2,5 à 17 ans. Deux participants ont le statut de résident permanent, et huit sont citoyens canadiens.

Huit participants occupent un emploi au Québec, et deux sont aux études. Neuf participants ont obtenu un diplôme universitaire dans le pays d'origine, une participante âgée de 20 ans a commencé ses études universitaires au Canada.

Tous les participants maîtrisent le français. Cinq personnes parlent français au travail ou à l'école, une personne parle anglais, et quatre — les deux langues officielles. Pour ce qui est de la communication avec le système de santé, six personnes utilisent le français et quatre personnes — le français et l'anglais. À la maison, huit personnes parlent le russe, une personne parle le français, et une — le français et le russe.

Pour ce qui est de l'État de santé, trois participants sur 10 ont indiqué avoir de problèmes de santé chroniques. Sept participants ont dit de ne pas avoir aucun « problème sérieux » ou maladie chronique qui les obligerait à consulter un médecin régulièrement. Sept participants sur 10 ont un médecin de famille, et neuf participants sur 10 ont une assurance privée qui couvre, en partie ou en totalité, les dépenses liées aux services de santé.

Maintenant, nous dresserons un portrait plus détaillé de chaque participant, afin de faciliter la présentation des citations. Un pseudonyme a été assigné à chaque participant, et sera utilisé tout au long de la présentation et de l'analyse des résultats.

*Alexandra*, 31 ans, originaire de Russie, habite au Québec depuis 2006. Elle est journaliste et spécialiste en relations publiques. Alexandra est mariée, sa fille est née à Montréal. Elle n'a aucun problème de santé, et a donc rarement consulté les services de santé dans son pays d'origine. Au Québec, elle est allée à l'hôpital quand elle a eu une pneumonie. Les autres expériences avec les services de santé sont celles de sa grossesse et de la naissance de son enfant, ainsi que les visites à l'hôpital pour son enfant.

*Alina* a 20 ans et est originaire de l'Ukraine. Elle est arrivée à Montréal en 2006 avec sa famille et est étudiante à l'Université de Montréal. Au Québec, ses expériences de soins incluent quelques visites à l'urgence à cause d'une gastrite, ainsi que les consultations avec son médecin de famille. Quand elle retourne en Ukraine pour visiter sa famille, elle va également voir un médecin là-bas, « par la même occasion ». Dit n'avoir aucun problème de santé sérieux.

*Anna*, 45 ans, est d'origine russe, habite à Montréal depuis 2006. N'ayant aucun problème de santé, elle a interagi avec le système de soins en Russie principalement pour des soins à sa grand-mère. Au Québec, elle a reçu des soins de fertilité, ainsi qu'a été suivie lors de sa grossesse. Sa fille est née au Québec, et les services de santé qu'elle consulte sont principalement liés aux soins de sa fille. Elle a également été suivie par les médecins à cause d'un soupçon de cancer du sein. Elle a travaillé comme vérificatrice en Russie, et a immigré au Canada avec son mari. Anna est étudiante, elle suit des cours avancés de français.

*Boris*, 38 ans, est originaire de Russie. Cela fait 6,5 ans qu'il habite au Canada avec sa femme. Sa fille est née à Montréal. Programmeur dans son pays d'origine, il continue d'exercer la même profession au Québec. En Russie il « n'a jamais vraiment été malade » et allait chez le dentiste seulement. Au Québec également, il essaie d'éviter d'aller chez le médecin « pour rien ». Ses expériences avec les services de santé au Québec sont principalement liées à la grossesse de sa femme et la naissance de sa fille. Il est allé dans une pharmacie « québécoise » plusieurs fois, ainsi qu'a acheté des médicaments sans ordonnance dans un commerce russe à Montréal, et a déjà demandé à des amis de lui ramener des médicaments de la Russie. Il a le diabète et prend des médicaments, mais ne suit pas de traitements à l'hôpital.

*Elena*, 46 ans, biologiste, est originaire de l'Ukraine. Avant de venir s'installer à Montréal il y a 8,5 ans, elle a vécu 5 ans en Israël. N'ayant aucun problème de santé, elle a consulté les services de santé au Québec (clinique sans rendez-vous, médecin de famille, spécialiste) à cause d'un accident de voiture, d'une allergie, et également pour les soins de ses enfants. Elena utilise Internet pour demander des conseils à ses amis et connaissances (dont un médecin) en Russie, mais pas pour avoir des informations sur les services de santé offerts au Québec : elle préfère se renseigner auprès des gens qu'elle connaît à Montréal (ses amis et collègues), ainsi qu'auprès des professionnels de santé qu'elle rencontre.

*Larissa*, 52 ans, est originaire du Kazakhstan et habite à Montréal depuis 17 ans. Hôtesse de l'air dans son pays d'origine, elle travaille comme cuisinière à Montréal. Larissa dit n'avoir aucun problème sérieux de santé. Au Kazakhstan, elle devait régulièrement passer des examens médicaux pour son travail. Au Canada, elle voit son médecin de famille. Elle est également allée à l'hôpital à cause d'une grippe. Pour les informations sur la santé et les soins, elle consulte principalement les sites Internet en français et en russe.

*Maria*, 31 ans, vient de la Moldavie. Ça fait 2 ans et demi qu'elle habite au Canada. Elle a une maladie chronique de reins pour laquelle elle était suivie en Moldavie, mais à part ça n'a pas de problèmes de santé. Maria est allée voir un médecin au Québec pour ses reins, et on lui a dit que tout était « OK ». Elle consulte alors son médecin en Moldavie, par téléphone, et demande à ses proches de lui faire parvenir tous les médicaments recommandés par son médecin. Son enfant est né au Québec. Maria travaillait comme designer de son pays, et elle est retournée aux études au Québec.

*Natalia*, 31 ans, originaire de Russie, habite au Québec depuis 2006. Elle travaille comme traductrice, et n'a aucun problème sérieux de santé. Ses expériences de soins en Russie sont quelques examens routiniers, ainsi que les services reçus par ses parents et grands-parents. Elle a habité à Québec où elle avait un médecin de famille qu'elle voyait chaque année. À Montréal, où elle a déménagé récemment, elle n'a pas de médecin de famille. Elle n'est pas mariée et n'a pas d'enfants.

*Sergei*, 35 ans, est originaire de Russie. Au Québec depuis 8 ans, il travaille comme programmeur, même profession qu'il exerçait avant l'immigration. N'ayant aucun problème de santé, ses expériences de soins en Russie et au Canada sont peu nombreuses. Au Québec, il est allé voir un médecin quand il a eu une bronchite. Sergei est marié et a deux enfants, dont un est né en Russie et un au Québec. Ce sont les rendez-vous médicaux pour ses enfants, ou encore pour sa femme, qui ont été pour Sergei la porte d'entrée dans le système de soins. Il a beaucoup lu sur les services de santé au Québec sur Internet avant son départ, et continue d'utiliser l'Internet comme source importante d'information en matière de services offerts et du système de santé au Québec en général.

*Svetlana*, 33 ans, habite au Québec depuis 2009. Elle vient de la Moldavie. Parmi ses maladies chroniques, elle nomme la cystite et la bronchite. Au Québec, elle va principalement dans des cliniques sans rendez-vous. Elle travaillait comme gérante pour une compagnie aérienne avant d'arriver au Québec, où elle est retournée aux études. Svetlana est mariée, mais n'a pas d'enfants.

Il est intéressant de noter que, comme l'ont remarqué Fortin et Le Gall (2007, p. 16), c'est la naissance d'un enfant ou le fait d'avoir des enfants tout court qui permet à beaucoup d'immigrants de connaître les services de santé québécois.

#### 4.2 Particularités des services de santé « d'ici et d'ailleurs »<sup>3</sup>

Afin que la présentation des résultats soit cohérente avec l'approche épistémologique choisie, nous avons pris soin d'éviter de décrire les systèmes de soins dans les pays de l'ex-URSS et au Québec de manière objective. C'est à travers les récits des participants que nous décrirons ci-dessus les services de santé dans leur pays d'origine et au Québec.

Ce positionnement nous permet également de ne pas concevoir la notion d'acculturation dans une optique déterministe. En effet, il n'existe pas de « A » objectif duquel immigrant vient et de « B » objectif auquel il doit s'adapter. Comme nous verrons dans les paragraphes qui suivent, les descriptions et les perceptions des services de santé sont très subjectives. Pour chaque thème abordé, nous tenterons d'identifier les « points de repère », c'est-à-dire les points communs (toujours selon les participants) entre les services de santé au Québec et ceux dans les pays de l'ex-URSS, et les « étrangetés », c'est-à-dire les particularités de soins dans les deux contextes, tels que décrites par les participants.

Avant de passer à la présentation des résultats, il nous semble important d'apporter quelques clarifications quant aux « points de repère ». Lors des entrevues, les participants ont souvent comparé les services de santé « d'ici » et de « là-bas », mais à quoi exactement ces termes sont-ils associés? Si le « ici » du Québec est assez clair, le « là-bas » fait référence soit au système soviétique, soit aux systèmes post-soviétiques (russe, ukrainienne, etc.). Une participante qui a vécu en Israël avant de s'installer au Canada a comparé le système québécois au système israélien à plusieurs reprises, mais ces comparaisons ne feront pas l'objet de notre analyse.

---

<sup>3</sup> Un tableau sommaire à ce sujet se trouve en annexe.

Les participants se souviennent du système soviétique de santé, accessible et efficace, avec regret. Dans ce sens, les lacunes du système québécois sont souvent soulignées en comparaison avec le système soviétique. Les avantages du système québécois, notamment, en ce qui concerne l'accessibilité des services sur le plan financier, sont souvent ressorties en contraste avec les systèmes post-soviétiques de santé, beaucoup moins accessibles du point de vue monétaire. Les milieux de la santé et l'accessibilité de services sont le premier thème que nous décrivons.

#### **4.2.1 Les milieux de la santé et l'accessibilité des services**

##### **4.2.1.1 Contexte économique et l'accessibilité du point de vue financier**

Les participants ont souligné que dans les pays de l'ex-URSS, le salaire des médecins est peu élevé, ils ne « gagnent presque rien », et dans la société « c'est accepté qu'on les paye un peu [pour leurs services] » (Alina). Les salaires des médecins au Québec surprennent les participants. Sergei est ainsi porté à croire que les gens vont en médecine pour l'argent et non pas parce qu'ils veulent vraiment être médecins. Alina fait moins confiance aux médecins au Québec, a « moins d'espoir envers eux », parce que « beaucoup d'étudiants vont en médecine juste pour l'argent [...] pour le prestige ». En Russie, où le salaire des médecins est peu élevé, il faut « payer les médecins un peu » comme le dit Alina.

Sergei a fait des liens entre les réalités économiques et sociales nord-américaines et les habitudes en matière de soins de santé (par exemple, on ne donne pas d'ordonnance pour les tests spécialisés à tout le monde parce que les tests coûtent cher; on ne fait pas la promotion de remèdes populaires parce que ce n'est pas profitable pour les compagnies pharmaceutiques, et on achète plus de médicaments que nécessaire, parce que c'est une business et il faut faire rouler la machine; les gens

malades continuent d'aller au travail/à l'école/à la garderie parce qu'en restant à la maison ils risquent d'être moins productifs, de perdre leur travail), mais ce point n'a pas été relevé par les autres participants.

Pour ce qui est de l'accessibilité de soins du point de vue monétaire, selon les participants, se faire soigner en Russie coûte très cher, parce qu'il n'y a pas d'assurance et qu'il faut payer pour tout (Boris). Au Québec, par contre, beaucoup de soins sont couverts par l'assurance, et le patient dépense moins d'argent de sa propre poche. Ainsi, les soins au Québec sont plus accessibles sur le plan financier. Dans le même ordre d'idées, selon Anna, le système de soins en Russie est corrompu et cher; les traitements qui sont gratuits au Québec sont souvent payants en Russie, par exemple, les traitements et soins associés à l'accouchement. Selon Alina, certains traitements comme le renforcement de la rétine sont chers en Ukraine, mais sont plus accessibles au Québec grâce aux assurances. Larissa a également mis l'accent sur le fait que les médicaments sont beaucoup moins chers en Russie qu'au Québec.

#### **4.2.1.2 Cadre juridique, usage des médicaments et remèdes populaires**

Trois participants ont expliqué les différences entre les services de santé dans leur pays d'origine et les services au Québec en faisant référence au cadre juridique. Selon Alina, au Québec, les médecins ont une très grande responsabilité devant la loi, il y a des précédents juridiques pour protéger le patient, et c'est pour cette raison qu'ils n'ont pas la même marge de liberté que les médecins ukrainiens : « Leur but [au Québec] est de protéger le patient, mais il y a des limites à ça », comme les restrictions concernant l'usage par les médecins de remèdes populaires. Dans le même ordre d'idées, selon Natalia, « au Québec, beaucoup de médicaments ne se vendent pas sans prescription, parce que le système judiciaire est fort au Canada et

très faible en Russie : le système judiciaire et le niveau de corruption moins élevé font en sorte que les médecins et les pharmaciens au Québec sont plus prudents. » Les participants ont été surpris par un contrôle plus renforcé sur les médicaments sans ordonnance au Québec, et par l'impossibilité d'acheter sans prescription au Québec les médicaments qui se vendent sans prescription dans leur pays d'origine (Boris, Alina, Maria, Natalia, Larissa). Comme l'a remarqué Boris, au Québec, on ne peut acheter aucun « médicament sérieux » sans ordonnance.

Le cadre juridique a aussi une incidence, selon Sergei, sur la relation patient-médecin et les informations disponibles aux patients : « les médecins québécois sont plus distants de leurs patients [...] parce que s'ils disent quelque chose de trop, ça peut être retourné contre eux »; à cause des limitations légales, il n'y a presque pas d'information concernant les remèdes populaires disponible aux patients.

#### **4.2.1.3 Environnement matériel, ressources et technologies**

Selon les participants, les médecins au Québec sont hautement qualifiés, l'éducation médicale est également à un niveau plus élevé, car ils étudient plus longtemps et disposent de toutes les nouvelles technologies. Cependant, il a été souligné que les médecins au Québec sont très spécialisés et ne peuvent pas concevoir l'organisme humain comme un tout uni, tandis que les médecins russes ont des connaissances plus larges dans différents domaines.

Pour ce qui est de l'environnement technologique, les points de vue sont partagés. D'un côté, les hôpitaux au Québec sont propres, avec tout le matériel et médicaments nécessaires, de technologies de pointe et de l'équipement neuf - tout le contraire des hôpitaux russes où tout est désuet (Boris, Anna, Maria). D'un autre côté, certains

participants (Larissa, Sergei), ont dit que les technologies médicales utilisées au Québec sont désuètes comparativement à celles utilisées dans des cliniques privées en Russie, parce que « l'équipement coûte cher et doit être payé du budget québécois » (Sergei).

Alexandra se dit surprise par le fait que « tout le monde, même ceux qui ne portent pas de vêtements stériles, peuvent entrer dans les chambres de patients. Et, en général, ils accordent peu d'importance à la stérilité. C'est une grande différence entre les hôpitaux en Russie et ici. »

#### 4.2.1.4 L'accessibilité du point de vue du temps d'attente

Toutefois, quant à l'accès aux soins du point de vue de la disponibilité des médecins et du temps d'attente, il est plus facile dans le pays d'origine (selon les participants (Sergei, Natalia, Alina, Larissa, Elena). Les participants ont été surpris par les files d'attente au Québec. En Ukraine (Alina) ou en Russie (Anna), c'est plus facile de voir un médecin, tandis qu'au Québec c'est plus compliqué, il faut attendre plus longtemps :

« Ça m'est arrivé deux fois que j'aurais peut-être dû aller voir un médecin, mais je ne suis pas allée tout simplement parce que ça prend beaucoup trop de temps. Alors si j'ai une petite grippe, je préfère me soigner chez moi [...] Quand j'ai commencé à avoir des douleurs à l'estomac, je ne suis pas allée chez le médecin tout de suite. Premièrement, c'est long. Deuxièmement, j'étais mal informée et pensais que je devais aller au CLSC selon mon adresse officielle qui est à Saint-Eustache [tandis que j'habitais et allais à l'université à Montréal]. » (Alina)

Dans le même ordre d'idées, selon Larissa, « [...] les files d'attentes dans les hôpitaux, c'est tellement... Tu ne veux pas y aller une fois de plus. Vaut mieux supporter la maladie et se soigner à la maison d'une manière ou d'une autre... »

Il faut toutefois souligner que certains participants ont différencié l'accessibilité aux services « urgents » de l'accessibilité aux services dans des cas « moins graves ». Comme le souligne Alexandra, « [...] quand la situation est vraiment sérieuse et risquée pour le patient, il sera traité sans délai. Quand la situation est sérieuse, on t'ouvre les portes vers les spécialistes, ce qu'il faut attendre longtemps dans des cas moins sérieux ».

