

FACTEURS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER
L'ADOPTION DES SYSTÈMES DE NORMES
ALIMENTAIRES ET CORPORELLES
FAVORABLES À LA PRÉVENTION ET AU
CONTRÔLE DU DIABÈTE DE TYPE 2
Le cas des personnes migrantes
originaires de l'Afrique subsaharienne



Gisèle Mandiangu Ntanda
Drissa Sia
Marianne Lefebvre
Mamane Samri
Léonel Philibert

Une publication de l'Institut universitaire SHERPA, une équipe financée par les Fonds de recherche du Québec Société et Culture et par le ministère de la Santé et des Services sociaux, au sein du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
7085 Hutchison
Montréal, Qc., H3N 1Y9
sherpa.dlm@sss.gouv.qc.ca
<https://www.sherpa-recherche.com>

Titre : Facteurs susceptibles d'influencer l'adoption des systèmes de normes alimentaires et corporelles favorables à la prévention et au contrôle du diabète de type 2. Le cas des personnes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne

Éditeur : Institut universitaire SHERPA

Auteurs : Gisèle Mandiangu Ntanda, professeure à l'Université du Québec en Outaouais; Drissa Sia, professeur à l'Université du Québec en Outaouais; Marianne Lefebvre, nutritionniste spécialisée en nutrition internationale; Mamane Samri, candidat au doctorat à l'Université Laval; Léonel Philibert, professeur à l'Université de l'Ontario français.

Graphisme et mise en page : Andréanne Boisjoli

Photo page couverture : [Aleksandar Todorovic / Shutterstock.com](#)

Citer ce document : Ntanda, G. M., Sia, D., Lefebvre, M., Samri, M. et L. Philibert (2024). Facteurs susceptibles d'influencer l'adoption des systèmes de normes alimentaires et corporelles favorables à la prévention et au contrôle du diabète de type 2. Le cas des personnes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne. Montréal : Institut universitaire SHERPA.

ISBN 978-2-9820614-8-4 (en ligne)

Dépôt légal - Bibliothèque et archives du Canada, 2024

Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2024

© 2024 Institut universitaire SHERPA

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

**FACTEURS SUSCEPTIBLES D'INFLUENCER L'ADOPTION
DES SYSTÈMES DE NORMES ALIMENTAIRES ET
CORPORELLES FAVORABLES À LA PRÉVENTION ET AU
CONTRÔLE DU DIABÈTE DE TYPE 2**
**Le cas des personnes migrantes originaires
de l'Afrique subsaharienne**

Gisèle Mandiangu Ntanda
Drissa Sia
Marianne Lefebvre
Mamane Samri
Léonel Philibert

FINANCEMENT

Cette recherche s'inscrit en continuité avec des travaux de recherche doctorale de la chercheuse principale. Elle a été financée par l'Institut universitaire (IU) SHERPA du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal dans le cadre du concours de bourses étudiantes 2022-2023. L'IU SHERPA est une équipe financée par les Fonds de recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC) et par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

REMERCIEMENT

Nos sincères remerciements s'adressent à Drissa Sia, professeur à l'UQO, pour ses précieux et sages conseils. En acceptant de superviser cette recherche, il a favorisé sa mise en œuvre et contribué à préparer la chercheuse principale à la carrière de recherche. Nous remercions également la direction de l'IU SHERPA pour son soutien indéfectible et l'UQO pour avoir offert les meilleures conditions pour réaliser cette recherche. Nous tenons à remercier également les personnes qui ont accepté gracieusement de participer à cette étude. Elles constituent l'essence même de cette recherche. Nos remerciements vont également à l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS), au Service d'orientation et d'intégration des migrants au travail (SOIT) et au Centre Communautaire Congolais de Montréal (CCCM) pour avoir contribué au recrutement des participant·e·s à notre étude en diffusant notre annonce sur leurs réseaux sociaux. Enfin, nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à cette recherche, notamment Léa-Mei Bellefleur qui a assuré la transcription des entrevues et Jean Akilimali Sumaili pour ses commentaires critiques.

ÉTHIQUE

Ce rapport de recherche présente les données d'une étude qui a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais dont le numéro d'approbation est 2023-2446/ 03-10-2022.

RÉSUMÉ

L'acte alimentaire, l'activité physique et la corporalité sont des dimensions sociales ancrées dans un système de représentations socioculturelles. Ces dimensions jouent également un rôle essentiel dans l'avènement du diabète de type 2. Ces dimensions sociales sont d'ailleurs les plus ciblées par les intervenant·e·s dans leurs pratiques visant la prévention et le contrôle du diabète de type 2. Les interventions disponibles ciblent dans la plupart de cas le niveau individuel et ignorent les dimensions sociales et historiques qui constituent également les causes fondamentales des maladies chroniques comme le diabète de type 2. Mais quels sont les déterminants sociaux susceptibles d'influencer l'adoption ou le rejet, par les personnes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne, des systèmes de normes alimentaires et corporelles favorables à la prévention et au contrôle du diabète de type 2? Telle est la question sous-jacente au projet de recherche dont une partie des résultats sont présentés dans ce

rapport.

L'objectif principal de cette recherche est d'explorer, à travers les propos des personnes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne vivant avec ou à risque de développer le diabète de type 2, les déterminants sociaux qui influencent l'adoption ou le rejet des systèmes de normes alimentaires et corporelles favorables à la prévention et au contrôle du DT2. La finalité de cette recherche est de proposer des pistes de réflexion et d'actions pour une meilleure sensibilisation des différents acteurs et différentes actrices qui jouent un rôle stratégique et qui interviennent auprès des personnes migrantes vivant avec ou à risque de développer le DT2.

Mots clés : Afrique subsaharienne, diabète de type 2, déterminants sociaux, migrants, normes alimentaires, normes corporelles, activité physique

TABLE DES MATIÈRES

Financement	iv
Remerciement	iv
Éthique	iv
RÉSUMÉ	v
TABLE DES MATIÈRES	vi
1. INTRODUCTION	1
1.1 Contexte	1
1.2 Objectif principal	3
1.3 Objectifs spécifiques	3
2. APPROCHE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE	4
2.1 Perspectives théoriques	4
2.2 Méthodologie	5
2.2.1 <i>Devis de recherche</i>	5
2.2.2 <i>Recrutement</i>	5
2.2.3 <i>Collecte de données</i>	6
2.2.4 <i>Analyse des données</i>	7

2.2.5 <i>Considération éthique</i>	7
3. PRÉSENTATION DES PARTICIPANT·E·S	8
4. RÉSULTATS	10
4.1 Aliments fréquemment consommés	11
4.2 Perceptions face aux recommandations de la santé publique	12
4.2.1 <i>Normes alimentaires</i>	12
4.2.2 <i>Activité physique</i>	13
4.2.3 <i>Normes corporelles</i>	13
4.3 Principaux déterminants sociaux	14
4.3.1 <i>Normes alimentaires et les déterminants sociaux</i>	14
4.3.2 <i>Activité physique et les déterminants sociaux</i>	19
4.3.3 <i>Normes corporelles et les déterminants sociaux</i>	22
5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	23
5.1 Recommandations aux décideur·euse·s politiques	25
5.2 Recommandations aux professionnel·le·s de la santé	27
5.3 Recommandations aux personnes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne	29
6. LIMITES	30
7. RÉFÉRENCES	31

1. INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Le nombre de personnes vivant avec le diabète de type 2 (DT2) ne cesse d'augmenter partout à travers le monde. Cette pathologie touche les populations diverses de façon inégale (Organisation mondiale de la santé (OMS), 2016; Robyn, 2018). En matière de prévalence de DT2, la littérature rapporte des inégalités importantes entre et au sein des populations migrantes (Fédération internationale du diabète (FID), 2011, 2017; OMS, 2016; Robyn, 2018). Ainsi, au Canada, alors que les études révèlent une prévalence très faible de cette maladie chez les personnes migrantes d'origine européenne, elle est, par ailleurs, très élevée chez les personnes migrantes originaires de l'Afrique, de l'Amérique du Sud et de l'Asie du Sud (Adhikari & Sanou, 2012; Creatore et al., 2010). Par exemple, dans une étude réalisée sur la prévalence du diabète chez les personnes migrantes à Toronto (Creatore et al., 2010), les auteurs ont constaté des taux de prévalence du diabète chez les personnes mi-

grantes originaires de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale étaient de 4,6% chez les hommes et de 4,8% chez les femmes, tandis que chez les personnes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne (PMASS), les taux de prévalence du diabète étaient de 7,9% chez les femmes et de 8,9% chez les hommes (Creatore et al., 2010). En résumé, les personnes migrantes originaires d'Afrique, de l'Amérique du Sud et de l'Asie du Sud, en particulier, sont plus affectées que celles d'origine européenne (Adhikari & Sanou, 2012; Creatore et al., 2016;; Veenstra & Patterson, 2016).

De multiples barrières à l'accès aux services de prévention et de promotion de la santé placent parfois les personnes migrantes dans des situations qui les privent des moyens d'agir une fois que leur santé vient à se détériorer (Adhikari & Sanou, 2012; Creatore et al., 2016).

Parmi ces barrières, la littérature à ce sujet rapporte :

- 1 l'expérience de la migration, y compris les croyances culturelles, les écarts en matière d'alphabétisation et la discrimination (Gushulak et al., 2011; Koehn et al., 2013; Zanchetta & Poureslami, 2006);
- 2 la complexité du régime médical;
- 3 les coûts des médicaments;
- 4 la perception négative du traitement;
- 5 la mauvaise communication entre le patient et le médecin;
- 6 les conséquences adverses du traitement et la culture (García-Pérez et al., 2013; García-Ramírez et al., 2012).

