LA SOCIOLOGIE IMPLICITE DES INTERVENANTS EN CONTEXTE PLURIETHNIQUE

par
Jacques Rhéaume, Robert Sévigny
et Louise Tremblay

Rapport de recherche présenté au
Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

Novembre 2000

Série de publications du Centre de recherche et de formation, Numéro 6
CLSC Côte-des-Neiges, Centre affilié universitaire
Affilié à l'Université McGill

ISBN 2-922748-36-7

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2000

AVANT-PROPOS

Cette recherche sur la sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique a été rendue possible grâce à une subvention du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC) (1997-2000). Le rapport qui suit en présente les résultat. Outre les auteurs, Christopher McAll, professeur au département de sociologie de l'Université de Montréal et directeur adjoint à la recherche du Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges, a participé activement au processus de recherche. Gilles Houle, professeur au département de sociologie de l'Université de Montréal, a participé, en début de projet, aux discussions de l'équipe. Marielle Rozier et Gloria Moreno, agentes de recherche, ont, pour leur part, réalisé les entrevues et fait des analyses. Enfin, Richard Sévigny, étudiant de troisième cycle en éducation, à l'Université du Québec à Hull, a fait un stage au sein de l'équipe.

Les auteurs tiennent à remercier les 16 intervenants en santé et services sociaux qui ont accepté généreusement de parler de leur pratique en entrevue.

***

Jacques Rhéaume, professeur au département de communications à l'Université du Québec à Montréal, est directeur scientifique du Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges.

Robert Sévigny est professeur émérite au département de sociologie de l'Université de Montréal et chercheur au Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges.

Louise Tremblay est professionnelle de recherche au Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

Les intervenants construisent des savoirs par et dans leurs pratiques. Quels sont leurs savoirs sur l'ethnicité? Comment en parlent-ils? Qu'est-ce qui caractérise leurs interventions en contexte pluriethnique? Ce sont ces questions qui ont donné lieu à cette recherche sur la sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique.

Nous rendons compte ici de certains de ces savoirs. Tout acteur social a en effet un ensemble de savoirs, une « sociologie implicite ». La tâche du chercheur est d'en expliciter les éléments. C'est ainsi que cette sociologie est aussi une sociologie « complice », qui met en rapport le chercheur et l'acteur. Le chercheur tente en effet de faire émerger du discours des acteurs, ici des intervenants en santé et services sociaux, des éléments constitutifs de leur sociologie. Dans cette recherche, ce sont aux éléments de cette sociologie qui se rapportent à l'intervention en contexte pluriethnique que nous nous sommes intéressés.

Avant d'aborder la problématique de la sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique proprement dite, il est nécessaire de situer cette approche par rapport aux différents courants sociologiques et d'expliciter nos positions théoriques, épistémologiques et méthodologiques, notre principal souci étant ici de rendre notre démarche suffisamment transparente pour qu'on puisse en comprendre la portée et les limites. Le premier chapitre présente donc le cadre théorique sur lequel se fonde la sociologie implicite.

Dans le chapitre suivant, nous présentons la méthodologie employée dans cette recherche et l'échantillon d'intervenants interviewés. Nous présentons en outre le schéma d'analyse thématique que nous avons utilisé pour analyser les entrevues. Puis, c'est le contexte plus large des services de santé et des services sociaux dans lequel évoluent les intervenants qui est présenté. Nous abordons, dans cette partie, la question de la pluriethnicité au Québec et celle de la connaissance des clientèles pluriethniques et de la pratique interculturelle.

L'analyse des résultats débute avec les monographies de trois intervenants. Ces monographies sont les analyses thématiques faites à partir du schéma d'analyse. Elles tracent un portrait de chaque intervenant relativement à la problématique du contexte pluriethnique de leur pratique et nous permettent d'appréhender le schéma dans son ensemble. Les chapitres suivants reprennent certains thèmes du schéma et présentent les résultats de l'analyse transversale des entrevues.

Dans *Identité de soi et de l'autre*, est analysée la conception que se font les intervenants de l'identité de leurs clients et de la leur. Quelle place la question de l'origine ethnique prend-elle dans leur discours? Puis c'est sur l'ethnicité comme mode d'explication que nous nous penchons (*L'ethnicité, un mode d'explication*). Est-ce que les intervenants font appel à l'ethnicité pour expliquer un problème, une situation, une intervention? On se demande ensuite, dans le chapitre suivant, si le milieu pluriethnique représente, pour les intervenants, un soutien ou un obstacle à l'intervention (*Le milieu pluriethnique : obstacle ou soutien au processus d'intervention?*). Enfin, le dernier chapitre porte sur la communication, la langue et l'interprétariat (*Communication, langue et interprétariat*). La communication, centrale dans

l'intervention, l'est aussi dans le discours des intervenants. Nous verrons comment ils en parlent et comment ils en tiennent compte dans leurs interventions.

Dans le dernier chapitre, enfin, on tente de dégager un modèle de l'intervention synthétisant les différentes logiques d'intervention. À partir des entrevues, sont observées les différentes logiques de l'intervention qui se dégagent du discours des intervenants.

La sociologie implicite : cadre théorique

Toute démarche de recherche se fonde sur une intention générale. Notre intention s'exprime ici par la notion même de sociologie implicite. Quel est le sens de cette notion? Que signifient les expressions « explorer », « analyser », « rendre compte » de la sociologie implicite des acteurs sociaux? De quelle sociologie parle-t-on au juste? Quel statut est d'emblée attribué à la « sociologie » des acteurs, et à celle des sociologues que nous sommes? Quelle est la portée pratique — méthodologique et technique — de cette façon de faire de la sociologie? Voilà quelques-unes des questions auxquelles nous tenterons de répondre.

1. Qu'est-ce que la sociologie implicite?

L'idée fondamentale de notre approche est que tout acteur social — l'individu qui, au sein de la société, crée, construit, pense, agit; l'individu qui participe pleinement à la construction et à la reproduction des rapports sociaux — se réfère, au moins implicitement, à une connaissance du social qui sous-tend son action et lui donne un sens. On peut évidemment supposer que ses connaissances des dimensions sociales demeurent, la plupart du temps, peu formalisées, moins directement ou clairement exprimées que celles de cet acteur social particulier qu'est le sociologue. Mais elles restent pertinentes pour le sociologue qui cherche à comprendre les acteurs, ce qu'ils ont en tête, ce qu'ils visent dans l'action. C'est par opposition à l'explicite des théories sociologiques auxquelles se réfèrent les praticiens de cette discipline qu'est la sociologie que nous utilisons la notion de sociologie implicite. La sociologie est dite implicite par différenciation à l'explicite des savoirs formalisés. La sociologie est implicite également dans le sens où elle émerge de l'ensemble du discours de l'acteur sur ses actions, par les références sociales sous-tendant des réflexions apparemment éloignées de la sociologie, à ce stade implicite, ignorant les cloisonnements disciplinaires.

Par définition, le terme « implicite » renvoie à ce qui est « virtuellement contenu dans une proposition, un fait, sans être formellement exprimé et qui peut en être tiré par voie de conséquence, par déduction, induction ».[1] Le sociologue qui s'intéresse à la sociologie implicite d'acteurs sociaux s'attachera à mettre au jour ce social « virtuellement contenu » dans le discours des acteurs, à en dégager le sens, à le rendre explicite, à l'exprimer formellement, bref, à faire en sorte que ce qui est tacite dans le discours devienne manifeste.

2. Qu'est-ce que la sociologie?

Supposer ou affirmer que les acteurs sociaux se réfèrent à une sociologie implicite n'a de sens qu'à la condition de se donner une définition préalable de ce qu'est la sociologie. Une définition qui se situe en deçà des multiples sources de différenciation que sont les courants théoriques, les approches méthodologiques, les champs d'étude, etc. La sociologie est une connaissance du social, de la société. « Faire » de la sociologie, c'est utiliser cette connaissance du social pour éclairer des « phénomènes », des « situations », des « objets », des « expériences » qu'on a jusque-là considérés comme en dehors du champ du social. Prenons un exemple simple. Quand

---

[1] *Cf. Le Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (1997).

l'angoisse devant la mort est définie comme une expérience exclusivement individuelle et personnelle, on ne fait pas de sociologie. Quand, par ailleurs, on remarque que l'attitude devant la mort varie d'une société à une autre, que l'appréhension de la mort n'est pas exactement la même dans une société où l'espérance de vie est de 40 ans et dans une autre où l'espérance de vie est de 80 ans, que la vie — ou la mort — n'a pas la même valeur dans la société contemporaine d'aujourd'hui que dans la société rurale d'il y a 100 ans, dans tous ces cas, on adopte une perspective sociologique. On se sert de la référence au social pour donner du sens à un phénomène qui est observé ou à une expérience qui est vécue par un individu ou des groupes d'individus. On fait référence au social pour donner un sens qui, autrement, ne serait jamais associé à ce phénomène ou à cette expérience.[2]

Une définition préalable de ce qu'est toute sociologie doit donc être suffisamment extensive pour inclure toutes les références au social dont se servent les acteurs sociaux. En même temps, cette définition doit être suffisamment claire pour que le chercheur sache où et quoi observer. D'où la nécessité d'avoir à l'esprit, au point de départ, un schéma heuristique pour explorer le champ de la sociologie, ses principaux secteurs et niveaux d'analyse.[3] Le schéma général du champ de la sociologie ne doit cependant pas masquer la diversité des approches sociologiques, ni les différences qui distinguent ou opposent les sociologues entre eux. Ce ne sont pas tous les sociologues qui considéreraient comme une entreprise « légitime » de rendre compte de la sociologie implicite d'acteurs sociaux; certains la considéreraient en effet comme une donnée simplement empirique. Aussi, précisons notre conception de la sociologie ou le créneau que nous voulons occuper dans ce vaste édifice qu'est la discipline sociologique.

3. La sociologie, connaissance du réel

Des expressions comme « production des données », « production de sens » ou « construction du réel » pourraient donner l'impression que la connaissance sociologique est purement le fruit de l'esprit ou de l'imaginaire, qu'elle ne tient pas compte d'un certain « réalisme ». Au contraire. Attribuer aux acteurs sociaux l'élaboration d'une sociologie, si implicite soit-elle, n'aurait aucun sens sans postuler qu'il s'agit d'une connaissance du réel. Un réel concret, qui ne peut être atteint directement en lui-même, mais qui demeure la référence ultime et résiste aux seules constructions mentales. C'est un réel qu'on peut aborder de bien des façons, mais qu'on ne peut ignorer tout à fait lorsqu'on prétend faire de la sociologie. En outre, cette réalité n'est pas pour autant un donné, mais un fondement, marqué par le temps et l'espace, qui est le résultat de la pratique sociale qu'elle sous-tend. Cette définition de la connaissance est paradoxale[4] et interdit

---

[2]Autrefois, le sociologue (comme tous les praticiens des sciences humaines d'ailleurs) croyait qu'on découvrait un sens qui était là, caché, et qui n'attendait qu'à être débusqué. On a plutôt tendance, aujourd'hui, à entrevoir cette connaissance du social comme une production de sens, comme une construction sociale du réel.

[3]Le terme même de sociologie doit être pris dans un sens très général: certaines disciplines connexes apportent des éclairages et des informations qui ne doivent pas être ignorés. Comme l'anthropologie culturelle. À part le fait que l'anthropologue fait habituellement référence à des cultures relativement éloignées ou étrangères à la nôtre — « culture » étant entendue ici au sens des grands ensembles sociaux ayant chacun leur spécificité —, bien des « questions d'anthropologue » peuvent être reprises par le sociologue. L'anthropologie culturelle, avant la sociologie, a posé le problème de la relation individu-société. La sociologie, elle, fera plus volontiers appel à son arsenal de concepts élaborés pour rendre compte des sociétés industrielles ou postindustrielles et urbaines comme les nôtres.

[4]Paradoxe signifiant ici « identité dans les contraires ». dialectique qui ne cherche pas à abolir la différence ni à relier deux termes opposés, mais à indiquer leur interpénétration qui pourtant ne réduit jamais le maintien des différences.

de trancher entre « réalisme » ou « idéalisme », préférant montrer la nécessaire interaction entre l'activité créatrice de la pensée et le réel dont on vise constamment à s'approcher sans jamais y réussir complètement. Ainsi, dix sociologues « patentés » et spécialisés en sociologie urbaine peuvent présenter des analyses différentes de la ville, mais on sait, grosso modo, qu'ils réfèrent à cette organisation sociale concrète qu'est la ville. Nous considérons, donc, au départ, que la connaissance sociologique des acteurs participe de la même logique: eux aussi fondent leur connaissance sur un réel concret.

Ce réel concret, on en rend compte par des termes nombreux et qui sont souvent lourds de sens et de conséquences. Il y a les « faits », les « situations », les « phénomènes observables », les « données empiriques »; tous ces termes supposent que celui qui s'en sert se place à l'extérieur de ce réel concret. Mais il y a aussi le « vécu », le « senti » ou le « ressenti », l'« expérience » qui supposent que le concret réel est connu de l'intérieur. On se sert souvent de cette distinction pour opposer la psychologie (au sens large du terme) et la sociologie; pour notre part, nous nous en servons ici pour caractériser les divers courants de la sociologie elle-même.[5]

Le discours des acteurs sociaux doit-il ou non être considéré comme une représentation « exacte » de la « réalité »? Pour répondre à cette question, abordons le lien entre connaissance et idéologie (section 4) et la dichotomie culture savante/culture non savante (section 5). Il sera alors plus aisé de comprendre le statut et la valeur que nous accordons aux connaissances des acteurs et de cerner comment, du point de vue de la sociologie explicite que nous pratiquons, sera abordée cette sociologie implicite dans notre démarche.

4. Connaissance et idéologie

Dans un premier sens, l'idéologie est une méconnaissance de la réalité: le « discours » ne peut être autre chose qu'une façon de masquer ou d'occulter cette réalité. Dans ce contexte, toute analyse sociologique vise à « démasquer » le discours, à montrer comment et pourquoi celui-ci est une négation ou une distorsion de la réalité. On reconnaît là le point de vue, la position épistémologique et théorique d'auteurs comme Bourdieu. Définie de cette façon, *idéologie* s'oppose à *connaissance*. Il ne serait dans ce cas pas valide de rechercher, dans les témoignages des acteurs, une connaissance, une représentation adéquate des dimensions sociales d'un champ d'activité.

Il existe cependant une seconde définition de l'idéologie qui n'a pas cette connotation de méconnaissance.[6] L'idéologie est alors une représentation collective d'une réalité, l'image qu'un groupe se donne de lui-même. Image qui peut s'exprimer dans des produits collectifs (le droit, les arts, les médias, etc.), mais aussi par des individus qui se réfèrent à ces représentations collectives, soit parce qu'ils s'y reconnaissent, soit parce qu'ils veulent s'en démarquer. Dans cette dernière tradition sociologique, la notion d'idéologie se rapproche de celle de culture définie comme un système symbolique par lequel se manifestent à la fois les représentations de la réalité et les représentations de ce qui est souhaité (les valeurs).

Dans cette seconde perspective, toute idéologie présente deux traits caractéristiques. D'abord, il s'agit d'une représentation qui exprime un point de vue particulier, celui du groupe dont on fait partie (défini par la classe sociale, la religion, le groupe professionnel, l'appartenance ethnique,

---

[5]Voir la section 7, en particulier la distinction entre *expliquer* et *comprendre*.
[6]Par exemple, chez des auteurs comme Dumont (1974) et Thompson (1984, 1990).

etc.). Par ailleurs, une idéologie est une représentation relativement organisée, systématique, cohérente — et, donc, qui tend à exclure ce qui n'entre pas dans ce système de représentations ou dans ce que les gestaltistes appelleraient la bonne forme idéologique. Mais ce point de vue relativement organisé, cette connaissance, est teinté de partialité ou est tout au moins partiel ; il n'aboutit pas inévitablement à une opération de masquage ou de méconnaissance. D'autant moins qu'il y a, dans cette perspective, d'autres formes ou d'autres niveaux de représentation: l'idéologie est une forme de représentation parmi d'autres. Dans la première perspective analytique, il serait illogique d'accorder aux témoignages des acteurs sociaux un statut autre que celui d'« objet », qui doit être interprété ou expliqué. Notre position se rapproche plutôt de la seconde perspective.

Considérer que les acteurs se réfèrent à une sociologie implicite ne signifie pas qu'il faille interpréter leurs témoignages comme fondés sur une méconnaissance. En ce sens, nous ne ferons pas ici une analyse de la méconnaissance des acteurs au sens que lui accorde Bourdieu, comme nous le verrons plus loin. Il nous semble plus fructueux de reconstituer l'ensemble des représentations sociales construites ou véhiculées par les acteurs quand ils s'expliquent à eux-mêmes, ou expliquent à d'autres, le sens et la portée de leurs actions, de leurs théories et de leurs pratiques. Mais cela ne suppose pas que chaque individu se représente toujours adéquatement le champ de son action.

On pourrait assez facilement comparer la sociologie implicite des acteurs sociaux aux conclusions de recherches empiriques. Nous n'en adopterons pas moins un point de vue critique ou analytique vis-à-vis de leurs représentations. Nous nous attacherons donc aux nuances de leurs témoignages, à leurs hésitations, à leurs contradictions mêmes ainsi qu'aux différences entre les acteurs. Ce n'est pas notre intention de nier le rôle de l'idéologie comme processus de masquage ou de méconnaissance. Mais il n'y a pas d'arguments ultimes pour penser que ces « biais » idéologiques sont plus prégnants et qu'ils ont des conséquences plus graves dans la sociologie implicite des acteurs sociaux que dans la sociologie explicite des sociologues. Car s'il y a une chose qui a marqué la discipline sociologique depuis une trentaine d'années, c'est la reconnaissance des dimensions idéologiques de sa propre production.

5. Culture savante et culture non savante ou Les Mots pour le dire

Nous avons donné une définition de la sociologie qui s'applique à la fois à ce que nous appelons la sociologie explicite et la sociologie implicite. Pour définir notre démarche, il faut préciser aussi les différences entre ces deux modes de connaissance. Pour cela, rappelons un certain nombre de distinctions, qui ont été déjà proposées par Dumont et Geertz, entre, d'un côté, une culture ou une connaissance savante et, de l'autre, les multiples facettes d'une culture ou d'une connaissance non savante.

La *connaissance savante* suppose un mouvement réflexif de la pensée, un regard second. Un regard qui est formé ou informé par des catégories, des notions ou des concepts analytiques. Un regard discipliné qui accepte de jouer selon les règles d'une discipline donnée. Le terme est plus souvent utilisé dans le domaine des sciences — qu'elles soient « exactes », « sociales » ou « humaines ». Mais le processus est le même dans le domaine de la production artistique. Dans tous les cas, il s'agit d'un mode de connaissance qui respecte des règles, des procédures, des méthodes, des techniques clairement énoncées par ces « préfets de discipline » qui interviennent

au nom des universités, des corporations professionnelles, des « associations savantes », des instituts ou écoles, des groupes d'étude, etc. Certaines de ces « préfectures de discipline » jouissent d'une reconnaissance plus officielle que d'autres: leur degré d'autorité et leur mode de légitimation varient.

Nous avons vu que, pour certains auteurs, l'idéologie est à l'opposé de la connaissance savante. La *connaissance non savante* a été nommée de bien des façons: « culture première » ou « culture de la vie quotidienne »; « connaissance pratique » (par opposition à « connaissance théorique »); « culture populaire », « traditionnelle »; « sens commun », « spontané », « naïf »; « culture indigène » ou « locale »; etc. Tous ces termes, quoique proches, ne sont pas synonymes, et on pourrait débattre longuement le sens de chacun d'eux. Dans l'ensemble, ils font tous référence à ces connaissances qui ne sont pas régies par des disciplines.

Un chimiste, de retour chez lui après son travail, prend un verre de scotch. Il peut donner le sens qu'il veut à son geste — et à son scotch — sans se soucier de respecter des règles précises de connaissance. Un sociologue arrive à l'improviste et se déclare intéressé à comprendre les dimensions sociales de ce qu'il est en train de faire. Le chimiste, ayant accepté de répondre à ses questions, lui explique que l'apéritif est un moment privilégié dans sa vie quotidienne qui lui permet de passer de son laboratoire à son foyer, de décompresser. Il ajoute qu'il sait que c'est une façon de faire répandue dans certains milieux professionnels, mais que c'est une habitude qu'on n'avait pas du tout dans sa famille d'origine. Il boit du scotch parce que c'est, dit-il, un alcool moins dommageable pour la santé. Par ailleurs, il se demande parfois si ses enfants n'auront pas été introduits à l'alcool trop jeunes. Il parle même d'un de ses amis qui a souffert d'alcoolisme et qui s'en est tiré grâce aux Alcooliques anonymes. À l'évidence, son discours ou son témoignage ne suit pas les règles de sa profession de chimiste; il n'a pas non plus en tête des schémas d'analyse sociologique. Mais à propos de sa consommation d'alcool, il a tout de même fait part d'un ensemble de connaissances. Quelle est la valeur et le statut de cette connaissance? Comment doit réagir le sociologue devant ce témoignage? Voilà, au fond, la question centrale que pose la distinction entre culture savante et culture non savante.

