
ATELIER 18
La formation et l'interculturalité
(François ROCHE)

Communication 18.4
« Services sociaux et de santé et travail social dans un
contexte pluraliste »

Marie Lacroix, Université de Montréal

Les étudiants arrivent à la pratique en service social avec des conceptions limitées de ce qu'est la pratique dans un milieu pluraliste, multiethnique. Notre façon d'aborder la formation a été découpée en champs de spécialisations – jeunes, toxicomanie, protection de la jeunesse, personnes âgées – et l'interculturel. C'est un découpage factice, car « l'interculturel » n'est pas un domaine de spécialisation mais une réalité intrinsèque et transversale à tous les champs de pratique. Au cœur de la question se retrouve le rapport à l'altérité, la construction de l' « autre », de « l'étranger » et comment préparer les étudiants à intervenir dans cette réalité complexe et fragmentée.

Ce cloisonnement de l'intervention reflète aussi la réalité du contexte politique en ce qui a trait aux modèles d'incorporation des nouveaux arrivants au Canada et au Québec.

Le Canada a mis en place une politique du multiculturalisme dans les années 70, une loi sur le multiculturalisme dans les années '80. Selon Gay (1985)

« combattant l'hégémonie instaurée par la (les) culture(s) s'érigeant comme universelle(s) et supérieure(s), les artisans du multiculturalisme estiment que les cultures minoritaires doivent pouvoir poursuivre leur développement dans la nouvelle société et y occuper une place reconnue. Ils estiment également que les cultures d'appoint ont droit à l'expression de leur spécificité culturelle et à leurs institutions, qui doivent être soutenues par l'État. »

Au Québec la culture est considérée comme un facteur primordial de solidarité et de cohésion sociale, assurant la cohérence des objectifs pour l'ensemble de la société et l'interdépendance des parties. Cette idéologie refuse le *melting pot* américain et le multiculturalisme canadien et affirme que les cultures des groupes minoritaires doivent être à la fois fusionnées à la culture majoritaire francophone et maintenues en périphérie, jouissant d'une autonomie relative (Legault, 2000b: 45). Au niveau linguistique, l'unilinguisme francophone est

envisagé comme l'élément susceptible d'unifier le Québec pluriethnique contemporain.

D'un modèle 'culturaliste', de convergence culturelle, le Québec passe, dans les années 90 au modèle du citoyen.

Deux modèles d'incorporation donc – canadien et québécois - qui ne se rejoignent pas sinon dans la prémisse qu'il y a 'les autres' sur le territoire.

Les besoins des nouveaux arrivants, leur réalité, leur passé et leur présent sont évacués des politiques – du bien-être, du logement, du chômage, des services sociaux et de santé. Les politiques sont élaborées comme si on avait affaire à une population homogène, blanche, et au Québec, francophone. Pour tenter de palier aux lacunes de ces politiques, sans pour autant les remettre en question, les établissements tentent de comprendre pourquoi les nouveaux arrivants, les 'minorités ethniques' les 'communautés culturelles' n'utilisent pas les services, pourquoi ils sont sous représentés.

Au Québec, la question de l'accessibilité et de l'adéquation des services sociaux et de santé demeure non seulement une question importante en ce qui regarde la cohésion sociale, mais elle se pose de plus en plus dans la perspective d'un processus d'intégration auquel sont soumis tous les nouveaux arrivants. La question se trouve au cœur d'une société en mutation, et les services sociaux et de santé fournis aux populations ethniques minoritaires s'inscrivent dans un cadre beaucoup plus vaste que celui des politiques des services sociaux et de santé. Le problème se situe dans le cadre d'un débat qui touche les pays occidentaux quant aux droits des minorités, des autochtones et des populations marginalisées par la pauvreté, la précarité et autres conditions sociales s'articulant autour des droits des citoyens.

Ces questions ont aussi des conséquences quant à la formation des intervenants sociaux non seulement en ce qui concerne les compétences de base que doivent acquérir tout intervenant pour une pratique dans un milieu pluri ethnique, mais aussi pour l'analyse qui est faite de la situation.