La littérature scientifique relevant de la posture naturaliste portant sur le DT2 explique, généralement, l'émergence de cette maladie à partir des facteurs de risque tels que le manque d'activité physique, l'appropriation de mauvaises habitudes alimentaires et, conséquemment, le développement de l'obésité (Adhikari & Sanou, 2012; FID, 2011; OMS, 2016). De ces explications découleront des programmes de promotion, de prévention, de contrôle et de suivis (Alzubaidi et al., 2015; Baradaran et al., 2006; Brown et al., 2002).

L'acte alimentaire, l'activité physique et la corporalité, trois dimensions sociales ancrées dans un système de représentations socio-culturelles (Fischler, 2001; Kaufmann, 2005; Poulain, 2002), jouent également un rôle essentiel dans l'avènement du DT2 (Adhikari & Sanou, 2012; Steyn et al., 2004). Ce sont d'ailleurs les dimensions sociales les plus ciblées par les intervenant·e·s dans leurs pratiques visant la prévention et le contrôle du DT2 (Adhikari & Sanou, 2012;

Roy, 2002; Steyn et al., 2004). Les personnes vivant avec ou à risque de développer le DT2 sont invitées individuellement à choisir minutieusement les aliments qu'elles incluent dans leur alimentation quotidienne, et ce, en respectant les systèmes de normes alimentaires, d'activité physique et corporelle favorables à la prévention et au contrôle du DT2 (Adhikari & Sanou, 2012; Sanou et al., 2014). Ces personnes sont dans la plupart des cas dissociées de leur environnement social. Ces types de recherches masquent les dimensions sociales et historiques qui constituent également les causes fondamentales des maladies chroniques comme le DT2. En concentrant leurs efforts sur les individus, ces approches tendent à culpabiliser voire à blâmer les personnes vivant avec le DT2 ou à risque de le développer qui sont déjà victimes malgré elles d'un environnement nuisible (Roy, 2002).

Mais quels sont les déterminants sociaux susceptibles d'influencer l'adoption ou le rejet, par les personnes migrantes originaires de l'Afrique subsaharienne, des systèmes de normes alimentaires et corporelles favorables à la prévention et au contrôle du diabète de type 2? Telle est la question sous-jacente au projet de recherche dont une partie des résultats sont présentés dans ce rapport.

La finalité de cette recherche est de proposer des pistes de réflexion et d'actions pour une meilleure sensibilisation des différents acteurs et différentes actrices qui jouent un rôle stratégique et qui interviennent auprès des personnes migrantes vivant avec ou à risque de développer le DT2.

Ce projet s'inscrit en continuité avec des travaux antérieurs (Colgrove, 2002; Roy,

2002) et ceux de recherche doctorale de la chercheuse principale (Ntanda, 2022) soulignant l'importance de s'attaquer aux conditions sociales générales pour obtenir des améliorations significatives et à long terme de la santé des populations.

Le terme « système » fait référence à un ensemble d'éléments complexes qui sont en relation (ou en interaction) les uns avec les autres et avec leur environnement (Von Bertalanffy, 1972). Dans cette étude, les systèmes de normes alimentaires, corporelles et d'activité physique favorables à la prévention et au contrôle du DT2 se réfèrent ici aux recommandations de l'OMS pour la prévention ou le contrôle du DT2 (OMS, 2016). En effet, selon l'OMS, avoir une alimentation saine, un poids normal, pratiquer une activité physique modérée quotidienne et éviter la consommation de tabac sont autant de moyens de prévenir ou de retarder l'apparition du DT2 (OMS, 2016).

1.2 OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de cette recherche est d'explorer, à travers les propos des PMASS vivant avec ou à risque de développer le diabète de type 2, les déterminants sociaux qui influencent l'adoption ou le rejet des systèmes de normes alimentaires et corporelles favorables à la prévention et au contrôle du DT2.

1.3 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- 1 Identifier les déterminants sociaux susceptibles d'influencer l'adoption ou le rejet, par les PMASS vivant avec ou à risque de développer le DT2, des systèmes de normes alimentaires et corporelles favorables à la prévention et au contrôle du DT2;
- 2 Identifier les aliments qui sont fréquemment consommés par les PMASS et leurs habitudes de consommation alimentaires.
- 3 Explorer les perceptions des PMASS face aux recommandations de la santé publique du Canada relative à l'acte alimentaire, l'activité physique et la corporalité

Nous avons préféré utiliser le concept de corporalité pour insister sur le caractère propre de la constitution de l'homme tout en mettant l'accent sur le caractère du corps comme étant le tout de l'humain (Fries, 1965).

Précisions que pour atteindre l'objectif spécifique 1, nous avons également réalisé une revue de la portée. Les résultats de celle-ci ne sont pas rapportés dans ce rapport. Ils seront ultérieurement présentés sous forme d'un article en vue d'une publication dans une revue scientifique.

2. APPROCHE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

2.1 PERSPECTIVES THÉORIQUES

Nous avons combiné les éléments de trois perspectives théoriques :

- 1 normativité sociale (Canguilhem, 1966);
- 2 intersectionnalité (Hancock, 2007; Hankivsky et al., 2010);
- 3 déterminants sociaux de la santé (Jobin et al., 2012; Mikkonen & Raphael, 2010).

La combinaison de ces trois perspectives a permis de répondre à nos objectifs de recherche.

La **normativité sociale** s'inscrit dans une posture vitaliste critique telle qu'elle est définie par Canguilhem (1966). Cette perspective théorique nous a permis de : (i) nous éloigner de la vision purement biomédicale de la santé afin de concevoir autrement le concept de santé ainsi que celui d'acte alimentaire et de corporalité; (ii) considérer

les personnes migrantes vivant avec le DT2 comme des personnes ayant la capacité de créer elles-mêmes des normes de vie sociale, la capacité de dépasser la norme qui définit le normal momentané ou institué et d'instituer, en fonction des situations nouvelles, des normes nouvelles, convenables, vitales. Depuis la posture que nous adoptons, il y a la vie biologique, mais ce qui est vital est le sujet dans son expérience, dans ses liens sociaux, identitaires et politiques (Ntanda, 2022). Dans le cadre du DT2 en particulier, le fait que les personnes doivent vivre avec cette pathologie pour tout le reste de leur vie, leur expérience est essentielle pour mieux comprendre comment elles composent avec cette réalité dans un contexte d'immigration.

La deuxième perspective théorique retenue est celle de l'**intersectionnalité** (Hancock, 2007; Hankivsky et al., 2010). Celle-ci offre la possibilité d'analyse qui va au-delà de l'examen de facteurs individuels tels que la bio-

logie, le statut socio-économique, le sexe, le genre et la race. Elle met davantage l'accent sur les relations et les interactions entre ces facteurs, et ce, à plusieurs niveaux de la société (Kapilashrami & Hankivsky, 2018). Cette approche théorique nous a permis d'analyser la manière dont les conditions structurelles en interaction avec celles individuelles influençant l'adoption ou le rejet, par des PMASS vivant avec ou à risque de développer le DT2, influencent leur rejet ou l'adoption des systèmes de normes alimentaires et corporelles favorables à la prévention et au contrôle du DT2.

Enfin, les éléments du cadre théorique des **déterminants sociaux de santé** (Jobin et al., 2012; Mikkonen & Raphael, 2010) nous ont permis d'atteindre l'objectif spécifique 1 de notre étude qui a consisté à identifier les facteurs qui influencent l'adoption ou le rejet des systèmes de normes alimentaires et corporelles des personnes migrantes originaires de l'ASS vivant avec le DT2.

2.2 MÉTHODOLOGIE

2.2.1 Devis de recherche

Pour atteindre les objectifs de cette recherche, nous avons réalisé une recherche qualitative de type descriptive (Creswell, 2013; Sandelowski, 2010). Ce devis nous apparaît le plus approprié pour mieux décrire, à travers les propos des personnes migrantes vivant avec ou à risque de développer le DT2, les facteurs susceptibles d'influencer l'adoption des systèmes de normes alimentaires et corporelles favorables à la prévention et au contrôle du diabète de type 2. Comme nous l'avons mentionné ailleurs (Ntanda, 2022), la recherche qualitative permet de recueillir un maximum

d'informations sur le phénomène étudié en prenant en compte la subjectivité dans les démarches de production de connaissance. Elle permet également d'explorer les émotions, les sentiments des Sujets en étude ainsi que leurs comportements, leurs expériences et les significations qu'ils attribuent aux faits (Creswell, 2013; Fortin & Gagnon, 2010).

2.2.2 Recrutement

Les participant·e·s ont été sélectionné·e·s selon une technique d'échantillonnage par choix raisonné parmi les hommes et femmes originaires de l'ASS, résidant au Canada depuis au moins 5 ans, vivant avec le DT2 ou à risque de le développer. Précisons que les personnes migrantes à risque de développer le DT2 sont à considérer selon les critères de la santé publique du Canada (Agence de la santé publique du Canada (ASPC), 2011). En effet, selon la littérature, le fait d'être noir ou d'origine hispanique ou encore l'appartenance à un groupe autochtone accroît substantiellement le risque de souffrir, un jour ou l'autre, du DT2 (Adhikari & Sanou, 2012; ASPC, 2018; De Maio, 2010). Par personne migrante, nous faisons référence à toute personne née et ayant grandi dans un des pays de l'Afrique subsaharienne, qui ont obtenu, par les autorités de l'immigration, le droit de résider au Canada en permanence. Sont également incluses dans cette catégorie les personnes ayant obtenu la nationalité canadienne par naturalisation. Par ailleurs, les Canadien·ne·s de naissance né·e·s à l'étranger ainsi que les résident·e·s temporaires, notamment les personnes ayant un permis de travail temporaire ou d'études, sont exclus (Statistique Canada, 2017). Précisons que cette étude

considère les PMASS comme étant une population hétérogène regroupant une variété de personnes porteuses de multiples réalités et histoires et qui expérimentent des réalités différentes (Boschet & Guégan, 2017). Ces personnes présentent des éléments de similitudes qui les caractérisent, comme l'expérience de migration, un passé colonial et la couleur de peau.