Certains auteurs réfèrent à la distinction culture savante/non savante pour mettre en relief la coexistence de deux niveaux ou de deux instances dans la même culture. Quand, par exemple, Fernand Dumont distingue entre la culture première et la culture seconde, il ne suppose pas que certaines cultures n'ont pas de culture seconde. Ni que le scientifique ne participe pas à une culture première. Le sociologue, par définition, n'est pas le détenteur exclusif de la culture savante, et l'individu ou le groupe qu'il analyse ne témoigne pas inévitablement d'une culture non savante. Dans ce contexte, le chercheur garde tout de même une distance entre lui et son objet. Mais cette distance — sans laquelle aucune analyse n'est possible — n'empêche pas le chercheur de bien marquer les similitudes, les zones communes, les interfaces entre son savoir savant et le savoir des individus ou des groupes qu'il analyse. C'est l'attitude, par exemple, qu'adopte Falardeau (1981) à propos du « savoir savant » et du « savoir populaire »: « Si, de fait, dit-il, il y a opposition entre l'un et l'autre, il y a toujours eu entre l'un et l'autre des échanges, une circularité dont il est fascinant d'identifier les modalités et les courants. »

D'autres auteurs ont recours à la même dichotomie pour nommer la culture de l'autre, pour marquer une distance entre l'observateur et l'observé, entre le chercheur et son objet. Évidemment, cela va presque de soi quand le sociologue ou l'anthropologue analyse une culture ou une sous-culture qui lui est étrangère: le sociologue, qui étudie la « culture populaire », ou l'anthropologue, qui étudie la culture « locale » ou « indigène » d'une société dite autrefois

« primitive », doit bien garder une certaine distance. Mais le fond du problème est ailleurs, dans la façon de qualifier la signification épistémologique de cette distance. Quand, par exemple, Bourdieu utilise le terme de *sens commun* ou celui de *connaissance spontanée*, c'est toujours pour montrer comment la non-conscience des acteurs sociaux s'oppose radicalement et totalement aux « relations objectives » que seul le sociologue ou l'anthropologue est en mesure de construire: « Le sens des actions les plus personnelles et les plus transparentes n'appartient pas au sujet qui les accomplit, dit-il. [...] Le principe de non-conscience impose au contraire qu'on construise le système des relations objectives dans lesquelles les individus se trouvent insérés. » (1983, p. 32-33) Il ajoute, à propos du langage non scientifique: « La plupart de ces schèmes métaphasiques sont communs aux propos naïfs et aux dessous savants; et de fait, ils doivent à cette double appartenance leur rendement pseudo-explicatif. » (p. 33) L'ensemble des positions de Bourdieu est d'une logique inébranlable à la condition d'accepter au point de départ le « principe du déterminisme méthodologique qu'aucune science ne saurait renier sans se nier comme telle. » (p. 31) À la condition aussi que ce déterminisme soit défini en sciences sociales exactement dans les mêmes termes que dans les sciences physiques. À la condition, enfin, précise-t-il, de construire des « relations objectives ». Et ici « objectivation » signifie n'accorder aucune valeur de connaissance à la parole des acteurs sociaux, n'y voir qu'« une philosophie inadéquate de la vie sociale » (p. 38). Citons encore une fois Bourdieu:

> C'est peut-être la malédiction des sciences de l'homme que d'avoir affaire à *un objet qui parle*.[7] En effet, lorsque le sociologue entend tirer des faits la problématique et les concepts théoriques qui lui permettent de construire et d'analyser les faits, il risque toujours de les tirer de la bouche de ses informateurs. (p. 56)

La position de Bourdieu permet de mettre en relief notre propre perspective. Pour le chimiste qui parle de son apéro, comme pour les acteurs sociaux en général, nous considérons qu'il n'y a pas là que représentation inadéquate de la réalité sociale. Au contraire, nous croyons qu'à travers leurs paroles s'expriment — au moins par hypothèse — des références adéquates au réel. Pas question, par ailleurs, d'aller au pôle opposé et de supposer que tout ce qui est dit par les acteurs constitue une représentation « adéquate ». Il est encore moins question de supposer que chaque acteur, considéré en lui-même, pourrait faire référence à l'ensemble des dimensions sociales qui sont associées à son action, à son expérience ou à ses connaissances. Nous croyons qu'il ne faut pas durcir l'opposition entre savoirs savants et savoirs non savants.

À part les positions épistémologiques que nous avons évoquées — et que nous préciserons plus loin —, d'autres raisons pratiques justifient cette position. Il y a d'abord le fait que les connaissances du social qu'ont les individus leur servent à la fois à orienter leur action et à rendre compte, à tous ceux qui veulent bien les écouter, des objectifs, des raisons, des motivations de cette action. Nous ne nous trouvons pas devant deux types de connaissances, un qui leur permettrait d'agir, et un autre qui serait un discours déconnecté de leur action. Il n'y a fondamentalement qu'un seul bassin de connaissances. Le fait que toutes ces connaissances ne s'expriment pas dans un langage discursif ou une pensée réflexive n'invalide pas automatiquement leur témoignage. Que, dans leur bassin de connaissances, certaines soient du « savoir » et d'autres du « savoir-faire » n'oblige pas à considérer le savoir-faire comme de la méconnaissance. D'autant plus que les individus, chacun à sa façon et à des degrés divers, ont une pensée discursive sur leur savoir-faire et non pas seulement sur leur savoir théorique.

---

[7]C'est nous qui soulignons.

Giddens décrit bien la complexité de la situation quand, à propos de la conscience pratique, il écrit:

> De tous les acteurs (compétents) dans la société, on attend qu'ils soient conscients [*to keep in touch*] de pourquoi ils agissent comme ils le font, et ceci comme un élément normal [*routine element*] de leur action, de façon à ce qu'ils soient capables de rendre compte de ce qu'ils font quand d'autres leur demandent. (1981, p. 36)

Giddens exprime une position diamétralement opposée à celle de Bourdieu; elle montre aussi comment, dans notre analyse, il serait futile de rejeter comme non pertinent tout ce qui touche aux savoir-faire pour nous attacher aux seuls éléments de savoirs théoriques. Par ailleurs, appliquée aux acteurs sociaux, la distinction entre connaissances savantes et sens commun mérite qu'on la nuance.

— Leurs connaissances des dimensions sociales, pour être moins théorisées que d'autres, n'en sont pas innocentes pour autant. Le savoir implicite est un savoir original, lié à l'action, à l'expérience et à la pratique. Il est celui que développe l'acteur en contact avec d'autres acteurs. C'est le savoir qui lui permet de situer son action et les autres acteurs sociaux, de dégager les significations sociales de son action, de son rôle et de sa fonction. Sens commun et savoir particulier de l'acteur, ce savoir est aussi organisé: il constitue un cadre de référence articulé permettant de relier divers niveaux d'expérience de la réalité sociale. En ce sens, il ne se réduit pas à des croyances communes comme pourrait le suggérer la notion de sens commun. Il s'agit d'un savoir constitué, irréductible dans sa particularité même.

— Les acteurs sociaux ne deviennent pas des illettrés dès qu'il s'agit d'autre chose que leur spécialité propre. Il circule beaucoup d'informations (dans les médias, entre autres) sur les dimensions sociales pour que ceux qui en ont l'intérêt puissent développer leurs propres réflexions. La circulation des idées et des informations est un processus réel et très important. Des sociologues ont beaucoup fait état, par exemple, de la façon dont les principaux courants de pensée psychologique avaient été intériorisés par le public. Freud et l'inconscient, Rogers et la non-directivité, Skinner et la modification du comportement; ce sont là des notions qui font presque partie du langage quotidien. Or, sans que cela soit toujours aussi apparent, l'équivalent se produit pour bien des éléments de sociologie. Des notions comme celles de rôles, de normes, de valeurs, de conflits de classes, etc. ne sont plus la propriété exclusive des sociologues « savants ». Cela n'amène pas inévitablement tous les acteurs sociaux à la fine pointe de la sociologie, mais cela leur rend possible de jeter un regard sociologique sur le champ de leur action. Un regard savant ou de sens commun? Le sens commun d'aujourd'hui est bien souvent le sens savant d'hier. En outre, les acteurs peuvent être amenés à rencontrer d'autres acteurs dont la formation formelle n'est pas complètement étrangère au champ sociologique.

— Les individus ne peuvent échapper à tous les processus sociaux, au jeu des institutions, des organisations. Ils appartiennent à un milieu social, à des groupes ou à des associations. Il serait donc surprenant qu'ils n'aient pas eu, à des degrés divers toujours, l'occasion d'établir des liens entre leur action et certaines dimensions politiques ou sociales.

D'autres auteurs ont abordé la notion de sens commun. Furnham est d'avis que « In an attempt to make sense of the social aud physical world to see it as stable, orderly, predictable and understandable, people develop theories or arrive at explanations for phenomena saleint to their lives » (1988, p. 19). Il démontre que ces théories, issues du sens commun des gens, sont souvent très semblables aux théories des « scientifiques/académiciens » en ce qu'elles suivent à peu près

le même processus de construction et qu'en fait les théories dites « scientifiques » ou « explicites » ne sont pas toujours aussi sophistiquées et claires qu'on voudrait bien le croire, pas plus que les théories « amateurs (lay) » ne sont aussi confuses, désordonnées et trompeuses qu'on le présume. Furnham défend la validité du sens commun dans la compréhension du social. Forguson (1989), quant à lui, explique les mécanismes de fonctionnement du sens commun ainsi que son développement chez l'individu durant la petite enfance. Pour lui, le sens commun est important pour appréhender le social et pour comprendre les agissements des acteurs sociaux.

Ces quelques mots sur la culture savante et la culture non savante nous ont semblé utiles pour bien cerner l'objet et l'objectif de notre perspective de recherche. Ils témoignent de la volonté de créer un lien entre deux types de connaissances fondé sur le respect mutuel de l'apport de ces connaissances. Ainsi, comme Weber, nous croyons que le rôle du chercheur, du sociologue, de celui qui possède une connaissance savante est d'accompagner l'acteur dans son projet d'action, de comprendre l'action et de l'expliquer.[8] Le chercheur ne fait pas que réfléchir sur l'acteur et sur son action, mais il instaure un rapport avec l'acteur, et il fonde sa démarche sur ce rapport, mettant à profit leurs connaissances respectives dans une action commune.

Attribuer au départ le statut de sociologie implicite aux connaissances des acteurs n'est pas une chose qui va de soi. Notre position a des implications épistémologiques que nous tenions à préciser. Présentons maintenant notre conception de la société, qui caractérise, en définitive, notre approche.

6. Qu'est-ce que la société? ou La Sociologie et son objet

La question n'est pas aussi triviale ou innocente qu'elle apparaît à prime abord. Car derrière les querelles d'écoles et la diversité des conclusions — souvent contradictoires — auxquelles parviennent les sociologues se cachent souvent des divergences fondamentales sur la définition de la société. Même en faisant référence à un même réel concret qui serait la société, le sociologue (comme tout autre acteur social) construit son objet. Dès qu'il se donne une définition de départ de la société, dès qu'il veut en définir les principales dimensions, il opère inévitablement des choix parmi un ensemble d'options possibles.

6.1 *Le microsocial et le macrosocial*

Selon une certaine conception sociologique, la société existe en dehors des individus et n'existe même qu'en dehors d'eux. La même position s'applique d'ailleurs aux groupes restreints de tous ordres. Jouant à fond l'opposition entre l'individu et la société, cette conception sociologique donne habituellement la priorité — sinon l'exclusivité — aux grands ensembles sociaux que sont, par exemple, les classes sociales, les formations sociopolitiques comme les sociétés capitalistes ou socialistes, les grands ensembles urbains ou paysans, les grandes religions, les nations, etc. Cette conception macrosociale de la société peut se fonder sur des postulats quasi ontologiques ou sur de simples règles méthodologiques. La conséquence en est cependant la même, celle de renvoyer à d'autres disciplines, à la psychologie en particulier, l'étude des

[8] Adoptant ainsi une attitude « complice », c'est-à-dire qui favorise l'accomplissement, qui dénote une entente entre les détenteurs des savoirs. Bref, une attitude qui redéfinit le rapport entre le chercheur et le sujet, qui instaure un contexte dans lequel le chercheur accepte de s'ouvrir à la connaissance de l'autre et de reconnaître cette connaissance.

individus et des groupes restreints.[9] La contrepartie est claire: par une opposition symétrique, la société peut être définie, en priorité ou en exclusivité, par une unité microsociale, l'interaction entre les individus étant à la base de toutes les formes plus complexes de regroupements. L'individu, dans ce contexte, devient lui-même un microcosme par l'intériorisation — positive ou négative — des normes et des valeurs culturelles. Surtout, c'est essentiellement par cette unité microsociale que doit être abordé tout phénomène social. Que le sociologue se rattache à la macrosociologie ou à la microsociologie, le postulat est le même: celui d'une coupure radicale entre les deux termes de cette opposition.

Notre définition préalable de la société s'inscrit plutôt dans une autre tradition sociologique, celle qui refuse de se laisser enfermer dans cette dichotomie individu/société. Parmi bien d'autres, et chacun à leur façon, Steven Lukes et Serge Moscovici illustrent la position que nous adoptons.

Lukes aborde « la distinction ontologique qui sous-tend les niveaux de la réalité » et énonce les conséquences « de cette dichotomie en apparence innocente ».[10] Sa critique, qui porte sur l'oeuvre de Durkheim, est valide pour toutes les perspectives sociologiques qui durcissent l'opposition entre l'individu et la société pour mieux faire abstraction de l'individu. À ses yeux, Durkheim

> avait tendance à ignorer les aspects de la vie sociale qu'il n'était pas facile d'intégrer au schéma société-individu, comme l'interaction et les relations entre les individus, entre les groupes sous-sociétaux et les institutions. De plus, le fait de se concentrer exclusivement sur le côté « société » de ce schéma, sur l'impact des conditions sociales sur les individus, plutôt que sur les façons dont les individus perçoivent, interprètent des conditions sociales et plutôt que les façons dont les individus réagissent à ces conditions sociales, l'a conduit à ne pas expliciter et à ne pas étudier les présupposés sociopsychologiques sur lesquels se fondent ses théories. (1972, p. 35)

Notre définition de la société — et donc de la sociologie — n'exclut pas l'individu dans sa relation avec la société et suppose qu'entre ces deux unités fondamentales se trouvent toute une série d'unités intermédiaires, comme les relations interpersonnelles, les groupes, les institutions. À la limite, l'opposition entre le sociologique, le psychologique et le sociopsychologique est affaire de points de vue. Points de vue qui ne sont pas irréconciliables en eux-mêmes et qui sont surtout utiles parce qu'il est difficile de rendre compte de tout en même temps.

Par rapport à la place de l'individu dans l'étude du social, nous partageons aussi la position exprimée par Moscovici,[11] quand, pensant tour à tour à la vie quotidienne, au contexte de l'expérimentation en laboratoire ou à celui de la relation thérapeutique, il écrit:

> On sait, et on s'en aperçoit tous les jours au laboratoire, que, pour être isolé, l'individu n'en continue pas moins d'appartenir à un groupe, à une classe sociale. Et ses réactions les plus anodines en sont influencées. Quoi que l'on fasse et quelles que soient les précautions que l'on prenne, la société est là. Elle pénètre dans les pièces de laboratoire les plus isolées et agit sur les appareils les plus sophistiqués. Malgré tous leurs efforts, les psychologues n'ont pas réussi à inventer une cage de Faraday pour le champ social. Pas plus que les

---

[9]On reconnaît là la position de la sociologie française durkheimienne.

[10]Lukes, S. (1972). *Emile Durkheim. His Life and Work. A Historical Critique Study.* New York: Harper and Row.

[11]Moscovici, S. (1984). « Introduction: le domaine de la psychologie sociale ». *in* Moscovici S. (dir.). *Psychologie sociale.* Paris: Presses universitaires de France.

> cliniciens ou les psychanalystes n'ont aménagé de chambres assez capitonnées et de divans assez profonds pour assourdir les bruits du monde. Au contraire, ils ont mis en lumière ce qu'il y a d'abstrait et de surréel dans cette situation de l'individu. (1984, p. 12)

Pour notre part, il aurait été inapproprié d'aborder la sociologie implicite d'acteurs sociaux sans considérer que la société, c'est tout à la fois les individus, les grands ensembles sociaux et les multiples groupements qui servent d'intermédiaires entre les individus et les macroensembles sociaux. Ainsi, c'est en nous fondant sur cette définition préalable de la société qu'il devient fructueux d'inviter des individus à explorer leur action, leur cheminement et leurs motivations; à parler tour à tour de leurs expériences, de leurs milieux (de leur milieu de travail, par exemple) et des grands ensembles (le quartier, la classe sociale, le groupe ethnique, etc.) auxquels eux-mêmes et les autres avec qui ils entrent en relation appartiennent. Bref, c'est notre définition de ce qu'est une société — une société qui ne veut pas ignorer l'individu comme sujet social, comme sujet qui ne peut se comprendre sans référence au monde social — qui oriente notre analyse de la sociologie implicite.

Abordons maintenant une autre distinction importante dans la définition de la société, celle entre *sens* — ou *signification* — et *structure*. Nous avons assez souvent fait allusion au sens que les acteurs sociaux donnent à leur action; cela laisse pressentir la place que nous accordons à l'univers symbolique dans la définition du social ou de la société.

6.2 *L'univers social : structure et culture*

La notion de structure a été définie de bien des façons — en sociologie comme dans les sciences humaines en général. Nous ne ferons pas ici la revue de toutes ces définitions. Le fait d'opposer, pour les distinguer, « structure » et « signification » suffit pour rappeler que cet objet qu'est la société comprend à la fois des éléments observables, tangibles, matériels (la structure) et des éléments qui appartiennent plutôt à l'ordre des symboles, des représentations, des idées (la culture). Aussi simple ou simpliste qu'elle paraisse, cette distinction est fondamentale en sociologie. Weber, par exemple, considérait l'action sociale comme l'objet premier de la sociologie distinguant « l'acte *visible* d'un sujet » et « la *signification* que ce dernier lui attribue ». Tous les grands courants de la sociologie font appel à cette distinction. Parfois pour affirmer que la « réalité » sociale englobe autant l'univers des structures matérielles que l'univers des significations, et qu'il ne s'agit là que des deux côtés d'une même médaille. Parfois pour affirmer la priorité tantôt de la structure sociale, tantôt de l'univers des significations.[12]

Nous avons déjà fait amplement référence à cet univers des significations à propos de la culture, du sens commun, de l'idéologie, de la connaissance du social. Ce que nous avons appelé la sociologie implicite des acteurs sociaux relève d'emblée de cet univers des significations. Le sens attribué par les acteurs à leur action, à leurs représentations et les références au social qui se glissent dans leurs témoignages, voilà autant de produits culturels dont nous tenterons de rendre compte. Ceci ne veut pas dire que nous privilégions le pôle culturel de l'analyse du social. Pour nous, ceci inclut tant une réflexion sur la structure que sur la culture.

---

[12]Pour certains ouvrages qui se donnent comme objectif de rendre compte de la multiplicité des perspectives sociologiques, on peut consulter: G. Burrell et G. Morgan (1979); G. Morgan (1983); E.C. Cuff et C.C.F. Payne (1984); J. H. Turner (1982). Voir aussi le *Dictionnaire général des sciences humaines* (1975) (sous la direction de G. Thinès et A. Lempereur). Enfin, pour un bon exemple de la perspective culturaliste, on peut se référer au classique de P. Berger et T. Luckman (1966).

Les éléments structuraux seront présents dans notre démarche. Mais ils apparaîtront à travers les témoignages des acteurs sociaux eux-mêmes. On verra comment ils font référence à des éléments de la structure sociale pour donner du sens à leur action. L'hypothèse générale qui sous-tend notre approche est que les acteurs ont une connaissance des dimensions sociales associées à leur action, connaissance qui peut porter aussi bien sur les éléments structuraux que sur les éléments culturels.

À partir de cette distinction entre la structure et la culture, nous pouvons maintenant prévenir une certaine ambiguïté et préciser l'objet de notre analyse.

— Notre démarche sociologique vise à rendre compte de l'univers des significations sociales et non des structures sociales, associées par les acteurs à leur action, à leur pratique ou à leur expérience. En ce sens, notre sociologie est une sociologie de leur connaissance, une sociologie du sens, des significations, et non des structures.

— Cette sociologie de la connaissance nous amènera à reconstituer la sociologie implicite d'acteurs sociaux (ici, les intervenants en contexte pluriethnique). Plus concrètement cela signifie que nous nous attachons à la référence des acteurs au social, à leurs multiples façons d'insérer le social dans leur discours. Ainsi, nous pouvons voir où, comment et à propos de qui ils font intervenir, par exemple, l'influence de la classe sociale, du sexe, du groupe d'âge ou de l'appartenance ethnique. En un mot, notre sociologie de la connaissance nous amène à dresser un portrait de ce que les acteurs pensent, observent, souhaitent, et à comprendre comment ce portrait évolue.

La notion de sociologie implicite, qui s'inscrit dans la sociologie de la connaissance, porte plus spécifiquement sur le rapport de la théorie à l'action. Elle se rapproche de plusieurs théories qui tentent de comprendre les savoirs construits dans et par l'action, de la connaissance de « sens commun » ou « connaissance dans la vie quotidienne » telle que définie par Schutz (1979) dans son approche phénoménologique. Elle présente aussi un rapport avec la notion de « théorie pratiquée » comme l'entendent Argyris et Schön (1974), Schön (1983) ou St-Arnaud (1992), qui adoptent une approche pragmatique, la « science-action ». La sociologie implicite n'est pas sans lien aussi avec les travaux relevant de l'interactionnisme symbolique (Blumer 1969) et avec l'ethnométhodologie (Heritage 1984; Cicourel 1979). Elle peut s'inscrire aussi dans l'étude des représentations (Jodelet 1989; Rouquette et Rateau 1998). Elle diffère pourtant, sous plusieurs aspects, de l'une ou l'autre de ces approches.

La sociologie implicite déborde le cadre strict des interactions interpersonnelles, tel qu'on le privilégie le plus souvent dans les études fondées sur l'interactionnisme symbolique, l'ethnométhodologie ou la science-action. Elle inclut ce niveau de connaissance, mais elle comprend également l'ensemble des concepts par lesquels les acteurs sociaux interprètent et donnent sens aux autres dimensions sociales de leur action. Ces références sociales plus larges sont aussi importantes que peut l'être la référence aux transactions interpersonnelles plus immédiates. La sociologie implicite désigne autre chose aussi que l'étude des règles de l'interaction quotidienne dans la conversation comme on l'étudie en ethnométhodologie. Les savoirs implicites étudiés relèvent plutôt des catégories de sens: savoirs descriptifs ou normatifs, interprétatifs ou existentiels. Enfin, la sociologie implicite est différente de l'étude des représentations, quoiqu'elle en partage plusieurs composantes. Elle s'intéresse moins à la structure des idées, comme on peut le trouver dans le courant plus cognitif de l'étude des représentations (Abric 1994; Doize 1992), ou même au processus de formation des

représentations sociales (Jodelet 1989; Rouquette et Rateau 1998), qu'à la signification sociale exprimée dans le discours des acteurs sociaux.

