Iniquités de santé en milieu minoritaire : diagnostic de la situation chez les immigrants francophones de Sudbury

Amélie Hien, Ph.D.¹, Jean Lafontant, Ph.D.²

RÉSUMÉ

OBJECTIF : Cet article vise à mettre au jour des iniquités de santé liées non seulement au fait de vivre dans un milieu linguistique minoritaire, mais aussi au fait d'être immigrant et de vivre dans un nouvel environnement avec une culture d'origine différente de celle de sa communauté d'accueil.

MÉTHODE : Il s'agit d'une étude qualitative qui présente les expériences personnelles de nombreux immigrants francophones dans leurs rapports aux services et aux soins de santé à Sudbury ainsi que leurs perceptions quant à la qualité et l'accessibilité de ces services et soins. Soixante-douze (72) individus âgés de 18 à 65 ans, dont 45 hommes et 27 femmes, ont participé à cette recherche à travers des entrevues individuelles et des groupes de discussions.

RÉSULTATS : Les résultats obtenus montrent, entre autres, qu'être immigrant et francophone limite l'accès aux services de santé, affecte la qualité de ces services et nuit à une prise en charge efficace des problèmes de santé. C'est ainsi que certains individus ne sont même pas en mesure de donner un consentement éclairé lors de décisions importantes à prendre concernant leur santé.

CONCLUSION : L'article fait des suggestions pour que ces immigrants puissent accéder à de meilleurs services et soins de santé, en vue de contribuer à l'amélioration de la santé de la population canadienne dont ils sont partie intégrante.

MOTS CLÉS : immigrants; groupes minoritaires; accès aux soins de santé; qualité des soins de santé; iniquités de santé; langue et santé

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2013;104(6)(Suppl. 1):S75-S78.

À Sudbury (156 045 habitants), les francophones sont minoritaires : 38,9 %, dont 2 545 qui ne parlent pas du tout l'anglais¹. La population immigrante y est passée de 8 895 avant 1991 à 10 450 en 2006¹. Celle-ci contribue à la croissance démographique, socioéconomique et culturelle du Canada² ainsi qu'à la vitalité des communautés linguistiques minoritaires comme celle francophone de Sudbury. Toutefois, elle est confrontée à divers défis. Des études sur l'accessibilité des services de santé pour les communautés linguistiques minoritaires et sur la santé des communautés ethnoculturelles et immigrantes montrent qu'il y a encore nombre d'iniquités en santé³⁻⁹. Cet article vise à révéler, à travers des expériences concrètes, des iniquités de santé liées à la langue et au fait d'être immigrant(e) dans un milieu de culture différente.

Aperçu conceptuel

Francophone correspond ici à la définition inclusive qui renvoie aux personnes ayant une connaissance particulière du français, même si ce n'est pas leur langue première¹⁰. On inclut ainsi toute personne utilisant le français à domicile et pour qui c'est la langue d'intégration, la langue officielle du Canada apprise en premier lieu et celle dans laquelle la personne est plus à l'aise. Les participants à l'étude sont des immigrants pour qui le français est la « première langue officielle parlée (PLOP) »¹¹.

Immigrant est employé comme terme générique incluant toute personne établie au Canada, mais née à l'extérieur, de parents non

canadiens. Aucune distinction n'est faite ici entre immigrants récents, de longue date ou nouveaux arrivants¹².

Enfin, dans *culture*, nous incluons valeurs sociales, religion, éducation, croyances, us et coutumes, ethnicité, etc. C'est un déterminant complexe :

[l]a culture et l'origine ethnique proviennent autant des antécédents personnels que des facteurs plus larges liés à la conjoncture sociale, politique, géographique et économique. Sur le plan multiculturel, les problèmes de santé démontrent la nécessité de tenir compte de l'interaction des facteurs physiques, mentaux, spirituels, sociaux et économiques simultanément¹³.

L'existence de services de santé ne suffit donc pas à garantir leur utilisation, car « *Even when health care resources are geographically accessible, language and cultural barriers are sometimes a problem* »¹⁴.