Le recrutement s'est fait principalement avec l'appui d'ACCESSS, du SOIT et du CCCM. Nous avons également eu recours à d'autres stratégies de recrutement notamment : 1) la diffusion de la description du projet incluant nos coordonnées sur les réseaux sociaux (pages Facebook d'organismes travaillant avec des immigrants à Montréal et à Québec), par courriel ou par affichage au siège d'autres organismes ethnoculturels et dans plusieurs autres lieux (cégep, centres hospitaliers, églises, universités, épiceries exotiques, événements festifs, etc.); 2) la technique de boule de neige (Miles & Huberman, 2003) en demandant aux participant·e·s déjà recruté·e·s de nous recommander d'autres participant·e·s éligibles; et 3) personnes de référence : personnes ayant accepté de parler du projet dans son réseau. Ce sont surtout ces deux dernières stratégies qui nous ont fortement facilité le recrutement.

2.2.3 Collecte de données

Nous avons réalisé 24 entrevues qualitatives semi-dirigées d'une durée moyenne d'une heure (1h) entre les mois d'octobre 2022 et mars 2023 auprès des PMASS dont 11 hommes (8 DT2) et 13 (9 DT2) femmes. Le nombre des personnes interviewées a été ajusté selon le principe de saturation empirique (Bourbonnais, 2015; Gérin-Lajoie,

2006; Pires, 1997).

Nous avons ajusté notre schéma d'entrevue après les trois premières entrevues individuelles. Précisons que ce schéma n'a pas été utilisé comme un questionnaire rigide, mais plutôt comme un guide flexible. Puisque notre souhait était d'écouter davantage ce que les participant·e·s avaient à partager avec nous, nous avons laissé la parole à ceux-ci sans suivre de façon rigide notre schéma d'entrevue. Les propos de nos participant·e·s ont orienté les discussions même vers les thèmes qui n'étaient pas initialement pensés. Les entrevues se sont déroulées majoritairement en présentiel selon la disponibilité de nos participant·e·s. Des questions ouvertes ont été adressées aux PMASS interviewées en vue d'obtenir leurs opinions concernant les éléments qui influencent les choix des aliments qu'elles consomment fréquemment, la pratique de l'activité physique et l'adoption des recommandations de la santé publique du Canada relatives à la prévention ou contrôle du DT2.

Les thématiques abordées comprenaient les aliments fréquemment consommés, les recommandations de la santé publique relatives à la prévention et au contrôle du DT2, le DT2, les représentations du corps et la pratique de l'activité physique. Bien que nous eussions élaboré un guide d'entrevue, les discussions avec nos participant·e·s nous ont conduits vers d'autres sujets que nous n'avions pas préalablement pensés, mais qui influencent l'adoption ou le rejet des normes alimentaires et corporelles véhiculées dans la société d'accueil et dans les milieux de la santé.

Après l'analyse préliminaire des premières entrevues individuelles, nous avons com-

plété la collecte de données en effectuant trois groupes de discussion, en décembre 2022, avec 18 participant·e·s à l'entrevue individuelle qui ont accepté d'être recontacté·e·s pour participer aux groupes de discussion. Nous avons ajusté le schéma d'entrevue selon les principaux thèmes qui ont émergé des entrevues individuelles. Les trois groupes de discussion se sont déroulés à distance. Ces échanges ont permis d'enrichir, réajuster et approfondir certaines pistes d'analyse dans le but d'assurer, comme le dirait Dubet 1994, une « double vraisemblance » des résultats aux yeux de l'équipe de recherche et de nos participant·e·s, renforçant ainsi la pertinence des analyses.

Nous avons tenu un journal de bord tout au long de notre immersion sur le terrain pour relater tout le processus de la recherche. Dans ce journal de bord, nous avons également inscrit les réflexions émergentes.

2.2.4 Analyse des données

Les données recueillies ont été enregistrées et retranscrites sous forme de verbatim, afin d'être analysées à l'aide du logiciel NVivo. Les données recueillies ont fait objet d'un processus continu et itératif d'analyse thématique (Braun & Clarke, 2006). Après la transcription des entrevues par une transcriptrice formée à cet effet, nous avons dans un premier temps révisé et annoté librement les transcriptions des entrevues afin de nous familiariser avec le corpus et de bien nous l'approprier. Dans un deuxième temps, nous avons examiné le corpus à travers le logiciel NVivo pour dégager inductivement les thématiques saillantes qui ressortaient des discours. Chaque unité de sens pertinente a ainsi été identifiée

puis codée selon un ou plusieurs thèmes correspondants, classés parallèlement dans un schéma conceptuel évolutif. Durant ce processus, nous avons cherché à détecter la manière dont les thèmes repérés étaient connectés entre eux tout en élaborant des pistes de réflexion en lien avec notre objectif de recherche.

2.2.5 Considération éthique

La totalité du projet s'est déroulée dans une optique de respect de la dignité humaine en s'accordant avec les trois principes directeurs de l'Énoncé de politique des trois Conseils, que sont le respect des personnes et de leur autonomie, la préoccupation pour le bien-être et la justice (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada & sciences naturelles et en génie du Canada, 2022).

3. PRÉSENTATION DES PARTICIPANT·E·S

Il importe de rappeler que cette étude considère les PMASS comme étant une population hétérogène. Bien qu'elles présentent des éléments de similitudes qui les caractérisent, comme l'expérience de migration, un passé colonial et la couleur de peau, ces personnes regroupent une variété de personnes porteuses de multiples réalités et histoires et qui expérimentent des réalités différentes (Boschet & Guégan, 2017).

Pour les entrevues individuelles, les 24 PMASS recrutées étaient âgées de 26 à 65 ans au moment de l'entrevue. Treize s'autodéclaraient vivant avec le DT2. Quinze résidaient à Montréal et neuf à Québec. Elles étaient originaires de la République démocratique du Congo (8), du Cameroun (4), du Rwanda (3), du Sénégal (4), de l'Angola (2), du Burkina Faso (2) et du Togo (1). Seize ont vécu plus de 10 ans au Canada. Quinze avaient obtenu la citoyenneté canadienne et 9 étaient résident·e·s permanent·e·s. Seulement trois se déclaraient non-pratiquant·e·s, les autres

s'identifiant comme catholiques (8), musulmanes (6) ou évangéliques (7). Vingt-un avaient complété des études universitaires. Vingt-deux occupaient un emploi, une était en congé de maternité et une en chômage. La majorité gagnaient moins de 35 000 \$ par an. La grande majorité étaient en couple hétérosexuel et avait au moins deux enfants. La plupart avaient immigré seul·e·s, deux avec leur frère et six avec leur conjoint·e.

ENTREVUES RÉALISÉES

Âge		26 à 65 ans
Genre		Femmes = 13 Hommes = 11
Diabète de type 2		13 personnes
Occupation		En emploi = 90% En congé de maternité = 8% Au chômage = 2%
Pays d'origine		Congo = 8 Cameroun = 4 Rwanda = 3 Sénégal = 4 Angola = 2 Burkina Faso = 1 Togo = 1
Ville de résidence		Montréal = 15 Québec = 9
Religion		Non-pratiquants = 2 Catholiques = 8 Musulmans = 6 Évangéliques = 7
Études universitaires		21 personnes

4. RÉSULTATS

Rappelons que cette étude s'est intéressée particulièrement aux déterminants sociaux susceptibles d'influencer l'adoption ou le rejet des systèmes de normes favorables à la prévention et au contrôle du DT2. Les déterminants sociaux de la santé se réfèrent aux contextes dans lesquels les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces contextes sont déterminés par plusieurs forces, comme l'économie et les politiques sociales, entre autres (Mikkonen & Raphael, 2010). Ils font référence aux conditions de vie et aux déterminants structurels qui influencent la santé des individus, tels que les milieux de vie ou de travail, les réseaux sociaux, les systèmes d'éducation et de santé

ou encore les contextes économique et législatif. Les déterminants sociaux de la santé constituent l'une des principales causes des inégalités de santé.

Nous avons porté l'attention sur les normes alimentaires, d'éducation physique et corporelles qui sont les dimensions les plus ciblées par les professionnel·e·s de santé dans leurs pratiques de prévention et contrôle du DT2. Nous illustrons dans les lignes qui suivent les aliments que les PMASS interviewées consomment fréquemment, leurs perceptions face aux recommandations de la santé publique et les facteurs qui influencent l'adoption ou le rejet des systèmes de normes favorables à la prévention et au contrôle du DT2.

4.1 ALIMENTS FRÉQUEMMENT CONSOMMÉS

D'une manière générale, nous avons constaté trois tendances relatives aux pratiques alimentaires à travers les propos des PMASS interviewées. Ces tendances nous semblent varier principalement selon les pays d'origine, la durée d'immigration et l'âge. La plupart de ces personnes adoptent une pratique alimentaire qu'elles nomment typiquement « africaine ». Elles se procurent les aliments dans les magasins nommés couramment « exotiques ». Toutefois, depuis quelques années, certains produits provenant des pays africains sont aussi vendus dans les supermarchés classiques.