C'est dans ce contexte que la Régie Régionale de la Montérégie - une région située sur la Rive sud de Montréal - veut comprendre pourquoi les nouveaux arrivants n'utilisent pas les services sociaux et de santé. Ainsi, nous avons mené une recherche exploratoire auprès de 3 groupes de familles : chinoises, afghanes et haïtiennes.

L'objectif général du projet était d'identifier l'état de la situation quant aux difficultés liées à l'accessibilité et à l'adéquation des services sociaux et de santé aux nouveaux arrivants en Montérégie, particulièrement pour ces trois groupes familles nouvelles arrivantes. Nous en tirons des conclusions pour la pratique en service social.

Étant donné notre méthodologie qualitative, nous avons rencontré vingt-deux familles. Ce choix méthodologique permet d'obtenir des données qui décrivent les problèmes et les besoins des familles, permettent d'analyser la perception qu'ont les nouveaux arrivants des services et leurs modes de solution de problèmes. On ouvre ainsi sur une nouvelle compréhension de la problématique de l'adéquation des services en considérant la perception qu'en ont les utilisateurs.

Les familles étaient toutes nouvelles arrivantes au Québec depuis cinq ans ou moins. Toutes étaient résidentes permanentes.

Les données ont été recueillies lors d'entretiens semi-structurés d'une durée moyenne d'une heure et demie. Les entretiens ont été réalisés dans la langue d'origine et transcrites par les interviewers en français. Nous avons rencontré les trois interviewers individuellement, lorsqu'ils ont eu terminé les transcriptions, afin de discuter des résultats obtenus. Ce processus a permis de faire un début d'analyse et a permis aux interviewers de nous faire part de leur expérience et du contexte de vie dans lequel se trouvaient les familles rencontrées. Ce va-et-vient continu entre l'assistante de recherche et les interviewers tout au long du processus a permis une triangulation et une validation des données. La première étape de l'analyse a consisté à documenter les raisons qui motivent l'utilisation des services sociaux et de santé ; la deuxième, à cerner les obstacles à l'utilisation.

Un guide d'entretien de base, divisé en six sections, a été élaboré à partir de notre revue de littérature, d'avis de professionnels des services sociaux et de santé et de guides d'entretien utilisés par d'autres chercheurs dans des recherches similaires. À partir de ce guide, nous avons élaboré un guide spécifique pour chaque groupe de familles. La mise au point du guide s'est faite en collaboration avec trois comités consultatifs que nous avons réunis. Ces comités ont été formés de représentants de chaque communauté.

L'analyse que nous développons permet d'aller au-delà du 'culturel' et de comprendre comment l'intersection de différents facteurs d'oppression façonnent les obstacles à l'adéquation et l'accessibilité des services. Cette même dynamique doit être comprise par les étudiants et les intervenants afin d'être en mesure de non seulement comprendre la situation des nouveaux arrivants mais d'intervenir dans une perspective de changement social.

L'analyse intersectionnelle permet d'explorer davantage l'intersection de l'ethnicité, du sexe, du statut d'immigration, de la classe sociale, afin de déterminer la nature des expériences vécues par les nouveaux arrivants, qu'ils soient hommes ou femmes; elle permet d'éclairer les facteurs qui sous-tendent les obstacles à l'utilisation des services sociaux et de santé.

L'application d'un cadre d'analyse intersectionnel et multidimensionnel de la question de l'accessibilité et de l'adéquation des services par les minorités ethniques au

Québec permet de tenir compte de l'ensemble des variables qui articulent la connexion entre les différents aspects de l'identité et leur interaction avec différents systèmes perçus comme opprimants tels l'hégémonie du système bio-médical, la suprématie blanche, le capitalisme, le colonialisme, le neo-colonialisme et l'impérialisme.

L'analyse intersectionnelle a ses origines dans les écrits de femmes dites « de couleur » qui se sont senties marginalisées et *subordonnées* par les discours féministes et antiracistes des années soixante dix et quatre vingt aux Etats Unis, discours qui ont mis l'accent plutôt sur l'identité du genre que sur l'ethnicité en excluant l'intersection des multiples identités sociales. Ces discours ont tenu à l'écart entre autres, la diversité et les relations entre race, ethnicité, genre, classe, pauvreté et chômage.