Affiliations des auteurs

1. Département d'études françaises, Université Laurentienne, Sudbury (Ontario)
2. Chaire de recherche sur l'immigration, l'ethnicité et la citoyenneté, Université du Québec à Montréal, Montréal (Québec)

Correspondance : Amélie Hien, Ph.D., Professeure, Département d'études françaises, Université Laurentienne, 935, chemin du lac Ramsey, Sudbury (ON) P3E 2C6, Tél. : 705-675-1151, poste 4312, Téléc. : 705-675-4885, Courriel : ahien@laurentienne.ca

Remerciements : Cette recherche a été financée par le Réseau de recherche interdisciplinaire sur la santé des francophones en situation minoritaire (RISF), et par le Consortium national de formation en santé (CNFS), volet Université Laurentienne.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

MÉTHODE

Notre terrain d'enquête était Sudbury. La participation à l'étude était libre et volontaire. Des formulaires de recrutement furent affichés à différents endroits : institutions d'enseignement post-secondaires, Université, centre de santé communautaire, organismes dédiés à l'accueil des immigrants, etc. Lors du recrutement, aucune ségrégation n'a été basée sur la date d'arrivée au Canada.

En tout, 72 immigrants francophones, dont 45 hommes et 27 femmes, ont participé à l'étude. Ils étaient âgés de 18 à 65 ans, et venaient de 22 pays différents*.

L'étude est basée sur des entretiens individuels, semi-directifs et directifs, et sur des groupes de discussions¹⁵. D'abord, un guide d'entrevue fut utilisé auprès des participants pour documenter leurs expériences et leurs perceptions de la qualité et de l'accessibilité des services de santé à Sudbury. Ont été collectées aussi des informations d'ordre sociodémographique, linguistique et culturel pouvant influencer l'accès à ces services.

Après, des groupes de discussions ont permis de développer davantage des thématiques récurrentes issues des entrevues.

RÉSULTATS

Niveau de scolarité : 1,5 % n'avait pas de diplôme d'études secondaires, mais 51,5 % avaient des diplômes universitaires dont 31,8 %, une maîtrise ou un doctorat.

Connaissance des langues officielles : 94,3 % estiment leur niveau en français entre bon et très bon, 5,7 % l'estiment moyen. En anglais, 28,6 % situent leur niveau entre très bon et bon, 54,3 % le considèrent comme moyen et 17,1 % le situent entre médiocre et nul.

Accessibilité et qualité des services : ces immigrants sont confrontés à des défis multiples.

Défis linguistiques

Peuvent-ils toujours choisir la langue de la consultation médicale? Des 72 participants, 1,4 % ne savent pas (car n'avaient jamais songé à cela), 34,8 % répondent oui (soit parce qu'ils comprennent l'anglais, soit qu'ils consultent un professionnel francophone ou bilingue). Toutefois, 63,8 % répondent non et indiquent que la langue de consultation est généralement celle que maîtrise le professionnel, généralement, l'anglais.

Dans quelle langue souhaiteraient-ils recevoir leurs services? 87 % indiquent le français. Les 13 % restants correspondent à 7 personnes (5 n'ayant pas répondu à cette question). Parmi ces 7 personnes, 6 indiquent l'anglais et 1 l'anglais et le français (elles précisent qu'elles sont à l'aise dans ces deux langues et qu'elles veulent s'assurer que le professionnel parvienne à communiquer clairement avec elles).

Parviennent-ils à exposer convenablement leurs problèmes de santé et à comprendre un professionnel qui parle très peu ou pas du tout le français? 39,1 % répondent oui, 1,4 % disent oui, mais avec beaucoup de difficultés et 59,4 % répondent non.

Ces difficultés de communication gênèrent, entre autres, frustrations, stress et automédication. Certains participants estiment que la barrière linguistique pourrait conduire à l'assimilation des

francophones qui délaisseront le français pour l'anglais, afin de ne plus se faire traiter comme des « analphabètes ». D'autres déclarent que le délai d'attente était plus long lorsqu'ils demandaient des services en français, car ils devaient céder leur tour et attendre qu'un professionnel francophone se libère pour les recevoir.

Défis d'immigrant(e)

Défis particuliers auxquels les immigrants sont confrontés et pouvant nuire à leur santé ou limiter l'accès aux services de santé :

- méconnaissance du fonctionnement du système de santé ontarien,
- difficulté à localiser les institutions de santé à Sudbury,
- manque d'information quant aux services disponibles dans ces institutions et comment y accéder,
- risques de dépression, d'inactivité, d'obésité... à cause de l'hiver,
- état d'isolement, de solitude, dans leur nouvel environnement.