6.3 *L'économie, le politique et le culturel*

Une autre distinction classique oppose la culture à deux autres éléments sociaux: l'économie et le politique. En bref, l'économie est l'organisation de la production et de la distribution des biens matériels, le politique est l'organisation du pouvoir, de l'autorité (c'est-à-dire de la légitimation du pouvoir), et la culture, l'organisation de l'univers symbolique — sens, valeurs, désirs, etc.[13]

Notre objet se limite aux significations culturelles des acteurs sociaux. Répétons, par ailleurs, ce que nous avons déjà écrit plus haut à propos de la dichotomie structure/culture. Le fait que nous donnons la priorité à la dimension culturelle n'empêche pas les acteurs sociaux de faire référence au politique ou à l'économique quand ils le jugent important pour donner du sens à leur expérience. En ce sens, les acteurs peuvent se référer à ces deux autres secteurs de la vie sociale. L'important, de notre point de vue, c'est de voir, pour donner du sens, quand et comment ils font référence à l'un des trois.

6.4 *Une sociologie du changement ou du statu quo*

Le couple « changement » et « statu quo » se rapporte, lui aussi, à une distinction classique dans le champ de la sociologie. Certains y voient deux types de sociologie radicalement et irrémédiablement opposés; d'autres y voient plutôt les deux pôles d'un continuum. Si on considère que tous les changements sociaux sont d'abord ou exclusivement déterminés par les phénomènes structuraux (au sens défini plus haut) ou par le politique ou l'économique, on conclura que notre démarche de recherche ne permet pas d'aborder le phénomène du changement social, puisque nous situons d'emblée celui-ci dans le champ de la culture. La dichotomie microsocial/macrosocial pose aussi, à l'égard du changement, un problème théorique et épistémologique analogue.

Notre position sur le changement social peut se résumer de la façon suivante:

— Des changements importants se produisent souvent dans l'univers des groupes restreints, des relations interpersonnelles et même dans l'univers personnel. Les phénomènes d'invention ou de créativité en sont un bon exemple. Ainsi, le Parti communiste chinois qui regroupe des millions de membres dans une organisation très structurée a été fondé, en 1921, par un petit groupe de 12 personnes. Bien des changements politiques ou culturels ont été vécus, expérimentés dans la « vie privée » avant d'apparaître dans des formes publiques. Autre exemple: au Québec, bien avant cette Révolution tranquille qui s'est traduite, entre autres, par une nouvelle morale sexuelle, l'éclatement des structures religieuses et la formation d'un ministère de l'Éducation, ces mêmes thèmes étaient discutés en privé: quand, le dimanche, on critiquait en famille le dernier sermon du curé ou quand, dans l'intimité des groupes d'amis s'exprimaient et se consolidaient des opinions nouvelles sur la famille, le contrôle des naissances, la religion ou l'éducation.

---

[13]Économie, politique et culture sont ici dissociées analytiquement; ces trois catégories sont étroitement liées et forment en réalité un tout dans lequel chacune dépend de l'autre.

— Les changements importants peuvent se jouer à la fois au niveau microsocial et au niveau macrosocial. Il n'y a rien en soi qui empêche un intervenant, par exemple, d'aider un individu à changer sa propre situation et, en même temps, de participer à la modification des normes sociales à l'égard de l'homosexualité.

— Les changements culturels n'apparaissent pas nécessairement de façon brusque ni très visible, ni très marquée ou remarquée. En d'autres mots, les changements importants n'ont pas inévitablement l'allure d'une révolution manifeste, d'une bataille rangée. Quand ils s'élaborent dans le cours de la vie quotidienne, les éléments de continuité et de discontinuité se côtoient pour ainsi dire. Les changements ne prennent pas tout de suite des formes objectives et institutionnalisées; ils ne sont pas facilement observables et mesurables.

Cela dit, notre approche ne vise pas systématiquement l'analyse du changement à l'intérieur d'un champ spécifique. Elle en tient cependant compte par l'intermédiaire de la sociologie implicite des acteurs eux-mêmes.

6.5 *La société au singulier ou au pluriel*

Il est très fréquent, dans le champ de la discipline sociologique, de distinguer entre les sociologies qui postulent l'unité de la société et celles qui postulent plutôt un certain pluralisme de fait. D'un côté les sociologies — et les sociologues — qui considèrent que ce qui permet à une société de se maintenir et de changer vient du fait qu'il existe *un* système social intégré, c'est-à-dire *un* système de pouvoir et d'autorité, *un* système de symboles, de normes et de valeurs, *un* système qui organise la production et la répartition des biens. Dans ce type de sociologie, bien sûr, on reconnaît l'existence de catégories ou de groupes différents (les riches et les pauvres, les jeunes et les vieux, etc.). Mais tous ces groupes sont envisagés sous leur rapport avec le système d'ensemble: on est ou on n'est pas « dans le système », et si on n'y est pas, on y est défini comme marginal. Dans cette perspective sociologique, on considère habituellement que la société se fonde, en dernière analyse, sur le consensus social: il y a une société parce que tous ses membres adhèrent plus ou moins aux mêmes valeurs culturelles, participent tous plus ou moins à la même organisation politique et économique. Pour ces sociologies « monistes » de l'unité et du consensus, la question principale qui se pose (à propos de la relation individu-société) est la suivante: comment et jusqu'à quel point l'individu s'adapte-t-il à ce tout qu'est la société?

D'un autre côté, il y a les sociologies qui supposent plutôt la coexistence — pacifique ou conflictuelle — de plusieurs groupes différents ayant chacun leur système économique, politique et culturel. Et ce qui devient une société est la résultante, à un moment donné de l'histoire, des rapports de forces entre ces divers groupes sociaux. À propos de la relation individu-société, la question principale qui se pose est: à quel groupe social l'individu appartient-il et comment est-il intégré à ce groupe? La question de l'adaptation sociale ou de la marginalité se pose alors autant par rapport aux normes de tel ou tel groupe particulier que par rapport aux normes prédominantes de la société. Le sociologue qui entreprend une enquête se trouve donc devant deux modèles selon que la société s'écrit au singulier ou au pluriel. Il est important que les acteurs sociaux puissent se situer par rapport à ces deux modèles. Nous n'avons pas à forcer leur propre sociologie implicite à entrer dans une perspective plutôt que dans une autre.

7. Questions de méthode: au-delà des mots pour le dire

Par quelle voie de connaissance allons-nous aborder la sociologie implicite des acteurs sociaux? Malgré les liens évidents entre la définition de l'objet et la méthodologie, il n'est pas inopportun de discuter de la méthodologie en elle-même. D'autant moins que le langage commun nous amène parfois à utiliser indifféremment des termes que nous avons justement intérêt à différencier. Jusqu'ici, par exemple, nous avons employé le terme « analyser » pour décrire notre objectif. Nous avons aussi souvent rappelé que nous voulions « rendre compte » de la sociologie implicite des acteurs. Sans trop faire de nuances, nous avons annoncé qu'il nous faudrait « décrire », « expliquer », « comprendre », « interpréter » cette sociologie implicite. Tous ces termes ne sont pas synonymes. Mais c'est précisément en cernant de plus près le sens de chacun d'eux, en allant au-delà de leur sens général, que nous ajouterons quelques éléments au tableau d'ensemble de notre démarche. En gros, ramenons les méthodes au nombre de trois, celles qui visent à *décrire,* à *expliquer* et à *comprendre*. À ces trois termes en correspondent trois autres: l'*empirisme,* l'*expérimental* et l'*expérientiel.*[14]

7.1 *L'explication et la méthode expérimentale*

La méthode expérimentale, rappelle Lalande (1983), est « celle qui consiste dans l'observation, la classification, l'hypothèse et la vérification par des expériences appropriées ». Lalande précise que l'expérience dont il est question « est le fait de provoquer, en partant de conditions bien déterminées, une observation telle que le résultat de cette observation, qui ne peut être assignée d'avance, soit propre à faire connaître la nature ou la loi du phénomène étudié ». (p. 323)

La sociologie, est-il nécessaire de le rappeler, a très peu recours à de telles situations expérimentales. Par ailleurs, cette méthode apparaît aux yeux de plusieurs comme le modèle dont on doit s'inspirer si on veut pouvoir *expliquer* le « réel » social. On définit alors la méthode comme étant quasi expérimentale. Expliquer, dans ce contexte, veut dire avoir recours à des données « objectives », « observables » — c'est-à-dire en dehors du sujet qui observe. Ceci pour arriver à la vérification empirique d'hypothèses clairement énoncées au préalable. Expliquer implique donc la capacité de prédire que telle chose va se passer, la capacité de bien isoler les « faits » ou les « variables » qui sont à l'étude, et la capacité de comparer des situations contrôlées par le chercheur. Adopter cette méthode en sociologie, c'est prendre pour modèle les sciences exactes, les sciences de la nature. C'est ce parallélisme avec les sciences de la nature qui faisait sans doute regretter à Bourdieu le fait que le sociologue ait à étudier des objets qui parlent. L'approche expérimentale, prise dans le sens de ces intentions générales, a souvent permis aux sociologues de dépasser la simple connaissance intuitive et, surtout, de se démarquer d'une réflexion qui tournerait à vide, sans aucune prise sur le réel. Pour bien des gens, sociologues et non sociologues, ce modèle expérimental est la seule voie valable de connaissance. En fait, dans la sociologie nord-américaine tout au moins, c'est le modèle prédominant.[15] À cause de cela, on ne peut l'ignorer tout à fait quand il s'agit de se positionner dans le champ des méthodologies.

---

[14]Nous reprenons ici les distinctions assez courantes en sciences humaines que Maheu, Sévigny et Poulin, pour leur part, ont utilisées pour caractériser les voies d'apprentissage de la sociologie (voir « Avant-propos ». *in* M.A. Coulson et C. Riddell (1981). *Devenir sociologue.* p. 23 et suivantes. Voir aussi Thinès et Lempereur (1975) et Lalande (1983)).

[15]Il n'est évidemment pas de notre propos de faire la recension des critiques de cette approche.

7.2 *L'empirisme: la description ou la transcription de données*

Le modèle expérimental suppose que le chercheur formule des hypothèses, élabore des concepts qui sont d'abord des vues de l'esprit avant d'être vérifiés par l'expérimentation, l'observation des faits empiriques. Le modèle empiriste, lui, suppose, comme on le dit couramment, que « les faits parlent d'eux-mêmes ». Selon cette perspective, toutes les connaissances sont des acquisitions de l'expérience: on n'a qu'à décrire la réalité pour la connaître. La réalité s'impose à celui qui veut bien l'observer. « Comme l'expérience est elle-même conçue comme une lecture ou un enregistrement de propriétés déjà tout organisées. » (Thinès et Lempereur 1975, p. 330)

Affirmer que cette approche méthodologique est rarement bien vue est un euphémisme. L'étiquette empiriste est presque toujours employée de façon péjorative. L'empiriste se tromperait lui-même et tromperait les autres. La plus simple des descriptions n'est pas aussi innocente qu'elle en a parfois l'air. Tout n'est cependant pas à rejeter du revers de la main. En sociologie et en anthropologie culturelle, en tout cas, certains travaux importants se sont présentés sous la forme de simples descriptions empiriques tout en prenant une position originale à propos de la relation entre le chercheur et son objet. Il n'y a pas de connaissance nouvelle sans une certaine distance entre l'un et l'autre. Le véritable enjeu du chercheur est dans la façon de définir cette distance. Sur ce point, la position particulière de certains auteurs, qui, en quelque sorte, donnent la parole à leur objet, mérite qu'on s'y arrête. Lewis est un de ceux-là.

Dans son livre, un classique, sur la famille Sanchez,[16] Lewis se contente d'amener Sanchez à dire, à raconter, à décrire la vie quotidienne de sa famille. Tout au plus Lewis suggère-t-il un cadre minimal dans lequel Sanchez inscrit son témoignage (les grands secteurs de la vie de sa famille, l'éducation, le travail, etc.). Lewis suppose alors que le témoignage de Sanchez est compréhensible par lui-même d'abord, et pour le lecteur ensuite. Il suppose aussi que la connaissance que Sanchez a de lui-même, de sa famille et de sa société a une valeur en elle-même, qu'elle n'a pas nécessairement besoin d'être interprétée ou expliquée. Tout anthropologue — Lewis le premier — pourrait sans doute commenter ou analyser ce récit. Il ne l'a pas fait. Ce récit, il le définit donc non seulement comme une connaissance, mais comme une connaissance exprimée d'une façon assez proche de la nôtre et de la sienne pour qu'elle donne du sens à l'expérience et à la situation de Sanchez.

La méthode empiriste et descriptive de Lewis est possible parce qu'il se situe d'emblée dans le champ de la culture et des significations culturelles. Le « réel brut » est déjà organisé en « données » communicables par Sanchez lui-même. Lewis ne fait qu'une cueillette de données au sens strict du terme. Mais l'acte même de cette cueillette le fait pénétrer dans la culture de l'autre. Il accède à la connaissance expérientielle ou à la compréhension qu'a Sanchez de son propre milieu, et se limite à une simple transcription de cette connaissance.

Par rapport à l'empirisme classique, Lewis se démarque en n'accumulant pas une foule de données objectives présentées sans aucun cadre de référence. En même temps, il se rapproche de l'empirisme en supposant que les données communiquées par Sanchez sont des « propriétés déjà tout organisées » qu'il n'a qu'à transcrire. En outre, cette transcription tient à ce qu'est l'interprétation ou la compréhension parce qu'elle se fonde essentiellement sur la connaissance expérientielle, même s'il s'agit de la connaissance de Sanchez et non de celle de Lewis.

---

[16]Lewis, O. (1959). *Five Families: Mexican Case Studies in the Culture of Poverty*. New York: Basic Books.

7.3 *Connaissance expérientielle, compréhension, interprétation*

L'empirisme classique fait une lecture des faits, des situations ou des événements externes, objectifs. La procédure expérimentale, elle, replace ces faits dans un cadre théorique et dans un schéma de causalité qui sont eux aussi externes à l'observateur. La compréhension ou l'interprétation,[17] pour sa part, se fonde sur une connaissance expérientielle qui implique une relation étroite entre le chercheur et son objet. « Expériencer », c'est « éprouver, faire l'expérience d'un sentiment, d'une situation » (Lalande 1983, p. 323). Par ailleurs, ce type de connaissance est de l'ordre du sens ou des significations plutôt que de l'ordre des structures. La compréhension, rappellent Thinès et Lempereur, est une « saisie intime d'un objet », la « saisie d'un sens ».

On est loin du modèle de connaissance qui vise à l'explication, même si cette opposition entre expliquer et comprendre n'est pas aussi nette qu'il n'y paraît à première vue. On ne peut formuler une explication s'il n'y a pas aussi un minimum de compréhension. Réciproquement, on ne peut comprendre un phénomène ou une situation sociale sans faire référence — au moins minimalement — à une certaine réalité objective. Et l'essentiel de la démarche webérienne est de systématiser cette relation entre l'explication et la compréhension. Mais en sociologie, tout au moins, la tendance est de donner la priorité à l'une ou l'autre de ces voies de connaissances. Cela est d'autant plus compréhensible que chacune suppose à la fois des techniques et des attitudes fort différentes.

Une partie importante de l'entreprise sociologique repose sur la compréhension des phénomènes et des situations sociales. Et cela déborde largement le champ des relations interpersonnelles ou des groupes restreints. Les textes anciens ont souvent l'avantage de présenter clairement l'essentiel d'une démarche. Résumant la pensée de Dilthery, voici ce qu'écrivent Thinès et Lempereur à propos de la méthode compréhensive appliquée à de grands ensembles sociaux: « L'historien qui se représente les événements et les situations sociales doit, pour en dégager le sens directeur, revivre affectivement les faits sociaux et peut même les juger pour les interpréter. » (p. 199) Ceci dit, le sociologue qui adopte cette démarche ne fait pas qu'« affectivement revivre » les situations qu'il étudie; il en rend compte à partir de son propre cadre théorique ou conceptuel de référence. Le résultat final est en quelque sorte le produit de la communication ou de la relation entre le chercheur et un autre acteur social.

7.4 *Interprétation, traduction et sociologie implicite*

L'auteur contemporain qui exprime le mieux ce même point de vue est probablement l'anthropologue Clifford Geertz.[18] Pour lui, étudier une autre culture, c'est traduire dans son propre langage d'anthropologue occidental et nord-américain ce qu'il observe et entend dans cette culture. À la limite, il n'y a pas un anthropologue « cosmopolite » qui détiendrait une clé particulière pour interpréter la culture de l'autre, la culture locale. Il y a, dans cette perspective, la rencontre de deux cultures locales. Cela suppose évidemment qu'il y a un fondement culturel commun, que les façons de représenter ou de symboliser des expériences ou des situations

---

[17]Nous utilisons ici les notions de connaissance expérientielle, de compréhension et d'interprétation de façon indifférenciée. La tradition sociologique, pour sa part, en bonne partie sous l'influence de Weber, se réfère surtout à la compréhension. Mais les sociologies qui s'inspirent plus directement de l'herméneutique ou de la sémiologie utilisent plus volontiers la notion d'interprétation.

[18]C. Geertz (1983). *Local Knowledge: Further essays in Interpretive Anthropology*. New York: Basic Books.

sociales ne sont pas radicalement différentes dans les deux cultures: « Voir les autres comme partageant avec nous une même nature, cela n'est que de la simple décence », dit-il. (1983, p. 16) La seule façon pour un anthropologue, dit-il, d'éviter de présenter, au nom de l'objectivité, ce qui ne serait, au fond, que la manifestation d'un sentiment de supériorité (*self-congratulation*), c'est de reconnaître sa culture comme une culture locale parmi d'autres. Il faut, affirme-t-il, « se voir soi-même parmi d'autres, comme un exemple "local" de la forme que la vie humaine a pris, comme un cas parmi d'autres cas, un univers parmi d'autres univers. » (p. 16)

Partant de ses propres travaux sur le droit dans les cultures islamique, indienne et asiatique, il décrit son processus d'analyse comme

> un mouvement assez dialectique, un va-et-vient entre la façon de voir les choses dans les termes des avocats et la façon de les voir dans les termes des anthropologues; entre les préoccupations modernes de l'Occident, et celles plus classiques de l'Asie et du Moyen-Orient; [...] entre les traditions légales comme systèmes autonomes et les traditions légales comme des idéologies de combat (p.15).

C'est ce qu'il appelle un processus de traduction. Mais, ajoute-t-il, « traduction ici ne signifie pas seulement reformuler dans nos propres mots la façon de voir des autres... mais signifie mettre en relief la logique qui les amène à voir les choses dans les mêmes termes que nous » (p. 10). Ce qui suppose que les façons de penser ou de représenter les choses ne correspondent pas nécessairement aux siennes. Reprenant cette idée plus loin, il dit pourtant trouver, dans le discours des acteurs, « le sens du divin, un intérêt passionné pour la connaissance, un sens de la forme légale, des critères d'esthétique, même si ces choses ne sont pas découpées selon les secteurs bien tranchés et compartimentés auxquels nous sommes habitués » (p. 74).

En d'autres mots, Geertz propose de traduire ou d'interpréter une connaissance implicite à partir d'un cadre plus explicite qui est le sien. D'ailleurs, dans la foulée d'auteurs qu'il cite à l'appui de son point de vue, il fait référence à Gluckman, qui a trouvé, dit-il, « un droit commun *implicite* dans une tribu de l'Afrique de l'Est ». L'étude de la sociologie implicite des acteurs sociaux s'inscrit donc dans la perspective méthodologique décrite par Geertz.

7.5 *Une traduction en deux moments: d'une sociologie générale à des sociologies particulières*

La référence de Geertz à un droit implicite nous amène à introduire une autre distinction importante. Il ne faut pas faire comme si la sociologie ne constituait qu'un seul corpus de connaissances, comme si tous les thèmes sociologiques pouvaient ou devaient être traités à un même niveau de généralité. Il existe bien, d'une part, une sociologie générale qui aborde des thèmes généraux applicables à toutes les situations sociales. Jusqu'ici, c'est avant tout à cette sociologie que nous nous sommes référés, en particulier à propos de ce que nous avons appelé un schéma heuristique préalable à toute analyse. Par ailleurs, il existe des sociologies particulières qui portent soit sur des *secteurs,* comme celui du droit, soit sur des *processus,* comme celui du changement. En un sens, ces sociologies particulières reprennent les grands thèmes de toute sociologie générale, mais par l'intermédiaire de concepts ou de théories plus spécialisés.

7.6 *Notre position méthodologique*

Nous émettons l'hypothèse que la façon dont les acteurs sociaux rendent compte du social est traduisible dans les termes de la sociologie explicite. Concrètement, il y a toujours ce

mouvement dialectique de va-et-vient entre notre façon de penser dans des termes sociologiques et la façon dont les acteurs sociaux expriment leur connaissance de la société. La sociologie implicite des acteurs, même traduite, demeure cependant leur sociologie. Notre objectif n'est pas d'apposer des concepts sociologiques sur leur discours, ni de remplacer, en quelque sorte, leur façon de dire ou de comprendre les choses par la nôtre. Notre objectif est plutôt de montrer comment le social s'articule à l'action des individus, comment ceux-ci traitent, dans leur propre langage, des expériences, des événements ou des situations qui sont aussi abordés par la sociologie explicite. Bref, dans leurs témoignages, n'est pas seulement sélectionné ce qui, pour citer Geertz, est « découpé selon des secteurs bien tranchés et compartimentés auxquels nous (sociologues) sommes habitués ».