L'intersectionnalité examine l'expérience des personnes qui ont subi un ensemble de manifestations de violence et d'oppression et la façon dont elles se représentent les concepts d'inégalité, d'iniquité, de pouvoir, de droits, de privilèges et de châtement. De plus, elle nous rappelle que nos positions sociales non seulement reflètent mais renforcent les relations de pouvoir dans le contexte plus large des relations sociales. Des variables tel le genre, l'âge, l'ethnicité, et/ou la « race » parmi plusieurs autres ne sont pas analysées comme étant des caractéristiques individuelles mais plutôt comme des construits flexibles et fluides qui sont en mouvance et en négociation, à l'intérieur de nos relations quotidiennes. Ce prisme nous incite à remettre en question les conceptions universalistes et essentialistes à l'égard d'une simplification, dans ce cas, des relations interethniques.

Ainsi, la dynamique de l'intersectionnalité peut être comparée à un kaleidoscope : quand on change la direction de la lentille (contexte) les couleurs et les formes de l'image (pouvoir, privilège et désavantage) changent.

Cadre conceptuel

Afin de cerner les dimensions parfois complexes et de comprendre l'intersection des facteurs qui facilitent ou qui posent obstacle à l'accessibilité et à l'adéquation des services, nous avons dégagé un certain nombre de déterminants à considérer lorsqu'on évalue la question de l'accessibilité et l'adéquation des services sociaux et de santé et qui constituent le cadre conceptuel de cette recherche.

Parmi les déterminants de l'état de santé des immigrants, Santé Canada relève plusieurs facteurs de risque : « le sexe, la scolarité, le revenu et le statut social, l'emploi et les conditions de travail, les comportements face à la santé, les habitudes d'hygiène personnelle et la culture », la combinaison « sexe féminin - scolarité primaire - faible revenu » étant la plus risquée. Nous dégageons quatre grandes catégories de déterminants qui s'articulent autour de la notion d'accessibilité et d'adéquation des services sociaux et de santé.

Les déterminants sociodémographiques

Les déterminants sociodémographiques font référence à l'âge, au sexe, au

nombre d'années de résidence au Québec, à l'appartenance à la classe sociale et au statut d'immigration. Parmi ces déterminants, la durée de séjour, l'acculturation et l'intégration sont des éléments ayant une incidence prépondérante sur l'utilisation des services. Le statut économique est l'un des facteurs déterminants qui agit sur la dispense des soins de santé. On note que les immigrants de condition socioéconomique plus faible rapportent deux fois plus de besoins non-comblés que les immigrants à la condition économique plus élevée. Les études démontrent aussi que les personnes ayant un faible revenu font face à plus de difficultés dans l'accès aux soins de santé et qu'ils obtiennent de moins bons résultats dans leur guérison. De plus, les femmes souffrent davantage de maladies chroniques que les hommes et sont généralement plus pauvres qu'eux. Le niveau d'éducation peut également avoir une incidence, tant au point de vue sociodémographique qu'au point de vue socioculturel. Par exemple, des études révèlent que plusieurs nouveaux arrivants d'origine asiatique aux États-Unis ne comprennent pas les théories occidentales sur la santé et sur la maladie. Dans une population de réfugiés indochinois ayant peu d'éducation, plusieurs croyaient que la radiographie avait une valeur curative. Leurs expériences les amenaient donc à conclure hâtivement que la médecine occidentale n'est pas efficace. On doit donc aller au-delà de la connaissance de l'existence des services et se pencher davantage sur leur compréhension.

Les déterminants organisationnels

Les déterminants organisationnels font référence au degré et à la nature de l'information que possèdent les individus sur les services formels et ethniques de santé ainsi qu'au degré de satisfaction face à ces services. L'organisation institutionnelle, bureaucratique, le professionnalisme des services, la conception biomédicale de la santé, la langue et l'absence de formation chez les professionnels de la santé et les intervenants sociaux font partie de ces déterminants.