#### **4.2.1.5 Services inaccessibles ou inexistantes**

Selon les participants, trois services suivants sont très accessibles dans leurs pays d'origine, mais quasi inaccessibles au Québec : (1) les tests de santé spécialisés, (2) la possibilité de faire venir un médecin à la maison, et (3) la vaccination pour les enfants.

Comme l'ont raconté (Natalia, Sergei, Elena), en Russie il est beaucoup plus facile d'obtenir une ordonnance pour un test de santé :

« Chez les Russes, il est plus facile d'obtenir une ordonnance... mettons, un jour je veux passer un test pour mes hormones, ou pour quelque chose d'autre. Par exemple, quelqu'un m'a dit quelque chose comme "Tu devrais faire ce test", alors je vais le faire... peu importe si j'en ai besoin ou pas. Il y a un test que tout le monde fait, alors je vais le faire aussi. » (Natalia)

« En Russie, on n'épargne pas les tests médicaux... N'importe quel médecin peut te prescrire les tests que tu veux, sans attendre. Ici [au Québec], j'ai l'impression qu'il faut se battre pour chaque prescription. » (Sergei)

L'impossibilité de faire venir un médecin à la maison a été soulignée par Anna et Alexandra. En Russie, ce service est disponible. Anna et Alexandra ont déjà essayé de trouver un service similaire pour soigner leurs enfants au Québec, mais sans succès :

« Quand notre enfant a eu la grippe, on a espéré jusqu'au dernier moment que sa fièvre baisse. On voulait éviter d'aller à l'urgence et d'y passer une journée entière avec un enfant malade qui devait rester au lit afin que la maladie ne progresse pas. Nous aurions vraiment aimé qu'un médecin vienne chez nous, nous étions même prêts à payer. Je n'ai pas trouvé aucun service de ce genre. Finalement, nous avons été obligés d'aller à l'urgence... » (Alexandra)

« Par exemple, Katia [ma fille] fait de la fièvre. Je n'ai pas accès à une infirmière... et même s'il y en a une à qui je peux parler, elle ne peut que me dire : "Oui, elle fait de la fièvre, allez à l'hôpital". Tu vas à l'hôpital, et perds 8 heures en moyenne en attendant ton tour. On ne peut pas faire venir un médecin à la maison, même si on est prêt à payer. Chez nous [en Russie], c'est facile : tu appelles et le médecin vient chez toi. Ça, je n'aime pas ça ici [...] Donc, si je ne dois pas absolument amener mon enfant à l'hôpital, je ne vais plus jamais où que ce soit. Nous avons un assortiment de remèdes chez nous, et nous restons à la maison pour nous soigner. » (Anna)

Dans le même ordre d'idées, Maria se dit « insatisfaite » du fait qu'il est impossible de faire venir un médecin à la maison au Québec :

« [...] si tu fais de la fièvre, ou si ton enfant tombe malade [...] et si tu études ou travailles, tu ne peux pas aller au travail ou à l'école, mais tu as besoin d'une pièce justificative de la part de ton médecin. Et comment aller quelque part, si on est malade, ou avec un enfant malade en plus? [...] Chez nous, les médecins vont à domicile, examinent le patient, prescrivent tous les médicaments nécessaires et signent les papiers justificatifs. »

Finalement, comme le souligne Sergei, la vaccination des enfants est à un niveau supérieur en Russie qu'au Québec. Avant d'amener en Russie sa fille, née au Québec, Anna voulait la faire vacciner contre la tuberculose, « Parce que chez nous [en Russie] on le fait à tout le monde » :

« [...] nous avons tous été vaccinés contre la tuberculose à notre naissance. Et ici nous sommes allées voir notre pédiatre, et le médecin de famille... Nous sommes même allées dans une clinique de voyage, on voulait payer pour faire vacciner l'enfant contre la tuberculose. Personne n'a voulu le faire. Et mon pédiatre m'a même dit, "Si vous continuez d'insister, ça voudra dire que vous représentez un danger pour la sécurité et la santé de votre enfant, et nous mettrons une note dans votre dossier que vous agissez contre l'intérêt de votre enfant." Après ça, j'ai dû abandonner. »

Il est intéressant de citer l'explication qu'Anna donne à cette situation, en l'analysant rétrospectivement :

« Pourquoi c'est comme ça ici [au Québec], je ne sais pas. Chez nous [en Russie], on vaccine les enfants une-deux heures après la naissance. [...] Donc ça veut dire qu'en Russie le problème de tuberculose n'est pas éradiqué à ce jour. C'est la seule conclusion que je peux faire. Mais je pense toujours que, si cela avait été possible de faire vacciner ma fille, je l'aurais fait pour la protéger de l'environnement dangereux... Mais, d'un autre côté, je pense que, peut-être, ils ont raison, parce qu'en Russie c'est le bordel partout, et ici tout ça [la maladie tuberculose] n'existe pas... »

#### **4.2.1.6 Services de « prévention »**

Plusieurs participants ont mis l'accent sur le manque de services de « prévention » au Québec. Comme l'a souligné Sergei, « C'est notre mentalité contre la leur : selon nous, tout le monde, peu importe leur âge et état de santé, doit passer des examens médicaux de temps en temps. » Au Québec, selon lui, on attend que le problème s'aggrave et devienne évident avant d'intervenir. Dans le même ordre d'idée, selon Alexandra et Sergei, les enfants en Russie passent plusieurs tests médicaux « préventifs » chaque année, mais au Québec ces tests ne sont effectués qu'en cas de problème concret. Comme le dit Natalia, en Russie,

« la société fonctionne de telle manière que chaque personne doit passer des analyses [...] chaque année, même si elle n'a aucune maladie. Et ici [au Québec], c'est le médecin qui décide ce qu'il faut faire; je ne peux pas décider moi-même ce qu'il me faut ou pas. Et je n'aime pas ça. »

Un élément relevé par Alina permet de mettre un bémol quant à la perception de services de prévention en tant qu'inexistants au Québec :

« Ici [au Québec] je vois souvent des publicités qui encouragent à faire du dépistage du cancer régulièrement, genre "le dépistage, ça se fait plus facilement"... Et tout ça me fait peur, parce qu'en Ukraine on ne nous a jamais dit de faire ça. Je pense que c'est bien ici [...] le gouvernement essaye d'informer les citoyens, dans les publicités dans les journaux, à la télé. Et en Ukraine ça n'existe pas. »

Dans le même ordre d'idées, Anna se dit très satisfaite des services de dépistage de cancer qu'elle a reçus au Québec. Or comme l'explique Natalia,

« Si j'ai le rhume, je peux attendre mon rendez-vous médical pendant des années. Mais si j'avais eu le cancer, ils m'auraient aidée immédiatement, c'est certain. [...] Si quelque chose de grave t'arrive, ils ne te laisseront pas mourir. Mais, comme je n'ai pas le cancer, je n'espère même pas pouvoir voir mon médecin dans un délai raisonnable! »

Il est intéressant de noter que nos participants n'ont pas de problèmes de santé majeurs, et quand ils parlent de la « prévention », ils l'abordent dans le sens d'exams médicaux généraux, et non pas nécessairement par rapport à une maladie concrète.

#### **4.2.2 Les acteurs impliqués dans les soins**

Un nombre important d'« étrangetés » se trouve au niveau des rôles de différents acteurs impliqués dans les services de santé.

#### 4.2.2.1 Spécialistes et généralistes

Comme nous avons mentionné ci-dessus, les participants ont noté qu'il est plus difficile d'avoir accès aux soins spécialisés au Québec. Une autre différence mentionnée par les participants est une présence moins importante de spécialistes dans les soins dispensés au Québec. Comme l'a souligné Alexandra, son médecin de famille au Québec lui fait passer un examen gynécologique qui doit, à son avis, être pratiqué par un spécialiste. Or, selon Larissa, en Russie il est possible de voir un spécialiste sans recommandation de la part du médecin de famille, ce qui est impossible au Québec.

Lors des entrevues, les questions liées aux médecins de famille ont souvent été abordées. Bien qu'il n'y ait pas de poste « médecin de famille » dans les pays desquels les participants sont originaires, quelques analogies ont permis aux participants de comprendre son rôle. Selon Natalia, « médecin de famille » est un synonyme de « thérapeute » en Russie, mais sa spécialisation est plus générale. Sergeï a déjà fait des recherches sur Internet afin de comprendre ce qui est le « médecin de famille »; après avoir passé huit ans à Québec, il explique ainsi son rôle :

« En Russie, il n'y a pas de notion officielle "médecin de famille", mais je suis presque certain qu'en Russie tout le monde a un ou des médecin(s) de famille, d'une façon ou d'une autre... C'est un médecin que les gens consultent durant une période de temps assez longue. Soit par coïncidence, parce qu'ils vont tout le temps à la même clinique, soit parce qu'ils connaissent personnellement le médecin. Le plus souvent, c'est une connaissance, bien sûr. [...] Un tel médecin doit bien connaître son patient, son état de santé, afin d'être en mesure de dépister des changements [...] s'apercevoir que le patient a perdu du poids, ou que son visage a changé de couleur... Donc je dirais qu'en Russie la majorité de gens qui ont déjà fait face au système de santé d'une manière quelconque, ont quelqu'un qu'on pourrait qualifier de "médecin de famille". »

Concernant les rôles de spécialistes et généralistes Natalia a fait la comparaison suivante entre la Russie et le Québec : « Je pense que, en Russie, pour des examens routiniers on va voir des spécialistes (comme des optométristes, des ORL, des endocrinologistes), et ici les gens vont voir leur médecin de famille. »

#### **4.2.2.2 Pharmaciens**

Alina et Natalia ont été surpris par le « grand rôle » des pharmaciens qui sont en mesure d'expliquer comment prendre tel ou tel médicament « à la place du médecin ». En Ukraine, « le pharmacien n'a pas de telles connaissances et ne joue pas un tel rôle » (Alina). Or, cela a une incidence sur le rôle du patient dans le choix et l'achat de médicaments :

« Je n'ai pas le souvenir d'avoir déjà demandé des conseils à un pharmacien en Russie [...] Là-bas, d'habitude, on arrive et on sait déjà ce qu'on veut acheter », tandis qu'au Québec on demande au pharmacien conseiller quelque chose (Natalia).

Natalia a raconté que « ce que faisaient les pharmaciens » au Québec n'est pas toujours clair pour elle :

« À la pharmacie, ce qui m'a surprise... Il y avait deux personnes à la caisse, et en plus il y avait cinq pharmaciens. Et tout le monde était en train de faire quelque chose, vérifiait quelque chose sur ordinateur, courait ici et là, ouvraient de tiroirs... tout ça pendant que j'attendais pour avoir mon médicament... Je ne comprends pas ce qu'ils pouvaient faire... »

#### **4.2.2.3 Autres acteurs de soins**

En plus des médecins de famille mentionnés ci-dessus, il y a d'autres acteurs dans le système de soins québécois qui ne sont pas familiers à nos répondants. Par exemple,

Boris avoue ne pas comprendre le rôle du personnel administratif de l'hôpital et d'autres intervenants « sans diplôme en médecine » (tels que les animateurs et les intervenants des sessions d'information et de soutien concernant le diabète) dans le système de soins. Anna a été surprise d'apprendre qu'il existe des coordonnateurs et des spécialistes qui travaillent exclusivement pour le dépistage du cancer du sein.

Ce n'est pas seulement le rôle d'un acteur qui peut être différent. Boris a été étonné quand il a vu l'anesthésiste qui assistait sa femme lors de l'accouchement :

« Chez nous [en Russie], les anesthésistes sont des hommes assez âgés. Après tout, une injection dans la colonne, ce n'est pas quelque chose qu'on peut confier à un jeune. Et là, j'ai vu l'anesthésiste [au Québec], beaucoup plus jeune que moi, je dirais 25 ans. [...] Mais 25 ans, je ne sais pas. La personne n'a presque aucune expérience... »

Maintenant arrêtons-nous sur les acteurs clé impliqués dans les soins, soit les patients et les médecins.

#### **4.2.3 Relation patient-médecin**

Tous les participants ont dans leur récit touché à la relation patient-médecin (par « médecin », nous entendons les professionnels de santé en général). Plus précisément, ils ont comparé les patients et les médecins d'« ici » et de « là-bas », ainsi que les façons de faire habituelles dans leur pays d'origine, et le nouveau type de relation qu'ils ont connu au Québec.

#### 4.2.3.1 Les patients « ici » et « là-bas »

Dans cette section, nous citerons quelques descriptions de « patients russes », que les participants ont souvent qualifié de « bagage culturel » ou « mentalité ». Nous y reviendrons plus en profondeur dans le chapitre suivant.

Selon Alina, en Ukraine il est convenu qu'il faut essayer de prendre aussi peu de médicaments que possible, que l'homme ne doit pas être dépendant de médicaments, qu'il doit apprendre à se soigner soi-même et maintenir sa santé. Dans un autre ordre d'idées, Natalia a mis l'accent sur le fait que, étant donné que beaucoup de médicaments sont en vente libre en Russie, les patients sont plus renseignés à ce sujet, et peuvent donc savoir quoi acheter sans demander conseil à leur pharmacien :

« En Russie, les gens sont des “accros de médicaments”, ils savent quel médicament prendre dans telle ou telle situation... Les gens savent quoi prendre pour les maux de coeur, la pression... Moi je ne sais pas, mais en général, je pense, les Russes savent, surtout les femmes, les mères... Et ici, au Québec, les gens ne savent pas ça [...]»

Les participants ont également souligné que les patients russes (générique pour « russophones de l'ex-URSS ») sont plus débrouillards pour se soigner eux-mêmes à la maison. Comme le souligne Alina, «les remèdes populaires font partie de notre bagage culturel, ce sont nos grand-mères qui nous soignaient comme ça. » Tout en admettant que certains remèdes populaires peuvent être nocifs, Alina dit qu'ils sont sous-estimés par les patients au Québec, car « au Québec, on a une manie de contrôle; on a un regard très négatif sur l'auto-médication et les remèdes populaires [...] sur tout ce qui n'est pas contrôlé par les médecins. » Selon Sergei, « Au Canada et en Amérique du Nord, les gens n'ont pas d'expérience d'utilisation de remèdes populaires, ils sont orientés vers des méthodes chimiques et scientifiques ».

Anna a également souligné les différences dans les perceptions par rapport à l'allaitement chez les Russes et les Québécois en tant que différences « culturelles ». Elle a raconté que son médecin était surpris quand elle lui a dit qu'elle aimerait continuer à allaiter sa fille aussi longtemps que possible.

#### 4.2.3.2 Les médecins « ici » et « là-bas »

Tous les participants ont noté que les médecins et le personnel médical au Québec sont très polis, accueillants, souriants, gentils, attentionnés. Comme le dit Boris, dans les hôpitaux au Québec, « personne ne se chicane, personne ne se plaint [...] Il n'y a jamais de problème avec le personnel [...] tout le monde est très poli, contrairement à ce qu'on voit en Russie ». Selon Anna et Maria, « Les médecins québécois sont très attentionnés et sensibles, ils t'écoutent sans interrompre. Les médecins russes sont plus directs, ils peuvent crier contre les patients... » (Anna). Boris a tenté de l'expliquer : « Les médecins au Québec sont très polis parce qu'ils ont peur des plaintes [...] parce que le patient au Québec est un client [...] qu'il faut retenir et satisfaire. »

Tout en soulignant la « gentillesse » des médecins québécois, les patients ont mis l'accent sur le fait que les médecins québécois sont plus distants de leurs patients. Selon Sergei, l'approche des médecins en Russie est plus humaine, et la relation qui s'installe entre le patient et le médecin ne tourne pas seulement autour de la maladie, et on peut aussi parler de la vie en général. Pour Alina, ce sont les relations interpersonnelles et « humaines » entre le patient et le médecin qui sont plus importantes que la relation professionnelle, médicale et thérapeutique. Un bon médecin doit être empathique, il doit prendre le temps pour parler à son patient, pour lui « remonter le moral » si nécessaire (Alina). Dans le même ordre d'idées, selon Natalia, le médecin doit pouvoir donner de conseils « humains » pour instaurer un

climat de confiance. Une façon pour les répondants d'expliquer une relation patient-médecin plus distante au Québec est le temps limité pour les rencontres et le suivi.