« Je mange le fufou. On peut le préparer à base de farine de maïs, semoule, comme la polenta. On le mange accompagné d'une bonne sauce. Je mange souvent les feuilles de manioc qu'on appelle pondu. Les bananes, les plantains mais aussi d'autres bananes vertes. » (P8-F)

« Je n'ai pas changé mon alimentation, même avec le diabète. Je mange le fufou, pondu, Fumbwa. Je suis venu ici à 44 ans, je ne saurais pas manger ce qu'on mange ici. J'ai réduit trop de gras, mais je continue mon alimentation comme en Afrique. » (P3-H-DT2)

« Mme, ce que je mange, je l'achète dans des magasins africains. Les aliments que je mangeais avant de venir ici on les trouve là. J'achète les ignames, les poissons fumés et beaucoup d'autres aliments que je ne me rappelle plus comment les dire en français. » (P1-F-DT2)

« Mon mari et mes enfants aiment manger la nourriture de chez moi. Mon frigo et mon congélateur sont remplis de produits de chez moi. Je les prépare en grande quantité et ensuite je les conserve pour plusieurs jours. (...) Je prépare les poissons, la viande, quelques légumes. » (P11-F)

Des propos similaires sont également ressortis durant les groupes de discussion.

« Chez moi, si on ne fait pas la nourriture comme en Afrique, on a faim. On ne mange pas. Même si ça coûte un peu cher, mais les gens s'organisent. Surtout pendant les fêtes et les retrouvailles qui se font je dirai à chaque week-end. Aujourd'hui tu es invité dans la famille de X, demain dans la famille de M. Y. C'est comme ça que cela fonctionne. Moi avec le diabète ce n'est pas facile. Il faut manger. » (groupe de discussion)

« Au début je rencontrais la difficulté de les trouver. J'essayais d'adapter mon alimentation par rapport à la nourriture de chez nous. Je mangeais du pain d'ici sans me rendre compte que cela avait un impact sur ma santé. Et les gens me disaient de changer. Les aliments d'ici avaient beaucoup de produits (ingrédients) et que ce n'était pas bien pour la santé. Du lundi à dimanche, je prépare nos aliments. » (groupe de discussion)

Certaines PMASS interviewées adoptent une pratique alimentaire qu'elles nomment hybride. Dans cette catégorie, l'aspect hybride se réfère d'une part au fait de préparer les aliments d'ici à la manière d'ailleurs. Et d'autre part, le fait de consommer les aliments d'ici en alternance avec ceux d'ail-

leurs.

« Avec mon boulot, je n'ai pas beaucoup de temps pour aller chercher les aliments comme les feuilles de manioc, les ignames de chez moi. Si ce n'était pas loin, oui, je le ferais le plus souvent. Je dirai même que les aliments que je trouve à Super C par exemple, je les cuisine à ma manière. Par exemple les haricots, différents types de légumes, les riz et d'autres choses, on peut les cuisiner très bien comme dans la manière de chez nous. » (P12-F)

« Je dirais que c'est un peu le mixte entre ce que l'on consomme au Sénégal et au Québec. Mais le plus souvent chez moi je consomme les plats sénégalais. Et souvent, quand j'accueille aussi des amis qui viennent d'autres pays, la première chose qu'ils me disent [...], Quand on vient, on aimerait que ça soit du thiéboudiène. C'est un plat typique de chez moi. C'est un patrimoine culturel reconnu par l'UNESCO. Parfois, ça peut être des lasagnes par exemple. Disons qui est à base de viande de bœuf avec des pâtes, et cetera, donc parfois ça peut aussi être des fruits. (...). C'est rare, mais on prépare quelques plats québécois. » (P3-H)

Quelques propos illustrent que certaines PMASS privilégient une alimentation qu'elles nomment occidentale. Dans cette catégorie, les propos de nos participant·e·s sont davantage orientés vers les fast food et d'autres produits comme les spaghettis et les lasagnes, entre autres. Le recours vers ce type de produits alimentaires est principalement motivé par le manque de temps.

« À part les samedis et les dimanches, (des journées où) je peux cuisiner, une bonne pizza ou burger. Durant la semaine (je ne peux pas), ça prend beaucoup de temps. Je travaille plus

de 10h par jour. J'ai deux petits jobs. Avoir le temps pour aller faire mon épicerie et préparer les plats c'est un luxe. » (P4-H-DT2)

« J'aime les pâtes et mes enfants aussi. Je trouve que c'est rapide de les préparer. Je dirai que mon repas est composé des pâtes, lasagne, pizza aussi. Ici ça ne coûte pas cher, mais en Afrique c'est réservé aux gens qui ont les moyens. » (P13-F)

4.2 PERCEPTIONS FACE AUX RECOMMANDATIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

4.2.1 Normes alimentaires

En leur demandant de partager avec nous leurs points de vue par rapport aux recommandations de la santé publique relatives à une saine alimentation, la majorité des PMASS interviewées reconnaissent l'importance de ces recommandations. Cependant, elles trouvent que ces recommandations sont souvent déconnectées de leurs réalités. Selon ces personnes, elles ne prennent pas en compte les indications relatives aux aliments qu'elles consomment fréquemment.

« Les choses qu'on ne connaît pas, on les mange difficilement. Même si on te dit que c'est bien pour la santé. On ne change pas tout d'un coup ce que l'on mange. J'ai déjà regardé le guide alimentaire, il y a des aliments que je ne connais pas et je ne les mange pas. » (P3-H)

« Il faut dire une chose. Je ne regarde pas les quantités de ce que je mange. Chez moi en général, on ne se soucie pas trop de quantité. Au contraire, il faut préparer une bonne quantité pour tout le monde. On fait de tour et de tour

(pour manger) à table ou par terre. On mange jusqu'à ce que le ventre dit je n'en peux plus. » (P3-H)

Une femme vivant avec le DT2 et résidant au Canada depuis plusieurs années a partagé avec nous son inquiétude concernant les informations qu'elle reçoit pour gérer sa maladie. Bien qu'elle soit bien traitée et suivie par son médecin de famille et une nutritionniste, elle déplore le manque le lien entre ce qu'elle mange et ce qu'elle reçoit comme informations.

« Je suis suivie par les nutritionnistes. Ils prennent bien soin de moi. Mais ils ne me donnent pas les indications selon ce que je mange. Par exemple, je mange presque chaque jour le manioc, les bananes plantains ou les ignames. Le manioc on peut le manger de plusieurs manières. Il y a les feuilles de manioc, la farine de manioc, le chikwangué. Tout cela représente quoi en termes de portion que je dois manger. » (P9-F-DT2)

4.2.2 Activité physique

Concernant l'activité physique, la plupart de PMASS interviewées perçoivent son importance pour prévenir les maladies, mais les conditions de travail et de vie ne leur permettent pas d'en pratiquer. Certaines affirment que lorsqu'elles étaient en Afrique, la pratique de l'activité physique était ancrée dans leur routine journalière. Elles la pratiquaient presque chaque jour en parcourant de longue distance pour aller au travail ou faire des commissions. Il ne s'agissait pas d'une activité programmée, mais plutôt une manière très active de mener leurs différentes activités quotidiennes.

« Le problème va plus loin. Les Noirs ne font pas d'exercice. Dans mon quartier, je ne les

vois pas vraiment. Je dirai peu de femmes et plus d'hommes en vélos ou à pied. En Afrique, on ne pratique pas vraiment du sport programmé comme ici. Ce n'a pas une habitude courante, mais les gens bougent beaucoup. Les gens parcourent de longs kilomètres pour aller travailler, chercher de l'eau, aller visiter des amis. » (Groupe de discussion)

« Je marchais beaucoup lorsque j'étais au Sénégal. Pour aller au travail, je marchais parfois de longues distances. Chaque jour on allait avec les amis jouer au soccer. Le sport était naturel. En venant ici, ce n'est pas le même rythme. Je prends ma voiture pour aller faire mes courses. Je bouge moins. Oui il faut bouger, mais quand? C'est important, mais parfois la volonté ne suffit pas Mme. » (P3-H)

« Ce que les professionnels de la santé me disent je trouve que c'est très bien. Ici tout est pris en charge. Il y a une bonne prise en charge et on nous prodigue des informations pertinentes. Sur cet aspect. Même si parfois, il y a des choses qu'on ne comprend pas, mais ils sont là. » (P9-F-DT2)

4.2.3 Normes corporelles

Conformément aux normes corporelles véhiculées dans les milieux de la santé, le poids santé correspond à un IMC normal entre 18,5-24,9, valorisant ainsi la minceur. D'une manière générale, les PMASS interviewées perçoivent l'importance et la nécessité d'avoir un poids santé. Cependant, elles trouvent que les normes corporelles véhiculées dans les milieux de la santé publique sont différentes des règles de convenance,

comme le dirait De Certeau, des PMASS.

« Corps mince n'est pas valorisé depuis l'enfance. C'est le gros qui est bien vu et valorisé. Moi dans mon entourage ici, j'entends les parents qui sont originaires de l'Afrique dire que les enfants doivent être gros pour se défendre, pour éviter l'intimidation. Dans les cours de récréation, on craint les enfants noir gros. Certains parents les encouragent à manger et à grossir pour être plus gros. » (P1-F-DT2)

« Quand tu es mince, on te regarde comme un corps de blanc. Le Blanc est arrivé avec le mannequin. Chez nous même les danseuses doivent avoir des carrures pour bien bouger. Corps gros est valorisé par certaines personnes qui viennent de l'Afrique. » (P9-F-DT2)

« Lorsqu'une femme mariée devient mince, on pense qu'elle est atteinte d'une maladie incurable comme le SIDA, cancer, on n'est vu que comme malade. Avec le DT2 on veut être comme tout le monde. » (P17-F-DT2)

Les propos de quelques PMASS interviewées illustrent également le fait que de plus en plus, il y a une tendance vers la valorisation d'un corps mince dans le souci de demeurer en bonne santé.