Les déterminants sociopsychologiques

Ceux-ci se réfèrent au seuil de tolérance par rapport à la détresse psychologique et à la stigmatisation des individus aux prises avec des troubles de santé mentale. Par exemple, dans une recherche menée auprès de la communauté coréenne, on rapporte que le degré de tolérance est élevé et que les problèmes psychologiques sont également perçus comme médicaux et somatiques et liés à une conception culturelle du balan (yin et yan). On retrouve cette somatisation des problèmes psychologiques dans des études effectuées auprès des communautés latino-américaines et de différentes origines asiatiques. Des soins prolongés au sein de la famille, des pratiques asiatiques traditionnelles et des lacunes entre les services institutionnels constituent des éléments importants à considérer dans la trajectoire de demande d'aide.

Les déterminants socioculturels

Les déterminants socioculturels font référence aux réseaux informels, aux réinterprétations « ethniques » des composantes du système formel de santé, des conceptions de la santé et des conceptions de la maladie. Ces éléments constituent

des barrières culturelles importantes. D'après de nombreuses recherches, les réseaux informels occupent une place prépondérante dans l'utilisation ou non des services offerts.

Les expériences de chacune des familles nous confirment qu'il ne suffit pas de poser la problématique de l'adéquation et de l'accessibilité en termes généraux sous la rubrique « nouveaux arrivants ». Non plus est-il adéquat de parler en termes généraux de 'minorités ethniques'. Les nouveaux arrivants se retrouvent à différentes étapes de leur processus d'intégration, et chaque étape comporte ses besoins et ses défis. Il se dégage clairement que la durée de séjour a un impact sur la connaissance et l'utilisation des services. Les familles rencontrées sont encore au début de leur processus d'intégration à la société québécoise, et toute tentative de rejoindre cette population devrait donc se faire en fonction des besoins reliés à ce processus. Pour les intervenants il devient donc important de connaître la trajectoire migratoire de l'individu et l'étape du processus à laquelle se trouve la personne.

Lorsque l'on parle des nouveaux arrivants, il peut être difficile d'établir une ligne de démarcation entre les besoins d'intégration et l'accessibilité des services. Les nouveaux arrivants ont des besoins immédiats concernant leur établissement. Avec l'étape d'arrivée débute le processus d'adaptation fonctionnelle pendant laquelle la famille assure sa survie, l'apprentissage des codes culturels, la recherche d'un logement, l'obtention d'un emploi, l'inscription des enfants à l'école, l'apprentissage de la langue du pays d'accueil. C'est aussi à cette première étape que la demande de services de soins de santé peut survenir et laisser les familles sans recours.

Le processus d'intégration s'échelonne sur plusieurs années et peut être divisé en plusieurs étapes, chacune correspondant à des besoins différents et des problèmes d'ajustement psychologique qui résultent fréquemment de l'absence de repères culturels dans le pays d'accueil. Certaines recherches [1] identifient des problèmes d'adaptation et d'intégration reliés aux rythmes différents d'intégration entre les membres de la famille, et on souligne une « crise d'adaptation accélérée » pour les nouveaux arrivants (dix-huit mois et moins) « en particulier si les conditions du départ de la société d'origine ont été difficiles et si le soutien intracommunautaire est faible. »

Il a été démontré que l'utilisation des services se modifie avec le temps, évoluant de l'utilisation des cliniques médicales et des urgences à l'adoption de sources régulières de soins [1]. Les recherches démontrent aussi que le processus d'intégration s'amorce dès l'arrivée et qu'une intégration réussie est tributaire, en partie, de la qualité de l'accueil et des services disponibles pendant cette période. La présence d'une société accueillante peut contrebalancer l'impact émotif négatif dont peut engendrer l'adaptation au nouveau pays. Ceci implique avoir accès à l'information sur le pays d'accueil, information et accès aux services tel que le logement, la formation à l'emploi, l'accès aux cours de langue. Tout devrait donc être mis en place afin de faciliter cette étape dans la trajectoire migratoire des nouveaux arrivants.