Alina a fait valoir que la relation « patient-médecin » est plus impersonnelle au Québec, car le médecin ne se concentre que sur le problème du patient, sur la maladie, et non pas sur le patient en tant que personne. Dans le même ordre d'idée, Svetlana a remarqué que les médecins au Québec n'entretiennent pas de conversations avec les patients, ils « écrivent-écrivent-écrivent... ». Sergei souligne que la seule question personnelle qu'il se fait poser au Québec est celle de son pays d'origine :

« Ils regardent mon nom de famille, et me demandent tout de suite “Vous venez d'où?”, par curiosité. Peut-être c'est une des questions plus personnelles très peu nombreuses qui les intéresse... Alors [quand je dis d'où je viens], certains disent : “Ah, j'y suis allé”... Ils ont, bien sûr, une représentation livresque de mon pays... »

Il est intéressant de noter que, tout en exprimant leur insatisfaction quant à l'accès aux examens médicaux spécialisés, les participants ont noté que les médecins au Québec sont trop spécialisés, tandis que les médecins russes ont des connaissances plus larges dans différents domaines. À ce sujet, Larissa donne l'exemple de « dispensaires » soviétiques, « où on envoyait les gens pour quelques semaines ou moins, pour les traiter de tous les problèmes de santé qu'ils avaient. On ne se concentrait pas sur ton foie ou tes doigts séparément, mais sur tout ton organisme comme un tout uni ». Comme l'explique Svetlana,

« Dans mon pays [...] j'arrive [chez le médecin] avec tous mes bobos [...]. Et ici, ils ne soignent qu'un bobo spécifique, et ne tiennent pas compte de tout le reste. Je vais souvent dans un centre sans rendez-vous, et je leur décris tout ce qui me préoccupe. Et ils vont choisir un seul problème, le plus grave pour le moment, et vont négliger tout le reste. »

Dans le même ordre d'idées, comme l'explique Alina, les médecins en Ukraine ont une approche plus « globale » : « le médecin peut s'asseoir et parler avec son patient, parler de sa vie, pour voir si le problème de santé ne serait pas lié à un problème de stress, par exemple ».

Finalement, les médecins au Québec ont souvent été décrits par les participants comme « inaccessibles ». Comme le dit avec émotion Maria,

« Ici [au Québec], rien [aucun service de santé] n'est accessible sans prescription de médecin qu'il est impossible de rencontrer. Ça me met hors de moi... Notre médecin de famille est toujours pressé... Il n'a jamais le temps pour mes questions, il me répond en m'accompagnant vers la sortie de son bureau avant d'appeler le patient suivant, parce que la file d'attente est d'un kilomètre... »

Comme l'a souligné Svetlana, les « médecins de famille » russes et moldaves, les « thérapeutes », sont disponibles et peuvent venir à la maison. Au Canada, elle a « compris que le fait d'avoir un médecin de famille ne signifie pas du tout que tu peux aller le voir quand tu veux et être traité tout de suite ». Dans le même ordre d'idées, Larissa pose la question : « Comment on peut appeler "médecin de famille" un médecin qu'on ne peut rencontrer qu'une fois par année? » Ainsi, Natalia fait valoir qu'un « bon médecin » doit être accessible, le patient doit pouvoir le voir dans les plus brefs délais.

#### **4.2.3.3 Les rencontres médicales inhabituelles**

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les rencontres médicales au Québec se déroulent dans un contexte économique, technologique et social différent du celui du pays d'origine. De plus, la rencontre ne se déroule pas toujours selon les attentes des participants quant aux actions concrètes du médecin :

« Quand j'ai attrapé le rhume et n'arrêtais pas de tousser pendant plusieurs semaines, je suis allé chez le médecin, et le médecin ne m'a même pas examiné avec un stéthoscope. Chez nous [en Russie], le médecin aurait au moins examiné les poumons, et ainsi de suite... Mais lui, il a juste fait un examen visuel, et m'a envoyé faire un radiogramme. » (Sergei)

« Quand je suis allée voir mes grands parents en Ukraine, je suis allée chez mon thérapeute, car j'avais des maux d'estomac. On m'a prescrit des médicaments, on m'a fait une gastroscopie la même journée [...]. Je suis revenue ici [au Québec], les maux persistaient [...] J'ai demandé une gastroscopie à mon médecin, mais il m'a dit que c'était seulement pour les cas graves, quand la personne crache du sang par exemple... Et même s'il me l'avait prescrit, j'aurais dû attendre trois mois avant de faire le test. Ce n'est pas comme en Ukraine — tu y vas, tu payes [et tu reçois le service la même journée]. » (Alina)

« Quand j'ai commencé à voir mal, je sais qu'en Russie on m'aurait conseillé de faire des exercices pour les yeux, de prendre des vitamines [...] Ici [au Québec] — rien : tu vas chez l'optométriste, il va te prescrire des lunettes. Aucune prévention dans ce sens, ils ne connaissent pas ça. » (Natalia).

« Un jour je suis allée à l'hôpital avec mon bébé, pour faire des tests routiniers, et le médecin a dit qu'elle avait une bronchite. Mais que ce n'était pas grave, et qu'il fallait revenir le voir juste au cas où l'enfant fait de la fièvre. Chez nous, on aurait fait un radiogramme tout de suite, et nous aurait communiqué les résultats rapidement... Ensuite, le médecin aurait sûrement donné des conseils comme par exemple mettre une compresse de sel chaud [...] Chez nous, les médecins donnent des conseils simples, des trucs de nos grand-mères, et ici les médecins regardent les écrans de leurs ordinateurs, et il n'y a pas assez d'information dans leurs bases de données... » (Maria)

« Je suis allée voir un médecin avec une pression intracrânienne [...] et il m'a examinée d'une manière très étrange : il m'a demandé de fermer les yeux, d'ouvrir les yeux, de bouger les bras, etc. Je lui ai expliqué finalement ce que mon médecin en Moldavie avait diagnostiqué, et comment il me traitait, quels médicaments il prescrivait... » (Maria)

Un autre aspect qui a surpris les participants est la durée de la rencontre médicale. Selon les participants, la rencontre entre le patient et le médecin est très rapide au Québec. Selon Alina, « Les médecins travaillent très rapidement, ils n'ont pas assez de temps ». Selon Natalia, « On n'explique rien aux patients », « on fait vite », « c'est comme une chaîne de convoyer »; les médecins québécois prennent beaucoup moins de temps pour chaque patient, tandis qu'on peut « raconter toute sa vie » à un médecin russe.

### **4.3 Particularités de l'utilisation des services de santé dans le contexte migratoire**

#### **4.3.1 Usage des médicaments et remèdes populaires**

Comme nous l'avons déjà mentionné dans les sections précédentes, les participants ont été surpris d'apprendre que beaucoup de médicaments ne sont pas en vente libre au Québec, ou ne sont pas en vente du tout. Pour les acheter, il faut aller voir un médecin « inaccessible », et ensuite, faute d'avoir un régime d'assurance — payer beaucoup plus cher que ce qu'on aurait payé dans le pays d'origine. Ainsi, il est courant pour les nouveaux arrivants d'amener au Québec un sac de médicaments dans les bagages (ce qui est d'ailleurs conseillé sur les forums d'immigration en russe), ou de demander à leurs proches de leur envoyer des médicaments au Québec. Comme le raconte Svetlana, elle a appris que les médicaments anti-douleur qu'elle avait l'habitude de prendre ne se vendaient pas sans prescription au Québec, alors elle « s'est approvisionnée » en anti-douleurs avant de quitter son pays pour aller s'installer au Canada. Comme raconte Boris,

« C'est mauvais que certains médicaments russes ou soviétiques n'ont pas d'équivalents ici [au Québec]... J'ai montré les emballages à un pharmacien québécois, mais il ne connaissait pas du tout ça... Alors, j'ai demandé à un ami qui allait en Russie de m'en ramener. »

Svetlana a également décrit son « ajustement » aux médicaments québécois :

« Bien que je pouvais demander à mes proches de m'envoyer des anti-douleurs, je me suis dit que je ne pouvais pas dépendre de ces "livraisons" irrégulières. Alors, j'ai commencé à utiliser Advil et Tylenol, qui sont des analogues moins puissants de mon anti-douleur.»

En ce qui concerne l'usage des médicaments, les participants ont souligné que les médecins prescrivent très souvent des antibiotiques au Québec, des médicaments « très sérieux », « lourds », qui « tuent le système immunitaire » et qu'on ne doit prendre que dans de cas très sérieux (Larissa, Natalia, Alexandra). Plusieurs participants ont également souligné que le Tylenol est « le médicament principal » au Québec. Larissa et Sergei ont noté qu'ils ne comprenaient pas pourquoi on donne très facilement des antibiotiques aux enfants qui ont de la fièvre. Selon Sergei, « les parents russes préfèrent les méthodes naturelles ». Ainsi, en cas de prescription d'antibiotiques, les participants auront tendance à chercher des alternatives naturelles, de remèdes populaires. Tous les participants ont dit se soigner eux-mêmes à la maison (auto-médication ou remèdes populaires) en attendant les services médicaux.

#### **4.3.2 Stratégies de recherche de l'information**

##### **4.3.2.1 Période pré-migratoire**

Comme le dit Sergei, il s'est familiarisé avec le système de soins québécois avant son arrivée :

« Le processus d'immigration a duré deux ans, et nous avons passé beaucoup de temps pour apprendre tout ce qui était possible d'apprendre sur la société québécoise. Et nous avons appris que ce n'était pas facile ici avec les soins de santé, donc nous n'avions pas d'illusion. »

Natalia, quant à elle, s'est enregistrée sur un forum d'immigration russe en 2002, soit quatre ans avant son arrivé au Québec :

« J'étais sur le forum, je lisais différents blogues pour savoir comment les gens vivent au Québec. Je ne me concentrais pas particulièrement sur les services de santé, mais entre autres... Je n'avais pas d'image claire par rapport à ça, j'avais lu des témoignages positifs et d'autres plus négatifs... J'avais lu qu'ils avaient des cartes soleil et des CLSC. »

Svetlana est également allée sur des forums d'immigration, où elle « lisait tout » sur la vie au Québec. Tout comme Natalia, elle n'avait pas « d'image claire de services de santé au Québec » :

« Je savais tout simplement qu'il n'y avait pas de service d'ambulance gratuit au Québec, et qu'il fallait payer pour, et ça me faisait peur. Mais maintenant je comprends que ce n'est pas si grave : nous avons une voiture et pouvons nous rendre à l'hôpital nous-mêmes s'il le faut... »

#### 4.3.2.2 Au Québec

Neuf participants (Elena travaille dans un hôpital et n'a pas besoin d'aller sur Internet, elle demande à ses collègues ou amis) ont dit qu'ils utilisent Internet comme source d'information sur les établissements de santé et les services de santé offerts au Québec, ainsi que sur les remèdes populaires et les vitamines (par exemple, comme l'explique Sergei, il va chercher des recommandations sur les sites russes, et va ensuite essayer de trouver des produits semblables à la pharmacie ou dans une boutique homéopathique au Québec). Parmi les ressources Internet consultées par les participants, nous pouvons mentionner les sites officiels du gouvernement et les publications officielles (qui sont, selon Sergei et Svetlana, difficiles à comprendre; il y a beaucoup d'information, mais il est difficile de trouver de réponses exactes, c'est

souvent « vague »), les forums d'immigrants en russe (il faut noter que ce sont seulement les participants que nous avons recrutés via le forum qui le font; ceux recrutés dans la communauté ne l'ont pas mentionné), ainsi que les sites d'information sur la santé en russe et les émissions de télé sur la santé disponibles en ligne. L'Internet est également utilisé pour les échanges avec la famille, les amis, ou les médecins du pays d'origine, pour demander des conseils ou encore des clarifications suite à une visite chez le médecin au Québec, comme le raconte Sergei :

« Nous sommes allés faire un test de sang à notre enfant, et nous avons remarqué que certaines lignes étaient soulignées en rouge, comme quoi c'était un peu au-dessus de la norme. Nous avons demandé au médecin de nous expliquer, et il a dit "Tout est OK" — c'est tout. Mais ça nous inquiétait quand même, nous avons donc contacté un médecin en Russie et nous lui avons demandé de nous expliquer. Il a tout expliqué en détail et, en effet, tout était OK... »

La communauté russophone à Montréal, ainsi que les collègues de travail, sont également une source d'information pour les participants. Ceux qui ont des enfants ont dit s'échanger des conseils entre parents russes. Les « Québécois de souche » ou les immigrants de longue date qui connaissent déjà le système de soins au Québec sont souvent approchés pour des informations sur les services. Par exemple, Elena a appris qu'il y avait des médecins de famille au Québec grâce à une amie.

#### 4.3.3 Les facteurs qui empêchent la consultation

« Parmi les nouveaux arrivants au Canada, les problèmes d'adaptation à une nouvelle culture en matière de santé sont liés à la fois au manque d'information sur les nouveaux soins de santé disponibles et, par la suite, à leur expérience avec ce système de soins de santé. » (Zanchetta et Poureslami, 2006, p. S28)

Lors des entrevues, nous avons souvent entendu des phrases comme « À un moment donné, j'aurais peut-être dû aller voir un médecin ici, mais je ne suis pas allé

(e) parce que... » Larissa a même dit que ça lui est arrivé « des millions de fois ». Selon Maria, toutefois, la fréquence de son utilisation de services de santé n'a pas changé depuis son arrivée au Québec. Alexandra dit qu'elle recourt moins aux services de santé au Québec qu'en Russie, parce qu'« au Québec, on n'a pas l'habitude de passer souvent des tests médicaux ».

Dans les paragraphes qui suivent, nous résumerons les éléments qui représentent, selon les participants, des barrières d'accès aux services de santé au Québec.

En premier lieu, surtout au début du séjour au Québec, les nouveaux arrivants ont beaucoup d'autres préoccupations, et oublient de s'occuper de leur santé. Comme l'a dit Anna, à son arrivée, l'apprentissage du français était sa priorité :

« Je voulais vraiment finir mes cours de langue. Maintenant je suis des cours avancés, et une fois qu'ils sont terminés, je vais penser à aller consulter un médecin, ça fait longtemps que je n'ai pas fait de tests... »

Tous les participants ont dit que les files d'attente trop longues font en sorte qu'ils évitent d'aller à l'hôpital « pour rien ». En d'autres mots, ils essaient toujours de se soigner chez eux, et ne vont à l'hôpital qu'en cas de problème grave ou urgent.

Bien que tous les participants maîtrisent le français, et certains l'anglais, la barrière linguistique est toujours présente, jusqu'à un certain point, selon Sergei et Boris :

« Personnellement, je n'ai aucune difficulté avec la langue, mais la terminologie médicale... Ce n'est pas la même chose que parler ma langue maternelle. » (Sergei).

Alina a mentionné de « barrières psychologiques » : « [...] les médecins examinent très vite, ils ont très peu de temps... et on dirait que c'est une sorte de barrière psychologique pour moi. »

Comme l'explique Svetlana, parfois elle ne va pas chez le médecin, car elle connaît déjà le traitement qu'il va prescrire :

« En février, j'ai eu la grippe, et je ne suis allée dans un centre sans rendez-vous qu'après une semaine d'auto-traitements à la maison, car les remèdes populaires n'étaient pas effectifs... Parce que si je vais voir un médecin, il va me prescrire Advil ou Tylenol, ce que je peux prendre à la maison toute seule, sans devoir aller à la clinique. »

#### 4.3.4 Stratégies transnationales pour se faire soigner

Outre l'utilisation de ressources Internet en russe et la communication avec les médecins dans le pays d'origine, plusieurs répondants utilisent les services de santé à la fois au Québec et dans leur pays d'origine. Par exemple, Alina raconte : « maintenant que je connais les services ici et en Ukraine [...], je vais me soigner ici si c'est couvert par mon assurance et je vais aller en Ukraine si ce n'est pas couvert ». Aussi, Alina dit qu'elle préfère se soigner en Ukraine (il est plus facile d'avoir un lit à l'hôpital, tandis qu'au Québec on risque de se faire prescrire des médicaments et de se faire renvoyer à la maison) et se faire examiner au Québec (car les appareils et les technologies qu'on utilise au Québec sont de plus grande qualité qu'en Ukraine). Alina dit qu'elle ne va pas en Ukraine spécialement pour se faire soigner, mais chaque fois qu'elle y va, elle visite son médecin, par la même occasion. « Si le billet d'avion avait été gratuit, — explique Alina, — je serais allée en Ukraine pour me faire soigner. Mais, comme le billet est cher, je n'irai pas là-bas juste pour aller chez le médecin ».