Dans l'ensemble, notre démarche s'inspire résolument d'une sociologie compréhensive, qui mise avant tout sur la connaissance expérientielle et sur l'interprétation du sens que les acteurs sociaux donnent à leurs actions. Nous cherchons d'abord à comprendre, à interpréter, à traduire leurs connaissances en fonction d'une sociologie générale, puis à explorer des thèmes plus spécialisés.

8. L'analyse qualitative, clinique et inductive

Dans toute recherche, la construction de l'échantillon et le choix de la technique de production de données constituent une préanalyse. Ces deux étapes présagent déjà le type d'analyse qui viendra par la suite. Il n'y a pas, il est vrai, un lien nécessaire entre ces étapes. Mais il reste que certains types d'échantillons et certaines techniques de cueillette de données se prêtent mieux à certaines analyses plutôt qu'à d'autres. Imaginons un échantillon de plusieurs centaines de personnes à qui nous aurions administré un questionnaire. Il va de soi que nous ne pourrions pas adopter la stratégie d'analyse qui est la nôtre, soit l'analyse qualitative et clinique.

8.1 *L'analyse qualitative*

Il ne faut pas confondre des données qualitatives (des entrevues transcrites textuellement, par exemple) avec l'analyse qualitative de ces données. Car il existe bien des analyses quantitatives de données qualitatives. Ainsi, quand la technique de l'analyse de contenu s'est développée en sociologie (vers 1950), elle visait essentiellement à rendre compte des fréquences de divers thèmes ou catégories à l'intérieur des textes à l'étude. L'analyse de contenu des manuels d'histoire du Canada, par exemple, consistait à comptabiliser la fréquence ou la distribution de certains thèmes pertinents pour une analyse sociologique (la religion, la famille, la politique, etc.), et à comparer ces fréquences entre, par exemple, les manuels de langue française et ceux de langue anglaise. La même technique a d'ailleurs été beaucoup utilisée pour comparer les rôles sociaux masculins et féminins dans les manuels scolaires. Quoique plus récente et beaucoup plus complexe, l'analyse automatique du discours repose, elle aussi, sur l'analyse quantitative: elle vise à reconstituer la structure du texte à partir de la fréquence des liens entre certains de ses éléments. Ce sont là deux exemples d'analyse quantitative de données qualitatives.

La notion d'analyse qualitative réfère très souvent à la méthodologie générale. En ce sens, il est juste d'affirmer que l'explication suppose inévitablement une analyse quantitative: tout le processus d'objectivation, de mesure, de vérification empirique des hypothèses implique en effet un traitement quantitatif des données. Par ailleurs, quand une analyse vise à l'interprétation ou à la compréhension du sens, elle a presque toujours recours à un traitement qualitatif des données.

Cela est vrai de Weber, quand, par exemple, il étudie les grandes religions asiatiques. Cela est vrai aussi de Znaniecki, quand il étudie le petit univers d'un quartier de Chicago pour dégager la « définition de la situation » qu'en donnent les divers acteurs sociaux. Dans un cas comme dans l'autre, l'analyse ne se fonde pas d'abord sur des analyses statistiques ou quantitatives.

Ce lien entre interprétation/compréhension et analyse qualitative tient, en dernier ressort, à la nature de la preuve, c'est-à-dire au genre de données qui permettent de valider ou d'invalider les résultats de l'analyse. Dans cette approche méthodologique, en effet, la preuve est faite quand elle est « approuvée » par d'autres, quand d'autres sont d'accord avec l'interprète ou le chercheur. Imaginons, dit Geertz, un anthropologue qui est absolument le seul à voir qu'il se passe telle ou telle chose dans la société qu'il étudie; imaginons un autre anthropologue, qui conclut à des choses tellement simples que tout le monde est d'emblée d'accord avec lui. La découverte scientifique, dit-il, se situe quelque part entre ces deux situations extrêmes. Car la vérification, dans une analyse compréhensive ou dans une analyse interprétative, est essentiellement affaire de sens ou de signification. Dans cette logique, il n'y a pas de preuve extérieure et objective qui existerait en elle-même. On comprend alors que, dans ce type de recherche, le chercheur rende compte de ses observations et de ses interprétations dans les mêmes termes que ceux qu'il a lui-même utilisés pour son analyse, c'est-à-dire dans des termes qualitatifs. Et cela s'applique à notre propre démarche de recherche. Nous ne pourrions guère rendre compte en effet d'interprétations qualitatives autrement que par une présentation qualitative de nos résultats. La sociologie implicite des acteurs sociaux, quels qu'ils soient et quel que soit le champ de leur action, est une donnée qualitative que nous tentons de comprendre, d'interpréter et de traduire dans des termes qualitatifs.

Les notions de « qualité » et de « quantité », lorsqu'elles sont employées dans le contexte de la discipline sociologique, renvoient, encore une fois, à l'opposition entre sciences humaines et sciences naturelles.[19] Relève de la quantité ce qui est mesuré par un nombre. En relève aussi, mais moins strictement, ce qui par nature admet d'être mesuré, « bien que n'étant pas actuellement représenté par un nombre » (Lalande 1983). Le terme « qualitatif », lui, renvoie à « ce qui, par sa nature même, ne peut être traduit ni en termes quantitatifs, ni en rapports définis et intelligibles (Lalande 1983). L'analyse qualitative est donc la méthode et la technique d'analyse que le sociologue utilise quand son objet n'est pas « mesurable », c'est-à-dire quand il ne peut être traduit par des nombres. Il considère que l'univers des significations fait appel à ce que nous avons appelé l'« expérientiel », et que toute compréhension, toute interprétation de cet univers, ne peut être traduite par des nombres.

L'univers des significations est-il alors irrémédiablement méconnaissable? Ce que nous avons dit à propos de la sociologie compréhensive ou de l'interprétation sociologique constitue une réponse à cette question: cela est possible, mais pas par le langage de la quantité ni par le langage des nombres. Reste le langage... tout court. D'où l'analyse qualitative. Comment alors mesure-t-on quelque chose sans utiliser de nombres? Par l'utilisation des catégories mêmes du langage et, au besoin, par la construction de nouvelles catégories pour « traduire » le langage de ceux qu'on étudie. Ce qui, pour nous, signifie utiliser ou élaborer des catégories qui rejoignent en même temps la sociologie implicite des acteurs sociaux à l'étude et le langage plus formel de la discipline sociologique. L'analyse qualitative est, donc, sur le plan technique, ce qui correspond

[19]De fait, dans les deux cas, il s'agit de modèles se rapportant aux sciences humaines. Le premier pose l'impossibilité de considérer que l'humain puisse être un objet analogue à celui des sciences naturelles. Le second suppose le contraire.

le mieux à ce que nous avons appelé plus haut l'univers culturel des significations. Et à notre objet d'analyse. Nous avons recours, en même temps, à l'analyse clinique pour aborder cet objet.

8.2 *L'analyse clinique*

L'analyse clinique implique une démarche particulière: l'analyse cas par cas. Même pour l'étude d'un groupe restreint d'acteurs, il ne va pas de soi, dans la tradition sociologique, de miser d'abord sur l'analyse individuelle. Cette tradition va beaucoup plus facilement dans le sens d'une analyse qui aborde directement les données regroupées par échantillon ou sous-échantillon.

On pourrait paraphraser ici Piaget et dire que, dans l'analyse clinique, l'analyste dirige sa lecture des données tout en se laissant diriger par elles. Et vice-versa. D'un côté, le schéma général d'analyse propre aux acteurs sociaux étudiés et à leur champ d'activité et, de l'autre, le discours de l'acteur avec tout ce qu'il recèle de particulier ou de singulier. Il s'agit là d'une longue suite d'opérations. Et c'est vraiment à ce moment concret — et expérientiel — de la lecture que se réalise ce va-et-vient entre la sociologie de l'analyste et la sociologie implicite de l'acteur.

L'analyste doit prendre connaissance de l'ensemble du témoignage par ce qu'on peut appeler une « lecture flottante » des données — d'entrevues, par exemple — qui permet d'en dégager ses principales articulations, le sens général, les passages obscurs, etc. Cette première lecture est suivie d'un découpage en un certain nombre de thèmes. Découpage qui est habituellement plusieurs fois repris, corrigé, modifié, simplifié ou complexifié pour tenir compte des découvertes de la lecture. Car tout n'apparaît pas clair au premier découpage. D'autant moins que l'unité fondamentale d'analyse est une unité de sens et non pas une unité concrète (qui serait, par exemple, une réponse à une question donnée dans un questionnaire ou une entrevue dirigée).[20]

En un sens, cette démarche n'est pas le propre de l'analyse clinique, mais de toute analyse qualitative. Tenir compte de l'ensemble du texte pour découper en unités thématiques, être attentif au style et au contenu particuliers de chaque texte, en chercher la cohérence ou l'incohérence, ce sont là des règles qui ont déjà été codifiées à propos de l'analyse de contenu ou de l'analyse qualitative. Ce qui est particulier, dans notre cas, c'est que ces règles sont d'abord appliquées au discours de chacun des acteurs. Un va-et-vient s'effectue non pas entre l'échantillon et le schéma d'analyse, mais entre ce dernier et chaque discours.

L'opération, à partir de là, peut suivre deux voies différentes. Une première consiste à reprendre l'analyse de chaque thème du schéma d'analyse pour l'ensemble ou pour un sous-ensemble d'entrevues. Il s'agit alors d'une analyse thématique de données regroupées et non plus de données individuelles. L'autre voie consiste à pousser jusqu'au bout l'idée de l'analyse clinique. Dans ce cas, il n'y a pas seulement des analyses individuelles, mais toute une série de monographies. Les commentaires et les interprétations d'ensemble ne viennent qu'après la préparation de telles monographies.[21]

---

[20]Ainsi, un acteur social peut exposer sa conception ou son interprétation d'un phénomène ou d'une situation dès le début d'une entrevue, mais peut y revenir ici et là par la suite dans des mots toujours différents.

[21]Si cela est vrai, en général, il reste que les analyses monographiques/cliniques ne sont pas systématiquement identiques. Au fur et à mesure qu'elles sont faites, de nouvelles questions se posent et modifient la lecture des données suivantes. Aussi est-il intéressant de présenter ces monographies dans l'ordre de leur préparation.

Voilà, très schématiquement, ce que nous avons appelé l'analyse clinique. Nous avons volontairement omis une discussion sur les postulats méthodologiques et épistémologiques de cette technique: de toute évidence, celle-ci pose le problème de la relation entre le singulier et l'universel ou, plus simplement, entre l'individu et le social. Certains, comme Ferraroti (1983), soutiennent que tout le social et toute l'histoire sont intégrés à l'histoire de vie de chaque individu. Nous pensons plutôt qu'on ne peut comprendre un individu sans faire référence à son milieu social et à son histoire. Par contre, on ne peut trouver toute la société et toute l'histoire dans l'histoire d'un individu. En tout cas, pas dans l'état actuel des techniques d'analyse dont nous disposons. C'est pour cela qu'un échantillon, même restreint, vaut mieux que pas d'échantillon du tout.

8.3 *L'analyse inductive*

Annoncer qu'on adopte une démarche déductive, cela n'apporte guère de prévision: en sciences humaines comme en sciences naturelles, la démarche est essentiellement inductive. À partir d'observations particulières, on induit des propositions générales, abstraites, qu'il s'agisse de l'observation d'une situation expérimentale construite par le chercheur ou de l'observation d'une situation sociale dans laquelle le chercheur n'intervient pas. Le véritable enjeu se situe plutôt dans le choix entre ces deux types de situations particulières. En sociologie, par exemple, le chercheur doit choisir entre deux stratégies: a) observer une situation expérimentale ou quasi expérimentale à propos de laquelle des hypothèses ont déjà été formulées; b) observer une situation sociale « naturelle » dont l'observation même permettra d'énoncer des hypothèses. Dans ce dernier cas, les hypothèses elles-mêmes — ou, en d'autres termes, les propositions abstraites — seront « induites » et formulées en cours d'observation. En approfondissant ou en élargissant le champ de l'observation, on peut « amplifier » cette induction, c'est-à-dire en arriver à des propositions de plus en plus généralisables. Une des meilleures illustrations de cette approche méthodologique et technique en sociologie est celle de la nouvelle école de Chicago.[22]

Qu'en est-il de l'analyse inductive dans notre propre démarche de recherche? Il est clair que nous ne considérons ni la situation d'entrevue ni sa transcription comme une situation expérimentale. En outre, il ne s'agit pas non plus d'une situation que les tenants de l'école de Chicago appelleraient « naturelle », puisque le matériau à analyser provient directement de l'interaction entre le chercheur et son objet.

Par ailleurs, le processus de va-et-vient entre le langage ou le discours des acteurs et celui de la discipline sociologique ne correspond pas non plus complètement à la démarche inductive de Glaser et Strauss (1967). La notion de « catégorie substantive » n'est pas sans rappeler ce que nous appelons la sociologie implicite des acteurs sociaux: les catégories substantives sont celles que les personnes observées utilisent pour définir leurs propres situations, leurs propres expériences. Mais pour Glaser et Strauss, ce langage est tenu — presque par définition — comme un langage concret, langage que l'analyse a pour objectif de généraliser et de rendre plus abstrait. Nous ne considérons pas, pour notre part, que la sociologie implicite est nécessairement concrète.

---

[22] *Cf.* le classique de B.G. Glaser et A. L. Strauss (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine. On en trouve une très bonne présentation dans A. Laperrière (1982). « Pour une construction empirique de la théorie: la nouvelle école de Chicago ». *Sociologie et Sociétés* VIV(1), p. 31-43. Voir aussi Miles et Huberman (1984), sur la *Grounded Theory*.

Ceci étant dit, il faut reconnaître une similarité importante entre notre démarche et celle de Glaser et Strauss: les hypothèses de travail ne sont pas formulées avant l'analyse, mais en cours de route. Et, dans les deux cas, il s'agit d'interprétations de la part du chercheur. Glaser et Strauss utilisent des techniques qui leur permettent d'interpréter en des termes plus formels ce qu'ils observent ou entendent, alors que nous nous limitons à montrer comment les acteurs abordent, dans leurs propres mots, des thèmes analogues à ceux de la discipline sociologique. Une autre similarité vient évidemment de ce que les deux démarches se fondent sur une approche qualitative. Tout ceci explique que, sur le plan technique, notre propre démarche est fortement influencée par les techniques associées à la nouvelle école de Chicago.[23] Car, une fois prise sa décision de travailler de façon inductive (au sens défini plus haut), le sociologue est inévitablement tributaire de la nouvelle école de Chicago. Ce qui est notre cas.

9. Pour étudier la sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique

L'acteur social observe, analyse, interprète la société dans laquelle il évolue. Nous avons attribué le statut de sociologie implicite au témoignage de l'acteur, à son savoir sur le social; ce faisant, nous accordons un statut de connaissance à ce qui est pensé, perçu, observé, évalué. Notre objectif est donc de cerner cette sociologie dans le discours d'acteurs précis (ici, les intervenants en contexte pluriethnique) et d'en isoler les éléments auxquels ils donnent un sens. Cela demande, nous l'avons vu, un va-et-vient entre notre façon de penser dans des termes sociologiques et la façon dont les acteurs expriment leur connaissance de la société et de leur contexte de pratique. Techniquement, ce processus de va-et-vient exige un schéma d'analyse thématique. C'est l'outil premier, celui qui permettra de découvrir la structure de leur univers de significations. Ce schéma est donc heuristique, car il ne constitue pas une explication théorique de la réalité telle que décrite par les acteurs, mais sert plutôt à l'exploration de cette réalité. Il est un outil qui guide la découverte et qui est au service de la compréhension. Dans le prochain chapitre, nous présentons les objectifs, la méthodologie et le schéma général d'analyse thématique qui a été élaboré pour notre étude de la sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique.

---

[23]Pour un exposé systématique de cas techniques, voir Miles et Huberman (1984). En un sens, c'est l'esprit de ces techniques, plus que les procédures elles-mêmes, qui ont influencé notre démarche.

La sociologie implicite des intervenants en santé et services sociaux dans un contexte pluriethnique : méthodologie

Les intervenants en santé et en services sociaux construisent des savoirs par et dans leurs pratiques. Quels sont leurs savoirs sur l'ethnicité? Comment en parlent-ils? Qu'est-ce qui caractérise les interventions en milieu pluriethnique? Ce sont ces questions qui ont donné lieu à notre recherche sur la sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique. La majorité des auteurs qui se sont penchés sur la question de l'intervention dans ce contexte mettent l'accent sur les difficultés de ce type d'intervention. Cette recherche-ci se propose d'en cerner plutôt les multiples dimensions en en abordant les embûches, mais aussi en reconnaissant les savoirs des intervenants, leur sociologie implicite. La notion de sociologie implicite, rappelons-le, s'inscrit dans le domaine de la sociologie de la connaissance et porte plus spécifiquement sur le rapport de la théorie à l'action. Cette notion déborde le cadre strict des interactions interpersonnelles, tel qu'on le privilégie le plus souvent dans les études fondées sur l'interactionnisme symbolique, l'ethnométhodologie ou la science-action. Elle inclut ce niveau de connaissance, mais elle comprend aussi l'ensemble des concepts par lesquels les praticiens interprètent et donnent sens aux autres dimensions de leur pratique (organisationnelles, institutionnelles, sociétales). Dans cette partie, nous présentons les objectifs et la méthodologie de la recherche proprement dite. Puis suivra une partie dédiée au champ de l'ethnicité et de l'intervention en milieu pluriethnique. Nous présenterons, enfin, dans les autres chapitres, l'analyse des résultats et leur interprétation sociologique.

Objectifs

L'objectif général de cette recherche est de faire l'analyse de la sociologie implicite d'intervenants oeuvrant en milieu pluriethnique. Son premier objectif spécifique est d'ordre épistémologique : rendre explicite les savoirs informels des intervenants sur le contexte social de leur pratique, ce qui permettra d'en dégager les présupposés théoriques et les orientations pratiques. Un deuxième objectif en découle : mettre en relief les connaissances qu'ont acquis les intervenants sur les dimensions de leurs interventions en contexte pluriethnique. Il s'agit donc de cerner, à travers les représentations de la pratique, les principales caractéristiques de l'intervention.

Méthodologie

Rappelons que cette recherche est en lien avec les questionnements théoriques déjà mis en relief dans le chapitre précédent et dans les travaux de Rhéaume et Sévigny (1985, 1987, 1988) sur la sociologie implicite des intervenants en santé mentale. Tout intervenant se réfère au moins implicitement à une connaissance du social qui sous-tend son intervention et lui donne un sens (Sévigny 1983a, 1983b, 1993a). Ainsi, chacun est confronté à la nécessité de s'interroger sur ses pratiques dans le but de s'ajuster à la mouvance du social, de définir ce pourquoi il intervient et au nom de quoi il intervient. Il est ainsi amené à prendre conscience des normes et des valeurs

ambiantes et à se situer par rapport à celles-ci (Rhéaume 1990, 1992, 1993a, 1993b; Sévigny 1991). En outre, ces questionnements rejoignent les travaux sur l'épistémologie pratique de Houle (1994, 1993a, 1993b).

Par ailleurs, cette étude s'appuie sur un corpus de connaissances plus spécifiques sur le contexte pluriethnique de l'intervention. Les difficultés vécues dans ce rapport particulier qu'est la rencontre entre un intervenant et un client immigrant ont en effet fait l'objet de nombreuses études. Ainsi, par le jeu de leurs expériences professionnelles, les intervenants ont développé des compétences, des habiletés, un savoir pratique à propos de cet aspect de leurs interventions (McAll, Tremblay et Le Goff 1997). La reconnaissance d'un savoir implicite acquis tout au long d'une pratique ne fait pas l'unanimité dans la littérature. Dunn (1987) et Longres (1981) évoquent l'ethnocentrisme et l'existence des préjugés personnels de l'intervenant. Au Québec, Boucher (1991) énumère les particularités suivantes de la pratique en milieu pluriethnique : ambiguïté de la relation et de la communication, complexité et nouveauté des problèmes, inconfort envers la différence, risques éthiques et déontologiques des actions inhabituelles, isolement professionnel des ressources et des théories. Cohen-Émerique (1984) identifie les principaux segments culturels, source d'incompréhension et de chocs vécus par des interlocuteurs de différentes cultures, lors d'une consultation professionnelle: la perception de l'espace et du temps, les différences dans la structure familiale, dans les codes d'échange interpersonnels et dans les interactions intervenant-client dans un contexte professionnel.

Cette recherche s'insère donc dans un ensemble d'études portant sur l'intervention sociale en milieu pluriethnique. Elle tente de relier la sociologie implicite des intervenants à l'analyse des pratiques dans ce milieu. Par exemple, pour un intervenant, l'ethnicité est-elle un problème en soi? Pour répondre à cette question, il doit se situer par rapport à la normalité sociale lorsqu'il fait face aux problématiques de la communauté. Si le nouvel arrivant qui consulte présente un problème d'ajustement à la nouvelle culture, le praticien peut conclure en faisant de l'ethnicité un problème en soi. Il se situe alors du côté de l'ordre social et des exigences de fonctionnalité qui en découlent. Si, par contre, l'intervenant choisit de questionner ces exigences, le problème d'ajustement sera situé non pas du côté du nouvel arrivant, mais de la culture qui l'accueille. La définition de ce qui est normal ou anormal, adapté ou non, est implicitement une définition culturelle renforçant ou contestant des modèles socioculturels. L'intervention est donc un acte culturel reposant sur des sociologies implicites, que l'étude se propose de dégager (Sévigny 1991, 1993b).

Les intervenants interviewés

Notre étude se fonde principalement sur une approche compréhensive et interprétative. Elle porte sur une population provenant de trois CLSC ayant une clientèle pluriethnique : Saint-Laurent[1] et Bordeaux-Cartierville,[2] à Montréal, et le CLSC de Hull.[3] Le quatrième CLSC, Hochelaga-Maisonneuve, du quartier montréalais du même nom, fait figure d'exception. Il s'agit en effet

---

[1] Le pluralisme ethnique est une des principales caractéristiques de la ville de Saint-Laurent, sur l'île de Montréal: ses résidants proviennent de 166 pays différents (*cf.* site Web de Saint-Laurent).