L'utilisation des services dépend aussi du statut à l'arrivée – immigrant indépendant, immigrant parrainé, réfugié ou demandeur d'asile. Chacun de ces statuts définit les services sociaux et de santé auxquels ont droit les individus. Par exemple, la

recherche de logement est le seul service gouvernemental subventionné par le gouvernement du Québec aux demandeurs d'asile. La précarité de statut constitue aussi un obstacle important dans l'utilisation et l'accessibilité des services (cette catégorie inclut les travailleurs saisonniers, les travailleurs domestiques, les demandeurs d'asile).

Pour les travailleurs sociaux, la priorisation de l'intervention est une dimension socioculturelle importante qui peut constituer un obstacle. Le « concept de besoin est... un construit culturel ». Les individus conçoivent et définissent leurs besoins selon des valeurs ancrées dans leur culture d'origine. Par exemple, une recherche constate que « les familles accordent la priorité aux problèmes des enfants alors que les intervenants priorisent ceux des mères ». Toutes les familles rencontrées ont utilisé les services de santé pour leurs enfants, mais deviennent plus critiques lorsqu'il s'agit de leurs propres besoins et elles ne voient pas la nécessité de consulter. On doit donc se questionner quant aux attentes de l'utilisation ou la perception d'une sous-utilisation des services dans des recherches comparatives futures avec la population de la société d'accueil non-immigrante.

Les incompréhensions concernant les besoins et les priorités engendrent des chocs culturels chez plusieurs intervenants. Ces chocs culturels sont en général liés à l'éducation des enfants, à l'égalité des sexes, à la liberté des jeunes, entre autres et constituent aussi des barrières à l'accessibilité des services. Les travailleurs sociaux doivent donc recevoir une formation adéquate qui les prépare à être confrontés à d'autres réalités.

Selon certains auteurs, le Canada préconise un système de « santé multiculturelle » dominé par un modèle orthodoxe biomédical plutôt qu'un système de « santé pluraliste » intégrant des modèles de guérison pratiqués par différents groupes ethniques composant la société. Les différentes visions du monde, le shamanisme et les superstitions constituant le concept de « santé » chez les groupes ethniques minoritaires ne sont pas intégrées au modèle médical préconisé par le groupe dominant. On ne peut négliger le fait que, dans un contexte d'immigration, l'utilisation des services de santé occidentaux engendre une négociation identitaire pour les immigrants.

Les difficultés éprouvées à cause du manque de connaissance de la langue constituent aussi un obstacle à la communication avec le personnel en ce qui a trait au sens des expressions et des mots. Pour les trois groupes de familles, l'interprétation de la maladie, de la santé et des soins et des besoins sont, encore une fois, liés à leurs schèmes culturels et ancrés dans des visions culturelles qui sont incompatibles avec l'organisation des services au Québec.

De nombreux auteurs font état de l'ethnocentrisme des institutions, surtout dans le milieu hospitalier où la prédominance d'une structure hiérarchique maintient la domination d'une vision occidentale de la maladie, de la santé et des soins à prodiguer, ce qui peut engendrer des injustices et une stratification sociales. Jacob résume :

... [l'on] met en effet très peu l'accent sur les situations sociales vécues par les nouveaux arrivants sur l'adaptation des services à de nouvelles réalités ou à l'adéquation entre les programmes et les modèles d'intervention et les besoins des immigrants et des réfugiés, sur le vécu

pré migratoire, sur les modèles d'intervention 'homo ethniques', services offerts par des intervenants issus de groupes ethnoculturels et, à l'occasion, collaboration avec des intervenants traditionnels sur les conceptions de la santé, de la maladie, de la vie et de la mort à la lumière de perspectives anciennes très différentes de celles véhiculées par la majorité des habitants du pays d'accueil.

Au-delà de la relation interculturelle, les services uniformes et l'application de techniques standardisées et les procédures bureaucratiques constituent le plus grand obstacle pour rejoindre les groupes culturellement différents. A. Jacob explique que :

... les obstacles à l'accessibilité ne sont pas que culturels; ils sont aussi engendrés par les approches technocratiques des institutions, les modèles d'intervention utilisés, l'absence de perspectives communautaires, les conditions de vie des réfugiés qui les forcent à abandonner l'étude du français peu de temps après leur arrivée, le racisme et la discrimination.