Natalia envisagerait d'aller voir un dentiste en Russie, car ça coûte moins cher qu'au Québec, et elle explique ensuite :

« Je ne sais pas quel problème de santé il faut avoir pour aller se faire soigner en Russie... [...] Tout dépend de ton problème. Par exemple, j'ai entendu qu'on peut attendre une opération jusqu'à trois ans... J'exagère peut-être, mais je sais que ça peut être long. Et dans ce cas, s'il était possible de le faire plus rapidement en Russie, j'irais... »

Maria est déjà allée se faire soigner dans son pays d'origine, et au Québec elle consulte son médecin en Moldavie par téléphone :

« Avec une récurrence de pression intracrânienne, je ne suis pas restée au Québec pour attendre mon rendez-vous pendant six mois. Et, de toute façon, le médecin ne m'aura rien fait, à part de me prescrire des médicaments. Donc j'ai acheté mon billet et je suis allée chez moi. Et là, en deux semaines, j'ai eu tous mes traitements, c'était excellent. [...] Chez nous, on peut, à l'intérieur d'une semaine, voir un médecin, faire tous les tests nécessaires et recevoir tous les traitements. »

Comme nous avons vu plus haut, Sergei s'est déjà adressé à un médecin en Russie pour avoir davantage d'explications par rapport à un test de sang — les explications qu'il n'a pas été capable d'obtenir de la part de son médecin au Québec. Dans le même ordre d'idées, Elena a demandé l'avis d'un médecin en Russie, concernant les traitements qu'elle a eu pour un hématome à Québec.

En ce qui est des professionnels de santé russophones au Québec, aucun participant n'a cherché à rencontrer un professionnel de santé russophone à Montréal, bien que tous en ont mentionné la possibilité. Svetlana et Elena ont déjà rencontré des médecins russophones au Québec, par coïncidence, mais n'ont pas identifié de différences avec les médecins québécois (ou d'autres origines), outre la langue de consultation.

Sergei a dit qu'il consulterait un professionnel de santé russophone au Québec, s'il avait le choix. Dans le même ordre d'idée, selon Boris,

« Les médecins immigrants, qui arrivent avec un niveau de compétences très élevé, ne peuvent pas travailler au Québec parce qu'ils ne parlent pas la langue et n'ont pas de diplôme canadien. Alors, je me dis, pourquoi ne pas créer des cliniques communautaires, où les médecins qui ne parlent pas français ou anglais pourraient s'occuper des patients qui parlent d'autres langues. Si le niveau de compétence et le professionnalisme étaient égaux, j'aurais préféré aller chez un médecin russe. »

#### 4.4 Les sentiments associés à l'expérience de soins

Il est intéressant de relever les sentiments éprouvés par les participants lors des rencontres avec les services de santé au Québec. Dans les paragraphes qui suivent, nous présenterons les émotions liées à l'expérience de soins au Québec, nommées par chaque participant.

*Anna* reste agréablement perplexe et surprise devant les traitements attentionnés et extraordinaires qu'elle a reçus lors de sa grossesse et son accouchement : « Je ne sais pas ce qui me serait arrivé en Russie, où il faut payer pour tous ces services... » Elle a été également surprise d'avoir eu des cours d'allaitement après la naissance de sa fille. Elle a été choquée par les services de santé en Russie quand elle y est retournée en 2009. Elle a été décue par les temps d'attente.

*Alexandra* a été surprise quand elle a reçu les services tout de suite en arrivant dans une urgence au Québec. L'impossibilité de faire venir un médecin à la maison pour soigner son enfant malade la met en fureur. Elle est surprise par le fait que « tout le monde, même ceux qui ne portent pas de vêtements stériles, peuvent entrer dans les chambres de patients ».

*Alina* a été surprise par les files d'attente, par un rôle plus grand que jouent les pharmaciens dans le système de soins, ainsi que par le fait que beaucoup de médicaments ne se vendent pas sans prescription. Les publicités concernant la prévention du cancer, qui n'existent pas en Ukraine, mais sont très visibles au Québec, lui ont fait peur.

*Boris* a été surpris par un jeune anesthésiste (« chez nous, ce sont plutôt des hommes plus âgés »); étonné par le temps d'attente avant d'avoir un rendez-vous.

*Elena* est étonnée par et se sent être dans une impasse devant les temps d'attente trop élevés.

*Larissa* a été déçue par les temps d'attente de rendez-vous médicaux. Elle a peur de ce qu'il pourrait lui arriver si elle tombe gravement malade et n'a pas accès aux services à temps. Elle a été surprise par le niveau de spécialisation des médecins au Québec, et par le fait que « les médecins ne comprennent pas que l'organisme humain est un tout uni ». Elle trouve inacceptable le fait qu'il n'y a pas assez de médecins au Québec et que les médecins immigrants ne peuvent pas pratiquer. Elle a été surprise par les coûts de soins au Québec, mais est contente que son assurance couvre la plupart de dépenses. Elle a été surprise par le fait qu'une personne « de la rue » peut facilement entrer dans n'importe quelle chambre d'hôpital, même si elle ne porte pas de vêtements stériles.

*Maria* a été choquée et déçue par les temps d'attente trop élevés. Elle a été contente de voir que les hôpitaux au Canada sont bien équipés, avec des technologies de pointe, ainsi que de voir que les assurances permettent de couvrir un nombre de services de santé. Maria dit que c'est dommage qu'il n'y ait pas assez de médecins au Québec, et que les médecins immigrants ne peuvent pas travailler.

*Natalia* a trouvé étrange que beaucoup de médicaments ne se vendent pas sans prescription au Québec.

*Sergei* a déjà été fâché à cause de temps d'attente élevés pour la vaccination de son enfant contre la varicelle. Il a trouvé drôle que, bien que les médecins de famille existent, la majorité de la population n'y ait pas accès. Il était inquiet quand il n'a pas pu avoir assez d'explications concernant un test de sang de la part de son médecin.

*Svetlana* a été choquée et décue par l'indisponibilité des médecins au Québec. Elle a également été surprise que peu d'information est disponible pour les patients : « [...] chaque fois que je tombe malade, je marche sur le même râteau : il y a peu d'information, je ne sais pas où aller et qui pourrait m'aider ».

#### **4.5 La langue et les façons de nommer les choses**

Il est intéressant de noter que, même si les entrevues se déroulaient en russe, les participants ont souvent utilisé des mots français pour des termes comme « clinique sans rendez-vous », « médecin de famille », « CLSC ». Les termes russes ont été utilisés pour « infirmière », « pharmacien », « médecin », « hôpital ». Larissa et Sergei participants ont utilisé le mot français pour « gastro », en soulignant qu'ils ont appris l'existence de cette maladie au Québec : selon eux, « la gastro » n'existe pas en URSS (pour Larissa) et en Russie (pour Sergei).

Dans le cadre de notre étude, nous n'avons pas effectué d'analyse approfondie de toute cette dimension langagière liée à l'usage des services de santé dans le contexte migratoire, et nous n'y reviendrons donc pas dans notre analyse. Un premier regard permet toutefois de supposer que les éléments du système québécois dont on peut

trouver une analogie dans le système de services de santé dans le pays d'origine sont nommés en langue d'origine, tandis que les éléments nouveaux sont nommés en français. Une analyse de la manière de nommer les choses pourrait être intéressante à effectuer en complémentarité avec l'analyse de ce qui a été dit par les participants.



## CHAPITRE V.

### ANALYSE ET INTERPRÉTATION

Dans cette section, les résultats seront analysés en fonction de trois questions de recherche énoncées à la fin du premier chapitre. Rappelons-les : 1. Quelles sont les expériences des soins de santé pré-migratoires et quelles sont les attentes et les perceptions à l'égard des services de santé au Québec? 2. Comment les expériences des soins au Québec sont-elles vécues et quelles sont les stratégies d'acculturation mises en oeuvre? 3. Comment les immigrants arrivent-ils à concilier les expériences de soins dans le pays d'origine avec les expériences de soins au Québec? Ces questions seront cernées à partir de trois catégories d'analyse : les formes que prend la communication dans le contexte d'utilisation des services, les formes que prend le processus d'acculturation, et les formes que prend la « conciliation » des expériences de soins « ici » et « là-bas ». Une réflexion sur la définition de la notion d'acculturation sera proposée à la fin du chapitre. Notamment, nous mettrons l'accent sur la dimension temporelle du processus d'acculturation, ainsi que sur les liens entre l'usage des services de santé et l'intégration dans la société d'accueil.

### **5.1 Les formes que prend la communication dans le contexte d'utilisation des services**

Dans une perspective communicationnelle, Y.Y. Kim a souligné l'importance d'analyser le processus d'acculturation au niveau individuel. Nos données ont démontré la présence de deux types de communication : communication interpersonnelle et usage de médias, et ce, à deux niveaux : 1) les échanges avec les membres de la société d'accueil, ou ce que Kim (2003) appelle *host social communication*; et 2) les échanges avec les membres de la communauté russophone, ou ce que Kim (2003) appelle *ethnic social communication*.

En ce qui est de l'utilisation des médias et d'Internet, les participants ont mentionné les journaux québécois et les sites Internet gouvernementaux comme source d'information sur les services de santé au Québec. Irina a cité les émissions de télévision russes diffusées sur Internet comme source d'information sur les méthodes de traitement en cas de maladie. De manière générale, les participants apprennent à connaître et à utiliser les services de santé au Québec à travers les échanges interpersonnels. Or, la communication avec les membres de la société d'accueil et la communication avec les membres de communauté d'origine sont deux parties distinctes du processus. Comme nous avons vu dans le chapitre des résultats, les participants s'adressent souvent aux collègues de travail ou amis québécois pour être guidés dans le système de soins, et plus particulièrement, savoir vers quel service se tourner dans telle ou telle situation. La communication avec les membres de la communauté russophone poursuit d'autres objectifs : contre-vérifier le diagnostic et/ou les gestes posés par les professionnels de santé au Québec, demander des clarifications pour être rassuré(e), demander des conseils sur les remèdes populaires, avoir accès aux traitements et médicaments qui ne sont pas disponibles à Québec,

échanger sur les expériences de soins vécues et les services de santé utilisés (notamment via les forums d'immigration en russe). Il est intéressant de noter que certains participants gardent des liens non pas seulement avec la famille et les amis dans le pays d'origine, mais aussi avec les médecins qu'ils avaient dans le pays d'origine.

Nos données ne nous permettent pas de faire des généralisations quant à la relation entre le temps passé au Québec (le facteur temps ayant été utilisé par plusieurs auteurs afin d'opérationnaliser la notion d'acculturation) et l'importance de la *host social communication* et de la *ethnic social communication*, mais indiquent que ces deux types de communication répondent à des besoins distincts, et ne pourraient pas se substituer facilement (Voir annexe C).

## **5.2 Les formes que prend le processus d'acculturation**

### **5.2.1 Construction des savoirs, attentes et perceptions lors de la période pré-migratoire**

Comme l'indiquent nos données, les informations sur les services de santé au Canada que les immigrants consultent avant de venir s'installer dans le pays contribuent à la formation de la perception qu'obtenir des soins au Canada n'est pas toujours facile. Il faut toutefois noter qu'aucun de nos participants ne s'est intéressé particulièrement au système de santé avant le départ, et ainsi peu d'informations ont été consultées à ce sujet. Ainsi, les savoirs, les attentes et les perceptions quant aux services de santé au Canada seront développés davantage et concrétisés lors de la période migratoire.

Dans un autre ordre d'idées, nous pouvons également dire que les expériences de santé vécues dans le pays d'origine ont contribué à la formation d'un système de

connaissances cohérent (pour reprendre les termes de Schütz) quant aux relations typiques entre différents acteurs de services de santé, au contexte dans lequel ces relations ont lieu (comme nous avons vu dans la présentation des résultats, il s'agit de contexte économique, technologique, etc.), ainsi qu'aux stratégies pour se faire soigner. Les expériences vécues dans le pays d'origine ont également un lien avec la satisfaction ou l'insatisfaction avec les services reçus au Québec, comme nous l'avons vu dans la section « Les rencontres médicales inhabituelles ».

### **5.2.2 Apprentissages des modes de faire**

Comme le souligne Schütz (2000, p. 26), afin de s'orienter dans la société d'accueil, les immigrants ont recours à l'aide d'un « expert ». Dans notre cas, les immigrants apprennent à s'orienter dans le système de services de santé en s'adressant à deux groupes d'experts : les membres de la communauté russophone installés à Montréal (via les forums et les échanges en personne), les membres de la société d'accueil (les Québécois de souche et les immigrants de longue date, amis ou collègues de travail). Nous pouvons également considérer les informations retrouvées sur Internet ou dans les médias comme « expertes ».

Il est intéressant de noter que ces experts sont différents selon les sujets abordés, et selon son appartenance au noyau « dur » ou « périphérique » de la culture. En effet, comme nous l'avons appris lors des entrevues, pour les questions d'ordre pratique « Où aller en cas de tel problème », les répondants demandent de l'aide aux amis ou collègues québécois. Par contre, en ce qui concerne, par exemple, les préoccupations parentales, les répondants préfèrent les échanges entre parents russes.

Il est intéressant de noter que, même quand des experts sont consultés, les immigrants n'obtiennent « rien d'autre que des recettes et des solutions systématisées » (Schütz, 2000, p. 20), qui seront par la suite mises en relation avec soit le contexte québécois, soit l'expérience de soins dans le pays d'origine, ce qui amènera à la création d'une nouvelle stratégie. Nous y reviendrons plus loin.

Pour terminer cette section, il est important de mettre l'accent sur le fait que les apprentissages passent dans la plupart des cas par les expériences vécues. En répondant à la question « Comment évaluez-vous votre connaissance des services de soins au Québec? », les participants ont souvent dit : « Je n'ai pas beaucoup d'expérience, alors je ne connais pas beaucoup » (ou le contraire : « J'ai une certaine expérience d'utilisation de services, alors je connais pas mal de choses »). Dans ce sens, ce qui est très en accord avec la position phénoménologie, la connaissance se construit par l'expérience. Par exemple, en se basant sur son expérience de problèmes « pas très sérieux », Alina dit qu'elle ne connaît pas les services de santé « sérieux » : « Je pense que je ne connais que peu sur les services ici. [...] Si j'ai un problème sérieux, je ne sais pas ce qui va m'arriver, où on va m'envoyer, je ne sais pas comment ça se passe. »

### **5.2.3 Reproduction et transformation des connaissances lors de la période migratoire**

« [...] en Russie on se fait toujours appeler pour les résultats de tests médicaux, et au Québec on n'appelle qu'en cas de problème [...] Alors, si on ne t'appelle pas, ce n'est pas grave. Il faut s'habituer, faire confiance aux médecins d'ici, comme tous les Québécois le font, et arrêter de s'inquiéter si on ne t'appelle pas. » (Natalia)

Comme le souligne Vatz-Laaroussi (Vatz-Laaroussi, 2001, cité dans Fortin & Laprise, 2007, p. 17),

[...] les familles immigrantes arrivent au pays avec des connaissances importantes en matière de santé et de bien-être ancrées dans les savoirs familiaux et collectifs, connaissances susceptibles d'être reproduites ou encore transformées en contexte de migration.

Nos données ont fourni un nombre d'exemples de connaissances reproduites par rapport au système de santé au Québec, et de connaissances transformées suite aux expériences vécues à Québec. Il est important de noter que cette distinction entre « reproduction » et « transformation » est d'ordre théorique; dans la pratique, comme nos données le suggèrent, ces deux processus sont souvent simultanés.

Par exemple, nous avons vu que les participants comprennent le rôle de médecins de famille au Québec en les comparant aux thérapeutes dans le pays d'origine. Il s'agit là de reproduction de connaissances. Toutefois, les différences entre les deux sont vite cernées, et la connaissance est transformée : ainsi, les participants diront, par exemple, que les médecins de famille sont comme les thérapeutes, mais peuvent conduire certains examens qui sont réservés aux spécialistes dans le pays d'origine.

Nous pouvons parler de la reproduction de connaissances quand, face à un problème de santé, les participants essaient d'abord d'agir selon les « procédures normales » du pays d'origine et adoptent une procédure du pays d'origine seulement si la première tentative a échoué. Par exemple, quand sa fille a eu la grippe, Alexandra a d'abord essayé de faire venir un médecin à la maison, comme elle le faisait dans son pays; après avoir appris que ce service n'existait pas au Québec, elle a pris son enfant et est allée à l'urgence. Dans le même ordre d'idées, Anna a entrepris les démarches pour faire vacciner sa fille née au Québec contre la tuberculose, car en Russie tous les nouveaux nés étaient vaccinés; elle n'a abandonné

les tentatives qu'après avoir appris qu'au Québec le vaccin contre la tuberculose était considéré comme inutile et dangereux pour la santé de l'enfant.

Les autres exemples de reproduction sont l'utilisation de remèdes populaires, l'importance de vaccination pour les enfants, l'importance d'examen médicaux « spécialisés » réguliers, l'évitement d'antibiotiques : les participants continuent d'adhérer à des pratiques qui ne sont pas selon eux répandues au Québec. Toutefois, ces connaissances sont questionnées et, jusqu'à un certain point, se transforment dans le contexte québécois : par exemple, les risques liés à l'utilisation de remèdes populaires sont évoqués, afin d'expliquer pourquoi les médecins dans le pays d'origine conseillaient ce type de traitement et les médecins au Québec ne le faisaient pas. L'idée d'explication est importante ici, nous y reviendrons tout à l'heure.