[2] La population immigrante représente 46 % de la population du quartier montréalais du même nom; les nouveaux arrivants viennent du Liban (17 %), de la Grèce (10 %), d'Égypte (8 %), d'Italie (8 %), d'Haïti (4 %), de Chine (2,9 %) et d'Inde (2,3 %) (source: site Web du CLSC Bordeaux-Cartierville, Statistique Canada, recensement 1996).

[3] Ce dernier CLSC a un programme destiné à une clientèle immigrante.

d'un CLSC où la pluriethnicité est un nouveau phénomène, du moins, quand l'entrevue a été faite, en 1995.[4]

L'échantillon regroupe 16 intervenants (neuf travailleurs sociaux, quatre infirmières, un médecin, un ergothérapeute et un organisateur communautaire) oeuvrant dans divers programmes ou services de leur CLSC (services courants, maintien à domicile, milieu scolaire, enfance-famille).[5] Sept d'entre eux sont nés ailleurs qu'au Québec : Hugues est né en Ontario; Hélène au Nouveau-Brunswick; Sybille est née en Tunisie, Nasser et Melpa, en Égypte, Sabrina, en Algérie,[6] et, enfin, Barbara, au Danemark. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans l'échantillon (12 contre quatre). Enfin, les intervenants parlent, pour la grande majorité, français et anglais.[7]

Le tableau suivant présente les 16 intervenants, leur nombre d'années de pratique total, leur fonction et leur lieu de naissance :[8]

---

[4] Il s'agit d'une entrevue faite à partir du même type de schéma d'entrevue, mais dans un projet de recherche différent. Cette entrevue nous a permis de tester notre schéma d'analyse thématique.

[5] Cet échantillon n'est évidemment ni représentatif ni proportionnel. Dans cette recherche, notre but n'est pas de généraliser, par exemple, le point de vue des travailleurs sociaux à l'ensemble de la profession, mais bien de rendre compte d'un certain nombre d'éléments du discours des intervenants.

[6] Son père est d'origine espagnole, sa mère, italienne.

[7] Deux ne parlent que le français; quelques-uns parlent une troisième ou une quatrième langue (Melpa, par exemple, dont les parents sont nés en Égypte, parle, en plus du français et de l'anglais, l'arabe et l'espagnol).

[8] Voir les fiches signalétiques de chaque intervenant interviewé en annexe. On y trouvera, entre autres, des informations sur leur scolarité, le lieu de naissance de leurs parents, leur langue maternelle, leurs langues parlées et leur nombre d'années de pratique dans l'emploi occupé au moment de l'entrevue.

Tableau 1

Composition de l'échantillon d'intervenants

Nom[9]	Nombre d'années de pratique	Profession	Lieu de naissance
Sarah	12	Travailleuse sociale (maintien à domicile)	Québec
Sabrina	13	Travailleuse sociale (milieu scolaire)	Algérie
Simone	22	Infirmière (enfance-famille)	Québec
Sandra	24	Infirmière (enfance-famille)	Québec
Sophie	14	Travailleuse sociale (milieu scolaire)	Québec
Sybille	6	Travailleuse sociale (services courants)	Tunisie
Hortense	15	Médecin (clinique CLSC)	Québec
Hugues	28	Travailleur social (milieu scolaire)	Ontario
Hubert	11	Organisateur communautaire	Québec
Hélène	18	Infirmière (milieu scolaire)	Nouveau-Brunswick
Blanche	2	Ergothérapeute (maintien à domicile)	Québec
Barbara	1	Travailleuse sociale (maintien à domicile)	Danemark
Nasser	7	Travailleur social (enfance-famille)	Égypte
Luc	2,5	Travailleur social (services courants)	Québec
Melpa	3,5	Travailleuse sociale (maintien à domicile)	Égypte
Charlotte	20	Infirmière (milieu scolaire)	Québec

Chaque intervenant a répondu aux questions qu'on lui posait en entrevue semi-dirigée.[10] Il s'agissait d'entrevues sociologiques en profondeur, proches de récits de pratique. Principalement, l'intervenant devait parler de son travail, de sa clientèle, de ses tâches. Il devait aussi raconter des interventions : une intervention qu'il considère avoir réussie et une intervention qu'il considère avoir échouée ou qu'il a trouvé plus difficile. Les intervieweurs avait pour consigne de ne pas aborder directement la question de l'appartenance ethnique, pour laisser toute la latitude à l'interviewé de parler du sujet de sa propre initiative. [11] L'entrevue s'est déroulée en deux temps. Dans un premier temps, une entrevue d'une durée d'une heure et demie

[9] Les prénoms sont fictifs.
[10] Voir le guide d'entrevue en annexe.
[11] Notons, par ailleurs, que les intervieweurs, des agentes de recherche, sont des femmes nées ailleurs qu'au Québec : l'une est espagnole d'origine, l'autre, française. Cela a pu influencer le déroulement des entrevues, mais nous n'avons pu mesurer cette influence de façon précise.

a eu lieu au CLSC où travaille l'intervenant. Puis, deux semaines plus tard, l'intervieweur rencontre une seconde fois l'interviewé. Dans cette deuxième entrevue, d'une heure et demie elle aussi, ils effectuent un retour sur la première : l'intervenant reprend ou élabore certains points abordés à la demande de l'intervieweur ou de sa propre initiative. Les entrevues, 32 au total, réalisées en 1998 et en 1999, ont été enregistrées et retranscrites mot à mot.

Schéma d'analyse thématique

L'analyse des entrevues s'effectue selon un schéma d'analyse thématique, à la fois descriptif et analytique, inspiré de celui qu'ont mis au point Sévigny (1983a) et Rhéaume et Sévigny (1988) pour l'analyse de la sociologie implicite des intervenants en santé mentale. Ce schéma d'analyse adapté pour notre objet d'étude s'organise autour de six thèmes principaux :

A. Conception de l'ethnicité;
B. Conception de l'intervention en contexte pluriethnique;
C. Encadrement organisationnel et professionnel de l'intervention en rapport avec l'ethnicité;
D. Systèmes sociaux d'appartenance;
E. Rapport de l'intervention avec la société globale;
F. Identité ethnique personnelle.

Avant l'analyse thématique proprement dite, une courte monographie trace le portrait de l'intervenant dans lequel sont résumés sa formation et son cheminement professionnel; sa clientèle, ses interventions, les problématiques abordées de façon générale; ses lieux d'interventions et, enfin, sa conception de la pratique (ses objectifs, sa philosophie, etc.). Puis sont racontés deux incidents critiques ou vignettes, c'est-à-dire deux exemples d'interventions révélatrices ou de cas qui illustrent bien la pratique et dans lesquels la dimension ethnique est ou non présente. Ce peut être la présentation de l'intervention réussie et de l'intervention non réussie présentées en entrevue; mais ça peut être aussi une autre intervention dont il a été question au cours de l'entrevue.

Nous nous sommes, dans l'analyse, inspiré d'une méthodologie clinique, c'est-à-dire axée sur l'expérience personnelle de chaque intervenant et sur leurs connaissances expérientielles. Chaque entrevue a été l'objet d'une analyse qualitative, selon les thèmes du schéma (de A à F) :

A. Conception de l'ethnicité

Ce premier thème met en cause le mode de connaissance qui caractérise le discours par les catégories qu'utilisent les intervenants pour décrire leur intervention ou par les types d'explication qu'ils évoquent pour en rendre compte. C'est par ce thème que l'on cherche à mettre en lumière, à rendre explicites les schèmes théoriques et les concepts sur lesquels ils s'appuient. Pour connaître la conception que se fait l'intervenant de l'ethnicité, on a observé la façon de nommer les gens auprès de qui il intervient et les problèmes traités. En outre, on a noté le type d'appartenance auquel l'intervenant fait référence et ce qui, dans le discours, est lié à cette appartenance : donne-t-il, par exemple, une connotation au mot « noir » lorsqu'il parle d'un « client noir »? L'appartenance ethnique est-elle un facteur explicatif d'un problème particulier, ou n'est-elle qu'un élément descriptif parmi d'autres? Enfin, nous avons identifié les cas où la question de l'ethnicité faisait en sorte que l'intervenant s'interrogeait sur les normes sociales ou les normes cliniques.

1. Catégories de désignation et de classification utilisées par l'intervenant pour définir les problèmes et les clientèles

2. Type d'appartenance auquel l'intervenant fait référence
- *2.1. ethnoculturel (langue, religion)*
- *2.2. politique*
- *2.3. ethnobiologique*
- *2.4. autre*

3. Mode d'explication de l'ethnicité ou liée à l'ethnicité
Comment l'intervenant explique les problèmes des ses clients et comment la dimension ethnique intervient dans son discours?

4. Normes sociales et cliniques

B. Conception de l'intervention en contexte pluriethnique

Ce thème suppose que tout intervenant s'appuie, dans sa pratique, sur un cadre conceptuel qui sous-tend son mode d'intervention. Dans le prolongement du premier thème, l'approche théorique privilégiée peut être indicatrice de la place du social dans l'intervention et, indirectement, du mode de connaissance en cause.

L'analyse de ce thème permet de saisir l'intervention proprement dite. D'abord en tant que processus. Puis comme mode de communication. L'intervention est en effet un processus : nous nous intéressons à la définition qu'en donne l'intervenant, à l'orientation qu'il lui donne, aux acteurs en présence, à sa structure (entrée, diagnostic, plan d'action, traitement, évaluation). L'intervention, relation entre un intervenant et son client, est aussi une communication — cette dimension relationnelle est particulièrement significative dans ce type d'intervention qui consiste à « aider » des gens. En outre, en contexte pluriethnique, la question de la langue et de l'interprétariat est importante (point 3,4). Comment se déroule leur intervention auprès du client? Quels sont leurs objectifs? Leurs stratégies? Leurs intentions? Les catégories à partir desquelles nous avons fait notre analyse sont les suivantes :

1. *Définition, orientations et acteurs (individu, famille, interprète) de l'intervention*

2. *Intervention comme processus (caractère intentionnel et structuré)*

   2.1 Entrée
   (Type d'entente ou de contrat, caractère volontaire ou non)

   2.2 Diagnostic
   (Travail d'analyse des problèmes pour en déterminer les causes ou facteurs explicatifs.)

2.3 Plan, objectifs, stratégies de traitement, pronostic
(Traduction de la compréhension théorique du problème en langage d'action; modes d'intervention et des ressources.)

2.4 Traitement
(Techniques d'intervention; combinaison de moyens plus ou moins complexes contraintes.)

2.5 Évaluation, suivi

3. Intervention comme mode de communication (dimension relationnelle et interactive)

3.1 fonction représentative (ou contenu)
(Où l'intervenant fait comprendre quelque chose, affirme un contenu qui réfère à une réalité extérieure, rapporte ou décrit un problème.)

3.2 fonction régulatrice (faire quelque chose à l'autre)
(Demander, exiger, permettre, interdire, ce qui indique le genre de relation que l'on veut établir avec l'autre.)

3.3 fonction expressive (monde intérieur des sujets)
(ce qu'ils disent d'eux-mêmes, de façon sincère et authentique ou non.)

3.4 fonction linguistique (compréhension des codes)
(Concerne la compréhension linguistique, les codes, l'interprétariat)

3.5 fonction explicative et d'investigation

3.6 autre

C. Encadrement organisationnel et professionnel de l'intervention en rapport avec l'ethnicité

Alors que les thèmes précédents s'attardent aux dimensions théoriques qui définissent l'intervention, ce thème s'intéresse davantage à ses dimensions pratiques; il réfère aux conditions sociales de l'intervention. L'encadrement de l'intervention, fondamental, peut revêtir deux formes différentes, bien qu'elles ne soient pas mutuellement exclusives: la contrainte et le support. L'encadrement situe l'intervention, le rapport entre les intervenants, dans un milieu de référence, un cadre d'appartenance, le contexte de la profession — entendu ici au sens large — et de l'organisation par exemple.

Dans ce troisième thème, nous nous intéressons aux références au cadre organisationnel et professionnel de l'intervention relativement à l'ethnicité, c'est-à-dire les cas où l'intervenant réfère aux contraintes ou au support du milieu d'intervention ou de sa profession relativement au contexte pluriethnique.[12]

1. Cadre organisationnel
(statut et aspects économiques de l'organisation, organisation du travail, perception du type d'organisation, support)

2. Appartenance professionnelle

2.1 Formation
(Formation universitaire ou privée, auteurs de référence, courants ou traditions de pensée auxquels l'intervenant se réfère.)

2.2 travail antérieur
(Choix, acquis, motivations et influences que l'expérience a pu avoir sur l'intervenant.)

2.3 groupes ou associations

D. Systèmes sociaux d'appartenance

Les thèmes précédents étaient axés sur les acteurs (l'intervenant et son client), la relation et le cadre organisationnel. Le thème D, lui, considère les grands ensembles sociaux auxquels l'intervenant réfère dans son discours lorsqu'il parle de ses interventions en contexte pluriethnique. Il nous permet de dégager la vision plus large du social qui constitue le contexte sociétal de l'intervention et cherche à rendre compte des références plus ou moins nombreuses, implicites ou explicites, aux divers milieux sociaux ainsi que du sens donné à cette référence. Le mode de connaissance, le type d'explication que vont privilégier les intervenants et le contenu de ces explications — celles qui concernent, par exemple, la dimension du rapport individu-société ou le fonctionnement de la société — sont en effet révélateurs de leur sociologie implicite. L'analyse de ce thème accorde donc une attention particulière à la définition qu'ils donnent des différents niveaux de la réalité sociale, des groupes primaires[13] aux structures intermédiaires[14] et aux grands ensembles sociaux[15] ainsi qu'à l'articulation des niveaux auxquels ils se réfèrent.

Les thèmes C et D donnent la possibilité d'explorer le contexte social immédiat de la pratique de l'intervention et le contexte social plus large. Le thème D permet de cerner, dans le

---

[12] Les intervenants interviewés pratiquant tous en CLSC, l'approche comparative qu'aurait suscité l'appartenance à différents milieux institutionnel est donc ici exclus.

[13] Systèmes sociaux restreints caractérisés par des relations interpersonnelles de face à face et associés le plus souvent au cadre de la vie quotidienne comme la famille, les amis, les réseaux informels, etc.

[14] Qui comprennent les systèmes sociaux plus formalisés et institutionnalisés, comme les entreprises, l'école, les organismes d'État, etc.

[15] Qui désignent des systèmes sociaux plus larges, comme le milieu urbain ou rural, le système politique ou économique, l'ethnie, l'âge, le sexe, etc.

discours de l'intervenant, le niveau de la réalité sociale auquel il fait référence quand il se décrit lui-même ou qu'il parle de ses clients, et, en même temps, la façon dont il analyse le «fonctionnement social». Les niveaux d'analyse font surtout référence ici à deux grands types d'analyse sociologique: l'un qui met l'accent sur les « structures objectives » de l'organisation sociale, l'autre sur les rapports de signification ou les rapports symboliques des personnes et des institutions. Les dimensions abordées dans l'analyse sont :

1. *Niveaux sociaux de référence*
   (Références sociétales dominantes décrites à travers la clientèle et la pratique. Âge, sexe, classes sociales, niveau d'instruction, lieu d'habitation, etc.)

2. *Explication du social*
   (Quel genre de société est en cause? De l'ordre : *chaque élément s'intègre ou est déviant ou dysfonctionnel;* du développement : *rapports sociaux conflictuels qui permet le développement;* du changement : *transformation radicale d'un mode de fonctionnement à l'autre;* de crise : *blocage et désordre qui empêche le développement et effritement de l'ordre social établi.)*

E. *Rapport de l'intervention avec la société globale*

Le rapport entre l'intervention et la société globale s'inscrit dans le prolongement du thème précédent; il met l'accent sur la dynamique de l'intervention et de l'action sociale. La conception qu'ont les intervenants de leur intervention en milieu pluriethnique, de l'action, du changement et des acteurs sociaux dépend en grande partie de la conception qu'ils ont de la société, du type d'explication donnée au fonctionnement de leur société qui sert de contexte plus large à l'intervention. L'intervention est ainsi considérée d'un point de vue extérieur à l'expérience individuelle et examinée dans son ensemble comme un phénomène social. Ce thème pose plus directement le problème des rapports entre l'intervention, l'engagement social de l'intervenant et l'action sociale. Dans ce thème, l'accent est mis sur la dynamique entre l'intervention et la société globale, entre l'intervention et l'action.

1. *Conception de l'action*

   1.1 Intégration sociale: *l'ordre social n'est pas remis en cause. L'intervention est une réponse fonctionnelle à des problèmes ou à des besoins sociaux selon l'ordre social donné. (Adaptation conformiste; adaptation partielle impliquant une certaine marginalisation; adaptation active ou compromis entre normes sociales et orientations de l'intervention.)*

   1.2 Opposition : *remise en cause des modes d'action.*

   1.3 Contestation : *position de rupture, rejette un modèle de société qui ne va plus, qui ne correspond plus à des exigences d'évolution et de développement.*

   1.4 Changement : *projet de société appelé à remplacer la société actuelle.*

F. Identité ethnique personnelle

Ce dernier thème concerne la présence du social dans la façon même de l'intervenant de s'exprimer. Là où l'intervenant révèle ses motivations, ses préférences, ses valeurs, où il parle de lui-même, de l'image de soi et des liens entre son intervention et sa façon d'être, où il raconte son histoire personnelle de vie, il manifeste son identité personnelle. Nous nous intéressons, dans ce thème, à la façon dont les intervenants parlent d'eux-mêmes, et, plus particulièrement, à leur identité ethnique. Y font-ils référence? Sinon, à quoi s'identifient-ils? Voici les catégories qui nous permettent de cerner l'appartenance des intervenants :

1. *Type d'appartenance*

    1.1 Professionnelle

    1.2 Ethnoculturelle

    1.3 Politique

    1.4 Ethnobiologique

    1.5 Autre (âge, sexe, etc.)

Ce schéma d'analyse regroupe des thèmes qui sont autant de notions heuristiques, de catégories sociologiques générales qui permettent de cerner l'organisation conceptuelle qui caractérise la sociologie implicite des intervenants. Il est la résultante, en quelque sorte, du langage sociologique et du langage des intervenants. Ainsi, les deux premiers thèmes (« Conception de l'ethnicité » et « Conception de l'intervention en contexte pluriethnique ») se fondent sur leurs préoccupations et leurs expériences: comment définissent-ils l'objet de leur pratique? De quel vocabulaire se servent-ils? Comment l'expliquent-ils? Quelles en sont les conséquences? Comment voient-ils leur rôle? Comment, et à partir de quels critères, évaluent-ils leur intervention? Quelle importance accordent-ils à cette évaluation? En même temps, ces thèmes portent sur des dimensions sociales qui intéressent les sociologues. C'est par l'explication de ces thèmes que les intervenants abordent, par exemple, ce qu'est la normalité ou la marginalisation sociale; qu'ils expliquent comment leur mode d'intervention tient ou ne tient pas compte du milieu de leur pratique; qu'ils décrivent le support que leurs clients reçoivent de leur milieu; qu'ils caractérisent leurs clients en parlant de leur appartenance ethnique ou sociale.[16]

Les thèmes A et B permettent de choisir certaines pistes d'analyse, de préciser et de concrétiser le va-et-vient entre la connaissance de l'intervenant et celle du sociologue. Les thèmes C et D (« Encadrement organisationnel et professionnel de l'intervention » et « Systèmes sociaux d'appartenance ») le permettent aussi, mais en sens inverse. Les thèmes sont ici nommés à partir de certaines catégories grâce auxquelles on peut explorer le contexte social immédiat de l'intervention et le contexte plus large, et ainsi aborder des questions comme l'effet du milieu

---

[16]Notons que la façon même de nommer les gens auprès de qui ils interviennent est d'ailleurs chargée de signification sociale; le choix des mots n'est en effet pas innocent.

d'intervention sur l'intervenant et sur son intervention et l'influence des cadres sociaux d'appartenance comme le quartier, le groupe d'âge, la religion, l'ethnie, la classe sociale.

En un sens, si on considère l'ensemble du discours d'un intervenant, on peut conclure que tout devrait être théoriquement codifiable à la fois dans les thèmes A ou B et dans C ou D. Cela est juste, car l'individu est toujours en train de rendre compte de sa conception de son champ d'activité et de l'univers de ses interventions, d'une part, et de sa sociologie (plus ou moins) implicite, d'autre part. Une façon de lier ces quatre thèmes se traduirait donc par le schéma suivant:

	C	D
A		
B		

Toutefois, pour une plus grand précision, une analyse plus linéaire peut se faire en se penchant tour à tour sur chacun des thèmes. Sociologiquement, cela permet d'aller du moins au plus explicite: quand un intervenant nous dit comment, à bien des égards, il ressemble à ses clients, il exprime implicitement sa connaissance de leur milieu d'appartenance. Mais il y a de bonnes chances que ce thème sociologique n'apparaisse pas explicitement dans son discours à ce moment-là. Par ailleurs, quand un autre intervenant nous dit qu'une partie de sa clientèle est italienne et qu'il décrit la relation particulière qu'il a observée entre les mères italiennes et leurs enfants, la référence au social est beaucoup plus explicite.

Ceci dit, le jeu de ces quatre thèmes ne mène pas à une procédure très structurée. En règle générale, l'analyse débute par le thème A, qui inclut tous les éléments du discours des intervenants qui sont nécessaires pour en rendre compte. Notons par ailleurs qu'un même passage du discours peut, par la suite, être repris pour l'analyse des autres thèmes (B, C et D), ceux-ci pouvant être imbriqués. Notre tâche est donc de rendre compte de divers thèmes du discours de façon « signifiante ».