D'autres études démontrent qu'une sous-utilisation des services vient des plaintes soumises par différentes communautés ethniques et l'inadaptation des institutions à pouvoir trouver des alternatives aux différentes barrières et difficultés qui se présentent. Les barrières culturelles et cognitives sont donc aussi contraignantes que les barrières financières et d'accès à l'assurance.

Nous avons noté l'absence de formation et la sous-représentativité de différents groupes ethniques (pourtant présents dans la communauté Montérégienne) chez les professionnels des domaines sociaux et de la santé. Cet élément retient l'attention de plusieurs auteurs. Il y a consensus sur le fait que les politiques et les institutions doivent devenir plus flexibles et que les praticiens doivent faire preuve de souplesse et reconnaître la situation de pouvoir (dominant/dominé) qui existe entre eux et leurs clients de groupes minoritaires, rendant difficile l'établissement du lien de confiance nécessaire en relation d'aide.

Finalement, ces nouveaux arrivants sont confrontés aux mêmes obstacles que la population non immigrante quant aux délais d'attente dans les urgences, les cliniques externes, les laboratoires et la distance que les gens doivent parcourir pour se rendre à leurs rendez-vous. Cet élément est aussi rapporté par Vatz-Laaroussi. L'impact de ces attentes, cependant, peut être de discréditer, aux yeux des familles immigrantes, la capacité du système à répondre d'une façon professionnelle à leurs besoins.

Conclusion

Ce qui se dégage de cette recherche est le besoin d'en connaître davantage sur les communautés, les réseaux informels et l'entraide, l'utilisation des pratiques « alternatives » et le rôle des organismes communautaires. Une compréhension

de ces éléments pourrait permettre un arrimage avec le réseau formel qui pourrait être bénéfique pour les nouveaux arrivants et la société d'accueil.

Tout aussi important, l'autre volet a trait à la perception des nouveaux arrivants quant à la nécessité de recourir à des services. De nombreuses recherches font état de l'importance de connaître non seulement la définition culturelle de la maladie physique et mentale qui a cours au sein de divers groupes ethniques, mais aussi l'apport des réseaux informels dans la solution de problèmes.

Selon nos informateurs clé, une majorité des familles afghanes installées dans la Montérégie font partie de la communauté ismaélite. Une organisation interne de la communauté se développe et il semble que des réseaux d'entraide jouent un rôle important au niveau des besoins. Des recherches spécifiques à l'organisation de cette communauté concernant leurs besoins, les besoins des femmes et un état de leur situation au sein de leurs familles et de leur communauté sont nécessaires.

La rétroaction que nous avons reçue de l'intervieweur haïtien faisait état du fait qu'à l'exception d'une famille, les familles haïtiennes rencontrées se sont montrées très hésitantes particulièrement quant aux questions sur les pratiques, les croyances et les pratiques « alternatives ». Les lacunes concernant l'information sont considérables et ces familles semblent davantage laissées pour compte. Nos informateurs clé nous informent que la communauté haïtienne à Montréal est très organisée et que les haïtiens qui habitent la Rive-Sud sont souvent au Québec depuis 15 ou 20 ans, venant d'une classe plus aisée qui est partie de Montréal pour s'établir sur la Rive-Sud. Dans ces cas-ci, ces familles suivent la même trajectoire que les familles non immigrantes qui sortent de la ville pour la banlieue lorsqu'elles ont atteint un niveau de vie qui leur permettent de faire l'acquisition d'une maison. Ceci reste à vérifier.

Dans la communauté chinoise, l'organisme Sino-Québec joue un rôle très important en ce qui concerne les services offerts et l'information qui est transmise. D'autres recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre le rôle que joue la communauté, les aller-retour, s'il y en a, avec les organismes les organismes de Montréal.

Pour toutes les familles la question de la langue est une question foncièrement culturelle, c'est à travers la langue que les familles peuvent exprimer leurs réels besoins.