Défis de culture

Certaines pratiques ou croyances du pays d'origine nuisent-elles à l'accès aux services? 8,6 % des répondants disent oui. Ces derniers et même nombre de ceux qui ont répondu non à la question affirment que certaines réalités de la culture d'origine peuvent générer des situations délicates ou retarder l'accès aux soins :

- non manifestation ouverte de la douleur chez l'homme (africain)[†],
- non maîtrise des systèmes de tri dans les urgences[‡],
- utilisation d'euphémismes pour désigner certaines maladies considérées graves ou dégradantes dans leur culture d'origine[§],
- non révélation au malade d'un état de santé critique^{||},
- systèmes de services non familiaux,
- contraintes religieuses[¶].

Devrait-on prendre en compte certaines réalités culturelles dans les services de santé? 48,5 % répondent oui, car cela permettrait d'éviter des frustrations, de mettre le patient à l'aise, de connaître les choses à faire ou à dire avec tact, d'instaurer la confiance entre patients et professionnels de cultures différentes, d'être plus efficace, de rassurer le patient dans des moments difficiles. Certains participants ajoutent qu'on devrait respecter certaines traditions religieuses comme l'extrême-onction.

Parmi les 51,5 % qui répondent non, certains estiment que cela pourrait créer des ségrégations et que « Si on accepte de vivre dans un autre pays, il faut s'adapter aux réalités de la place ». Pour d'autres, certaines considérations comme le jeûne, l'interdiction de transfusion sanguine ou de transplantation d'organes peuvent limiter les soins ou mettre en danger la vie du patient.

[†] Sans dire que cela concerne uniquement les Africains, ce sont eux qui, ici, ont relevé ce fait. Un des informateurs (In011) dit : « Je ne manifeste pas ma douleur (...). On m'a éduqué comme ça. Les larmes d'un homme coulent vers l'intérieur ».

[‡] « Il y a un formulaire pour mesurer ta douleur de 1 à 10. Mais (...) C'est quoi en fait la moyenne de la douleur » ? (In023)

[§] « Chez nous le cancer est une maladie taboue. On ne l'appelle même pas cancer, on dit "la mauvaise maladie". Le sida s'appelle "la maladie de la honte" ». (In015)

^{||} L'information pouvant être donnée à un membre de la famille proche plutôt qu'au malade, pour ménager ce dernier.

[¶] Six répondants affirment que selon leur religion, il est inapproprié qu'un examen gynécologique ou qu'un problème de dysfonctionnement sexuel soit confié à un professionnel de sexe opposé.

* Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Espagne, Éthiopie, France, Guinée, Haïti, Mali, Maroc, Mauritanie, Niger, République Démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Tchad, Togo et Tunisie.

DISCUSSION

Les participants ont un niveau d'éducation qui semble supérieur à la moyenne canadienne. Le mode de sélection, participation libre, et le fait que plusieurs participants provenaient d'établissements d'enseignement postsecondaires et supérieurs expliquent sans doute ce résultat. Cela corrobore aussi le fait que « À cause du processus de sélection, les immigrants sont, dans l'ensemble, plus instruits que les Canadiens d'origine »¹⁶.

En dépit de leur niveau d'éducation, on constate que les immigrants qui ne maîtrisent pas l'anglais ont de sérieux problèmes de communication avec les professionnels unilingues anglophones. Lorsque certains d'entre eux perçoivent cette difficulté de communication comme une forme d'analphabétisme, on peut se demander jusqu'à quel point la non-maîtrise de l'anglais peut ébranler l'estime et la confiance qu'ils ont d'eux-mêmes, alors qu'ils ont, souvent, un niveau de scolarité aussi élevé et parfois plus élevé que celui des professionnels de santé locaux. L'étude montre que certains répondants ont accès aux services dans la langue de leur choix et d'autres pas. Ces derniers qui auraient souhaité être servis en français, reçoivent leurs services en anglais, car les professionnels disponibles ne peuvent satisfaire ce besoin. Une étude indiquait justement que pour 88 % des répondants à l'extérieur du Québec, le manque de professionnels de langue française constituerait la principale raison qui rendrait « difficile » ou « très difficile » l'obtention de services de santé en français¹⁷.