Un autre élément qui illustre le processus de transformation de connaissances dans le contexte migratoire est le sens donné à la notion de « bon médecin ». Nos résultats viennent appuyer les conclusions communes aux recherches sur les perceptions qu'ont les immigrants de soins de santé primaires au Canada (voir la revue de littérature réalisée par Carrasco et al., 2009), notamment les suivantes :

*Perceptions and experiences of physicians being too busy to listen or converse were [...] common across immigrant groups [...] Immigrants felt doctors lacked empathy or interest in listening to their feelings, concerns, or explanations of health/illness [...]* (Carrasco, Gillespie, & Goodluck, 2009, p. 6)

*Dissatisfaction arose from experiences of long wait times to get an appointment [...] having restrictions imposed on number of questions per visit [...] short provider-patient time during appointment [...] There was also frustration with having to get a physician referral in order to access a specialist.* (Carrasco et al., 2009, p. 7).

La notion de « bon médecin » est ainsi réinterprétée en fonction de réalités québécoises et à travers le prisme d'expériences de soins vécues au Québec : selon les participants, un bon médecin doit, avant tout, être accessible. Il est important de souligner qu'il serait faux d'associer le « bon médecin » au médecin du pays d'origine. En parlant des relations entre le patient et le médecin dans le pays d'origine et au Québec, les participants ont construit le portrait hybride de « bon médecin », qui est essentiellement le contraire des éléments négatifs identifiés par rapport au pays d'origine (par exemple, les médecins ne sont pas toujours polis) et au Québec (par exemple, les médecins sont plus distants avec les patients). Encore une fois, il faut souligner que la notion de bon médecin n'est pas associée aux médecins du pays d'origine, et qu'elle est transformée suite aux expériences vécues et connaissances acquises dans le pays d'accueil. Par exemple, comme l'explique Natalia, « Un bon médecin au Québec, ce n'est pas la même chose qu'un bon médecin en Russie. En général, un bon médecin est un médecin qui connaît les remèdes populaires, qui sait comment prévenir les maladies. Ici, ce n'est pas enseigné aux jeunes médecins, alors on ne peut pas exiger ça d'un médecin québécois. »

Il faut noter que la reproduction de connaissances ne va pas nécessairement dans le sens de rapprochement : certaines « reproductions » ne s'appliquent pas au contexte du pays d'accueil et causent des incompréhensions. C'est le cas des rôles des acteurs de soins tels que les pharmaciens et les gens « sans diplôme médical » qui travaillent dans les établissements de soins. Dans le premier cas, les rôles attendus, reproduits en fonction de rôles dans le pays d'origine ne sont pas tout à fait cohérents avec les rôles dans le contexte québécois. Dans le deuxième cas, le rôle inexistant dans le pays d'origine apparaît au Québec, et est difficile à comprendre.

Revenons maintenant à cette idée de compréhension ou d'explication. À l'instar de Schütz, nous pouvons associer les processus de reproduction et transformation de connaissances au processus de rationalisation, qui consiste en la transformation d'un monde nouveau et inconnu (jusqu'à un certain point) en un monde que nous pouvons comprendre :

Ce terme [rationalisation] signifie la transformation d'un monde incontrôlable et inintelligible en une organisation que nous pouvons comprendre et donc maîtriser, et dans la structure (*framework*) de laquelle la prédiction devient possible (Schütz, 2000, p. 32).

Dans leurs tentatives de rationalisation et d'explication, les participants se sont appuyés à la fois sur les expériences pré-migratoires et les expériences vécues au Québec. Il est intéressant de noter que ces explications ont été faites à partir de critères « objectifs », tels que le contexte économique, légal et technologique des soins de santé.

Pour terminer cette section, il est important de noter que les connaissances se reproduisent et se transforment à travers les expériences vécues. Ainsi, nous pouvons dire que le savoir qu'ont nos participants de services de santé au Québec sont des « connaissances vécues » (selon l'expression de Schütz). Cela a été d'ailleurs confirmé par les participants lors des entrevues. À la fin de chaque entrevue, nous avons posé aux participants la question « Comment évalueriez-vous votre niveau de connaissances quand aux services de santé au Québec? », et les réponses s'appuyaient toujours sur la richesse et le nombre d'expériences vécues (par exemple, les participants qui n'ont pas beaucoup d'expérience avec les services ont dit qu'ils ne savent pas grand-chose sur les services, mais ceux qui ont fait plus de visites médicales ont dit qu'ils connaissaient assez bien les services).

#### 5.2.4 Les chocs

Comme l'explique Abou, le processus d'acculturation passe toujours par une confrontation, un choc. Dans la section précédente, nous avons donné des exemples de conflits (par exemple, liés à la vaccination des enfants), ainsi qu'avons décrit les sentiments que les participants ont eus face à certains écarts entre les services de santé dans le pays d'origine et les expériences vécues au Québec.

Toutefois, nos données ne permettent pas d'explorer les chocs plus en profondeur, car les chocs sont « essentiellement des problèmes d'identité et de différence » (Abou, 1986, p. 30), et nous n'avons pas eu recours à cette notion dans le cadre de ce travail. Certains éléments d'identité ont pu toutefois être repérés (comme l'utilisation des remèdes populaires), et Sergei a touché précisément à cette question lors de son récit, quand, en parlant de la relation patient-médecin différent au Québec, il a dit : « Nous sommes russes, et il sera plus facile pour nous de s'entendre avec un médecin russe. Ici, peu importe le nombre d'années qu'on passe au Québec, nous ne pourrons comprendre les locaux que jusqu'à un certain point, jamais complètement ». Or, selon Sobo (2009) et Kearney (2004), la méthodologie que nous avons choisie, et notamment le premier entretien de type récit, est une voie méthodologique très appropriée pour cerner les questions identitaires :

*Stories can help us create a sense of coherence and continuity. They help us interpret or make sense of the world. Concurrently, our reflexion on the stories that we find ourselves a part of is a crucial step in the process of identity construction and maintenance. (Sobo, 2009, p. 48)*

*[...] narrative provides us with one of our most viable forms of identity - individual and communal. (Kearney, 2002, p. 4)*

Or, la question d'identité est importante pour toute expérience interculturelle. Comme l'explique Ogay (2001, p. 214),

[...] la question d'identité culturelle devient brûlante lorsque l'individu doit se situer par rapport à plusieurs systèmes culturels [...] La personne qui quitte son milieu culturel d'origine pour un nouvel environnement culturel se trouve devant le défi de l'acculturation qui l'amène à redéfinir son identité.

Nous y reviendrons dans la conclusion, en parlant de pistes d'ouverture pour d'autres recherches dans le domaine.

### **5.3 Les formes que prend la « conciliation » des expériences de soins « ici » et « là-bas »**

[...] les valeurs, les attitudes, les comportements attendus d'un groupe donné sont une adaptation (consciente et inconsciente) à son environnement physique, économique, social et culturel, lequel est influencé à son tour par les variations culturelles du groupe à travers le temps. La migration provoque alors l'apparition soudaine d'un écart entre les conditions d'un nouvel environnement et les conditions auxquelles correspondent les habitudes culturelles acquises avant la migration. Ainsi, les conduites qui étaient reconnues par tous comme efficaces et fonctionnelles au pays d'origine ne le sont plus nécessairement au pays d'accueil dès lors que les conditions physiques, économiques, sociales et culturelles ne sont plus les mêmes. Les multiples changements de contexte entraînent indubitablement un processus d'acculturation, un ajustement plus ou moins brusque et étendu des manières de penser, de croire, d'agir, alors qu'il est impératif de préserver une certaine continuité nécessaire à la survie de l'être. (Benoît et al., 1998, cité dans Hernandez, 2007, p. 13)

Ce passage illustre une perspective écologique sur l'adaptation des immigrants à la société d'accueil : outre les caractéristiques culturelles, l'accent est mis sur plusieurs éléments qui composent le contexte des interactions, à savoir — l'environnement physique, économique, social. Comme nous verrons plus loin, nos données ont

démontré que les choix en matière de services varient à la fois en fonction de considérations « culturelles » (comme les remèdes populaires et les perceptions relatives aux médicaments) et de considérations économiques (comme le coût de tel ou tel traitement dans le pays d'origine et dans le pays d'accueil) et « pratiques » (le temps d'attente de rendez-vous médical dans le pays d'accueil et dans le pays d'origine).

L'apparition des écarts peut être démontrée à travers les émotions liées à l'expérience de soins. En effet, comme nous avons vu dans le chapitre précédent, les participants ont souvent mentionné le fait d'être « surpris » par les aspects inhabituels des services de santé au Québec.

Dans cette section, il sera question de synthétiser le processus d'ajustement à ces écarts. De manière générale, nous démontrerons, à l'instar de Sévigny et Tremblay (1999, p. 81), que les immigrants adoptent une « sorte de métissage des façons de faire d'ici et de là-bas pour répondre à leurs besoins en matière de santé et de bien-être ». Il est important de mentionner que ce « métissage » n'est pas le résultat du processus d'acculturation, mais plutôt une des étapes du processus d'ajustement qui, si on reste fidèle au regard communicationnel sur le phénomène d'acculturation, ne peut jamais être achevé.

### **5.3.1 Réinterprétations**

Tout à l'heure, nous avons présenté les processus de reproduction et transformation de connaissances. Ces processus s'inscrivent dans une forme plus large du processus de conciliation des expériences d'ici et d'ailleurs, à savoir le processus de réinterprétation, ou, selon l'expression d'Abou (1986), d'acculturation « matérielle », « partielle » ou « sectorielle ».

Il s'agit, selon Abou, d'une forme de conciliation qui permet aux immigrants d'adopter « les traits et les modèles de la culture dominante dans le secteur public des relations secondaires, tout en maintenant son propre code culturel dans le secteur privé des relations primaires » (Abou, 1986, p. 57). En nous appuyant sur nos données, nous pouvons dire que les participants ont appris à naviguer dans le système de soins, parler la langue des acteurs, choisir les services appropriés en fonction de leurs besoins, et communiquer avec les acteurs en fonction de leurs perceptions de ce que cette communication devrait être (par exemple, ne pas demander d'explications plus approfondies concernant les résultats d'un examen à un médecin québécois qui est trop occupé et n'a pas le temps de parler avec ses patients, et contacter un médecin en Russie par la suite pour avoir ces explications), tout en restant fidèles aux méthodes de traitement apprises dans le pays d'origine (nous faisons ici référence notamment à la perception des médicaments et leur usage, et au recours aux remèdes populaires).

### **5.3.2 Choix en matière de soins**

Nous pouvons dire que le processus d'acculturation trouve son expression la plus concrète dans les choix en matière de soins. Ayant accès aux soins du pays d'origine et aux soins au Québec, aux stratégies de traitement « russes » et « québécois », comment les participants font-ils leurs choix en matière de services de santé? Encore une fois, ces choix ne sont pas le résultat du processus d'acculturation, mais une étape : les choix et les expériences qui suivent contribuent aux perceptions concernant les services, et dès lors aux choix futurs. Cela est cohérent avec les résultats de recherches de Leduc et Proulx (2004, p. 24), qui ont démontré que l'expérience vécue avec les services de santé modifie les comportements ultérieurs en matière de soins.

Si nous reprenons les termes de Schütz, nous pouvons dire que, à travers les expériences de soins vécues au Québec, les choix de nos participants en matière de soins deviennent, jusqu'à un certain point, *rationnels* : « l'acteur choisit parmi tous les moyens à sa portée celui qui est le plus approprié pour réaliser la fin intentionnée » (Schütz, 2000, p. 41). Selon Schütz, « [...] le choix rationnel serait seulement présent si l'acteur avait une connaissance suffisante de la fin à réaliser aussi bien que des différents moyens à même de réussir » (*Id.*). En effet, il est difficile de parler d'un choix rationnel par rapport à un acteur qui se trouve dans son environnement quotidien habituel (voire dans le pays d'origine) et qui agit selon les « recettes » qui ne sont pas questionnées ni remises en question.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les expériences de soins vécues au Québec amènent les participants à les comparer avec les expériences vécues dans le pays d'origine. En parlant des expériences de manière rétrospective, les participants ont pris un certain recul et ont identifié les avantages et les désavantages de se faire soigner au Québec et dans le pays d'origine. Ainsi, ils ont pu développer des stratégies « optimales » pour accéder aux services les moins chers possible le plus rapidement possible. Il est à noter que ce sont les considérations monétaires et temporelles qui ont été mentionnées par les participants comme facteurs qui pourraient motiver le choix de se faire soigner dans le pays d'origine. Ainsi, nous pouvons souligner que les choix *rationnels* en matière de services à consulter ne sont pas motivés par une réflexion approfondie, mais plutôt par les considérations pratiques telles que les coûts des services et le temps d'attente. Comme l'écrit McKinlay en 1972 (p. 119), « *a major determinant of the use made of medical services can be found in the financial costs of medical care* ».

D'un autre côté, si nous nous tournons maintenant vers les choix en matière de traitements et de médicaments, nous pouvons dire qu'ils s'appuient sur les perceptions développées dans le pays d'origine, et ne sont donc pas *rationnels*. Tel est le cas d'antibiotiques qui sont perçus comme étant néfastes, surtout pour les enfants, ainsi que de méthodes de traitement populaires. Cela nous permet de mettre l'accent, encore une fois, sur l'importance d'avoir une vision globale du phénomène, en prenant en considération à la fois les éléments d'ordre économique et d'ordre de perceptions (ou « culturels »).

Il est important de noter que les choix en matière de services de santé sont associés, dans le discours des participants, à la perspective de retour dans le pays d'accueil, ou encore à la possibilité de maintien de liens avec le pays d'accueil (par exemple, la possibilité de recevoir des médicaments ou de consulter son ancien médecin de famille par téléphone). Dans ce sens, nos résultats rejoignent les résultats de recherches de Fortin et Legall (2007, p. 23) sur les familles immigrantes et les services de santé néonataux : « Même lorsque la famille élargie est éloignée géographiquement, les échanges familiaux persistent et l'information circule par l'entremise d'Internet, du téléphone et aussi de la visite ».

Toutefois, nous pouvons nous questionner quant à la situation des immigrants qui n'ont pas cette possibilité de retour au pays ou de maintien de liens. Bien qu'une telle situation est très hypothétique pour les immigrants récents de l'ex-URSS (il s'agit de migration économique volontaire, « motivée par une inégalité de condition ou de perspective de mode de vie entre le pays d'origine et le pays de destination » (George, 1993, p. 110-111), et non pas de migration forcée), elle est importante de prendre en considération, car elle nous permet, encore une fois, de mettre l'accent sur la nécessité d'étudier les expériences de soins des populations

immigrantes dans de contextes précis, en tenant compte de différents groupes d'immigrants à l'intérieur d'une même « communauté culturelle ». Nous y reviendrons en parlant de limites de notre recherche dans la conclusion.

Pour terminer cette section, nous nous tournons encore une fois vers la pensée de Schütz (2000, p. 34-39), qui illustre bien le processus de questionnement des habitudes du pays d'origine en contexte migratoire et l'importance de l'expérience vécue pour les choix en matière de services de santé :

La cohérence de ce système de connaissance [quotidienne] n'est pas celle des *lois* naturelles, mais celle des séquences et relations *typiques*. [...] La plupart de nos activités quotidiennes [...] sont accomplies en suivant des recettes réduites à des habitudes automatiques ou à des platitudes non questionnées. [...] Les hommes s'arrêtent et pensent seulement lorsque la séquence du faire est interrompue, et la disjonction dans la forme du problème les contraint à s'arrêter et à répéter les voies alternatives que suggère leur expérience passée dans la confrontation à ce problème.

#### **5.4 La dimension temporelle du processus d'acculturation**

Tout comme Roossens (1987, cité dans Stuyft et al. (1989, p. 59)),

[...] we do not observe associations between service utilization and length of stay. [...] More generally, our results agree with anthropological theories on ethnic minorities that disclaim univocal relations between length of residence and conformity to the standards and attitudes of the dominant culture.

En effet, en nous appuyant sur nos données, nous ne pouvons faire qu'un lien entre l'utilisation des services et le temps passé au Canada (tout en reconnaissant que notre échantillon est exploratoire et non représentatif de la population) : avec plus de

temps passé au pays, les participants pourraient avoir plus d'expériences (et alors, accumuler plus de « connaissances vécues ») susceptibles de transformer les pratiques et les choix en matière de services de santé à consulter. Dans cette optique, nous pouvons dire que nos résultats sont en partie cohérents avec le constat suivant mis en lumière par Dias et al. (2010, p. 494) : « *The length of stay has been positively associated with integration in the host country and specifically with knowledge about the health system and utilization of the health services* ».