Les données recueillies nous permettent de confirmer ce que le comité aviseur pressentait, soit une sous-utilisation des services sociaux et de santé pour ces trois groupes de familles. Cependant, certaines nuances et précisions se dégagent. En général les familles utilisent les services de santé principalement pour deux raisons : pour les enfants et les suivis de grossesse. Les familles consultent pour les enfants malades, la vaccination des enfants, les cours prénataux et les accouchements. Les services d'urgence des hôpitaux sont connus et ont déjà été utilisés par certaines

familles. En général, les familles ne connaissent pas bien l'organisation du réseau des services sociaux et de la santé, elles utilisent les services médicaux lorsque c'est nécessaire, n'utilisent pas les services sociaux et se réfèrent à leur communauté pour les demandes d'aide autres que médicales. Ceci peut, en partie, s'expliquer par le fait que ce sont des familles nouvellement arrivées au Québec et que la connaissance des services se développe tout au long du processus d'intégration.

Dans sa recherche auprès de familles immigrantes en Estrie et au Saguenay Lac-Saint-Jean, Vatz Laaroussi rapporte des résultats similaires :

...les quelques autres références aux services sociaux, éparses dans les entretiens, démontrent un désintérêt général qui va dans le sens d'une non-fréquentation reconnue par tous les intervenants du milieu. Finalement les familles en ont souvent aussi une vision plutôt négative car ils les assimilent à des services non professionnels et trop psychologiques, ne correspondant ni à leurs besoins ni à leurs attentes en termes de compétences. Par contre les familles ont beaucoup parlé des systèmes de santé parce qu'il s'agit là de contacts quasi-obligatoires avec le nouveau milieu, et aussi parce qu'ils arrivent souvent dans la première étape de l'insertion.

Les recherches américaines et canadiennes parlent de plus en plus du modèle de « compétence culturelle » qui doit être développé et constituer le cadre d'intervention des professionnels. Les recherches au Québec sur le sujet font aussi la promotion du développement des compétences interculturelles qui doit se faire quant à la formation du personnel. Cependant la dimension culturelle ne constitue qu'un niveau de l'adéquation des services. Une compréhension de l'intersection des facteurs déterminants doit se faire et constituer la base de toute analyse et tout effort d'améliorations du système.

-

-

BIBLIOGRAPHIE

-

Bibeau, G., Chan-Yip, A.M., Lock, M., Rousseau, C. & Sterlin, C., avec le concours de H. Fleury (1992). La Santé mentale et ses visages. *Un Québec pluriethnique au quotidien*. Boucherville. Montréal : Gaëtan Morin.

Dandurand, L. (1996). *L'accessibilité des services de santé et services sociaux aux communautés culturelles dans la région de l'Outaouais*. Résultats de la consultation régionale auprès des dispensateurs de services et communautés culturelles. Direction de la planification-programmation.

Das, K., (1988). Travail social et pluralisme culturel au Québec : des enjeux inexplorés. *Interculture* 100, p. 31-55. Montréal : Institut interculturel de Montréal.

Delgado, M. (1998). *Social Services in Latino Communities. Research and Strategies*. New York and London: The Haworth Press, pp. 5-23.

Dhooper, S.S. (Feb. 2003). Health care needs of foreign-born Asian Americans: An overview, *Health & Social Work*, 28(1) : 63-73.

Gaudet, É. et Lafortune, L. (2000). *Une pédagogie interculturelle pour une éducation à la citoyenneté*, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

Gaudet, É. et Lafortune, L. (2000). *Une pédagogie interculturelle pour une éducation à la citoyenneté*, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

Gay, D. (1985). « Réflexions critiques sur les politiques ethniques du gouvernement fédéral canadien (1971-1985) et du gouvernement du Québec », *Revue internationale d'action communautaire*, 14/54 :79-96.

Gravel, S. & Battaglini, A. (2000). *Culture, santé et ethnicité, vers une santé publique pluraliste*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.

Henneman, B., Legault, G., Gravel, S., Fortin, S., & Alvarado, E., (1994). *L'adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*. Montréal : Université de Montréal, École de service social et Direction de la santé publique Montréal-centre.

Hyman, I. (2001), *Immigration et santé*, Part I, Rapport de recherche, Centre for Research in Women's Health Sunnybrook and Women's College Health Sciences and University of Toronto, Document de travail sur les politiques de santé No 01-05 septembre 2001, Santé Canada.