« Il y a une certaine culture qui accompagne cette représentation. Au Sénégal, femmes minces renvoie au fait qu'elles ne bénéficient de tous les soins. Gambie, là où je suis passé, l'embonpoint (est) un signe de qualité de vie, opulence. Minceur signifie que la femme qui ne traite pas bien son mari ou vice versa. Cette manière on le voit aussi ici mais ça bouge au moins dans mon entourage. » (P3-H)

« Représentation continue à être présent même ici. On pense qu'il ne mange pas bien, n'est pas bien traité. Mais il faut distinguer deux catégories, les immigrants qui ont beaucoup étudié soit bien instruits et non instruits. Les femmes éduquées veulent de plus en plus pratiquer le sport. « Mais là aussi il y a un problème quand il faut le faire. On n'a pas de temps. » (Groupe de discussion)

En résumé, la minceur était dévalorisée dans la plupart de pays Africains. Avoir un corps mince était associé à des connotations négatives. Elle symbolisait la maladie, la malédiction, la paresse et la pauvreté, entre autres. Elle était également associée à l'identité blanche. Bien que ces représentations aient tendance à changer une fois au Canada, elles demeurent encore ancrées dans les règles de convenance, comme le dirait De Certeau, de ces personnes.

4.3 PRINCIPAUX DÉTERMINANTS SOCIAUX

Rappelons que notre étude s'est intéressée aux déterminants sociaux qui font référence aux conditions de vie et aux déterminants structurels qui influencent la santé des individus, tels que les milieux de vie ou de travail, les réseaux sociaux, les systèmes d'éducation et de santé ou encore les contextes économique et législatif.

4.3.1 Normes alimentaires et les déterminants sociaux

À travers les propos de la plupart de PMASS interviewées dans notre étude, nous avons constaté que les produits alimentaires africains qu'elles consomment peuvent contribuer à les aider à adopter une alimentation saine en diversifiant ce qu'elles mangent.

Cependant, les portions journalières de repas, la consommation des fruits et légumes frais ainsi que la quantité de sucre et de sel demeurent un défi de taille pour la plupart de ces personnes. Par ailleurs, le contexte économique (le coût des aliments), les conditions de vie (revenu, horaires de travail et temps limité), le manque de connaissance des professionnel·le·s de la santé par rapport aux habitudes de consommation alimentaires des PMASS, l'inconsidération de la part des professionnel·le·s de la santé des aliments fréquemment consommés par les PMASS, la disponibilité et la qualité de certains produits alimentaire, les réseaux sociaux (communautés, proches) et le manque de guide alimentaire adapté figurent parmi les principales barrières à l'adoption d'une saine alimentation qui est favorable à la prévention et au contrôle du DT2. Ces facteurs sont interreliées et influencent les choix et la consommation des aliments.

Contexte économique : coût des aliments

La plupart de PMASS interviewées, bien qu'elles connaissent l'importance d'adopter une saine alimentation dans leur quotidien, sont parfois confrontées à des prix des aliments relativement élevés. Pour elles, le coût des aliments constitue une barrière importante à l'adoption d'une saine alimentation.

« Les aliments coûtent cher. Mais les aliments africains un peu moins. Les fruits coûtent très cher. J'achète une quantité suffisante. Je le mets dans le congélateur. Je peux les manger deux à trois par semaines. Je mange les

haricots, poissons, poulets, les épinards (P1-F-DT2)

« Il y a des produits qui coûtent cher. Plus cher que quand je dois acheter les pondus par exemple. Les immigrants n'ont pas assez d'argent, surtout lorsqu'on vient d'arriver. On peut bien nous dire de manger ça ou autre mais quand on vient ici, notre préoccupation est vraiment ailleurs. Comment survivre ici et comment aider nos proches qui sont restés. » (P2-F)

Disponibilité et qualité de certains aliments

Un autre facteur fréquemment référé par les PMASS interviewées est la disponibilité de certains aliments qui varie principalement selon le quartier et la ville de résidence. Certains produits alimentaires ne sont pas disponibles dans les magasins de certains quartiers de résidence, nécessitant ainsi le temps et le moyen de transport supplémentaires pour aller les acheter. Le manque de disponibilité de certains aliments peut influencer l'adoption ou le rejet de certains aliments jugés sains et nécessaires pour prévenir ou contrôler certaines maladies chroniques comme le DT2.

« Pour moi, le gouvernement doit faire plus pour qu'on retrouve proche de chez nous les aliments sains. Parfois la qualité de ce qu'on mange fait défaut, mais on n'a pas de choix.

On prend ce que l'on trouve avec le temps qu'on a et le budget qu'on a. » (P5-F)

les apprêter autrement pour avoir le goût. » (groupe de discussion)

« Là où j'habite, j'ai la misère à acheter des légumes, même des fruits frais. Il faut prendre en conserve. Avant je pensais que c'était bien, mais lorsque j'ai appris que ça ne fait pas du bien au corps, j'ai laissé. Je ne sais pas si on choisit les produits à vendre selon les gens qui y habitent ou pas. » (P9-F-DT2)

« Fraicheur, disponibilité (alimentaire) et temps sont des vrais problèmes. Il faut aller les chercher et savoir d'où cela vient. On finit par trouver que tel produit n'est pas bien soigné. Il faut lui donner le goût. Il faut plein d'épices. Finalement quand on les mange, on ne sait plus quel est le produit qu'on mange réellement. On doit ajouter plein de choses, plein d'épices. » (groupe de discussion)

« On n'a pas beaucoup de magasins pour acheter ce qu'on mange. Chez moi il y a juste deux magasins, on est limité. Rendre disponible les aliments que nous mangeons. » (groupe de discussion)

« Je pense qu'il y a une relation à faire entre l'alimentation et les habitudes de vie. La manière dont les gens consomment et la manière de préserver leur santé. Huile grasse, beaucoup de sel, additif. Attirer l'attention des gens sur l'excès. » (P9-F-DT2)

Certaines PMASS ont mentionné la qualité nutritionnelle des aliments qu'elles consomment.

« Ici on peut trouver la nourriture de notre pays, mais ce sont des nourritures qui ne sont pas fraîches. Ce sont des nourritures qui ont duré beaucoup de temps, elles sont congelées. Si on peut avoir des nourritures fraîches, ça serait vraiment bien pour la santé. On mange pour éliminer la nostalgie. On se réfugie vers ces nourritures. On trouve le réconfort. » (groupe de discussion)

Condition de vie : revenu et type d'emploi

Les conditions dans lesquelles vivent la plupart de PMASS les empêchent d'adopter une saine alimentation. Le revenu et le type d'emploi ont été identifiés comme les principales barrières.

Revenu

« Quand je suis arrivée à Québec, je ne savais pas les épiceries pour trouver mes nourritures de chez moi. Il n'y avait pas beaucoup d'épiceries dans le passé. Il y a un problème de délai, la qualité est problématique. On finit par préparer la nourriture d'ici et on essayer de

Certaines ont mis en évidence le fait que leur revenu est faible et ont plusieurs dépenses à faire. De ce fait, le choix d'acheter et de consommer les aliments sains et de qualité passe en deuxième ou troisième plan. Le revenu relativement faible associé au coût des aliments constitue une barrière importante à l'adoption d'une saine alimen-

tation.

« Dans les magasins africains, le poisson est plus cher et d'autres produits aussi, mais par rapport au niveau de vie d'ici c'est acceptable. Cela dépend aussi de ce que la personne gagne ou le revenu de la famille je dirais même. » (P3-H)

« Je mange selon mon budget et non selon le guide alimentaire qu'on dit de manger 5 fruits ou mange ça. Je ne saurai pas tenir au bout. Avec ce que je gagne, je n'arrive pas à la fin de chaque mois. » (P1-F-DT2)

Pour certaines PMASS, leur revenu sert également à subvenir aux besoins de leurs proches resté·e·s dans leurs pays d'origines.

« Avec tout ce qui a payé, ce n'est pas facile. On gagne quoi rien. Un salaire de base et il faut penser à nos familles en Afrique. » (groupe de discussion)

« C'était difficile quand je suis arrivée. Les diplômés on ne les considère pas. Les conditions étaient vraiment difficiles. Le salaire d'ici c'est 500\$. Je n'arrive pas au bout. » (P5-DT2)

Type d'emploi

Pour certaines PMASS, les conditions de travail (horaires tardifs ou non fixes, type de travail) constituent une barrière à l'adoption d'une saine alimentation. Elles doivent parfois occuper deux à trois petits emplois afin de pouvoir subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs familles d'ici ou même des proches qui sont resté·e·s dans leurs pays d'origines. En occupant deux ou trois emplois, elles n'ont pas assez de temps pour pouvoir assurer une saine alimentation. Le manque de temps, associé aux conditions

de travail, constitue un facteur important qui peut contribuer à ne pas adopter une saine alimentation.

« Les immigrants trouvent des emplois que les gens d'ici ne prennent pas. Cela n'aide pas. On va alors manger des sandwiches, McDo. L'homme célibataire va acheter des poutines, à Tim Horton. La femme va cuisiner. Ils n'ont pas le temps pour préparer. La vie ici est vraiment difficile. » (groupe de discussion)

« Je manque souvent le temps pour faire à manger. Je mange ce que je trouve. Après le boulot, je regarde chez A&W ou Tim Hortons ou d'autres places. C'est rapide et moins cher aussi. Je ne perds pas trop mon temps à cuisiner. » (P16-H DT2)

Réseaux sociaux : communautés

Selon les propos entendus, les regards ou les commentaires de certains membres de leurs communautés peuvent influencer l'adoption d'une saine alimentation.