Parmi les participants qui disent recevoir leurs services dans la langue de leur choix et notamment en français, il faut distinguer deux cas. D'abord, ceux qui veulent des services en français et qui ont déjà un médecin francophone ou qui fréquentent des lieux où les services sont offerts dans les deux langues. Ensuite, ceux qui affirment maîtriser les deux langues officielles et qui « choisissent » leur langue de consultation en fonction de celle du prestataire de services. Mais, peut-on réellement parler de choix, quand c'est encore le professionnel qui finit par imposer sa langue?

L'étude montre aussi qu'à Sudbury les services de santé sont généralement offerts en anglais, car de nombreux professionnels sont unilingues anglophones. Or, cette ville est désignée bilingue et les structures gouvernementales et organismes désignés devraient offrir ces services dans les deux langues*. En effet, « la Loi de 1986 sur les services en français [LSF] reconnaît et garantit le droit des francophones à recevoir, à l'intérieur des régions désignées de l'Ontario, des services gouvernementaux en français »³. Or, une étude révélait que 74 % des Franco-Ontariens affirmaient n'avoir jamais ou presque jamais accès à des services hospitaliers en français et que seulement 12 % d'entre eux avaient eu accès à ces services chaque fois qu'ils étaient allés à l'hôpital¹⁸. Les services de santé en français demeurent donc insuffisants; ce qui peut avoir des conséquences dramatiques. Certains francophones ne peuvent même pas donner de consentement éclairé sur des décisions concernant leur santé*.

Même lorsque des services sont offerts en français, leur qualité laisse souvent à désirer.

* Pour plus d'informations relatives aux défis linguistiques, voir aussi «La loi sur les services en français de l'Ontario et le domaine de la santé : le cas de la ville du Grand Sudbury» (Hien et Giroux, à paraître dans *Plurilinguisme et monde du travail. Professions, opérateurs et acteurs de la diversité linguistique*. Actes du colloque international «Cinquièmes Journées des droits linguistiques», Teramo - Giulianova - Civitanova Marche (Italie), 19-21 mai 2011, sous la direction de Giovanni Agresti et Cristina Schiavone).

D'abord, les délais d'attente sont longs. Si « un accès aux services en temps opportun constitue la priorité la plus importante pour les Canadiens » et que seulement 46 % des personnes interrogées se disaient satisfaites du délai dans lequel elles accédaient aux services¹⁹, on peut comprendre l'insatisfaction des francophones qui ont un délai d'attente plus long†.

Ensuite, l'information peut manquer de précision, lorsqu'elle doit transiter par des interprètes de circonstance.

Or, selon la LSF, les services dans les deux langues devraient être de qualité égale; ce qui n'est plus le cas lorsqu'il y a une mauvaise traduction ou des délais d'attente excessifs.

L'immigration, elle, peut avoir des conséquences sur les plans physique et mental (dépression, obésité, anxiété, symptômes psychosomatiques, entre autres)¹⁶. Elle conduit souvent certaines familles (surtout celles des nouveaux arrivants) à vivre avec un salaire précaire ou sans revenu fixe pendant des périodes plus ou moins longues. Or, une étude montre que le revenu et le statut social sont considérés ensemble comme le déterminant de santé le plus important¹³.

Concernant la culture, la connaissance des facteurs pouvant nuire à la communication ou à la fréquentation des structures de santé serait très utile. En effet, « les croyances culturelles relatives à la maladie, à la santé et aux comportements favorisant la santé influent sur la démarche du patient devant la maladie, et donc sur la qualité des soins reçus »¹⁶. Également, les mauvaises expériences et la méconnaissance de l'environnement culturel des systèmes de santé créent des sentiments de méfiance et d'impuissance pouvant générer ou accentuer les disparités de santé chez les minorités ethno-culturelles²⁰. La compétence/sensibilité culturelle permettrait aux professionnels de trouver les bons mots, l'attitude convenable, pour mettre le patient dans les meilleures dispositions pour recevoir les soins ou conseils de santé nécessaires à son bien-être.