### **5.5 Différencier le changement de culture du changement de pratiques**

En abordant la notion d'acculturation à travers le prisme de la communication, nous avons, en quelque sorte, instrumentalisé la culture, en en trouvant des expressions concrètes (dans notre cas, perceptions quant à l'usage de médicaments, relation patient-médecin, « bon médecin »). Or, nos données ont démontré que les changements d'ordre culturel étaient moins présents dans le parcours de participants que les changements de pratiques. Il sera intéressant ici de comparer les résultats de notre recherche avec les conclusions de l'étude de Lu et al. (2008) qui avait pour objectif de comprendre comment les immigrants chinois installés au Canada concilient « les conceptions de la santé acquises dans sa culture d'origine à ses expériences dans la société occidentale » (Lu, Sylvestre, Melnychuk, & Li, 2008, p. 25). Les auteurs sont arrivés à la conclusion suivante :

*[...] changes in practices were not accompanied by any significant changes in [...] values or beliefs. In this way, those changes in practices were forms of accommodations to the host culture, and the availability of resources, rather than assimilation. (Ibid., p. 23-24)*

Les changements dans les pratiques sont ainsi des choix pragmatiques, « *based on convenience, social relations, and access to resources.* » (*Ibid.*, p. 25), ce qui rejoint nos conclusions quant aux choix de participants de se faire soigner dans le pays d'origine et/ou utiliser de méthodes de traitement alternatives au Québec. Avec ces conclusions, Lu et al. ont pu mettre l'accent sur « *the importance of attending to actual practices, as opposed to overall shifts in belief systems, as a way of understanding how immigration may affect health behavior and health status* » (*Id.*).

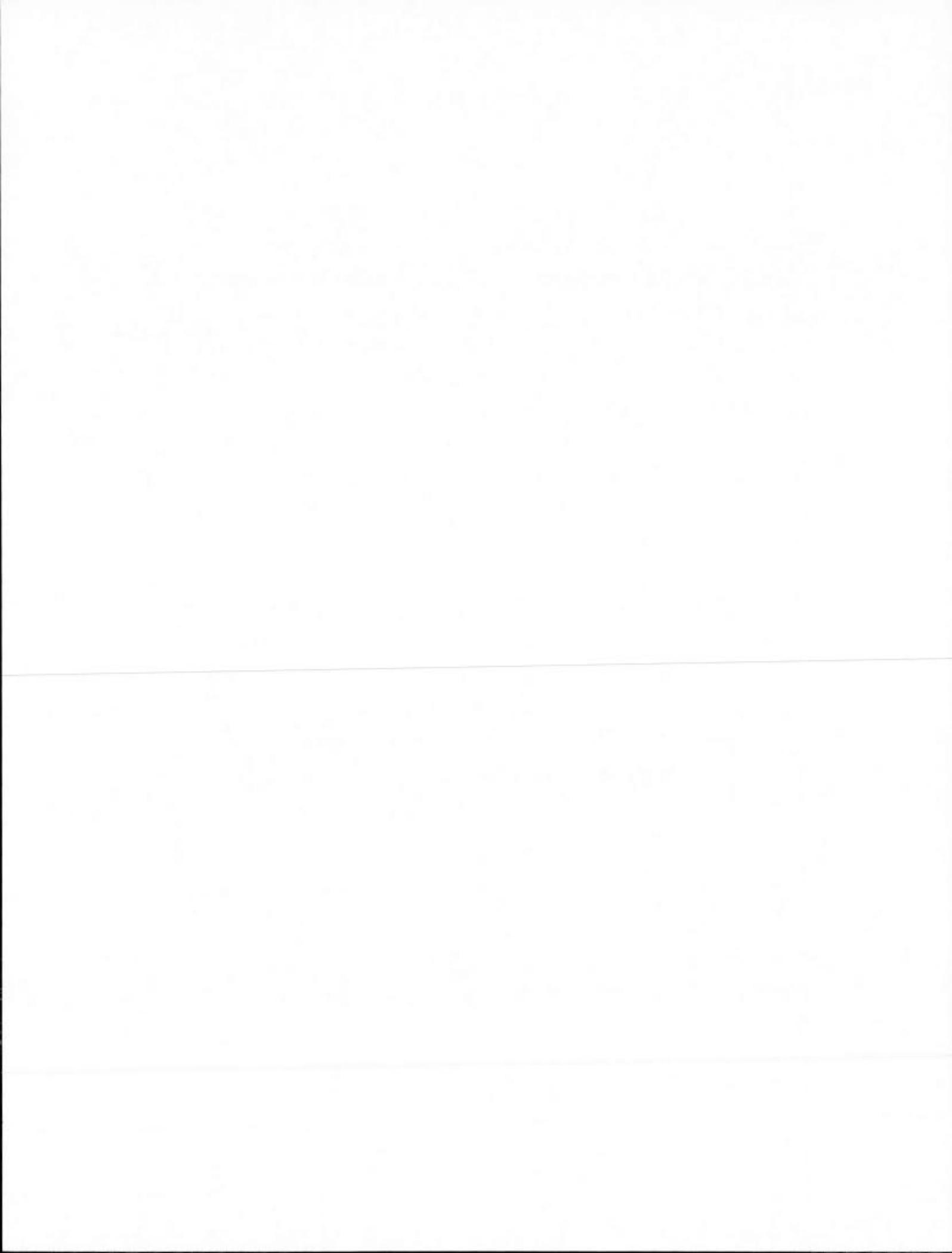
Bien que nos résultats permettent également de différencier les changements de pratiques de changements de culture (ce que Abou qualifie d'« acculturation partielle ou sectorielle »), ils ne nous permettent pas d'effacer la notion de culture du tableau. En effet, nous avons vu que l'expérience migratoire a permis, chez certains répondants, de questionner certaines perceptions et de les réinterpréter en fonction des réalités de la société d'accueil (par exemple, le changement de la définition du « bon médecin »). Or, nous avons également vu à travers nos données qu'entre l'assimilation (dont parlent Lu et al., 2008) et le rejet de pratiques de la société d'accueil, il existe un processus d'acculturation (processus conflictuel, partiel, selon l'expression d'Abou), qui trouve son expression dans un « métissage des façons de faire d'ici et de là-bas ». Lu et al. (2008) opposent « *actual practices* » et « *overall shifts in belief systems* ». Suite à nos analyses, nous serions plutôt portée à parler des changements des croyances et perceptions à *travers* les expériences vécues.

## **5.6 Les associations entre l'usage des services de santé et l'intégration dans la société d'accueil**

Comme nous avons vu tout à l'heure, l'utilisation de services de santé peut être perçue en tant qu'un des éléments spécifiques résultant du processus d'intégration des

immigrants dans la société d'accueil (Dias et al., 2010, p. 494). Or, d'un autre côté, nous pouvons aussi dire que les expériences vécues en services de santé peuvent contribuer à une meilleure intégration : « [...] en favorisant des relations avec les institutions de la société locale [...] le réseau de santé joue [...] le rôle intégrateur et la portée des rencontres dépasse souvent largement les dimensions sanitaires » (Fortin, 2000; Bibeau et al., 1992; Battaglini et al., 2000, cité dans Fortin & Le Gall, 2007, p. 22). Par exemple, certains de nos participants ont fait des associations entre les rencontres médicales et la société québécoise dans son ensemble (notamment, en ce qui concerne le contexte économique, juridique et les relations interpersonnelles) : dans cette optique, nous pouvons dire que ces rencontres contribuent à l'accumulation de connaissances et des perceptions du pays d'accueil.

Pour prendre un exemple plus précis, Fortin et Le Gall (2007, p. 22) ont également souligné l'importance du système périnatal « en tant qu'espace de contacts réguliers des parents avec la société d'adoption ». Nous n'avons pas exploré cette dimension lors des entrevues, bien que nos données aient relevé l'importance du système périnatal dans le parcours des soins. Nous reviendrons sur ce point dans la conclusion, en parlant des pistes de recherches futures.



## CONCLUSION

### *Synthèse de la recherche*

Pour faire une synthèse, nous présenterons deux tableaux qui regroupent les résultats de l'analyse et des exemples tirés des entrevues. Rappelons que l'objectif de notre étude consistait à comprendre les formes que peut prendre le processus d'acculturation dans le contexte d'utilisation des services de santé par les immigrants russophones de Montréal.

Il nous a été possible d'identifier les différentes facettes de la communication, c'est-à-dire les types d'échanges avec les membres de la société d'accueil et avec les membres de la communauté impliqués dans le processus d'utilisation des services de santé au Québec par les immigrants. Tableau 1 (p. 125) présente les types de communication. Il est intéressant de constater la place que prend la *ethnic social communication*. Nous avons également identifié les différentes facettes du processus d'acculturation. À l'instar des auteurs que nous avons cités dans ce travail, nous pouvons parler de « stratégies d'acculturation », présentées dans Tableau 2 (p. 126).

Finalement, nous avons dégagé quelques conclusions quant aux façons que les immigrants adoptent pour « concilier » les expériences vécues dans le pays d'origine avec les expériences vécues dans le pays d'accueil. Nous avons pu constater l'utilisation simultanée des services de santé au Québec et dans le pays d'origine. Ainsi, le choix en matière des services de santé au Québec serait lié à la perspective de retour au pays pour se faire soigner, ou encore à la possibilité de maintien de liens

avec le pays d'accueil (par exemple, la possibilité de recevoir des médicaments ou de consulter un médecin du pays d'origine par téléphone ou via Internet).

Ce travail de recherche nous a également permis de questionner la façon de définir la notion d'acculturation dans le contexte d'interaction des nouveaux arrivants avec les services de santé. Bien que les facteurs linguistiques et le temps passé au pays soient non négligeables, ce sont en premier lieu les expériences vécues et les perceptions qui orientent les stratégies d'acculturation mises en oeuvre.

Pour ce qui est de la portée pratique de l'étude, il nous a été possible de cerner ce qui constitue, selon les répondants, des obstacles à l'utilisation des services au Québec. Entre autres, les sites Internet gouvernementaux sont souvent consultés en tant que sources d'information sur les services offerts et les rôles de différents acteurs de santé, mais les participants n'y trouvent pas l'information nécessaire. La bonification de ces sites sur ce point permettrait donc de mieux répondre aux besoins des immigrants en matière d'information.

**Tableau 1.1** Les différentes facettes de la communication

Échanges avec les membres de la société d'accueil : <i>host social communication</i>	Échanges avec les membres de la communauté russophone : <i>ethnic social communication</i>
<p><b>Médias et Internet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Journaux en français et en anglais et sites gouvernementaux comme source d'information sur les services de santé (peu utiles)</li> </ul>	<p><b>Médias et Internet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les émissions télé en russe diffusées sur Internet, comme source d'information sur les traitements et les remèdes populaires</li> <li>- Échanges sur les forums d'immigration en russe, pour partager les expériences de soins vécues au Québec et pour être guidés dans le système</li> </ul>
<p><b>Réseau personnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'adressent aux collègues de travail ou amis québécois pour être guidés dans le système de soins, savoir vers quel service se tourner dans telle ou telle situation</li> </ul>	<p><b>Réseau personnel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'adressent à la famille et aux amis dans le pays d'origine pour avoir accès aux médicaments qui ne sont pas disponibles/ ne sont pas en vente libre au Québec, pour partager les expériences vécues</li> <li>- Échanges avec les amis russophones de Montréal sur les expériences de soins vécues, demande de conseils pour être guidés dans le système</li> </ul>
<p><b>Professionnels de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les échanges dans le cadre de rendez-vous médicaux</li> </ul>	<p><b>Professionnels de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'adressent aux médecins dans le pays d'origine (via Internet ou téléphone) pour contre-vérifier un diagnostic, demander des explications pour être rassuré, demander des conseils sur les traitements et les remèdes populaires</li> <li>- Peuvent choisir de se faire soigner dans le pays d'origine</li> </ul>

**Tableau 1.2** Les différentes facettes du processus d'acculturation

Stratégies	Exemples
<b>Construction des savoirs lors de la période pré-migratoire</b>	- L'information disponible sur les forums d'immigration russophones : Obtenir des soins au Québec n'est pas facile
<b>Le recours à l'aide des experts</b>	- Les membres de la communauté russophone (via les forums Internet et en personne) - Les amis et collègues de travail québécois - Les médias et Internet
<b>Reproduction de connaissances</b>	- Comprendre le rôle de médecin de famille (professionnel de santé de première ligne qui offre à ses patients un suivi global et des soins de santé) en le comparant aux thérapeutes dans le pays d'origine - Continuer d'utiliser les remèdes populaires, essayer de se soigner à la maison avant d'utiliser les services de santé, éviter d'utiliser les antibiotiques - Attentes particulières par rapport aux différents acteurs de soins
<b>Transformation de connaissances</b>	- Prendre conscience des risques associés à l'utilisation des remèdes populaires - Redéfinir la notion de « bon médecin » en fonction des réalités québécoises : un bon médecin doit être accessible dans un délai raisonnable
<b>Rationalisation ou explications de ce qui est nouveau/inconnu</b>	- « [Les enfants au Québec ne sont pas vaccinés contre la tuberculose.] Pourquoi c'est comme ça ici, je ne sais pas. Chez nous, on vaccine les enfants une ou deux heures après la naissance. [...] Donc ça veut dire qu'en Russie le problème de tuberculose n'est pas éradiqué à ce jour. C'est la seule conclusion que je peux faire. Mais je pense toujours que, si j'avais eu la possibilité de faire vacciner ma fille, je l'aurais fait pour la protéger de l'environnement dangereux... Mais, d'un autre côté, je pense que, peut-être, ils ont raison, parce qu'en Russie c'est le bordel partout, et ici tout ça n'existe pas... » (Anna)  - « Les médecins au Québec sont très polis [contrairement aux médecins russes] parce qu'ils ont peur de plaintes [...] parce que le patient au Québec est un client [...] qu'il faut retenir et satisfaire. » (Boris)  - « Avant mon arrivée à Montréal, je savais qu'il n'y avait pas de service d'ambulance gratuit au Québec, et qu'il fallait payer pour, et ça me faisait peur. Mais maintenant je comprends que ce n'est pas si grave : nous avons une voiture et pouvons nous rendre à l'hôpital nous-mêmes s'il le faut... » (Svetlana)

### *Limites*

Sur le plan théorique, nous pouvons dire que le choix de notion d'acculturation *a priori* constitue une limitation. Notamment, la notion d'identité a émergé au cours de l'analyse comme importante à prendre en considération dans le contexte particulier d'utilisation des services de santé par les immigrants, mais n'a pas pu être développée davantage dans le cadre de ce travail bâti autour de la notion d'acculturation.

Sur le plan méthodologique, le nombre d'hommes et de femmes qui ont participé à l'étude n'étant pas égal, nous n'avons pas pu cerner les différences entre les expériences vécues par les hommes et les femmes, ce qui aurait été intéressant à faire. Le fait d'« étudier sa propre culture » (Guiart, 2009) constitue une autre limitation sur le plan méthodologique : les chercheurs qui étudient leur propre culture courent « le double risque de partialité (en un domaine où ils sont à la fois juges et parties) et d'une relative cécité, leur familiarité avec les données les exposant à percevoir comme faits de nature des réalités qui sont en fait des produits de leur culture » (Mammeri, 2009, p. 28). Une autre difficulté consiste à « garder la distance nécessaire entre le chercheur observateur et la société comme sujet d'étude » (Ulaen, 2009, p. 129). Nous pouvons donc nous questionner sur la finesse et l'objectivité de nos analyses, et nous demander comment les mêmes données auraient pu être interprétées par un Québécois de souche, ou encore par un chercheur provenant d'un autre pays que le Canada (Québec) et des pays d'ex-URSS.

Il faut souligner toutefois que cette limite peut également devenir un avantage. Comme l'explique Ardouin (2009, p. 51), « un observateur extérieur non averti peut passer à côté d'éléments très importants, qui échapperaient difficilement à un chercheur lié par ses origines à l'aire culturelle en question ». De plus, le fait de parler la langue

des participants peut être un avantage lors du processus de recrutement et de collecte de données : « [...] sur le plan des contacts humains, il [le chercheur] dispose beaucoup plus de facilité que l'étranger [...] Il peut également [...] avoir accès à des informations qui seraient difficilement dévoilées à un chercheur étranger » (Ardouin, 2009, p. 48).