Enfin, les thèmes E et F abordent deux autres points de vue. Le thème E (« Rapport de l'intervention avec la société globale ») est d'emblée sociologique. Il est le pendant de questions structurées posées aux intervenants, qui les amènent à se situer par rapport à un certain nombre d'interprétations ou de conclusions d'analyse proprement sociologiques. Le thème F (« Identité ethnique personnelle »), pour sa part, permet une analyse de l'expérience personnelle de l'intervenant. Dans les monographies, le thème F transparaît dans toute l'analyse. Dans le cas d'une analyse transversale, le thème F permet de revenir à la dimension plus personnelle qui risque de passer autrement inaperçue.[17] Par ailleurs, bien que ce schéma d'analyse comprenne six thèmes différents, l'on ne saurait omettre de considérer dans sa globalité le matériel ainsi recueilli. Afin de bien dégager la sociologie implicite, il est en effet aussi nécessaire d'étudier les interrelations qui existent entre les thèmes.

Le processus d'analyse consiste à s'inspirer des six grands thèmes du schéma d'analyse et à élaborer, en cours de route, des sous-thèmes ou des dimensions qui viennent préciser la

[17] L'usage du « je » et du « nous » est un bon indice des divers éléments qui peuvent consacrer l'identité personnelle de l'intervenant.

sociologie implicite des intervenants. Mais leur discours n'est pas nécessairement étudié en fonction de tous les thèmes. Tout en visant à être la plus exhaustive possible, l'analyse donne la priorité à ceux qui rendent le mieux compte de leur sociologie implicite en rapport avec le contexte pluriethnique de leur pratique. De façon générale, certains thèmes de ce schéma ont donc donné lieu à une analyse plus importante. Ainsi, le thème B, sur l'intervention, rassemble beaucoup d'informations. À l'opposé, le thème C, relatif à l'encadrement organisationnel et professionnel, en rassemble peu. Ce qui signifie que le discours des intervenants a davantage porté sur l'intervention en tant que tel plutôt que sur ce qui touche l'organisation de leur travail.

Dans la prochaine partie, nous présentons le contexte pluriethnique québécois dans lequel évoluent les intervenants interviewés et abordons le concept d'ethnicité. Nous présentons ensuite les résultats de nos analyses. D'abord, trois monographies d'intervenants centrées sur leur expérience : celle de Nasser, travailleur social, de Charlotte, infirmière, et de Sophie, travailleuse sociale. On y trouve, pour chacun, une description de leur travail, les vignettes dans lesquelles sont racontées les cas d'échec (ou d'interventions difficiles) et les réussites, et l'analyse de chacun des thèmes du schéma d'analyse. Ces monographies nous permettent de saisir l'articulation d'ensemble du discours d'acteurs précis. Puis, nous présentons l'analyse transversale de certains thèmes (faite à partir des monographies de l'ensemble des intervenants interviewés), soit celle de la conception de l'ethnicité (A) et de l'identité ethnique personnelle (F), regroupées dans un même chapitre (*Identité de soi et de l'autre*); celle de l'ethnicité comme mode d'explication (A3) (*L'ethnicité : un mode d'explication*); celle de l'intervention en tant que processus (B1) (*Le milieu pluriethnique : obstacle ou soutien au processus d'intervention?*) et, finalement, en tant que mode de communication (B2) (*Communication, langue et interprétariat*).

Services de santé et services sociaux en contexte pluriethnique[1]

Pour saisir les savoirs des intervenants sur l'ethnicité, il importe d'avoir une compréhension du contexte plus large des services de santé et des services sociaux dans lequel ils évoluent. Cette contextualisation permet de mieux situer leur pratique et d'en connaître mieux les enjeux. Nous présentons donc ici un bref portrait de la pluriethnicité au Québec. Nous définissons ensuite des concepts touchant la notion d'ethnicité (communauté culturelle, immigrant, etc.). Enfin, nous nous penchons sur la connaissance des clientèles pluriethniques, sur la pratique interculturelle et sur ce qu'elle signifie.

***

Le phénomène de l'immigration et la coexistence de groupes ethniques – ou de communautés culturelles – n'est pas un phénomène nouveau au Canada et au Québec. L'adhésion du Canada à la Convention de Genève en 1969, l'application de la loi sur l'immigration, en 1978, et l'application du statut de réfugié politique ont permis un accroissement important de réfugiés provenant d'Asie et d'Orient, d'Amérique latine et des Antilles ainsi que d'Afrique et du Proche-Orient. On estime à 14 % la proportion de la population immigrée du Canada établie dans la province de Québec qui est constituée de personnes immigrantes de première génération. Cette catégorie d'immigrants compose 8 % de la population actuelle du Québec.

En un sens, le Québec a depuis longtemps – ou depuis toujours – été un milieu pluriethnique: l'arrivée des découvreurs et des colons européens pourrait être vue, du point de vue des nations autochtones, comme posant en partie des problèmes de relations ethniques. Il en est de même des relations entre les Canadiens français et les Canadiens anglais – objet des études en relations ethniques au Canada dans les années 50 – qui, en dernière analyse, posaient les problèmes de l'identité de chaque groupe et des processus d'intégration socioculturelle. L'existence de ces deux groupes a d'ailleurs amené le système de santé à adapter ses services aux communautés qu'elle desservait: un système anglophone, parallèle au système francophone, s'est développé. Par la suite, plusieurs autres groupes d'immigrants sont arrivés au Québec depuis un certain temps et ont acquis, en quelque sorte, le statut de « groupe ethnique ». En fait, l'immigration constitue depuis plus d'un siècle une composante sociale importante, mais ce n'est que depuis une vingtaine d'années que la gestion de l'immigration est considérée du point de vue institutionnel[2] (Gouvernement du Québec 1990a, b, c). La question de l'accessibilité des services

---

[1]Ce texte est une adaptation du texte de Sévigny et Tremblay (1999). « L'adaptation des services de santé et des services sociaux au contexte pluriethnique », *in* Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux (eds), (1999). *Le système de santé québécois: un modèle en transformation*, Montréal: Presses de l'Université de Montréal, p. 77-94. Écrit au moment où nous entreprenions cette étude, ce texte nous semblait bien décrire le contexte social, culturel et politique dans lequel les intervenants interviewés oeuvraient. C'est pourquoi nous en avons fait ici un chapitre.

[2]Les gouvernements ont abordé la question de l'intégration des immigrants sous l'angle de la culture. Cette approche, qui fait de l'ethnicité « une ethnicité-essence, l'ethnicité-attribut, unique déterminant des faits sociaux observés » (Juteau 1986:37) a plusieurs fois été remise en cause. Cette perspective culturelle ou ethnique, qui accentue les différences (Gay 1985), enferme les immigrants dans leur tradition culturelle et a des répercussions sur la perception de la population. En outre, la mise en relief de la différence occulte des difficultés relationnelles qui relèvent des catégories sociales (McAll 1991).

de santé et des services sociaux à la clientèle immigrante, elle, est apparue dans les années 80.[3] Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est alors surtout préoccupé des difficultés relationnelles entre les intervenants et la clientèle immigrante, les problèmes de communication constituant l'un des thèmes majeurs des recherches gouvernementales portant sur l'accessibilité des services (Le Goff 1997). Ces problèmes sont, selon les observateurs, rattachés à une question de distance culturelle et de méconnaissance des services et de leur fonctionnement. Cependant, ils ne sont pas exclusivement dus, comme le souligne Le Goff, aux différences culturelles et au non-partage du code linguistique, mais révèlent plusieurs types de distance: des conditions de vie, de la manière de concevoir le système de santé et des circonstances de l'interaction intervenant-client.

Pour comprendre le contexte pluriethnique actuel, il faut établir une distinction entre cette partie de la population arrivée au Québec depuis plusieurs générations et entre l'immigration récente. Ainsi, en 1991, 22 % de la population immigrante était arrivée au Québec après 1985; 15 % d'entre elle avait le statut de réfugié. La majorité de ces immigrants de première génération (97 % ou 459 490 personnes) vivait à Montréal. Mais cette population d'immigrants récents ne se répartit pas de façon aléatoire sur le territoire montréalais; elle a plutôt tendance à se concentrer dans certains quartiers. Ainsi, par exemple, le territoire desservi par le CLSC Côte-des-Neiges est le plus cosmopolite: la proportion de personnes se déclarant d'origine ethnique autre que française ou britannique y est de 72,9 % comparativement à 43 % pour l'ensemble de la ville de Montréal (Piché et Bélanger 1997). De plus, les données statistiques 1995-1996 du CLSC Côte-des-Neiges dénombrent plus de 150 pays d'origine parmi sa clientèle, dont 54 % est née ailleurs qu'en Amérique du Nord (15,5 % en Asie, 13,5 % en Europe, 9,4 % au Maghreb et au Moyen-Orient, 5,3 % en Amérique centrale et en Amérique du Sud, 6 % dans les Caraïbes et 4,1 % en Afrique). D'autres secteurs de Montréal sont aussi très cosmopolites. Parc-Extension, quartier où résident des groupes ethniques établis ici depuis longtemps et des groupes récents d'immigrants, est, par exemple, constitué de 88 % de personnes d'origine ethnique autre que française ou britannique.

Ce phénomène d'immigration récente a évidemment des implications socio-économiques et culturelles qui touchent les diverses instances qui ont à prendre des décisions administratives ou politiques tant sur l'immigration et l'intégration des immigrants[4] que sur la santé.[5] Mais, il

---

[3]Jusque dans les années 60, c'étaient l'Église catholique et les communautés ethniques qui prenaient en charge l'accueil et l'aide aux immigrants (Jacob 1992). Dans le contexte de renforcement de l'État provincial des années 70, le gouvernement s'est lancé dans des réformes, comme l'introduction de l'assurance-maladie universelle, en 1967, qui devint l'un des principaux facteurs d'accès aux services médicaux (Béland 1985), qui ont notamment touché les services sociaux et les services de santé aux immigrants. Parallèlement aux services dès lors institutionnalisés, les communautés ethniques ont continué d'offrir différentes formes d'assistance (voir le répertoire des services offerts par les organismes communautaires, Gouvernement du Québec 1993).

[4]Ainsi, dans son énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration (1990c) et dans son plan d'action concernant l'accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles (1994), le gouvernement du Québec déclare que l'adaptation des institutions à la réalité pluraliste constitue un facteur essentiel de la participation des Québécois de toutes les origines à la vie collective. Il annonce également des interventions dans deux champs bien précis: l'adaptation des interventions et des services destinés à la clientèle des communautés culturelles et la formation interculturelle des intervenants. En outre, la politique de régionalisation de l'immigration traduit la volonté gouvernementale de favoriser l'établissement des immigrants à l'extérieur de Montréal (Gouvernement du Québec et Secrétariat régional de la concertation de l'Outaouais 1992b).

[5]Dans sa politique de la santé et du bien-être, par exemple, le gouvernement du Québec (1992c) tient compte, dans la définition de ses objectifs et de ses stratégies d'action, de la population récemment immigrée en l'identifiant comme groupe vulnérable.

concerne aussi les intervenants dans le domaine des services de santé, soucieux de la qualité de leurs interventions auprès de cette clientèle. La complexité des problèmes est accrue par toutes les transformations actuelles dans le champ de la santé et des services sociaux.

La mission des Centres locaux de services communautaires (CLSC) est d'offrir en première ligne[6] des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. Les CLSC assument leur mission de première ligne en étant le plus près possible des lieux de vie et de travail des gens. Ils constituent donc ainsi une des portes d'entrée de la clientèle d'immigration récente dans le système de santé québécois. Ils sont aussi l'un des premiers contacts de cette clientèle avec l'appareil institutionnel québécois. Or, les CLSC sont sectorisés, c'est-à-dire qu'ils concentrent leurs activités dans des territoires bien définis. Cet état de fait renforce la sectorisation des immigrants, qui se concentrent, on l'a vu, dans certains secteurs et, de ce fait, accroît les responsabilités des CLSC envers les immigrants, récents ou plus anciens. Évidemment, la sectorisation des CLSC n'empêche pas les membres des communautés culturelles d'utiliser les services de santé de leur choix (les services privés, par exemple). Par ailleurs, le virage ambulatoire, qui renvoie les patients à la maison et fait en sorte que les CLSC de leur secteur les desserve, modifie le degré et la forme de la « liberté de choix » des personnes qui agissent comme « fournisseur » de services. Le centre hospitalier demeure ouvert à toute la clientèle, quel que soit le territoire (sauf en ce qui concerne la santé mentale), mais le CLSC, lui, est « fermé » à la population qui n'habite pas son territoire.

Quelques définitions

L'adaptation ou l'adéquation des services de santé au contexte pluriethnique suggère, globalement, deux grands objectifs: (a) la connaissance des clientèles pluriethniques actuelles et potentielles des services de santé et (b) l'analyse des interventions auprès de ces clientèles dans une perspective de compatibilité culturelle et de connaissance des intervenants. Notons que la recherche sur l'ethnicité et les réalités issues de l'immigration est caractérisée par un contexte polysémique qui nuit parfois à l'intelligence des problèmes et des perspectives d'analyse. Tout en nous inspirant des nombreuses définitions proposées dans la littérature, que nous avons adaptées en fonction de notre orientation conceptuelle, nous avons opté pour les définitions suivantes:

– Par *société pluriethnique* nous entendons une société où coexistent plusieurs groupes d'origines nationales ou culturelles différentes, le *groupe ethnique* ou *ethnoculturel* étant le collectif formé de gens qui considèrent partager une même culture et une même langue. Dans ce contexte, le terme *culture* désigne l'ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe social.

– Les notions d'*ethnicité* et de *relations ethniques*, appliquées à la situation québécoise, renvoient inévitablement au fait que le Québec fait partie d'un pays industrialisé à forte immigration. Dans l'histoire des sciences sociales nord-américaines (et, sans doute, dans l'histoire des sociétés urbaines en grande partie fondée sur l'immigration), cette notion a toujours permis de poursuivre deux objectifs. Le premier a été de rendre compte, à un moment donné, de la dynamique des relations entre des individus et des groupes ayant, en raison de l'immigration, des origines fort variées sur le plan des nationalités, des appartenances religieuses, des aires

[6]Les soins de première ligne sont ceux dispensés sur le champ à des clients qui en font la demande. Ils impliquent certaines situations d'urgence et de crise et couvrent un large éventail de besoins.

géographiques ou des statuts socio-économiques. Le second a été de rendre compte de l'évolution sociale de ces sociétés pluriethniques. En d'autres termes, on a utilisé cette notion pour montrer comment des groupes nouveaux, différents les uns des autres, relativement marginalisés, ont été, à des rythmes différents, inclus dans la société dans son ensemble. En ce sens, la notion de relations ethniques a surtout permis de décrire et d'analyser le processus d'inclusion de ces groupes à l'ensemble de la société. (Mais cette notion suppose souvent, dans d'autres contextes sociologiques ou politiques, une volonté d'exclusion.) Par ailleurs, immigration et ethnicité, comme le rappelle Breton (1984), doivent être envisagées avant tout comme un processus impliquant des étapes qui ne sont pas toutes identiques. C'est par rapport à ce processus que la distinction entre immigrants récents et anciens groupes ethniques devient indispensable.

– La notion d'*immigrant* (ou de *migrant*) est elle-même très générale et peut engendrer beaucoup de confusion. Il y a certes des caractéristiques communes à toutes les expériences d'immigration, mais au-delà de l'identité globale et indifférenciée, on trouve aussi plusieurs sources de différenciation. Les immigrants, au moins par hypothèse, sont différents selon le contexte de leur départ du pays d'origine; ils sont aussi différents selon leur façon de tenir dans un tout relativement cohérent, leur passé (là-bas) et leur présent (ici). Ainsi, tous les immigrants ne souhaitent pas ou ne réussissent pas au même point à mettre de côté les comportements, les normes et les valeurs de leur milieu d'origine. Certains immigrants, par exemple, peuvent souhaiter adopter le plus rapidement possible les services de santé qui leur sont offerts ici parce que ces derniers faisaient partie, dès le départ, de l'image qu'ils se faisaient de leur nouveau pays d'adoption. D'autres, au contraire, peuvent souhaiter une sorte de métissage des façons d'ici et de là-bas pour répondre à leurs besoins en matière de santé. (Ce processus de métissage est d'ailleurs d'autant plus complexe que les problèmes de santé se présentent parfois fort différemment dans ces deux milieux.) De plus, il est important de distinguer les personnes ayant une « appartenance à des valeurs et à des cultures non occidentales » et celles qui sont plus proches de la culture occidentale. Il serait difficile d'ignorer que la diversification de l'immigration accentue effectivement la coexistence au sein des institutions publiques, et notamment du système de santé, d'une diversité de valeurs, de styles de vie et de conditions sociales. Enfin, nous l'avons vu, il faut distinguer entre les immigrants récents et ceux d'immigration plus ancienne. Les immigrants récents, souvent regroupés sur un même territoire pluriethnique, ne deviennent cependant pas nécessairement une communauté. Par ailleurs, les immigrants, principalement ceux de la première génération, vivent une série de ruptures par rapport à leur milieu d'origine (en ce qui concerne le cadre normatif, économique, climatique et linguistique; il y a en outre fragmentation du réseau familial et personnel). Ces ruptures, qui peuvent être particulièrement brusques et radicales, dans le cas des réfugiés par exemple, obligent en quelque sorte une nouvelle structuration de la personne, de la famille et de la communauté.

– La *distance culturelle* réfère au degré de divergence ou d'incompatibilité qui peut être perçu par des individus en interaction entre les savoirs, savoir-faire et systèmes de références culturelles des uns et des autres. Selon Boucher (1991), la différence de normes et de valeurs qui marque la distance entre les individus est la source de toute construction identitaire.

– Par le terme *acculturation,* nous faisons référence au processus par lequel des groupes humains absorbent les schémas culturels d'autres groupes avec lesquels ils sont en interaction de façon continue ou répétée. Ce processus n'implique cependant pas la perte de la spécificité ou de

l'identité des groupes en question. L'*intégration* est, elle, un phénomène d'acculturation. Ainsi, Breton (1994) définit l'acculturation

> comme une conversion ou une transformation de l'identité et de l'identification. Comme processus social, l'intégration est d'abord un phénomène d'adaptation qui comprend l'ensemble des stratégies d'action et d'innovation que déploient les immigrants face aux circonstances favorables ou défavorables qu'il rencontre. L'adaptation suppose l'acquisition d'une certaine compétence sociale, organisationnelle et politique. Enfin, dit-il, l'intégration est également un processus sociopolitique de négociation sociale et identitaire où se confrontent deux définitions de la réalité, deux modes de vie, deux univers socioculturels. (p. 239)

– Enfin, la notion de *groupe ethnique* ou de *communauté culturelle*[7] – terme couramment utilisé au Québec – n'est pas aussi monolithique qu'on a parfois tendance à le penser. Parmi les membres de tel ou tel groupe ethnique, on trouve aussi des individus qui vivent à la marge des normes culturelles de leur propre groupe. Les intervenants de la santé, devant un de ces membres, ne peuvent considérer a priori que cette personne est en tout point conforme au modèle culturel propre à son groupe ethnique. (On peut comprendre l'importance de ne pas attribuer à chaque individu des caractéristiques culturellement stéréotypées en se disant par exemple: « Si j'étais en Chine, gravement malade, la dernière chose que je souhaiterais serait de me retrouver devant un médecin qui viendrait de lire un chapitre sur ce qu'est le « vrai Québécois » et qui me soignerait en fonction de cette définition.») Notons par ailleurs que le terme « groupe ethnique » ne fait pas l'unanimité parmi les membres des communautés culturelles. Ainsi, pour certains, ce terme a des connotations négatives, est porteur d'une signification autre que la communauté de langue et de culture, souvent politique et liée à l'expérience vécue de l'immigrant. Par exemple, un Bosniaque, définissant l'ethnie et le groupe ethnique en fonction des groupes qui s'affrontaient dans son pays, peut difficilement accepter d'être identifié comme faisant partie d'un groupe « ethnique », cette notion véhiculant l'idée d'exclusion, de racisme.

– L'appartenance ethnique, de facto, est toujours associée à d'autres caractéristiques socio-économiques; elle est une appartenance *multiple* et *complexe*. Comme tout autre citoyen[8] canadien, québécois ou montréalais, la personne membre d'une communauté culturelle a un travail ou est en chômage, est riche ou pauvre, peu ou très scolarisée, jeune ou vieille, est un homme ou une femme, a ou non une identité religieuse, etc. Tout en étant d'un groupe ethnique particulier, l'identité de chaque personne est déterminée par tous ces facteurs en même temps. Sans tenir compte de ces facteurs, il existe un danger d'*ethniciser* les interprétations ou les

---

[7]Weber d'abord puis Tonnïes a proposé une distinction entre *communauté* et *société*, qui est toujours actuelle. Quand la volonté d'être ensemble est mue par l'affectivité, la tradition ou l'attachement à des valeurs, elle crée une communauté; quand elle est au contraire mue par un besoin d'établir une relation contractuelle, elle crée une société. En réalité, tout groupe réalise les deux manières de vivre. L'État, lui, est une société plutôt qu'une communauté.

[8]Rappelons que la notion de *citoyen* remplace le terme « communauté culturelle » dans l'appellation du ministère responsable de l'immigration. Depuis juin 1996, c'est en effet le ministère des Relations avec les Citoyens et de l'Immigration (MRCI) qui en est en charge. Le MRCI propose, en troquant le terme « communauté culturelle » contre le terme « citoyen », une vision pluraliste, qui veut gommer les différence culturelles, et dénote la volonté gouvernementale de ramener la problématique à la société au sens de Tonnïes. Cette vision est fondée sur le fait que tous les Québécois, quelles que soient leurs origines ou leurs appartenances, sont reconnus membres à part entière de la société québécoise et participent à la vie collective du Québec. Le MRCI s'est donné comme mission, entre autres, le renforcement de l'ouverture au pluralisme et le rapprochement interculturel, au-delà des différences identitaires. Cela dit, il y a une certaine ambiguïté entre le statut de citoyen et le fait d'être immigrant.

explications que l'on peut donner à propos de situations qui apparaissent à certains comme problématiques et de considérer chaque groupe ethnique comme un groupe monolithique.