*Approaches to strengthening communication and relationships between patients and providers include greater use of medical interpretation services, expanding the racial/ethnic diversity of health professions workforce, and developing provider training programs and tools in cross-cultural education*¹⁴.

La confiance est capitale dans les domaines de prestation de services et davantage dans celui de la santé, car il y va de la vie des individus. « Rester à l'écoute de "la voix du client" est un élément fondamental de la qualité en santé pour mieux appréhender ses attentes, mieux prendre en considération ses besoins et y répondre dans les meilleures conditions »²¹. Toutefois, si langue, ethnicité, croyances relatives à la santé et revenu doivent déterminer la personne bénéficiaire des services de qualité, alors il n'y a pas d'équité^{22,23}.

CONCLUSION

Les immigrants francophones de Sudbury constituent une population doublement défavorisée. Certains d'entre eux éprouvent des difficultés à communiquer avec des professionnels de santé à cause de la barrière linguistique. Ces situations génèrent parfois des frustrations chez des sujets déjà affectés par leurs problèmes de santé, mais elles peuvent également avoir des conséquences plus graves allant des maladies prolongées ou aggravées à des risques pour la vie

† « Malgré que c'est écrit en gros caractères à l'urgence "Demandez vos services en français", lorsque tu le fais, tu réalises que tout le monde passe avant que tu te fasses servir ». (In015)

des patients. L'article montre aussi comment la culture peut constituer une barrière à l'accès à des services de santé de qualité et comment l'immigration elle-même pourrait être considérée comme un autre déterminant de la santé¹⁶. Il importe donc qu'on s'intéresse à l'ensemble de ces facteurs, car il existe un rapport étroit entre l'accès à des soins appropriés et la réduction des disparités et iniquités en santé²⁴.

Les immigrants font partie intégrante de la population canadienne. Toute situation pouvant affecter ou détériorer leur santé devrait donc faire l'objet d'intervention : planification adéquate des politiques et programmes, ressources financières et matérielles suffisantes, ressources humaines adéquates incluant des professionnels représentatifs de la population ethnoculturelle et francophone^{25,26}.

Toute action visant la réduction des iniquités – diminution du temps d'attente et accès à des services culturellement et linguistiquement adaptés – est un gain pour la santé de la population canadienne. Même si la majorité des Canadiens se dit satisfaite des services de santé²⁷, il y a toujours place à l'amélioration et l'équité devrait rester la pierre angulaire dans ce processus.

RÉFÉRENCES

1. Statistique Canada, *Recensement de 2006*. Sur Internet : <http://www12.statcan.ca/francais/census06/data/index.cfm> (consulté le 10 décembre 2011).
2. Jedwab J. *L'Immigration et l'épanouissement des communautés de langue officielle au Canada: politique, démographie et identité*, Ottawa (Ontario) : Commissariat aux langues officielles du Canada, 2002.
3. D'aigle B. *La Loi 8 est-elle en santé?* Compte rendu du forum sur les services de santé en français en Ontario, Vanier, ACFO, 1989.
4. Picard L, Allaire G. *2^e Rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*, Division du programme de recherche d'éducation et de développement en santé publique (REDSP), Sudbury, Institut franco-ontarien, 2005.
5. Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. *Pour un nouveau leadership en matière d'amélioration des services de santé en français*, Rapport au Ministre fédéral de la santé, Ottawa : Santé Canada, 2007.
6. Forgues É, Guignard Noël J, Nkolo C, Boudreau J. *De l'émergence à la consolidation, L'état de la recherche en santé chez les francophones en situation minoritaire*, Rapport de l'ICRML soumis au CNFS, Moncton, 2009.
7. Balsa A, Seller N, McGuire T, Bloche MG. Clinical uncertainty and healthcare disparities. *Am J Law Med* 2003;(29):203-19.
8. Bloche MG. Race and discrimination in American medicine. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics* 2001;(1):95-131.
9. Spitzer DL (éd.). *Engendering Migrant Health: Canadian Perspectives*. Toronto, ON: University of Toronto Press, 2011.
10. Office des Affaires francophones et la Fondation Trillium de l'Ontario, 2009. Sur Internet : <http://www.ontario.ca/fr/communities/francophones/profile/index.htm#footnotes> (consulté le 3 décembre 2011).
11. Forgues É, Landry R, Boudreau J. *Qui sont les francophones ? Analyse de définitions selon les variables du recensement*. Rapport de recherche, CNFS, ICRML, CIRLM, 2009.
12. Chen J, Edward Ng, Wilkins R. *La santé des immigrants au Canada en 1994-1995*, rapport sur la santé, Ottawa, Statistique Canada, vol. 7, n°4, 1996.
13. Labonté R. *L'incidence de nos programmes sur les déterminants de la santé de la population: guide pour améliorer la planification et la reddition de comptes*, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada, 2003.
14. Health Care and the 2008 Election. Eliminating Racial/Ethnic Disparities in Health Care: What Are the Options? Sur Internet : <http://www.kff.org/minorityhealth/upload/7830.pdf> (consulté le 14 avril 2012).
15. Mucchielli A (éd.). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (2^e éd.), Paris, Armand Colin, 2004.