Sur le plan de la collecte et de l'analyse de données, nous pouvons dire qu'une certaine décontextualisation a eu lieu. En effet, nous nous sommes concentrée sur ce qui a été dit par les participants, en négligeant lors de l'analyse les éléments de contexte tels que situation familiale, statut social, particularités de services de santé dans les pays d'où viennent les répondants, interactions avec la société québécoise qui dépassent le cadre de soins, etc. L'analyse par identification des thématiques et catégorisation n'a pas permis de faire des liens entre les récits et leur contexte, ce qui aurait pu amener de nouveaux éclairages pour mieux comprendre le processus d'acculturation. Dans le cadre de notre étude, le retour au pays et l'accessibilité des services (coûts et temps d'attente) étaient les seuls éléments contextuels mobilisés lors de l'analyse. Abou parle ainsi des limites d'étudier le processus d'acculturation à partir « du point de vue des acteurs et à travers des expériences subjectives » (Stoicui, 2001, p. 61) :

[...] pour l'étude [...] du processus [...] d'acculturation [...] le document autobiographique lui-même a ses limites. Il ne met en lumière que l'aspect vécu, subjectif, du phénomène, qui est sans aucun doute l'aspect fondamental. D'autres documents sont nécessaires pour l'appréhension extérieure, objective, du même phénomène, et ce complément est loin d'être négligeable. (Abou, 1986, p. 96)

### *Pistes de recherche*

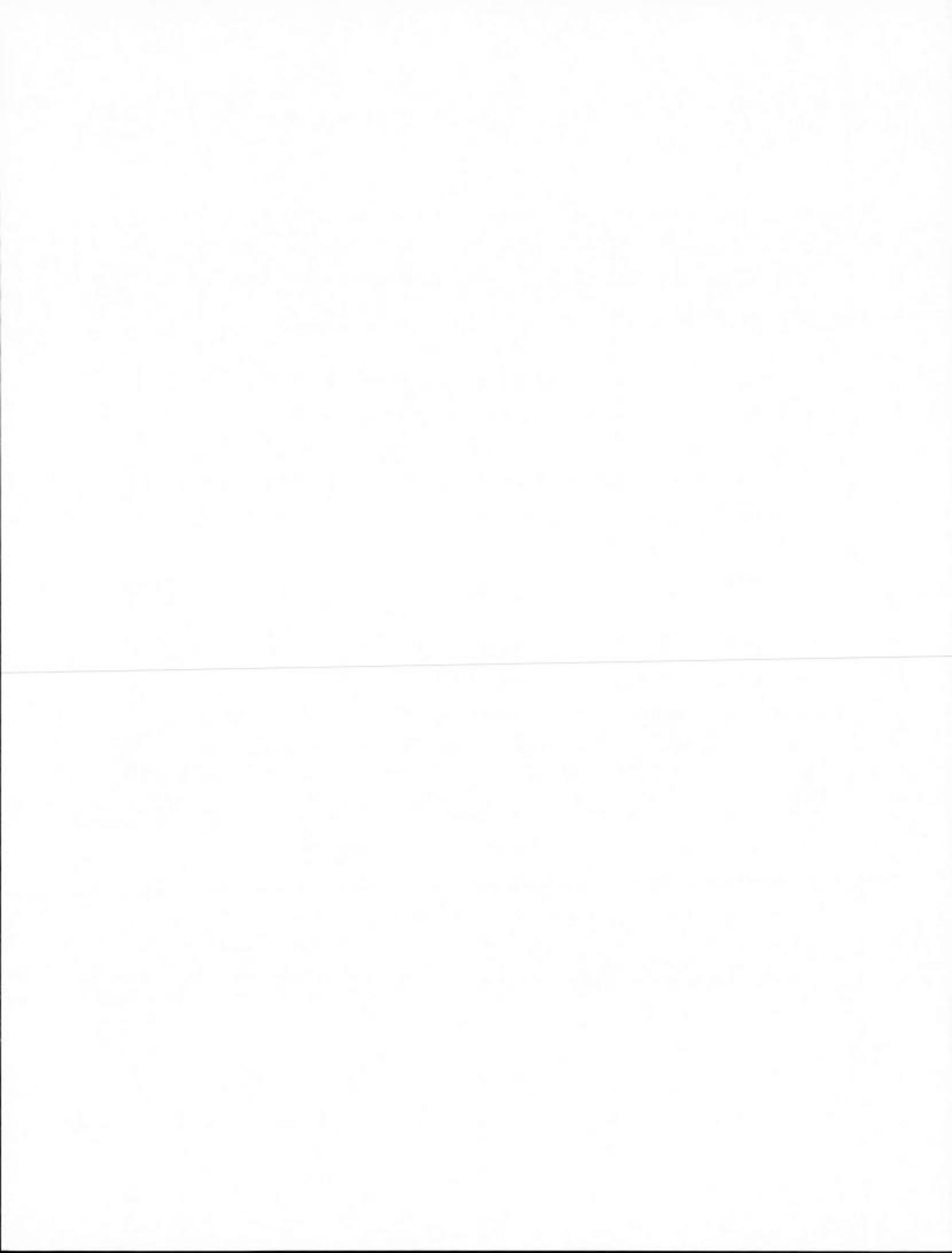
Il serait intéressant, selon nous, d'interviewer des personnes qui n'ont jamais utilisé les services de santé au Québec, ainsi que des professionnels de santé qui ont

déjà travaillé auprès de la clientèle russophone, afin de diversifier les sources de données et de cerner les différents points de vue. Cette stratégie sera, selon nous, bénéfique pour toute étude qui se penche sur la problématique d'utilisation des services de santé par les immigrants.

En ce qui concerne la future recherche sur les immigrants russophones il serait intéressant d'étudier plus en profondeur l'utilisation des services pédiatriques et les pratiques et les croyances associées à l'utilisation des médicaments. Ces deux thèmes spécifiques sont particulièrement importants, comme l'analyse des entrevues l'a démontré : ils ont été souvent soulevés par les répondants, et sont, selon eux, des contextes où les différences entre les services du pays d'origine et du pays d'accueil sont sensibles.

Dans le cadre de cette étude, en parlant de santé, nous avons uniquement parlé du bien-être physique. L'utilisation des services de santé mentale n'a pas été abordée, mais représente toutefois une piste de recherche intéressante dans le domaine d'études sur l'utilisation des services par les populations immigrantes (Whitley, 2006).

Une autre piste de recherche serait de se poser, à l'instar de Kim (1977, p. 67), la question suivante : Pourquoi certains immigrants communiquent plus avec la communauté d'origine en ce qui concerne les services de santé, et d'autres — moins? Par exemple, certains de nos répondants consultent leur médecin dans le pays d'origine, d'autres ne le font pas; certains consultent les forums russophones, certains ne les consultent pas. C'est une tentative de mise en contexte (le contraire de la décontextualisation dont nous avons parlé dans la section précédente) qui pourrait aider à répondre à cette question.



ANNEXE A.

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

*Version française (n'a pas été signé par les participants)*

**Formulaire d'information et de consentement (sujet majeur)**

« L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ EN CONTEXTE MIGRATOIRE  
COMME EXPÉRIENCE D'ACCULTURATION : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE  
AUPRÈS DES IMMIGRANTS RUSSOPHONES DE MONTRÉAL »

**Responsable du projet** : Maria Cherba

Étudiante, programme de maîtrise en Communication

Adresse postale : 11850 Edger, Montréal QC H1G 5A4

Courriel : [cherba.maria@courrier.uqam.ca](mailto:cherba.maria@courrier.uqam.ca)

Téléphone : 514-329-4700

Cellulaire : 514-839-3636

**Superviseur** : Gaby Hsab

Professeur, Département de communication sociale et publique

Adresse postale : C.P. 8888, succursale Centre-ville, Montréal QC H3C 3P8

Courriel : [hsab.gaby@uqam.ca](mailto:hsab.gaby@uqam.ca)

Téléphone : 514-987-3000, poste 5679

**L'objectif de cette recherche** est comprendre les formes que peut prendre le processus d'acculturation dans le contexte d'utilisation des services de santé au Québec par les immigrants russophones de Montréal. Plus précisément, nous voulons cerner les processus communicationnels par lesquels les immigrants apprennent à connaître et à utiliser les services de santé au Québec.

**Votre participation**

Dans le cadre de cette recherche, vous avez été sollicité(e) pour participer à deux entrevues d'une durée de 1 à 2 heures. La première entrevue, de type récit, est très peu

dirigée. Vous serez demandé(e) de décrire une ou plusieurs de vos expériences d'utilisation de services de santé au Québec. La deuxième entrevue est semi-dirigée et vise à approfondir la première.

Votre participation est volontaire et vous pouvez, à tout moment, sans avoir à fournir des raisons ou subir des conséquences, décider de ne pas répondre à une question ou arrêter le déroulement de la discussion et quitter les lieux.

Si vous le désirez, une retranscription de l'entrevue vous sera envoyée pour l'approbation. Si vous désirez y apporter des changements, vous pourriez le faire par écrit, par téléphone ou lors de la deuxième entrevue.

### **Confidentialité et anonymat**

L'entrevue sera enregistrée sur une bande audio. Toutes les données recueillies seront traitées de manière anonyme et confidentielle. Un pseudonyme sera attribué à chacun des participants dans les retranscriptions des enregistrements. Certains extraits de ces entrevues pourront être présentés dans le mémoire de maîtrise, mais à la condition que les éléments de nature confidentielle ne soient pas divulgués. Les retranscriptions et les enregistrements seront détruits après le dépôt du mémoire.

### **Avantages et inconvénients associés à votre participation**

Vous aurez accès au mémoire avec les résultats de l'enquête, et aurez ainsi la possibilité d'apprendre plus sur l'acculturation et la santé chez les immigrants russophones de Montréal. Les entrevues s'avèrent aussi une occasion pour vous d'exprimer vos besoins et faire valoir vos opinions en matière de santé.

Votre participation à cette entrevue est exempte de risques majeurs. Toutefois, il est possible que votre participation entraîne pour vous certains inconvénients. Le fait de parler des expériences relatives à la santé peut avoir des conséquences émotionnelles, car vous pouvez être amenés à raconter des histoires personnelles et détaillées à ce sujet. Pour minimiser ces risques, vous êtes libre de ne pas répondre à une question, ou d'arrêter l'enregistrement à tout moment.

Advenant le cas où votre participation à la recherche suscite des questions ou des préoccupations, n'hésitez pas à contacter l'étudiante responsable de la recherche.

### **Diffusion des résultats**

Les résultats de la recherche seront résumés dans un mémoire de maîtrise, accessible à la Bibliothèque Centrale de l'Université du Québec à Montréal. Si vous le désirez, le mémoire vous sera envoyé par courriel.

**Approbation éthique**

Ce projet a été approuvé au plan de l'éthique par le Comité facultaire de la recherche sur les êtres humains de l'Université du Québec à Montréal. Pour toute question ne pouvant pas être adressée à la responsable ou au directeur de la recherche, ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Marc Bélanger, au numéro (514) 987-3000, poste 5021. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-300, poste 7753.

**Financement**

Ce projet de recherche est financé par deux bourses de maîtrise : Bourse J.-A.-Bombardier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et Bourse de maîtrise du Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec.

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

**CONSENTEMENT**

J'ai lu le formulaire, je comprends les objectifs et le déroulement de l'étude, et j'accepte volontairement de collaborer à cette entrevue.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant responsable

Signé à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

*Version russe (a pas été signé par les participants)*

Форма информированного согласия на участие в научном исследовании

**Опыт русских пациентов в квебекской системе здравоохранения как процесс взаимовлияния культур: исследование на примере русских эмигрантов Монреаля**

Исследование для написания магистерской диссертации

**Руководитель проекта:**

Мария Черба, студентка магистерской программы  
Faculté de communication, Université du Québec à Montréal  
E-mail: [cherba.maria@courrier.uqam.ca](mailto:cherba.maria@courrier.uqam.ca)  
Телефон: 514-329-4700

**Научный руководитель:**

Gaby Hsab, доктор наук, профессор  
Faculté de communication, Université du Québec à Montréal  
E-mail: [hsab.gaby@uqam.ca](mailto:hsab.gaby@uqam.ca)  
Телефон: 514-987-3000, #5679

**Цель исследования**

Целью данного исследования является описание и анализ опыта русских пациентов в квебекской системе здравоохранения как процесс взаимовлияния культур (другими словами, как опыт аккультурации).

**Ваше участие**

В рамках этого исследования, мы приглашаем Вас принять участие в двух интервью, продолжительностью от 1 до 2 часов. Во время первого интервью, Вам будет предложено рассказать одну историю из Вашего опыта с квебекской системой здравоохранения. Это интервью будет проходить в повествовательной форме : мы не будем задавать Вам конкретных вопросов, Вы расскажете Вашу историю в свободной форме, но, по мере необходимости, мы можем попросить Вас уточнить некоторые моменты. Цель второго интервью – углубить и прояснить значение высказываний первого интервью. Вам будет предложен ряд открытых вопросов связанных с Вашим восприятием систем здравоохранения в Квебеке и в России, а также со взаимодействием двух культур в процессе адаптации к квебекской системе.

Место и дата проведения интервью будут согласованы между Вами и руководителем проекта. Все интервью будут проведены руководителем проекта. Ваше участие является добровольным, и Вы можете в любое время, без объяснения причин, отказаться отвечать на один или несколько вопросов, или прервать интервью.

При Вашем желании, дословный текст состоявшихся интервью будет отправлен Вам на утверждение.

#### **Конфиденциальность и анонимность**

С Вашего разрешения, интервью будут записаны на цифровой диктофон. Все собранные данные будут обрабатываться анонимно и конфиденциально, и будут использованы исключительно в рамках данного исследования. Псевдоним будет присвоен каждому участнику. Некоторые выдержки из интервью будут представлены в диссертации, но при условии неразглашения элементов конфиденциального характера.

Руководитель проекта будет хранить Ваши контактные данные до завершения исследования. Все записи будут уничтожены после написания диссертации.

Руководитель проекта обязуется обеспечить защиту данных. Все данные будут сохранены на жестком диске персонального компьютера, доступ к которому защищен паролем.

#### **Преимущества и риски связанные с Вашим участием**

Это исследование дает Вам возможность выразить Ваше мнение и поделиться Вашим опытом.

Ваше участие в интервью не представляет значительных рисков. Тем не менее, Ваше участие может быть причиной некоторых неудобств. Ваш рассказ об опыте касающемся здоровья может иметь эмоциональные последствия: в ходе интервью, у Вас могут спросить подробности и детали Вашей личной истории. Чтобы минимизировать эмоциональные риски, Вы можете не отвечать на вопрос, или остановить запись в любое время. Кроме того, Вам, при желании, будет оказана помощь в поиске центра психологической поддержки.

Если у Вас возникнут вопросы в связи с Вашим участием в исследовании, Вы всегда можете обратиться к руководителю проекта.

#### **Публикация результатов**

Результаты исследования будут представлены в магистерской диссертации (на французском языке), доступ к которой можно будет получить в Центральной библиотеке и Электронной библиотеке диссертаций университета UQÀM.

Результаты исследования могут быть также представлены на научных

конференциях. При желании, диссертация (или ее резюме на русском языке) будет отправлена Вам по электронной почте.

#### **Этические соображения**

Участие людей в этом исследовании одобрено этическим комитетом университета UQÀM. По вопросам, которые не могут быть решены с руководителем проекта, Вы можете обратиться к президенту комитета : Marc Bélanger, 514-987-3000, #5021, #7753.

**Ваше участие имеет незаменимое значение в рамках этого исследования, и мы хотим заранее Вас поблагодарить.**

**Если Вы примете участие в исследовании, Вы сможете изменить решение позже или отказаться от участия в любой момент.**

#### **ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ**

Я прочитал(а) форму и понял(а) цель исследования. Я даю добровольное согласие на участие в этом исследовании.

\_\_\_\_\_  
Имя участника

\_\_\_\_\_  
Подпись участника

\_\_\_\_\_  
Имя руководителя проекта

\_\_\_\_\_  
Подпись руководителя проекта

Подписано в \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 2012.

## ANNEXE B.

### LES GRILLES D'ENTRETIEN

#### ***Questions pour le profil :***

Sexe	Âge	Pays d'origine
Nombre d'années au Québec	Statut au Canada	Éducation
Profession dans le pays d'origine / au Québec		
Langue parlée à la maison	Langue parlée au travail	
Langue parlée à l'hôpital	Médecin de famille	Assurance

#### ***Quelques questions pour encourager les récits :***

Quand êtes-vous allé(e) à l'hôpital la dernière fois? Souvenez-vous de votre première expérience d'utilisation des services de santé au Québec? Est-ce que vous utilisez souvent les services de santé au Québec? Avez-vous parlé de cette expérience avec votre famille, votre entourage? Quelle a été leur réaction? Avez-vous eu des difficultés; si oui lesquelles? Qu'est qui vous a marqué le plus par rapport à cette expérience?

#### ***Exemples de questions pour l'entrevue semi-dirigée :***

Si cette expérience avait eu lieu dans votre pays d'origine, que se serait-il passé? Si ça vous arrive encore au Québec, comment agiriez-vous? Qu'entendez-vous par « bon médecin »? Quelles sources d'information consultez-vous quand vous cherchez de l'information sur les services de santé? Vous avez dit que vous aviez été surpris(e)/ choqué/contente/etc. par/à cause de X; pourquoi? Comment évalueriez-vous votre niveau de connaissance des services de santé au Québec? Avez-vous déjà cherché à consulter un médecin russophone au Québec? Selon vous, est-ce que votre utilisation des services de santé a change depuis votre arrivée au Québec (fréquence, services consultés, etc.); si oui, comment?