La connaissance des clientèles pluriethniques

Les nouveaux arrivants sont porteurs de plusieurs expériences: celles de leur pays d'origine, celles associées à leur identité de migrant et celles de la « société hôte »[9]. Un manque d'équilibre entre ces trois cultures, par suite de l'idéalisation de la société d'origine ou, à l'inverse, de la société hôte, provoque des difficultés d'adaptation considérables[10] et des problèmes de santé, le processus de déracinement et de réenracinement étant une source de stress inévitable.[11] Le groupe ethnique auquel se rattache le migrant peut aussi jouer un rôle important, selon le degré et la forme d'implantation de la communauté dans le pays d'accueil. Des données récentes permettent même de croire à la présence, dans les trajectoires personnelles des migrants, de véritables facteurs de risque et de protection associés aux problèmes de santé.[12]

L'identification et l'évaluation de ces facteurs de risque et de protection[13] représentent un enjeu de première importance pour mieux connaître les clientèles pluriethniques.[14] Ainsi, la littérature identifie des facteurs de risque spécifiques à l'ethnicité et à l'immigration tels le logement inadéquat, les conflits d'accommodation à des normes sociales et culturelles et à des routines nouvelles.[15] Par exemple, l'acculturation des parents et des enfants à des rythmes différents est source de tensions et de conflits entre eux. L'absence d'un réseau naturel d'entraide est un autre facteur de vulnérabilité. D'autres peuvent être cités tels que la catégorie d'âge (les enfants, les adolescents et les personnes âgées sont les plus susceptibles d'être en difficulté),[16] la différence marquée de statut social entre le pays d'origine et le pays d'arrivée, le statut de réfugié, celui de travailleur illégal ou de chômeur, le sexe et le degré d'isolement,[17] le statut légal, la pauvreté, associée par exemple à un environnement insalubre ou non sécuritaire.[18] Les préjugés raciaux, l'accessibilité réduite des services, les attitudes négatives à leur égard dans la communauté et à l'école constituent aussi des facteurs de risque.[19]

Les principaux facteurs de protection, eux, sont liés aux situations suivantes: lorsque

---

[9]Berry, Trimble et Olmedo (1986).
[10]Richman et coll. (1987).
[11]Notons par ailleurs que les immigrants sont en principe en bonne santé à leur arrivée au Canada puisque, avant de recevoir leur visa de résidence permanente, ils doivent passer un examen médical dans le pays où est faite leur demande d'immigration. Les maladies exotiques sont ainsi exceptionnelles (Collège des médecins de famille du Canada, section Québec 1991; Chen, Wilkins et Ng, Enquête nationale sur la santé de la population 1996).
[12]La santé mentale est l'un des domaines les plus étudiés au Québec en rapport avec l'expérience de l'immigration et les groupes ethniques (Beiser et coll. 1988; Corin, Bibeau, Martin et Laplante 1990; Groupe de travail sur les communautés culturelles et la santé mentale 1990; Blanchet, Laurendeau, Paul et Saucier 1993; Rousseau *et al.* 1997).
[13]Bibeau, Chan-Yip, Lock, Rousseau et Sterlin (1992).
[14]Comme ont cherché à le faire, par exemple, les enquêtes effectuées pour Santé Québec sur la communauté chinoise (Clarkson et Tran 1997), la communauté haïtienne (Clarkson et Eustache 1997) et la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient (Clarkson et Dahan 1997).
[15]Beiser et coll. (1988); Berry (1988).
[16]Wornham (1988).
[17]Sue et Sue (1990).
[18]McAll (1992); (1995); Sue et Sue (1990).
[19]Westermeyer (1989).

parents et enfants embrassent la nouvelle culture sans nier la leur,[20] la présence de support de la famille et de la communauté culturelle d'origine,[21] la tolérance du milieu d'accueil (dans la communauté et à l'école), la connaissance de la langue de la société hôte et l'emploi.[22]

Enfin, d'autres facteurs sont reconnus comme « médiateurs » entre les facteurs de risque et les facteurs de protection, tels le foyer de contrôle (*locus of control*) et la robustesse de la personnalité (*hardiness*)[23] et, pour les réfugiés, la nature des projets de vie et le degré d'espoir en « des jours meilleurs ».[24]

On ne sait pas encore exactement comment ces deux séries de facteurs s'articulent l'une à l'autre et, notamment, si les facteurs de protection ont un effet tampon à tous les niveaux des facteurs de risque ou seulement quand ceux-ci ont un niveau élevé.[25] Antonovsky (1992) propose un cadre conceptuel expliquant comment les facteurs de risque et de protection confèrent au stress provoqué des conséquences négatives, nulles ou positives sur l'individu. Ces conséquences dépendent du sens que l'individu attribue à ces facteurs de stress, à savoir s'ils sont prévisibles, gérables et intelligibles.

Tous ces paramètres donnent forme à l'expérience particulière que chaque patient se fait de son mal. On souligne toutefois que ce sont principalement des valeurs et des représentations culturelles qui structurent cette perception. Les perceptions de ce que sont la santé et la maladie,[26] la douleur,[27] la mort,[28] l'intimité ou la médication varient selon les cultures. Ainsi, la distinction entre la maladie physique et la maladie mentale ou entre corps et esprit, culturellement définie, n'est pas acceptée dans toutes les sociétés ou toutes les cultures. Nombre de recherches mettent aussi en évidence que le degré de somatisation varie selon l'origine ethnique.[29] Le recours à la biomédecine est donc le plus souvent perçu comme complémentaire et non comme contradictoire avec l'utilisation d'autres ressources (formelles ou informelles, alternatives, etc.).

On ne peut cependant limiter la réflexion à l'identification systématique des facteurs de risque et de protection liés à l'expérience des migrants. On doit aussi prendre en compte la compétence particulière, dans le domaine de la santé, des personnes qui proviennent de sociétés ou de milieux qui ne sont pas pénétrés du modèle biomédical « occidental ». La méconnaissance et la dévalorisation des croyances, valeurs et représentations populaires représentent un handicap d'autant plus lourd que la distance culturelle est forte entre intervenants et clients.

Le contexte pluriethnique des services de santé et des services sociaux et ses implications

Le contexte pluriethnique des interventions dans le domaine de la santé fait référence aux intervenants et à la relation entre ces derniers et les membres des communautés culturelles. Cela signifie, d'une part, que les attitudes et les comportements de tel ou tel membre d'une communauté culturelle seront aussi fonction des cadres professionnel et organisationnel de cette

---

[20]Westermeyer (1989).
[21]Berry (1988).
[22]Jacob, Bertot, Frigault et Lévy (1997).
[23]Côté et Boulet (1996).
[24]Jacob, Bertot, Frigault et Lévy (1997).
[25]Cohen et Hoberman (1983).
[26]Bibeau et coll. (1987).
[27]Bates (1987).
[28]Eisenbruch (1984).
[29]Kirmayer (1993).

relation. Que veut dire, par exemple, *rencontrer* ou *intervenir auprès* d'un immigrant récent quand on est infirmière ou médecin? Et que signifie *rencontrer* cet immigrant dans le contexte d'un CLSC, d'un hôpital, d'un organisme communautaire, d'un cabinet privé, etc.? D'autre part, tout intervenant a aussi sa propre identité ethnique ou ethnoculturelle qui intervient dans cette relation. L'identité d'un immigrant récent qui appartient à tel ou tel groupe ethnique ne se définit donc pas dans l'abstrait, mais dans le concret de la relation d'aide au sens général du terme.[30]

Par ailleurs, un nombre de plus en plus grand d'intervenants ont aussi une identité ethnoculturelle qui les rapproche de leur clientèle pluriethnique.[31] La plupart des écrits consacrés aux interventions interethniques[32] ont tendance à considérer soit que l'intervenant n'est jamais un membre d'un groupe ethnoculturel particulier, soit qu'il a « perdu » son identité ethnique. Plusieurs auteurs tiennent pour acquis, par exemple, qu'un intervenant haïtien ou asiatique s'est complètement assimilé à la culture québécoise au fil des ans. Cette position, poussée à la limite, devient vite un racisme à rebours: on refuse à un intervenant une partie de son identité ethnoculturelle au nom de son intégration sociale. Même si, dans une société comme la nôtre, l'identité professionnelle est une composante importante de l'identité socioculturelle, il demeure souvent un décalage ou une contradiction entre l'identité ethnoculturelle et l'identité professionnelle. .

Les intervenants, quelle que soit leur identité ethnoculturelle, détiennent des savoirs multiples: des savoirs cliniques formels, mais aussi des savoirs implicites, fruits de leur expérience auprès de la clientèle et de leur propre histoire.[33] Toutefois, ces savoirs ne sont pas toujours reconnus, ni par eux ni dans leurs milieux de travail.[34] Ainsi, les intervenants peuvent être amenés, malgré leur expérience, à remettre fréquemment en question leur savoir-faire.[35] Cette remise en question peut s'avérer utile si elle les mène à mieux définir le sens de leurs interventions et à prendre conscience des savoirs, des normes et des valeurs qui sous-tendent et encadrent leurs pratiques.

Roy (1991) définit ce qu'est la pratique interculturelle d'après les témoignages d'intervenants oeuvrant en contexte pluriethnique. La pratique interculturelle est un moment où l'intervenant tente de décoder le langage de l'autre tout en ayant conscience de ses propres biais. Elle serait alors une sorte de va-et-vient entre la culture de l'autre et la sienne. Dans le même sens, Legault (1991; 2000) et Legault et Lafrenière (1992) soulignent l'importance de la prise de conscience de sa propre culture pour comprendre les référents culturels du patient. Boucher (1991), pour sa part, énumère certaines particularités de la pratique en contexte pluriethnique:

---

[30]Notons de plus que le caractère pluriethnique des interventions constitue une dimension parmi d'autres. C'est ainsi que la diversité des clientèles et des problématiques fait adopter aux intervenants, dans leur pratique, une approche individuelle et globale, qui tient compte d'une combinaison de facteurs (culturels, personnels, sociaux et économiques) spécifiques à chacun des clients (Le Blanc 1994).

[31]En effet, il ne doit pas être tenu pour acquis que l'intervenant appartient à la culture majoritaire et le client à un groupe minoritaire. Heneman et coll. (1994) ont démontré qu'intervenants et clients peuvent être d'une même appartenance et tous deux de culture minoritaire: 22 % des intervenants consultés étaient de la même culture ou de la même langue que le client (d'immigration récente à Montréal).

[32]Le terme « intervention interethnique » désigne toute intervention qui implique un intervenant et un client qui n'ont pas la même origine ethnique (Le Blanc 1994).

[33]Notons que la reconnaissance du savoir implicite des intervenants ne fait cependant pas l'unanimité dans la littérature. À ce titre, Dunn (1987) et Longres (1981) évoquent l'ethnocentrisme et la sous-estimation des préjugés personnels de l'intervenant, alors que Bruckner fait appel à la notion d'hégémonie culturelle.

[34]Arpin (1992).

[35]Le Blanc (1994).

l'ambiguïté de la relation et de la communication avec les clients, la complexité des interventions et des problèmes rencontrés qui sont souvent nouveaux et inconnus, l'inconfort devant la différence, certains risques éthiques et déontologiques des actions inhabituelles, l'isolement professionnel par rapport aux ressources, à l'encadrement et au cadre institutionnel. « Intervenir auprès des migrants mobilise beaucoup de nos énergies, écrit Boucher, à cause de la charge émotive et du niveau d'insécurité élevé ressenti réciproquement par l'intervenant et son client.» Elle poursuit: « L'absence de référence théorique, déontologique et administrative pertinentes ne fait qu'accentuer le doute, l'insécurité et le sentiment d'impuissance face à ces situations inhabituelles. »

Il ne suffit pas de reconnaître et de mettre à profit le savoir et la compétence des clients pour évaluer la qualité d'une intervention. On doit aussi s'interroger sur l'efficacité de la pratique interculturelle des intervenants, en faisant fond sur leur savoir implicite mis en oeuvre de concert avec les normes et les rôles prévus dans le cadre de référence propre à chaque profession. L'intervention est, en effet, un lieu d'ajustement réciproque qui est tributaire d'un ensemble de facteurs. Elle est, entre autres, influencée par le groupe professionnel auquel l'intervenant appartient, l'organisation du travail, les décisions administratives (le temps alloué pour la formation du personnel, le nombre de patients à voir quotidiennement, la qualité du matériel et des ressources humaines, le support), etc. En même temps, les pratiques sont tributaires de la complexité des identités sociales des patients: jeunes ou adultes, hommes ou femmes, parents ou non, membres de communautés culturelles, d'immigration récente ou moins récente, la langue parlée, la situation socio-économique, etc.

Une approche sensible en contexte pluriethnique ou *approche interculturelle*[36] commande un réel dialogue client-intervenant, un partage de leurs savoirs et connaissances. Il s'agit « de développer un cadre de mutualité où l'intervention est recadrée en une situation de travail d'équipe, fondée sur la compétence de tous les participants »,[37] et d'élargir les connaissances sur les savoirs auxquels se réfèrent les clientèles et les intervenants et celles sur les relations intervenants-clientèles.

Un grand nombre de traits ou de caractéristiques des clients interviennent également dans le processus d'intervention. Plusieurs études démontrent que les personnes issues de groupes ethnoculturels ont tendance à quitter le système de santé officiel de façon prématurée.[38] Sur le plan sanitaire, l'insatisfaction des immigrants à l'égard des soins semble résulter en partie des divergences entre leur cadre de référence et celui du système de santé du pays d'accueil, qui s'opposent alors dans l'intervention interethnique.[39] Bibeau et coll. (1987) notent que les communautés culturelles disposent de leur propre système de références concernant la santé et la maladie, système qui comprend un savoir relatif au corps et à son fonctionnement, un savoir-faire constitué de réactions et de réponses aux problèmes et un savoir-être qui renvoie aux valeurs du groupe. Ce système se construit par l'identité ethnique, mais aussi par d'autres variables – la trajectoire migratoire, les solidarités de classes, les rapports de sexe, les rapports intergénérationnels et les processus dynamiques, omniprésents, d'inclusion et d'exclusion – (Boucher 1991; McAll 1992; 1995). Ce système de référence peut différer de celui de

[36]Chiasson-Lavoie (1992); Cohen-Emerique (1993; 2000).
[37]Côté et Boulet (1996).
[38]Atkinson et coll. (1989) montrent même que le taux d'abandon des immigrants, à la suite d'une première séance de « counselling », se situe autour de 50 %, comparativement à 30 % chez les Anglo-Américains.
[39]Allen et coll. (1993).

l'intervenant sur plusieurs points, tels que la définition du bien-être, la définition du problème, les croyances reliées à la maladie et à la mort, la définition et le processus de communication de la douleur et des symptômes, l'attitude à l'égard de l'intervenant, les attentes liées à l'intervention. Par contre, l'étude montréalaise de Heneman et coll. (1994) révèle que les familles qui consultent pour des problèmes de santé sont majoritairement satisfaites du diagnostic établi. C'est ainsi que seulement 4 % des familles ont souligné avoir été « choquées » par le manque de temps de l'intervenant lors de la consultation.

L'établissement d'une relation de confiance ainsi que la compréhension du problème et la poursuite du traitement semblent fortement liés à la capacité de l'intervenant à percevoir le cadre de référence culturel du patient, permettant à ce dernier d'être lui-même (Sterlin 1988). En ce sens, le type de relation qui s'installe entre l'intervenant et son patient est une dimension centrale de toute intervention efficace en contexte pluriethnique. Les attentes peuvent varier énormément selon l'origine ethnique des patients. Ainsi, alors que certains demanderont de l'autorité ou une forte directivité de la part de l'intervenant, d'autres chercheront plutôt une forme de soutien amical (Trinh 1986). Le temps et l'énergie consacrés à la communication et à l'explication du diagnostic et du traitement sont aussi cruciaux, car, comme le soulignent Sue et Sue (1990), une communication confuse peut entraîner de l'insatisfaction chez le client et de la frustration chez l'intervenant.

Il importe de souligner que les problèmes peuvent varier selon les groupes ethniques et selon leur façon de « vivre » avec les symptômes. Ainsi, certains groupes ont tendance à manifester un plus grand nombre de problèmes en relation avec certaines parties de leur corps. De façon générale, un client décrit son problème avec un ensemble sémantique lié à son appartenance culturelle, mais plusieurs facteurs peuvent contribuer à donner cet aspect « culturel » à un phénomène, alors qu'il peut s'agir d'un amalgame de facteurs tels que la provenance ou l'origine ethnique, le processus migratoire, la classe sociale, la situation économique, le sexe, etc.

De nombreux écrits relèvent des situations d'incompréhension qui remettent en question l'accessibilité et la compatibilité culturelle des services et des interventions.[40] Plusieurs facteurs sont en cause, parmi lesquels il y a la conception même du problème et de l'intervention tant du point de vue de l'intervenant que du client et la compatibilité culturelle de la rencontre intervenant-client. Or, force est de constater que, si les intervenants s'interrogent sur l'efficacité de leur pratique interculturelle, il existe certainement un hiatus entre le savoir des uns et des autres. Ces propos trouvent d'ailleurs écho dans les divers écrits, notamment dans les rapports Sirros (1987) et Bibeau (1987). Certains intervenants disent ne pas réussir à desservir de façon optimale une clientèle diversifiée sur le plan ethnoculturel. D'autres auteurs, comme Arpin (1992), soulignent les limites du modèle biomédical, celui-ci pouvant comporter des cloisonnements entre les dimensions biologique, psychologique et sociale. Massé (1993) abonde dans ce sens lorsqu'il souligne l'importance de remettre en question les « prétentions d'universalité inhérentes aux définitions occidentales des problèmes de santé et des facteurs de risque ».

Rappelons par ailleurs que le respect du client se traduit aussi par la reconnaissance active de sa compétence et par l'acceptation d'une situation où l'intervenant n'est pas l'unique détenteur d'un savoir et d'un faire (Bilodeau 1993). Toutefois, comme le note Massé (1993),

---

[40]Sue et Sue (1990).

cette reconnaissance est loin d'être acquise. En effet, d'après cet auteur, les échecs de plusieurs programmes de prévention au Québec s'expliquent en bonne partie par la méconnaissance et surtout la dévalorisation des croyances, valeurs ou représentations sociales populaires. De plus, la reconnaissance de ces multiples savoirs, tant chez l'intervenant que chez le client, n'est pas garante en soi d'une intervention où la compréhension des uns et des autres est maximale. La prise en compte des savoirs ne suffit pas: l'intervenant est parfois mal outillé pour répondre aux attentes du client en raison des distances culturelles, des rôles respectifs de chacun et du temps trop bref dont il dispose.

Enfin, ajoutons qu'une bonne partie de la littérature rappelle qu'il faut toujours poser la question de l'inadéquation ou d'un « désalignement » possible entre les objectifs des services et ceux de la clientèle. À titre d'exemple, mentionnons le placement des personnes âgées qui peut mener à une situation d'incompréhension de part et d'autre; il est inconcevable dans certaines communautés culturelles.[41] Autre exemple. La mutilation des organes génitaux féminins, pratiquée notamment en Afrique, dans les pays au sud du Sahara. De nos jours, de plus en plus d'immigrants pratiquant cette coutume se trouvent au Canada. L'Organisation mondiale de la santé soulignait, en 1994, que la mutilation des organes génitaux constituait un grave problème de santé publique. Au Québec, les intervenants rencontrent des fillettes qui vivent des problèmes de santé reliées à la mutilation, sans savoir comment intervenir. Enfin, dernier exemple: un médecin, en salle d'urgence, qui examine un enfant d'une famille immigrante, observe des marques de violence sur son corps, et soupçonne que l'enfant est battu. Le médecin peut se heurter à une incompréhension de la part des parents, qui n'interprète pas le phénomène de la même façon. Ce qui semble excessif au médecin ne l'est pas nécessairement dans la communauté d'origine des parents.

Par ailleurs, il existe des déterminants propres à certains groupes. Ainsi, les études en anthropologie médicale démontrent l'importance du groupe ethnique comme facteur de différenciation (Leininger 1970; Bibeau 1985; Dorvil 1985; Corin, Bibeau, Martin, Laplante 1990; Corin 1994); une maladie, par exemple, peut avoir une plus grande incidence sur un groupe que sur un autre. L'épidémiologie au sens strict révèle aussi une variation des maladies en fonction de caractéristiques ethniques (Grim et Robinson 1996). En outre, plusieurs études ont démontré qu'il y a variation en fonction de l'ethnie sur le plan de l'utilisation des services,[42] en ce qui concerne les soins prénataux par exemple (Meikle, Orleans, Shain et Gibbs 1995), ou de l'utilisation des médicaments (Maldonado et Bouchard 1997), ou encore sur le plan des comportements, comme la sexualité (Bédard 1989). En ce qui a trait à l'accessibilité des services, il semble que la définition de la santé, la distance culturelle entre les membres des groupes ethniques et le personnel du réseau de la santé, les expériences antérieures d'utilisation, l'information sur les services et l'influence des réseaux parallèles de soins sont des facteurs déterminants (Béland 1985), mais dont le rôle reste à préciser. Quoi qu'il en soit, il faut tenir compte de l'interaction de ces nombreux facteurs pour rendre compte des comportements des

---

[41]D'ailleurs, le statut accordé à ces personnes est très variable. Lum et coll. (1980), par exemple, soulignent le cas des familles chinoises où les aînés avaient traditionnellement un statut prestigieux au sein du groupe et qui, dans la société d'accueil, sont isolés et ont peu de contacts familiaux. De la même façon Guberman et Maheu (1997) montrent les difficultés reliées à la prise en charge des personnes âgées dans les familles d'origine haïtienne et italienne au Québec.