« Avec les gens qu'on rencontre ici qui viennent de chez nous, on forme comme une famille, une communauté. On se rencontre, on mange et on discute. Il y a des fêtes, il y a des rencontres de Noël, je reçois plein d'invitations et même si je ne pars pas, on m'emmène la nourriture à la maison. Les gens pensent qu'on dit non parce qu'elle est fière. On le perçoit de façon négative. » (P22-H-DT2)

« La nourriture fait partie du quotidien, les gens mangent diabétique ou non. Les gens finissent par avoir énormément de poids. C'est

vraiment dans nos coutumes qu'il faut placer ces éléments. [...] Je me suis rendu compte que chaque été, dès qu'il y a la visite, on mange beaucoup. Ma fille est infirmière auxiliaire, même ses amis aussi. Elle sait que j'ai le diabète, lorsque je dis non, je ne mange pas ceci ou cela, ils me disent que cela ne fonctionne pas, tu vas mourir. Il ne faut pas écouter ce que les médecins disent. Dans ma communauté, je dirai qu'on apprécie que la personne participe et mange. Dans mon cas, chaque poids que je prends, j'ai du sucre en plus. Mais comment je peux jongler avec ma fille et mes proches. C'est compliqué. » (P9-F-DT2)

« Quand tu ne manges pas comme les autres, les gens se demandent s'ils ont fait quelques choses de mal. Ils sont capables de préparer autre chose pour te plaire pour que tu manges bien. Tu ne peux pas t'éloigner ce monde-là. Ça nous fait du bien. On se partage des choses, les joies et les tristesses d'ici. » (P10-H)

« Je trouve que les communautés des immigrants font beaucoup de tabou. Les gens cachent les choses. Ils disent non, ils ne disent qu'il a le DT2. Les gens veulent satisfaire en mettant même leur santé en danger. Certains mangent sans faire attention. Ils ont honte ou peur de rendre tristes les gens. » (groupe de discussion)

« Bientôt ce sont les fêtes, ma famille ou mes familles m'invitent. Lorsque tu ne manges pas, on te dit tu exagères. Pourquoi ne pas manger avec nous alors que on est ensemble. » (groupe de discussion)

« Le regard des autres qui nous font mal. On ne nous encourage pas. Combien c'est difficile au sein de nos communautés de vouloir prendre la bonne décision. Une réalité qui existe. » (groupe de discussion)

Circonstances liées à l'immigration : déception, situations stressantes, racisme et discrimination

Quelques propos de PMASS illustrent que certaines circonstances liées à l'immigration les poussent à adopter de mauvaises habitudes alimentaires, les exposant ainsi à développer le DT2.

« Je sais très bien ce qui a causé mon diabète. Mon diabète a commencé avec ma situation d'ici. J'ai passé une situation difficile. Quand j'avais terminé mes études à l'Université Laval, j'étais engagée à la ville de Québec. [...], je devrais commencer un mois après. On a élu la nouvelle mairesse, elle a mis ce service tout en glace. Le service que je devrais faire n'était plus disponible. Ça n'existe plus. Cette situation m'a tué. Je me suis lancé dans le manger. Je mangeais mes émotions devant l'écran. J'ai envoyé mon Cv pour chercher du travail, mais rien ne fonctionnait. Je ne sortais pas, j'attendais que le téléphone sonne peut-être un employeur. Lorsqu'on me disait qu'on a reçu votre candidature mais on a retenu une autre personne, je plongeais dans la nourriture. Dans certaines circonstances, on trouve notre réconfort dans ces aliments. » (discussion de groupe)

« Une amie a vécu des situations stressantes. Elle a vécu très mal son immigration. Elle a développé le diabète. Sa vie est finie. La crise, l'immigration n'aide pas. Lorsque tu ne trouves pas parce que tu es noir, lorsque tu

perds ton boulot parce que tu es noir, on dit que tu n'es pas capable, tu te refoules dans la nourriture (groupe de discussion).

Lorsqu'on arrive ici, on pense qu'on va être bien, mais ce n'est pas le cas. On commence à manger n'importe quoi. On n'a pas l'argent, on doit survivre. » (P4-H-DT2)

Manque de guide alimentaire adapté

À travers les propos de la plupart de PMASS interviewées dans notre étude, nous avons constaté que le guide alimentaire canadien actuel peut influencer l'adoption ou le rejet des normes alimentaires recommandées pour prévenir ou contrôler le DT2. Certaines de ces personnes pensent que le guide alimentaire devrait refléter leurs réalités en intégrant aussi les aliments qu'elles consomment fréquemment. Plusieurs propos illustrent les difficultés que ces personnes rencontrent en essayant de suivre les recommandations du guide alimentaire canadien actuel.

« [...] On ajoute dans les feuilles de manioc, plein d'épices et du poisson. On mange aussi les amarantes. On les mélange avec la viande et autres choses. Combien je dois manger. Tu ne trouveras pas ces informations dans le guide. C'est compliqué et complexe. Le guide adapté pour nous est vraiment nécessaire. » (P9-F-DT2)

« Il faut documenter quand on prend les aubergines on ajoute dans les pondus cela fait quoi. Moi la portion qu'on me donne chez mon nutritionniste, j'ai toujours faim. Quand

je respecte ce qu'on me donne, je n'arrive pas à résister. Est-ce la portion fonction quand ce sont les feuilles de manioc, poissons. Le guide on doit nous dire c'est la carotte de manioc, c'est quoi, quand c'est l'igame c'est quoi. Il n'y a pas. » (groupe de discussion)

« Je pense que les aliments africains que je mange sont sains, je sais ce que je mets dedans. Je choisis le type d'huile, je diminue le gras. Mais je ne trouve pas ce que je mange parmi les aliments du guide alimentaire d'ici. Mme, moi j'essaye personnellement, j'essaye d'adapter le guide. Je sais qu'il y a des personnes qui ne sont pas capable d'adapter le guide. Surtout les personnes qui ne les savent pas. Il y a des gens qui arrivent ici qui sont peu instruites. Il faut adapter le guide. » (P1-F-DT2)

4.3.2 Activité physique et les déterminants sociaux

Bien que la plupart de PMASS interviewées reconnaissent et comprennent bien l'importance de l'activité physique, plusieurs facteurs peuvent empêcher ces personnes de la pratiquer. Le contexte économique (le coût associé à l'abonnement dans un centre sportif), les conditions de vie (revenu, horaires de travail, temps limité) et les réseaux de soutien social limités (communautés, proches) sont les principales barrières à l'adoption de l'activité physique telle que recommandée dans les milieux de la santé afin de prévenir ou de traiter certaines maladies chroniques comme le DT2.

Contexte économique

Un des facteurs référés par la plupart de PMASS est le coût associé à l'abonnement

dans un centre sportif.

« Les abonnements coûtent très cher. Avec le niveau de vie de gens qui vient d'Afrique, surtout au début, ce n'est pas faisable. Je pense qu'une politique préventive doit viser à alléger les coûts associés, les rendre équitables. Si par exemple, les gouvernements pouvaient mettre en place les incitatifs. Initiative pour alléger les coûts associés aux gym. Initiative pour faire garder les enfants. » (P3-H)

« Et là, quand on parle de l'activité physique, on a l'impression que c'est comme l'extra, mais on sait que ce n'est pas extra, c'est nécessaire. Si on parle pour moi l'exemple de l'hiver, je ne sors pas et pour bouger, je dois aller dans une gym. C'est payant, est-ce que j'ai les moyens? Et les autres immigrants? » (P24-F)

« D'habitude, les gens de chez nous, ils vont faire l'activité physique, par exemple de la marche. Mais quand il fait froid, c'est difficile de marcher. Là, ça demande qu'on aille faire des activités à l'intérieur qui vont coûter cher. Parce que l'abonnement n'est pas facile. » (P2-F-DT2)

« Quelques PMASS trouvent que c'est un risque de payer cher et puis peut-être elles ne pourront même pas utiliser ce centre de sport par manque de temps ou ne pas savoir où garder son enfant en cas de son absence ou encore par conflit d'horaire avec le travail. »

Condition de vie

Nous avons constaté que les PMASS, dans la plupart de cas, ont la volonté de pratiquer l'activité physique dans leur quotidien, mais les horaires de travail ne leur permettent pas de pouvoir marcher ni d'aller dans un centre sportif pour pratiquer une activité physique. Les horaires de travail, associés au manque de temps, peuvent empêcher ces personnes de pratiquer une activité physique.

« Les gens mieux sensibilisés comprennent bien ces enjeux. Il faut briser le cycle de sédentarisme. Les gens sont très occupés, peu de temps pour faire de l'activité. Le manque de temps est un facteur très déterminant je dirai. Vous savez on travaille 5 jours par semaine. Les deux journées, les gens utilisent à parler avec les gens d'ici et d'ailleurs. Je pense que les gens doivent se faire violence. » (P3-H)

« Quand on arrive ici, c'est la survie, on oublie la santé. L'activité physique est considérée comme extra. » (P2-F)

« Imagine-toi quelqu'un qui doit travailler dur et doit envoyer l'argent en Afrique. Il n'a pas de temps. Je bougeais beaucoup lorsque j'étais en Angola. Pour aller au boulot, il faut bouger. On bouge beaucoup. Ici on prend la voiture pour tout, pour faire vite et pour éviter le froid. On finit par prendre du poids et pour le perdre ce n'est pas automatique. » (P5-H-DT2)

Quelques PMASS nous ont fait remarquer que le type d'emploi qu'elles occupent les

obligent à bouger.

« On n'a pas de temps, je quitte le travail à 22h30. Je fais beaucoup de mouvement. D'une autre manière cela me fait du bien. Quand je quitte le boulot, je n'ai même pas le temps pour aller courir sur les rues de Montréal ou de Québec. » (groupe de discussion)

« Le mode de mon travail me fait bouger. Pendant l'hiver c'est difficile. L'hiver c'est compliqué. L'été je bouge. Je vois très peu les femmes. Elles ont trop de charge. Je ne les croise pas pour pratiquer les sports. Elles ont souvent deux ou trois emplois. » (groupe de discussion)

« Il faut fournir un effort. Quand on est immigrant, on commence à chercher les choses importantes de bases. Le bouger, le sport n'est pas notre priorité. Samedi je vais essayer mais je commence avec les choses de la maison, on a plus de temps. Je sais que c'est important, mais je n'ai pas assez de temps pour bouger. » (groupe de discussion)

Réseau de soutien social limité

Les propos de certaines PMASS, surtout celles qui ont des enfants en bas âge, illustrent que le réseau soutien social limité peut constituer une barrière à la pratique de l'activité physique. Elles vivent souvent loin de leurs familles élargies (mères, pères, frères, sœurs, cousins, cousines, tantes et oncles, entre autres) qui peuvent garder leurs enfants pendant qu'elles s'absentent pour aller pratiquer une activité physique en marchant ou dans un centre sportif.