## ANNEXE C.

### LES PARTICULARITÉS DES SERVICES DE SANTÉ

#### Au Québec

##### Profil du médecin et relation patient-médecin

- Les médecins «gagnent trop»
- Les médecins sont très spécialisés
- Les médecins sont distants avec les patients, la relation qui s'installe entre le patient et le médecin ne tourne qu'autour de la maladie
- Les médecins sont très polis

##### Rôles de différents acteurs

- Les pharmaciens ont un « grand rôle » à jouer, peuvent conseiller des médicaments; on demande au pharmacien quel médicament acheter.
- Les professionnels de santé «sans diplôme médical» [gestionnaires] occupent un rôle important

##### Médicaments et remèdes populaires

- Peu de médicaments sont vendus sans ordonnance
- Les médecins prescrivent facilement de médicaments
- Les gens prennent beaucoup d'antibiotiques, on les prescrit même aux enfants
- Les remèdes populaires ne sont pas utilisés

##### Accessibilité des services

- Les enfants ne reçoivent presque aucun vaccin
- Il est impossible de faire venir le médecin à la maison
- Les services et les médicaments sont chers, mais beaucoup de services sont couverts par les assurances
- Le temps d'attente est trop long

#### Dans le pays d'origine

##### Profil du médecin et relation patient-médecin

- Les médecins ne gagnent presque rien
- Les médecins ont des connaissances plus larges dans différents domaines
- La relation patient-médecin est beaucoup plus personnelle, la relation patient-médecin va au-delà du contexte clinique
- Les médecins sont très directs

##### Rôles de différents acteurs

- Les pharmaciens n'ont pas de telles connaissances et ne jouent pas un tel rôle; quand on va à la pharmacie on sait déjà quoi acheter.
- Ces professionnels sont moins présents

##### Médicaments et remèdes populaires

- Beaucoup de médicaments sont vendus sans ordonnance
- Les médecins peuvent conseiller des remèdes populaires, de traitements alternatifs
- Les gens essaient d'éviter les antibiotiques, car ils sont lourds et nocifs, surtout pour les enfants
- Les remèdes populaires sont beaucoup utilisés

##### Accessibilité de services

- Les enfants reçoivent beaucoup de vaccins
- Le médecin peut venir à la maison
- Les services et les médicaments sont moins chers, mais ne sont pas toujours couverts par les assurances
- Les services sont accessibles sans délai ou dans un délai raisonnable

*Relations  
entre  
acteurs*

*Stratégies  
pour  
se faire  
soigner*

*Contexte*



## BIBLIOGRAPHIE

- Abou, Selim. 1988. « L'insertion des immigrants : approche conceptuelle ». In *Les étrangers dans la ville : le regard des sciences sociales*, Ida Simon-Barouh et Pierre-Jean Simon, p. 126-138. Paris: L'Harmattan.
- Abou, Selim. 1986. *L'identité culturelle. Relations interethniques et problèmes d'acculturation*. Paris: Éditions Anthropos, 235 p.
- Asanin Dean, Jennifer, et Kathi Wilson. 2010. « “My health has improved because I always have everything I need here.”: A qualitative exploration of health improvement and decline among immigrants ». *Social Science & Medicine*, no 70, p. 1219-1228.
- Barnett, G.A., et M. Lee. 2003. « Issues in intercultural communication research ». In *Cross-cultural and intercultural communication*, W.B. Gudykunst, p. 259-273. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Basrur, Sheela. 2003. « Vers un cadre de travail pour la santé des migrants au 21e siècle ». Santé Canada. En ligne. <<http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/2003-migra-fra.php>>. Consulté le 2 juin 2011.
- Battaglini, Alex, et al. 2007. L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, équipe Culture et migration
- Billette, Amélie. 2005. Les immigrants russophones à Montréal, une ou plusieurs communautés? Mémoire présenté pour l'obtention du grade de Maître ès arts (M.Sc.) en Études urbaines. INRS - Urbanisation, Culture et Société et Université du Québec à Montréal. En ligne. <[http://im.metropolis.net/research-policy/research\\_content/doc/BilletteAmelie-memoire.pdf](http://im.metropolis.net/research-policy/research_content/doc/BilletteAmelie-memoire.pdf)>. Consulté le 26 mars 2011.

- Blais, Régis, et Aboubacrine Maïga. 1999. « Do ethnic groups use health services like the majority of the population? A study from Quebec, Canada ». *Social Science & Medicine*, no 48, p. 1237-1245.
- Bosticco, Cecilia, et Teresa L. Thompson. 2008. « Let me tell you a story. Narratives and narration in health communication research ». In *Emerging Perspectives in Health Communication*, Mohan J. Dutta et Heather M. Zoller, p. 39-62. New York: Routledge.
- Bourhis, R. Y., Moise, L. C., Perrault, S. & Senecal, S. 1997. «Towards an interactive acculturation model: A social psychological approach.» *International Journal of Psychology*, 32(6), p. 369-386.
- Carrasco, Christine, Mélanie Gillespie et Monika Goodluck. 2009. « Accessing primary care in Canada : Giving voice to the perceptions and experiences of racialized immigrants ». In *Ethnic and pluralistic studies student conference, January 29-30*, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto.
- Clarkson, May, et Denis Hamel. 2002. « Perception de la santé ». In *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? Etude auprès des communautés culturelles 1998-1999*, Institut de la statistique du Québec, p. 143-153.
- Clarkson, May, Rebecca Tremblay et Nathalie Audet. 2002. *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? Etude auprès des communautés culturelles 1998-1999*. Institut de la statistique du Québec, 341 p.
- Cognet, Marguerite. 2007. « Au nom de la culture : le recours à la culture dans la santé ». In *Éthique de l'altérité: la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Marguerite Cognet et Catherine Montgomery, p. 39-64. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Cuche, Denis. 2010. *La notion de culture dans les sciences sociales*. Coll. « Grands repères ». Paris: La Découverte, 157 p.
- Deri, Catheine Ann. 2004. « Essays in Immigrant Health and Health Service Utilization in Canada ». A thesis submitted in conformity with the

requirements for the degree of Doctor of Philosophy, Graduate Department of Economics, University of Toronto.

- DesMeules, Marie, Jenny Gold, Arminee Kazanjian, Doug Manuel, Jennifer Payne, Bilkis Vissandjée, Sarah McDermott et Yang Mao. 2004. « New Approaches to Immigrant Health Assessment ». *Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 95, no 3, p. 122-126.
- Dias, Sónia, Ana Gama et Cristianne Rocha. 2010. « Immigrant women's perceptions and experiences of health care services: Insights from a focus group study ». *Journal of Public Health*, no 18, p. 489-496.
- Dutta, Mohan J., et Heather M. Zoller. 2008. « Theoretical foundations ». In *Emerging Perspectives in Health Communication*, Mohan J. Dutta et Heather M. Zoller, p. 1-27. New York: Routledge.
- Ell, Kathleen, et Irma Castaneda. 1998. « Health Care Seeking Behavior ». In *Handbook of Immigrant Health*, Sana Loue, p. 125-143. New York: Plenum Press.
- Fortin, Sylvie. 2004. « Les enjeux et les défis d'une pratique pédiatrique en contexte pluraliste : réflexions théoriques ». In *Soins aux enfants et pluralisme culturel*, Sylvaine De Plaen, p. 87-105. Montréal: Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.
- Fortin, Sylvie, et Elisha Laprise. 2007. « L'espace clinique comme l'espace social ». In *Éthique de l'altérité: la question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux*, Marguerite Cagnet et Catherine Montgomery, p. 191-214. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Fortin, Sylvie, et Josiane Le Gall. 2007. « Néonatalité et construction des savoirs en contexte migratoire : familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques ». *Enfances, Familles, Générations. Revue internationale de recherche et de transfert*, no 6, p. 16-37.
- Geertz, Clifford. 1973. « Thick Description : Toward an Interpretive Theory of Culture ». In *The Interpretation of Cultures*, p. 3-30. New York: Basic Books Publishers.

- George, Pierre. 1993. *Que sais-je? No 1187 : Géographie de la population*. Paris: Presses Universitaires de France p.
- Goma, Karina. 2007. *Un coin du ciel*. Canada, Films en vue: 68 min.
- Gratton, Danielle. 2003. *L'interculturel pour tous. Une initiation à la communication pour le troisième millénaire*. Montréal: Éditions Saint-Martin, 272 p.
- Gravel, Sylvie, et al. 2009. « L'adhésion des populations immigrantes à la valeur de l'autonomie véhiculée en santé publique ». *Journal of International Migration and Integration*, vol. 10, no 1, p. 31-47.
- Grawitz, Madeliene. 1996. *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Éditions Dalloz.
- Hatch, Mary Jo. 1993. « The dynamics of organizational culture ». *The Academy of Management Review*, vol. 18, no 4, p. 657-693.
- Hernandez, Stéphane. 2007. « Les hommes immigrants et leur vécu familial : impact de l'immigration et intervention ». Montréal, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, Série de publication du centre de recherche et de formation, no 15. En ligne. <[http://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss\\_dlm/Publications/Publications\\_CRF/homme\\_immigrant\\_serie15\\_enligne.pdf](http://www.csssdelamontagne.qc.ca/fileadmin/csss_dlm/Publications/Publications_CRF/homme_immigrant_serie15_enligne.pdf)>. Consulté le 26 avril 2012.
- Kearney, Richard. 2002. *On stories*. London: Routledge, 193 p.
- Kim, Young Yun. 1977. « Communication patterns of foreign immigrants in the process of acculturation ». *Human communication research*, vol. 4, no 1, p. 66-77.
- Kim, Young Yun. 2003. « Adapting to an unfamiliar culture ». In *Cross-cultural and intercultural communication*, W.B. Gudykunst, p. 243-257. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kinnon, Dianne. 1999. *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada*. Ottawa: Santé Canada, 89 p.

- Kleinman, Arthur. 1981. *Patients and healers in the context of culture*. Coll. « Comparative studies of health systems and medical care ». Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press p.
- Laquerre, Marie-Emmanuelle. 2003. *La rencontre médicale interethnique : un rendez-vous manqué? : une approche communicationnelle de la relation patient/médecin résident en situation d'interculturalité*. Mémoire de maîtrise en communication, Université du Québec à Montréal.
- Le Gall, Josiane, et Cristelle Cassan. 2010. « Le point de vue des hommes immigrants sur leur non-utilisation de services de santé de première ligne ». In *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*, Alex Battaglini, p. 192-218. Anjou: Éditions Saint-Martin.
- Lebel, Bertrand. 1986. « Les relations entre les membres des communautés culturelles et les services sociaux et de santé ». Conseil des Communautés culturelles et de l'immigration du Québec.
- Lebrun, Lydie A. 2012. « Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among immigrants in Canada and the United States ». *Social Science & Medicine*. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.031, p. 1-11.
- Leduc, Nicole, et Michelle Proulx. 2004. « Patterns of health services utilization by recent immigrants ». *Journal of Immigrant Health*, vol. 6, no 1, p. 15-27.
- Levesque, Annabel. 2005. « Les immigrants francophones en milieu minoritaire – services, défis, obstacles ». Collège universitaire de Saint-Boniface, 19 p.
- Lindolf, Thomas R., et Bryan C. Taylor. 2011. *Qualitative Communication Research Methods* Trad. de: *En*, 3e. Los Angeles: SAGE Publications, 377 p.
- Littlejohn, Stephen W. 1996. *Theories of Human Communication* Trad. de: *En*. Belmont: Wadsworth Publishing, 399 p.
- Lu, Chunlei, John Sylvestre, Nancy Melnychuk et Jingxian Li. 2008. « East meets West : Chinese-Canadians' perspectives on health and fitness ». *Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 99, no 1, p. 22-25.

- Lutumba Ntetu, Antoine, Bilkis Vissandjée et Madeleine Bourdeau Marchand. 1998. « Communication en contextes cliniques interculturelles : interprétariat et filtrage de l'information ». In *Champ multiculturel, transactions interculturelles. Des théories, des pratiques, des analyses*, p. 157-164. Paris: L'Harmattan.
- McAll, Christopher, Louise Tremblay et Frédérique Le Goff. 1997. *Proximité et distance : Les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*. Collection « Pluriethnicité-santé-problèmes sociaux ». Montréal: Editions Saint-Martin, 150 p.
- McKinlay, John B. 1972. «Some approaches and problems in the study of the use of services - an overview». *Journal of Health & Social Behavior*, vol. 13, no June, p. 115-152.
- Moustakas, Clark. 1994. *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 191 p.
- Newbold, K. Bruce, et Jeff Danforth. 2003. « Health status and Canada's immigrant population ». *Social Science & Medicine*, no 57, p. 1981-1995.
- Ngo, Van Hieu. 2008. « A critical examination of acculturation theories ». *uwindsorca*, vol. 9, no 1. En ligne. <<http://www.uwindsor.ca/criticalsocialwork/a-critical-examination-of-acculturation-theories>>. Consulté le 8 août 2011.
- Ogay, Tania. 2001. «Comprendre les enjeux identitaires de l'intégration des migrants : l'apport de la psychologie sociale et interculturelle». In *Intégrations et migrations*, Christine Perregaux, Tania Ogay, Yvan Leanza et Pierre Dasen, p. 211-237. Paris: L'Harmattan.
- Orbe, Mark P. 1998. *Constructing co-cultural theory. An explication of culture, power, and communication*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications p.
- Orbe, Mark P. 1998a. « From the standpoint(s) of traditionally muted groups: Explicating a co-cultural communication theoretical model ». *Communication theory*, vol. 8, no 1, p. 1-26.

- Polyzoi, Eleoussa. 1985. « Reflective phénoménology: an alternative approach to the study of the immigrant experience ». *Journal of Phenomenological Psychology*, vol. 16, no 2, p. 47-72.
- Reichman, Jill S. 2006. *Immigration, Acculturation, and Health: The Mexican Diaspora*. Coll. « The New Americans: Recent Immigration and American Society ». New York: LFB Scholarly Publishing LLC, 291 p.
- Schnapper, Dominique. 1986. « Modernité et acculturations ». *Communications*, no 43, p. 141-168.
- Schütz, Alfred. 2000. *Éléments de sociologie phénoménologique*. Coll. « Logiques Sociales ». L'Harmattan, 158 p.
- Searight, Russell H. 2003. «Bosnian Immigrants' Perceptions of the United States Health Care System: A Qualitative Interview Study». *Journal of Immigrant Health*, vol. 5, no 2, p. 87-93.
- Sévigny, Robert, et Louise Tremblay. 1999. « L'adaptation des services de santé et des services sociaux au contexte pluriethnique ». In *Le système de santé québécois : Un modèle en transformation*, C. Bégin et al., p. 77-94. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Skuzza, Jennifer A. 2007. « Humanizing the Understanding of the Acculturation Experience with Phenomenology ». *Human Studies*, vol. 30, no 4, p. 447-465.
- Sobo, Elisa J. 2009. *Culture and Meaning in health services research. A practical field guide*. Walnut Creek, California: Left Coast Press p.
- Statistique-Canada. 2006. « Recensement 2006 : Immigration et citoyenneté ». En ligne. <<http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/rt-td/immcit-fra.cfm>>. Consulté le 26 mai 2011.
- Stern, Phyllis Noerager, et Sue Holland Pyles. 2009. «Using grounded theory methodology to study women's culturally based decisions about health». *Health Care for Women International*, vol. 6, no 1-3, p. 1-24.

- Stoiciu, Gina. 2011. «La communication interculturelle comme champ d'études : histoire, carte et territoire». In *Communication internationale et communication interculturelle* (dir. G. Hsab et C. Agbobli), p. 45-70.
- Stuyft, Patrick Van der, Aimé De Muynck, Leo Schillemans et Chris Timmerman. 1989. « Migration, acculturation and utilization of primary health care ». *Social Science & Medicine*, vol. 29, no 1, p. 53-60.
- Vibert, Stéphane. 2007. *La communauté au miroir de l'État. La notion de communauté dans les énoncés québécois de politiques publiques en santé*. Coll. « Société, cultures et santé ». Québec: Les Presses de l'Université Laval, 123 p.
- Whitley, Rob, et Laurence J. Kirmayer. 2006. «Understanding Immigrants' Reluctance to Use Mental Health Services : A Qualitative Study From Montreal». *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, no 4, p. 205-209.
- Zanchetta, Margareth S., et Iraj M. Poureslami. 2006. « Littératie en matière de santé dans la réalité des immigrants, sur le plan de la culture et de la langue ». *Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 97, no 2, p. S28-S33.