Iglehart, A.P. et Becerra, R. M. (1995). "Service delivery to diverse communities : Agency-focused obstacles and pathways", *Social services and the ethnic community*. Needham Heights, M.A. : Allyn & Bacon, pp. 205-239.

Jacob, A. (1992). Services sociaux et groupes ethnoculturels: le débat et les pratiques au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 5(2):37-51.

Jenkins, S., Sauber, M. (1988). (Ed). « Ethnic Associations in New York and Services to Immigrants », Jenkins, S. (ed). *Ethnic Associations and the Welfare State*, pp. 21-105.

Jovchelovitch, S. et Gervais, M.-C. (1999). « Social representations of health and illness : the case of the Chinese community in England, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 9:247-260.

Kasturirangan, A., Krishnan, S., Kiger, S. (Octobre 2004). "The impact of culture and minority status on women's experience of domestic violence", *Trauma, violence and abuse*, 5(4):318:332.

Kirkham, S. Reimer. (2003). "The Politics of Belonging and Intercultural Health Care" *Western Journal of Nursing Research*, 25(7):762-780.

Leclere, F.B., Jensen, L. et Biddlecom (1994). A. E., Health care Utilization, Family Contexte, and Adaptation Among Immigrants to the United States, in *Journal of Health and Social Behavior*, 35(4) :370-384.

Leduc, N. et Proulx, M. (2004). « Patterns of Health services utilization by recent immigrants". *Journal of immigrant health*. 6(1) :15-27.

Legault, G., & Roy, G. (2000). « Les difficultés des intervenants sociaux auprès des clientèles d'immigration récente », p. 186-202. *L'intervention interculturelle*, sous la direction de G. Legault, Boucherville : Gaëtan Morin.

Lopez, S.R. (2002). "A Research agenda to improve the accessibility and quality of mental health care for Latinos", *Psychiatric Services*, 53(12) : 1569-1573.

Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*. Boucherville : Gaëtan Morin.

Mestheneos, E. and Ioannidi, E. (2002). "Obstacles to Refugee Integration in the European Union Member States", *Journal of Refugee Studies*, vol. 15, no. 3, pp. 304-320.

Murguia, A., Peterson, R.A., Zea, M.C.(Feb. 2003). "Use and implications of ethnomedical health care approaches among Central American Immigrants",

Okazawa-rey, M. (automne 2002). « Warring on women : Understanding complex inequalities of gender, race, class, and nation » *Affilia*, 17(3) :371-383.

Oxman-Martinez, J. and Lapierre Vincent, N. (Eds.) (2002). *Precarious immigration status, dependency and women's vulnerability to violence: impacts on their health*. Proceedings. Centre for Applied Family Studies, McGill University and Immigration Metropolis (domain 4). Centre de recherche interuniversitaire de Montréal sur l'immigration, l'intégration et la dynamique urbaine.

Rousseau, C., (2002). *Repenser la vulnérabilité chez les femmes immigrantes et réfugiées. In Statut précaire d'immigration, dépendance et vulnérabilité des femmes à la violence : les impacts sur leur santé*. Actes du séminaire, sous la direction de J. O.-Martinez et N. Lapierre Vincent, Montréal : Le Centre d'études appliquées sur la famille, Université McGill et Immigration et métropoles (volet 4).

Shin J. K. (2002). "Help seeking behaviors by Korean immigrants for depression", *Issues in Mental Health Nursing*, 23, pp. 461-476.

Vatz Laaroussi, M., Tremblay, P.-A., Corriveau, L., Duplain, M. (juin 1999). *Les histoires familiales au Coeur des strategies d'insertion: trajectoires de migration en Estrie et au Saguenay-Lac-St-Jean*. Université de Sherbrooke, Rapport de recherché présenté au Conseil Québécois de la Recherche Sociale.

Young et al. (1995). "The dilemma posed by minority medical traditions in pluralistic societies: the case of China and Canada", *Ethnic and racial studies*, vol. 18, #3, juillet, pp.494-514.