« Pour l'enfant, une personne d'ici, elle peut aller laisser son enfant chez sa maman au moins pendant 2h, mais elle, la personne qui vient d'ailleurs doit payer tous ces services-là. » (P9-F-DT2)

« Les personnes qui viennent d'ailleurs ont besoin d'avoir beaucoup d'argent pour compenser le manque de la présence des membres de leurs familles. L'abonnement, une fois qu'on ait le temps, si c'est une famille, disons une femme qui est monoparentale, qui revient du travail qui doit aller chercher ses enfants à la garderie, qui doit faire à manger, un autre problème, ces familles, parfois elles sont seules. » (P2-F)

« On peut dire que si les Canadiens peuvent faire ça les immigrants aussi. Ce n'est pas la même chose. Eux ils vont avoir des familles, des grands-mères, des tantes des oncles et des sœurs ici. Ils sont seuls souvent. Ils doivent tout payer pour faire garder les enfants ou pour faire réparer des choses. C'est une vie qui coûte. » (P16-H)

4.3.3 Normes corporelles et les déterminants sociaux

Rappelons que conformément aux normes corporelles véhiculées dans les milieux de la santé, le poids santé correspond à un IMC normal entre 18,5-24,9, valorisant ainsi la minceur. Bien que les PMASS interviewées reconnaissent l'importance d'avoir un corps mince, les commentaires ou les regards de leurs proches et communautés contribueraient à les empêcher adopter cette norme.

« Les proches, les familles, les amis encouragent de manger, de ne pas suivre ce que les médecins disent. Dans mon cas, on me dit "maman, mange". Si tu ne manges pas, les gens vont s'inquiéter. Il faut manger, il faut faire comme tout le monde. Il faut répondre à ces encouragements pour faire plaisir. Tu vas suivre ton régime demain. On est encouragé à bien manger pour avoir un visage rond. » (groupe de discussion)

« On ne change pas du jour au lendemain. Ceux qui sont nés ici, oui, changent. En forme cela veut dire que physiquement tu es gros. On dit que tu commences à avoir l'habitude du Blanc. » (groupe de discussion)

« Même les chansons, on dit nzoto "sembe sembe". Tout cela vient de loin. Dans ma coutume, on verse de l'eau sur le dos de la femme à épouser. On regarde sa carrure. Est-ce qu'elle a une carrure si elle a une grossesse comment elle va tenir l'enfant. Moi quand je perds le kilo, c'est ma fille qui commente qui travaille dans le milieu de la santé. On voit l'os. C'est très difficile et d'évacuer toute cette pression. » (groupe de discussion)

« Dans la famille de mon frère, quand son épouse s'est déplacée, il a perdu du poids quand son épouse est revenue, c'est une discussion. Son épouse l'a ramené dans ses habitudes. » (groupe de discussion)

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le DT2 est un indicateur important des inégalités sociales de santé. Au regard des résultats de notre étude, nous osons croire que, auprès de certaines populations comme les PMASS, les interventions devraient cibler davantage les déterminants sociaux, soient les conditions de vie et les contextes structurels dans lesquels ces personnes naviguent. En ce sens qu'une maladie comme le diabète, lorsqu'elle se développe dans des proportions parfois qualifiées d'épidémiques, pourrait, selon nos résultats, avoir pour causes les conditions sociales, économiques, voire politiques, d'un environnement donné.

Les personnes vivant avec cette maladie ont évidemment un rôle important à jouer, mais le gros travail à faire se situe en dehors de leur contrôle. Comme nous l'avons illustré dans les paragraphes précédents à travers quelques propos des PMASS, le revenu, le chômage, le type d'emploi, les horaires de travail, les réseaux sociaux, les condi-

tions liées à l'immigration et le racisme, entre autres, sont des déterminants importants à l'adoption des normes alimentaires et corporelles favorables à la prévention et au contrôle du DT2. Ces déterminants se situent au-delà du contrôle de ces personnes. De ce fait, des interventions préventives, cliniques ou de sensibilisation devraient prendre davantage en compte ces différentes dimensions susceptibles d'influencer une saine alimentation et la pratique de l'activité physique. Par ailleurs, nous osons croire qu'il est important de ne pas sous-estimer ou d'ignorer la culture alimentaire pré-migratoire des personnes migrantes. Toutefois, nous sommes d'avis qu'agir uniquement sur les facteurs sociaux serait insuffisant puisqu'ils sont interreliés aux facteurs individuels. Cependant, en améliorant les conditions de vie et les contextes structurels, il est plus facile d'avoir des améliorations au niveau individuel. Le sens inverse est plus difficile.

Bien que nous sommes convaincu·e·s de l'importance de s'attaquer aux conditions sociales générales pour obtenir des améliorations significatives et à long terme de la santé des populations, toutes les parties prenantes notamment les décideurs politiques, les professionnels de la santé ainsi les PMASS ont un rôle crucial à jouer.

Nous proposons dans les lignes qui suivent quelques actions qui pourraient être mises en place par les décideur·euse·s politiques, les professionnel·le·s de la santé et les PMASS.

5.1 RECOMMANDATIONS AUX DÉCIDEUR·EUSE·S POLITIQUES

Il importe de souligner que la représentativité des groupes issus de diversités ethnoculturelles au sein des divers groupes de décideurs politiques est plus que nécessaire étant donné son actuelle sous-représentation. Ci-dessous, quelques recommandations tangibles afin que les PMASS aient un accès plus équitable aux positions sociales enviables et aux échelons élevés de la hiérarchie dans les diverses sphères de notre société.

Briser le cycle de la pauvreté auprès des PMASS en facilitant leur intégration professionnelle



Faciliter l'accès à l'emploi pour tous et toutes en mettant en place des lois qui **éliminent tout type de discrimination**.



Faciliter et accélérer le **processus de reconnaissance des diplômes** scolaires obtenus en dehors du Canada

Faciliter l'adoption de saines habitudes de vie chez les PMASS



Subventionner les aliments frais tels que les fruits et les légumes, incluant ceux importés et consommés par les PMASS.



Rembourser 50% de la facture totale relié à l'achat de denrées alimentaires de qualité pendant la première année d'immigration, adapté selon le revenu familial et le type d'immigration.



Créer des partenariats entre le ministère de l'Immigration et certains centres sports privés et communautaires afin qu'ils soient plus fréquentés et plus connus des personnes migrantes.



Créer un plus grand réseau de haltes-garderies accessible aux familles à faibles revenus souhaitant améliorer leurs habitudes de vie (temps pour faire de l'activité physique, aller au marché, consultations de professionnels de la santé).



Adopter des mesures législatives permettant aux distributeurs des produits alimentaires de **rendre disponible des produits alimentaires de qualité pour tous et toutes** incluant ceux fréquemment consommés par les PMASS.

Mettre en place des systèmes simples, accessibles, efficaces et confidentiels de dénonciation d'actes de discrimination et de racisme.



Dans les écoles, cégep, universités et tout établissement scolaire : mettre en place une **certification type « école ouverte à la diversité »** afin que les écoles aient des barèmes à suivre dont la mise en place d'un comité interne incluant personnels et élèves pour la valorisation de la diversité (alimentaire, ethnoculturelle) et la prévention de la discrimination en milieu scolaire.



Entreprises privées : créer une **campagne de promotion du programme Égalité d'accès à l'emploi** afin de faire connaître ce programme à un plus grand nombre et ainsi à augmenter le nombre d'entreprise souscrite à ce programme



Offrir une subvention pour **former plus de personnel en compétences interculturelles au sein des organisations gouvernementales**

(CI(U)SSS), Revenu Canada, Revenu Québec, divers ministères, etc.) et pour la mise en place d'un comité Équité, diversité et inclusion au sein des organisations gouvernementales

5.2 RECOMMANDATIONS AUX PROFESSIONNEL-LE-S DE LA SANTÉ



Reconnaître le fait que les normes alimentaires, d'activité physique et corporelles auxquelles les PMASS s'identifient ou adhèrent peuvent être différentes de celles véhiculées dans les milieux de la santé dans la société d'accueil (ici le Canada). Il est important de le reconnaître pour pouvoir penser à des stratégies permettant de rapprocher ces différentes normes, celles de la société d'accueil et celles auxquelles ces personnes s'identifient ou adhèrent.



Adapter les recommandations de la santé publique ainsi que les outils de sensibilisation selon les clientèles issues de l'ASS en considérant les habitudes alimentaires post-immigration ainsi que les aliments traditionnels fréquemment consommés par les PMASS, et ce, afin d'assurer un continuum alimentaire optimal pour leur santé.



Clarifier certains concepts qui peuvent être différents et difficiles à comprendre pour les PMASS, notamment les concepts de collation, minceur, poids santé, courbe de croissance, activité physique.



Reconnaître sa propre position sociale et l'influence de celle-ci sur sa relation avec les PMASS. Celles-ci, par la couleur de leur peau, par leur histoire et par leur position sociale, ne se situent pas au même niveau d'égalité que les professionnel-le-s de la santé. Les rapports de domination, les inégalités relationnelles et de pouvoir peuvent influencer le lien des professionnel-le-s de la santé avec ces personnes ainsi que la manière dont leurs messages sont considérés. Le fait de reconnaître sa position sociale et son influence permettrait d'être attentif-ve à la manière d'intervenir auprès de cette population en évitant par exemple d'adopter une approche « coloniale ».



Adopter une attitude négociatrice en plaçant ces personnes et leurs familles au centre l'accompagnement, tout en considérant les contextes socio-économiques dans lesquels elles naviguent.