16. Recherche sur l'immigration et la santé au Canada. Un aperçu. Sur Internet : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H21-149-1999F.pdf> (consulté le 14 avril 2012).
17. Corbeil J-P, Grenier C, Lafrenière S. *Les minorités prennent la parole : résultats de l'Enquête sur la vitalité des minorités de langue officielle*, Ottawa, Statistique Canada, 2006.
18. Rapport spécial sur la planification des services de santé en français en Ontario du Commissariat aux services en français, 2009. Sur Internet : <http://www.csf.gouv.on.ca/files/Rapport.pdf> (consulté le 10 avril 2010).
19. Soroka NS. *Le système de santé: perceptions des Canadiens*, Rapport présenté au Conseil canadien de la santé, 2007.
20. Greenberg GA. "U.S. minorities' access to health care under managed care: A synthesis of the literature", Jennie Jacobs Kronenfeld, (ed.) *Inequalities and Disparities in Health Care and Health: Concerns of Patients, Providers and Insurers (Research in the Sociology of Health Care)*, Emerald Group Publishing Limited, 2007;(25):45-76.
21. Vilcot C, Leclerc H. *Les indicateurs qualité en santé*, Saint-Denis La Plaine, AFNOR, 2001.
22. Potvin L, Moquet M-J, Jones CM (éd.). *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action, 2010.
23. Hofrichter R. *Tackling Health Inequities Through Public Health Practice : A Handbook for Action*. Washington, DC: The National Association of County & City Health Officials, 2006.
24. Politzer RM, Yoon J, Leiyu S, Hughes RG, Regan J, Gaston MH. Inequality in America: The contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care. *Medical Care Research and Review* 2001;58(2):234-48.
25. Lafontant J, Forgues É, Belkhouja C, Sangwa-Lugoma G, Meridji T, Pietrantonio L, et al. *La reconnaissance des diplômés internationaux en santé : un potentiel pour les communautés franco-phones en situation minoritaire au Canada*, Rapport de recherche remis au CNFS, 2006.
26. Bélanger M. *L'accès aux soins de santé pour les communautés minoritaires de langues officielles: fondements juridiques, initiatives actuelles et perspectives d'avenir*, Rapport du Comité permanent des langues officielles, Ottawa, Chambre des Communes, 2003.
27. Ministère de la santé et des soins de longue durée. *Rapport sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, 2004.

ABSTRACT

OBJECTIVES: This article aims to uncover health inequities related not only to living in a linguistic minority, but also to being an immigrant and living in a new environment with a cultural background different from that of the host community.

METHODS: This qualitative study presents the personal experiences of many Francophone immigrants in relation to services and health care in Sudbury and their perception about the quality and accessibility of these services and health care. Seventy-two (72) respondents aged between 18 and 65 years (45 men and 27 women) participated in this research through individual interviews and focus groups.

RESULTS: The results show, among other things, that being immigrant and Francophone limits access to health services, affects the quality of these services and hinders being well supported when encountering health problems. Thus some individuals are not even able to give informed consent when making important decisions about their own health.

CONCLUSION: The article makes recommendations that would allow access to better services and health care for immigrants, and would contribute to improving the health of the Canadian population of which they are an integral part.

KEY WORDS: Emigrants and immigrants; minority group; health services accessibility; health care quality; health care disparities; language