Accompagner les PMASS en reconnaissant qu'elles appartiennent à plusieurs mondes, celui d'ici et celui d'ailleurs, celui d'aujourd'hui et celui d'hier.



Reconnaître que toutes les personnes migrantes n'expérimentent pas les mêmes réalités. Celles-ci varient notamment selon leur pays d'origine, leur statut d'immigration et leur couleur de peau, entre autres. Cette reconnaissance permettrait d'éloigner des idées préconçues sur les PMASS tout en considérant que chaque personne est unique.

5.3 RECOMMANDATIONS AUX PERSONNES MIGRANTES ORIGINAIRES DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE



Dans la mesure du possible, varier les aliments et les lieux d'achat de ceux-ci.



Ne pas hésiter à pratiquer régulièrement l'activité physique en utilisant les moyens qui sont à sa disposition.



Privilégier dans la mesure du possible les moyens de déplacement en commun ou même marcher.



Dans la mesure du possible, limiter la consommation de sel, sucre, épices, additif alimentaire, huile et certains produits alimentaires, notamment les « Fast Food ».



Limiter la consommation de boissons gazeuses et alcooliques.

6. LIMITES

Une des limites concerne la validité externe ou la transférabilité de notre étude. En effet, pour des raisons de disponibilités des participant·e·s, malgré nos efforts de pouvoir garantir la diversité interne de l'échantillon en essayant d'inclure les personnes originaires de plusieurs pays de l'ASS, nous n'avons pu interviewer que des migrant·e·s originaires de sept pays de l'ASS (Angola, Burkina Faso, Cameroun, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal et Togo) alors que cette dernière comporte 48 pays. Compte tenu de la diversité des pays, des régions et des cultures qui composent cette partie de la planète, les propos recueillis ainsi que les faits observés ne reflètent pas toutes les réalités des migrant·e·s provenant de cette région du monde, ni même de leurs pays d'origine. Toutefois, la triangulation des données (entretiens individuels, groupes de discussion, littérature) que nous avons effectuée dans le cadre de cette étude a permis d'obtenir une vision globale de la réalité étudiée.

Par ailleurs, la collecte de données a été réalisée pendant la crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19. Cette dernière opère d'importantes transformations économiques et sociales qui ont apporté des changements notamment au marché du travail, aux modes de vie et aux contacts sociaux. Il est donc difficile de savoir dans quelle mesure la crise a influencé nos résultats. D'autres études pourraient être menées en documentant les expériences avant et après la crise sanitaire.

7. RÉFÉRENCES

Adhikari, R., & Sanou, D. (2012). Risk Factors of Diabetes in Canadian Immigrants: A Synthesis of Recent Literature. *Canadian journal of diabetes*, 36(3), 142-150. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2012.06.001>

Alzubaidi, H., Mc Narmara, K., Kilmartin, G. M., Kilmartin, J. F., & Marriott, J. (2015). The relationships between illness and treatment perceptions with adherence to diabetes self-care: A comparison between Arabic-speaking migrants and Caucasian English-speaking patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 110(2), 208-217. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2015.08.006>

Agence de la santé publique du Canada. (2018). Les principales inégalités en santé au Canada: un portrait national. r. p. l. m. d. l. S. Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2018 Date de publication : mai 2018. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research/hir-full-report-fra_version_originale.pdf

Baradaran, H. R., Knill-Jones, R. P., Wallia, S., & Rodgers, A. (2006). A controlled trial of the effectiveness of a diabetes education programme in a multi-ethnic community in Glasgow [ISRCT28317455]. *BMC public health*, 6, 134-134. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-134>

Boschet, A., & Guégan, J.-B. (2017). *Comprendre les migrations : Approches géographique et géopolitique*. Bréal.

Bourbonnais, A. (2015). L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en soins infirmiers*(1), 23-34.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in*

psychology, 3(2), 77-101.

Brown, S. A., Garcia, A. A., Kouzekanani, K., & Hanis, C. L. (2002). Culturally competent diabetes self-management education for Mexican Americans: the Starr County border health initiative. *DIABETES CARE*, 25(2), 259-268.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*.

Colgrove, J. (2002). The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. *Am J Public Health*, 92(5), 725-729.

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada & Instituts de recherche en santé du Canada, (2022). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*.

Creatore, M. I., Glazier, R. H., Moineddin, R., Fazli, G. S., Johns, A., Gozdyra, P., Matheson, F. I., Kaufman-Shriqui, V., Rosella, L. C., & Manuel, D. G. (2016). Association of neighborhood walkability with change in overweight, obesity, and diabetes. *JAMA*, 315(20), 2211-2220.

Creatore, M. I., Moineddin, R., Booth, G., Manuel, D. H., Desmeules, M., McDermott, S., & Glazier, R. H. (2010a). Age- and sex-related prevalence of diabetes mellitus among immigrants to Ontario, Canada. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association médicale canadienne*, 182(8), 781. <https://doi.org/10.1503/cmaj.091551>

Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications.

De Maio, F. G. (2010). Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada. *International journal for equity in health*, 9(1), 1-20.

Fédération internationale du diabète. (2011). *Plan mondial contre le diabète 2011-2021*. Fédération Internationale du Diabète. [Lien](#)

Fédération internationale du diabète. (2017). *Atlas du diabète de la FID*. 8 e éd. Fédération Internationale du Diabète

Fischler, C. (2001). *L'Homnivore : le goût, la cuisine et le corps* (Odile Jacob ed.).

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.

García-Pérez, L.-E., Álvarez, M., Dilla, T., Gil-Guillén, V., & Orozco-Beltrán, D. (2013). Adherence to Therapies in Patients with Type 2 Diabetes [journal article]. *Diabetes Therapy*, 4(2), 175-194. <https://doi.org/10.1007/s13300-013-0034-y>

García-Ramírez, M., Hernández-Plaza, S., Albar, M. J., Luque-Ribelles, V., & Suárez-Balcázar, Y. (2012). Building healthcare stakeholder coalitions: A community psychology ap-

- proach to user involvement for migrant populations. *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*, 188-204.
- Gérin-Lajoie, D. (2006). L'utilisation de l'ethnographie dans l'analyse du rapport à l'identité. *Éducation et sociétés*(1), 73-87.
- Gushulak, B. D., Pottie, K., Hatcher Roberts, J., Torres, S., & DesMeules, M. (2011). Migration and health in Canada: health in the global village. *CMAJ*, 183(12), E952-958. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090287>
- Hancock, A.-M. (2007). Intersectionality as a normative and empirical paradigm. *Politics & Gender*, 3(02), 248-254.
- Hankivsky, O., Reid, C., Cormier, R., Varcoe, C., Clark, N., Benoit, C., & Brotman, S. (2010). Exploring the promises of intersectionality for advancing women's health research. *International journal for equity in health*, 9(1), 5.
- Jobin, L., Pigeon, M., & Bédard, L. (2012). *La santé et ses déterminants: mieux comprendre pour mieux agir*. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Québec: 26p.
- Kapilashrami, A., & Hankivsky, O. (2018). Intersectionality and why it matters to global health. *The Lancet*, 391(10140), 2589-2591.
- Kaufmann, J.-C. (2005). *Casseroles, amour et crises: ce que cuisiner veut dire*. Armand Colin.
- Koehn, S., Neysmith, S., Kobayashi, K., & Khamisa, H. (2013). Revealing the shape of knowledge using an intersectionality lens: results of a scoping review on the health and health care of ethnocultural minority older adults. *AGEING & SOCIETY*, 33, 437-464. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000013>
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Déterminants sociaux de la santé: les réalités canadiennes*. 2011. Toronto, École de gestion et de politique de la santé de l'Université de York.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.
- Ntanda, G. M. (2022). *Du naturalisme au vitalisme: construire autrement le diabète de type 2 chez les migrants originaires de l'Afrique subsaharienne*.
- Organisation mondiale de la santé. (2016). Rapport mondial sur le diabète. Résumé d'orientation. *World Health Organization*. WHO/NMH/NVI/16.3. www.who.int/diabetes/global-report
- Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113-169.
- Poulain, J.-P. (2002a). *Les modèles alimentaires. Manger aujourd'hui: attitudes, normes et pra-*

tiques. Éditions Privat: Toulouse.

Poulain, J.-P. (2002b). *Manger aujourd'hui : attitudes, normes et pratiques*. Privat.

Robyn, H. (2018). Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada: Introduction. *Can J Diabetes*, 42, S1-S5.

Roy, B. (2002). *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère: diabète et processus de construction identitaire: les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. Presses Université Laval.

Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *RESEARCH IN NURSING & HEALTH*, 33(1), 77-84.

Sanou, D., O'Reilly, E., Ngnie-Teta, I., Batal, M., Mondain, N., Andrew, C., Newbold, B. K., & Bourgeault, I. L. (2014). Acculturation and nutritional health of immigrants in Canada: a scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 24-34. <https://doi.org/doi:>

Statistique Canada. (2017). *Immigration et diversité ethnoculturelle : faits saillants du Recensement de 2016*. (n° 98-316-X2016001). Ottawa: Statistique Canada Retrieved from <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>

Steyn, N. P., Mann, J., Bennett, P., Temple, N., Zimmet, P., Tuomilehto, J., Lindström, J., & Louheranta, A. (2004). Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. *Public Health Nutrition*, 7(1a), 147-165.

Veenstra, G., & Patterson, A. C. (2016). Black-white health inequalities in Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(1), 51-57.

Von Bertalanffy, L. (1972). The history and status of general systems theory. *Academy of Management journal*, 15(4), 407-426.

Zanchetta, M. S., & Poureslami, I. (2006). Health literacy within the reality of immigrants' culture and language. *Canadian Journal of public health, Revue canadienne de santé publique*, 97, S26-S30.