[42]Voir Andersen et coll. (1986); Cornelius (1991); Fox et Stein (1991); Lieu et coll. (1993); Ross-Lee (1994); Zambrana et coll. (1994).

membres des communautés culturelles en matière d'utilisation des services de santé et d'intervention.

Est-ce les intervenants font part de ces facteurs dans leur discours sur la pratique en milieu pluriethnique? Comment en parlent-ils? Qu'est-ce qui ressort de leur discours? Tiennent-ils compte des facteurs de risque et de protection de leurs clients? De leur savoir-faire? Font-ils références aux différences culturelles? Parlent-ils de leur impact sur leur intervention? Voilà quelques-unes des questions auxquelles l'analyse de nos données apportera des éléments de réponse. Avant d'aborder l'analyse transversale des entrevues, présentons d'abord les monographies de trois intervenants.

Trois monographies

Dans cette partie, nous présentons l'analyse des entrevues de trois intervenants : Nasser, un travailleur social, Charlotte, une infirmière scolaire, et Sophie, une travailleuse sociale. Trois professionnels de la santé et des services sociaux oeuvrant dans des domaines et des milieux différents, trois discours sur l'intervention en contexte pluriethnique. Dans deux des cas (Nasser et Sophie), les interventions se font en milieu pluriethnique. Dans un cas (Charlotte), la pluriethnicité est relativement nouvelle dans la pratique. Les monographies sont construites à partir des six points du schéma d'analyse. Ainsi, après avoir situé globalement l'intervenant dans sa pratique, deux incidents critiques ou vignettes racontés par l'intervenant sont présentés. Puis suivent dans l'ordre les points A à F du schéma et ce qui, pour chacun des points, a soulevé l'attention dans l'analyse. Notons que les analyses transversales ont été effectuées à partir des monographies de chacun des 16 intervenants.

***

1. Nasser, travailleur social

Nasser, 48 ans, d'origine égyptienne, est travailleur social dans un CLSC depuis 1992. Il occupe un poste dans le programme Enfance-famille. D'abord auxiliaire familial pendant six ans et demi, Nasser a voulu se diriger, dit-il, « vers quelque chose de plus professionnel ». C'est ainsi qu'il a fait un baccalauréat en travail social et un certificat en toxicologie. Après avoir travaillé sur appel un peu partout dans le réseau des CLSC, il a finalement trouvé un emploi dans un de ceux-ci.

En majorité, sa clientèle est constituée de parents d'enfants ou de jeunes (jusqu'à 18 ans) qui ont une déficience intellectuelle, un handicap physique, un problème d'autisme ou de santé mentale. Il voit aussi des parents venus consulter pour des problèmes de relation ou de communication avec leurs enfants, des problèmes de couple, des problèmes liés à la séparation des parents, etc. Rarement il intervient dans des cas de violence conjugale. Par contre, il rencontre fréquemment des parents qui ont un enfant handicapé intellectuellement et qui ont besoin d'information. Mais Nasser ne se pose pas en spécialiste des questions de la santé mentale. Il avoue parfois se sentir « démuni », autant parfois que les parents venus consulter pour un enfant handicapé :

> C'est déjà quelque chose d'être parent tout simplement, mais un enfant qui a en plus des limitations, ce n'est pas évident. Parfois, je me sens aussi démuni qu'eux. Je travaille beaucoup avec eux, mais, souvent, je vais aller chercher des informations. Je peux leur donner du support, de l'écoute et tout. J'ai côtoyé beaucoup le réseau de la déficience, je peux les outiller en attendant que les spécialistes, qui ont une expertise pour outiller le parent à stimuler son enfant, à mettre des limites, à l'éduquer, s'en chargent. Moi, je peux leur suggérer plein de choses, certaines vont marcher.

« On est un peu isolé », poursuit-il. Il donne un exemple de parents venus consulter pour un enfant de sept ans qui avait une déficience intellectuelle :

> Il venait toutes les nuits rejoindre sa mère dans son lit. La mère était exténuée; elle a essayé ce que je lui avais dit de faire et ça a marché. Je lui ai dit de fermer sa porte à clé. Ici, dans l'équipe, on m'a dit : « Tu ne sais pas ce que tu fais, et si l'enfant devient dangereux... » [...] Je me suis demandé si j'avais bien fait. Mais, lorsque j'ai contacté L'Intégrale [un organisme offrant des ressources en santé mentale], on m'a dit que c'était correct. L'enfant peut passer toute une nuit, même trois, à pleurer de l'autre côté de la porte, et c'est pas mal plus dur pour le parent que pour l'enfant.

Il conclut sur le constat d'un manque de connaissances : « On n'est pas assez formé. La santé mentale, c'est un domaine spécialisé, et on ne l'est pas assez. Malgré tout ce que je connais, je ne me considère pas comme assez spécialisé dans le domaine de la déficience. »

L'intervention de Nasser dure en moyenne d'une heure à une heure et demie. Il commente :

> Lorsqu'on fait avec le parent le tour de la question, ça prend une bonne heure pour savoir leur satisfaction intérieure, qui fait quoi et comment l'enfant réagit. Et on n'a même pas touché à la famille, aux problèmes à la maison, avec l'enfant et comment ils s'arrangent avec ça. Ça peut prendre une heure et demie. Au tout début, je pouvais passer de 9 h à midi avec un client.

Ce qui, à son avis, n'était pas fonctionnel. « Je me suis fait avertir d'ailleurs », dit-il. La durée de l'entrevue, variable, ne correspond donc pas toujours à la durée théoriquement prévue pour l'intervention.

> Mais comment veux-tu dire au client : « Écoutez, le temps est écoulé », ajoute Nasser. Il est en train de nous parler de choses importantes et a décidé que c'est dans les cinq dernières minutes [qu'il en parle]. La unième minute, celle où il censé partir, où c'est terminé, il a décidé, lui, de prendre une demi-heure pour parler de quelque chose d'important. Est-ce que tu vas lui dire : « Écoutez, monsieur, je n'ai pas le temps. » Tu ne peux pas faire ça. Premièrement, c'est impoli. Deuxièmement, l'entretien avec le client vient de prendre son sens dans la petite demi-heure à la fin. Ça fait que si je veux que ce soit vraiment efficace, je dois lui accorder cette heure-là. Mais si je suis leurs critères [d'efficacité], je dis : « Bon, monsieur, c'est une heure, c'est fini. »

Nasser reçoit ses clients au CLSC, mais va parfois à leur domicile. Il préfère toutefois le CLSC parce qu'il a davantage le contrôle de son intervention. (« À domicile, les enfants vont courir à droite, à gauche, ils vont regarder la télé. On n'a plus vraiment le contrôle. ») De plus, il dit favoriser la prise en charge par les clients.

Enfin, Nasser peut intervenir auprès d'une famille, d'un parent pendant en moyenne un an. La durée des suivis varie, selon les cas :

> Il y a des cas où je pensais avoir fermé le dossier. Et, deux ou trois semaines plus tard, [le client] m'appelle à propos d'une autre affaire. Un problème en ce qui concerne le budget ou bien un mari qui revient dans le décor, ou bien encore une question sur l'immigration. Mais une fois qu'on a fait un cheminement avec un client, on demeure souvent la personne

> ressource, c'est-à-dire que, plus tard, s'il vit une difficulté, il va appeler le même intervenant parce que la relation est bonne et qu'il en est satisfait. Moi, souvent, le client me rappelle.

Nasser aime son travail. Il apprécie surtout le contact avec la clientèle : « C'est une clientèle qui est très aimable; je les aime beaucoup. J'ai du plaisir à aller les voir, être en contact avec eux, à les connaître, à connaître leurs forces. J'aime beaucoup les enfants aussi. J'aime mon travail en réalité, surtout le contact avec la clientèle. Je les aime, ils ont de belles couleurs. »

Le client est donc important pour lui : « Le respect du client, c'est primordial. Et la transparence. Il est important de dire les choses clairement et franchement. [...] Le respect et l'aide qu'on peut apporter au client. La confidentialité aussi. On ne peut pas contourner ça, c'est très important. » Mais si le respect du client est, pour Nasser, essentiel, celui que chacun se porte, entre collègues, l'est aussi. Il raconte :

> Parfois, [certains collègues] ont l'impression que je fais des entrevues téléphoniques avec les clients. [...] J'ai mon point de vue là-dessus, et chacun est différent. Il n'y a pas qu'une façon de faire, alors en autant que chacun se respecte... Le problème, c'est lorsqu'on dit : " Tu fais des entrevues téléphoniques, ce n'est pas bon, ce n'est pas du service social. " [...] À ce moment-là, on te juge, on juge ton travail, on l'évalue et on le stigmatise. Je me dis que, si on essaie d'éviter de stigmatiser, d'avoir des jugements de valeur face au client, on devrait y être sensible dans les autres circonstances. Si c'est une valeur fondamentale dans le cas du client, ça l'est aussi avec les collègues.

Vignette 1: exemples d'interventions réussies

D'emblée Nasser tient à préciser : « Il n'y a pas vraiment de réussite... il n'y a pas d'échec comme tel. » Cela ne l'empêche pas toutefois de parler d'une intervention qu'il considère comme réussie, le cas d'une mère monoparentale et de sa fille de neuf ans qu'il a suivies pendant deux ans et demi. Il raconte :

> La mère tournait en rond. Et elle ne se mobilisait pas. La mère faisait preuve d'impulsivité et de violence envers sa fille. Elle se culpabilisait, et ça tournait en rond. On aurait pu faire appel à un éducateur, mais si la mère ne se mobilise pas, il aurait fait comme moi, il aurait pataugé, il aurait travaillé dans le vide. C'est que, à un moment donné, j'ai confronté la mère là-dessus et je ne l'ai plus revue pendant neuf mois. Elle est revenue en crise, et là, c'était vraiment plus grave encore. Alors, on est partis d'où on avait laissé l'intervention et on a parlé de ce qu'on ferait maintenant, de ce qu'elle était prête, elle, à faire. Il s'est avéré qu'elle était un peu plus prête à s'impliquer. On a fait une demande au Centre jeunesse, qui a envoyé un éducateur spécialisé, et on a finalement réussi à contacter le père, qui était auparavant absent, et à l'impliquer. Il appuyait beaucoup la mère, qui avait enfin du répit. La relation avec sa fille s'est améliorée et elle a pu s'occuper d'elle-même. Ça va bien maintenant, alors on s'est désengagé.

Notons que Nasser, en racontant cet exemple d'intervention réussie, ne parle pas du tout de l'origine ethnique de la cliente. En outre, il ne raconte pas les détails du problème de la dame ni ceux de son intervention. Celle-ci, d'abord échec, a finalement réussi. Parce que la mère a fini par collaborer. On voit aussi le rôle du père dans la réussite : c'est parce que la mère a un support de celui-ci que sa situation s'est améliorée.

Puis Nasser parle d'une autre intervention qu'il considère comme une réussite. Il s'agit cette fois d'une mère venue le consulter parce qu'elle avait des problèmes avec sa fille de 14 ans.

> Je n'ai jamais rencontré sa fille, dit Nasser, parce qu'elle refusait de venir. On ne va pas aller la chercher. Je ne voulais pas non plus m'imposer à domicile. Je pense que la fille n'aurait pas été contente que j'y aille. Mais j'ai travaillé un an avec la mère et le père qui étaient séparés. [...] J'ai proposé des actions, le placement par exemple. Ils n'étaient pas d'accord. [...] Le père disait non, moi, je suis contre le placement. Mais il commençait à vivre des difficultés avec sa fille. La mère, qui, pendant le suivi, a appris à prendre soin d'elle, à sortir, mettait moins l'accent sur sa fille. Cela a dédramatisé la situation et relâché les tensions. Et, tranquillement, leur relation s'est améliorée. Alors que le père, plus libéral dans le passé, a commencé à imposer des limites à sa fille, qui, par exemple, arrivait chez lui et sa nouvelle conjointe n'importe quand. [...] J'ai senti à deux ou trois reprises que la mère ne voulait plus venir parce que ça allait bien. Je l'ai appelée, elle m'a dit que ça allait bien. Je sais que ça va mal avec le père et sa fille, mais je lui ai dit que c'est à lui de faire la démarche. Il ne demeure pas sur mon territoire.

Dans le cas de la mère, Nasser a le sentiment que l'intervention est réussie. Mais pas dans le cas du père, auprès de qui il ne peut intervenir directement puisqu'il n'habite pas le territoire desservi par le CLSC. C'est ainsi que, malgré le fait d'avoir présenté cette intervention comme une réussite, Nasser termine en disant qu'il reste malgré tout sur sa faim :

> J'aurais aimé clarifier les choses, parler vraiment, voir si j'ai fait des choses au cours de l'intervention qu'elle n'a pas aimées. D'autant plus qu'il y avait un dialogue. Par contre, lui a été capable de dialoguer avec sa femme; ils ne s'entendaient pas, mais il a quand même été capable de nommer les choses, mais avec moi, il était incapable de le faire. Je suis donc un peu resté sur ma faim.

Vignette 2 : exemples d'interventions perçues comme des échecs

Nasser donne un exemple d'intervention qu'il considère comme un échec. Il s'agit d'une mère de trois enfants qui a une déficience intellectuelle légère de qui il est très difficile d'obtenir la collaboration.

> On marche toujours sur des oeufs avec elle, raconte-t-il. Elle était très méfiante, on avançait à petits pas, et les enfants ayant de grands besoins, on ne pouvait pas se permettre d'avancer à petits pas. Et son conjoint était lui aussi pas mal méfiant. C'est plus difficile, dans ce cas, d'intervenir, de faire avancer les choses. Ça a pris trois ans pour qu'elle accepte un éducateur spécialisé; il a fallu être patient.

Dans ce cas, l'échec de l'intervention est expliqué par l'attitude de méfiance de la mère. Notons, par ailleurs, que, comme dans le cas des interventions réussies, Nasser ne mentionne pas l'origine ethnique ni de la mère ni du conjoint. Il poursuit et donne un autre exemple d'intervention difficile:

> J'avais une jeune de 18 ans avec deux jeunes enfants. Elle utilisait beaucoup les services d'auxiliaires familiaux pour se présenter en cour et tout ça. [...] Et, elle aimait beaucoup ses enfants, mais on apprend par la bande qu'elle les laissait à minuit tout seuls. Elle partait, elle n'appelait pas. Lorsqu'on l'a confrontée, elle nous envoyait tous promener et

> nous insultait. Ça, je trouve que, sur le plan du respect, c'était un peu dur. On a été obligé de faire le signalement [à la Direction de la protection de la jeunesse].

C'est à ce moment que Nasser fait intervenir la communauté d'origine de la cliente pour expliquer son manque de référence pour comprendre son comportement :

> Je trouve que l'intervention est plus difficile avec la communauté vietnamienne. Ce sont des personnes plus introspectives. Et ils n'ont pas les mêmes codes de respect, de communication, etc. Je n'étais pas outillé, je ne connaissais pas grand-chose de la culture vietnamienne. Ça fait que j'ai trouvé ça dur.

D'après Nasser, le fait qu'il n'était pas outillé sur le plan culturel, qu'il connaissait peu la culture d'origine de la cliente, a contribué à l'échec de l'intervention. L'appartenance ethnique intervient donc pour expliquer l'échec. Alors qu'il n'en a pas fait du tout mention dans le cas de l'intervention précédente et des interventions réussies.

Au moment de l'intervention, Nasser n'arrivait pas à comprendre la situation. Et le processus de communication dans l'intervention était complètement bloqué parce que, dit Nasser, il n'y avait pas d'entente sur les besoins. Et cela, même une attitude d'ouverture de la part de l'intervenant n'y pouvait rien :

> Il y avait une incompréhension. Une incapacité d'expliquer et de se faire comprendre aussi par les parents, de comprendre les parents et d'adopter un discours selon leurs valeurs. Et je sais que les enfants avaient des besoins ; deux d'entre eux avaient des handicaps assez sévères et ils avaient besoin de stimulation. Et, à la maison, c'était le *free for all*. À nos yeux. À leurs yeux, c'était une autre affaire. Mais où sont les balises, où sont les points de référence, c'est comme un *nowhere*. Et j'ai beau arriver avec ma curiosité, mon ouverture et tout ça, mais face à du monde qui ne parle pas là...

« Incompréhension »; « incapacité d'expliquer et de se faire comprendre »; « adopter un discours selon leurs valeurs »; « points de référence »; « nowhere »; « du monde qui ne parle pas ». Toutes sortes de façons pour définir l'impossibilité d'entrer en communication avec la cliente. Pour Nasser, cette incompréhension est culturelle et liée à une différence de valeurs.

A. Conception de l'ethnicité

Sa clientèle

Pour définir sa clientèle, Nasser n'emploie pas au premier chef le facteur « ethnicité ». Il la décrit relativement à l'âge (« il faut, dit-il, qu'il y ait un enfant ») et à des systèmes sociaux d'appartenance plus larges, comme la pauvreté, matérielle, mais aussi morale :

> Souvent, c'est une clientèle qui reçoit de l'aide sociale. Ils sont démunis, certains sont même très pauvres. Il y en a dont les parents sont aussi démunis sur le plan des compétences parentales; ils n'ont pas eu de modèle ou peu, leur milieu est désorganisé et ils ne savent pas trop comment élever un enfant et tout ça.

Nasser aborde l'appartenance ethnique un peu plus loin dans l'entrevue. Il considère l'ethnicité comme l'une des caractéristiques de sa clientèle. Il la dit fondamentale, mais la présente tout de même en second, après avoir parlé de la pauvreté qui la caractérise :

> La caractéristique la plus fondamentale : c'est une clientèle multiethnique, c'est-à-dire qu'elle est constituée de personnes qui viennent de partout. On peut, à un moment donné, avoir une forte demande de la part des Haïtiens, et l'année suivante, ça peut être d'une autre clientèle, et l'année d'ensuite la distribution sera égale.

Nasser fait part de la variation dans la composition ethnique de sa clientèle : « Dans la même année, on a des périodes. À un moment donné, on se rend compte que c'est des personnes d'origine haïtienne ou des Québécois ou... Il y a des flots. Parfois, c'est vraiment mélangé. [...] Je regarde mes demandes, surtout celles qui viennent de rentrer, les quatre que j'ai actuellement, c'est tous des Québécois. »

Une fois le constat de la variation établie, Nasser dresse le portrait de sa clientèle selon l'appartenance ethnopolitique de ses clients : « La majorité de ma clientèle vient du Moyen-Orient, d'Haïti. » Et tient à préciser : « Mais ce n'est pas parce qu'il y a plus de handicaps dans telle et telle communauté, c'est la représentation du quartier. » La nature multiethnique de la clientèle est expliquée par le fait que le quartier que le CLSC dessert est lui-même multiethnique : « La clientèle multiethnique, dit Nasser, est très représentée ici, pas parce qu'elle a plus de problèmes, mais probablement à cause de la nature même du quartier. C'est un quartier qui est quand même assez multiethnique. »

De cette clientèle, Nasser aime le fait qu'elle soit diversifiée et considère cela comme un enrichissement personnel : « Ce que j'aime le plus, je pense, c'est justement la multiplicité des problématiques, la multiplicité de la clientèle sur le plan de sa composition ethnique. Je trouve ça très enrichissant. »

Dans l'entrevue, Nasser donne un indice du caractère ethnique de sa clientèle lorsqu'il définit la « famille » auprès de qui il intervient. Pour ce travailleur social, la famille,

> ça peut être la famille nucléaire, la famille monoparentale. Et ça peut être la famille élargie aussi. Ça peut être la grand-mère ou la tante. [...] La plupart des clients que je connais n'ont pas leur famille élargie ici. Ils sont un couple.

Nasser est amené, dans la seconde partie de l'entrevue, à parler de l'immigrant récent et du réfugié :

> L'immigrant récent, dit-il, a choisi de venir même s'il a vécu des choses difficiles dans son pays. C'est un choix, il a du pouvoir sur sa vie et il a un espoir. Le réfugié n'a pas toujours choisi ; il est souvent parti dans des conditions catastrophiques ; il a été maltraité, intimidé, torturé, obligé de quitter. Il y a des différences sur le plan de l'adaptation et de l'impact ; le réfugié n'a pas son statut : il faut qu'il se batte, il est en attente, il n'est sûr de rien. Le réfugié est souvent venu seul, sans sa famille, et ce n'est pas un choix.

Il ne dit rien cependant sur l'influence qu'aurait concrètement le statut de l'immigrant sur ses interventions.

Normes cliniques et normes sociales

Il arrive que les normes cliniques et sociales de Nasser soient confrontées en situation d'intervention. Ainsi, Nasser raconte le cas d'une cliente, mère de deux enfants, qui ont des problèmes de comportement, elle ne collabore pas, dit Nasser. Ce qui met en cause ses normes cliniques et sa responsabilité de travailleur social :

> Elle a souffert beaucoup, elle a été torturée. Dépressive, elle est moins disponible pour ses enfants. Elle ne collabore pas avec les ressources et ferme les portes. Elle le fait parce qu'elle n'est pas en état, mais, nous, on a la responsabilité de signaler tout de même la situation. [...] On a une responsabilité sur le plan de la protection de l'enfant. Lorsqu'on tombe sur une situation sans issue, dans laquelle, au bout du compte, ça ne marche plus et que, malgré toutes les ressources mises en place, ça reste instable, il faut agir. Pour les enfants, cela a des conséquences énormes. C'est notre devoir au moins de rapporter la situation à la Direction de la protection de la jeunesse.[2] Nous, on aura fait notre job.

Les normes et les valeurs de Nasser sont aussi confrontées par la question de la violence conjugale et celle de la déficience intellectuelle. Il raconte :

> Il peut y avoir, chez une certaine clientèle, pour qui c'est légitime, un usage de coups ou de tapes : dans le pays d'origine, c'est légalisé, institutionnalisé. Ici, c'est un autre système. Il faut mettre de l'eau dans son vin, nuancer, mesurer, etc. Il faut voir aussi les conséquences de la tape : ce n'est pas parce que quelqu'un en donne une de temps en temps que... ça dépend de l'intensité et tout ça. Nous, ça nous oblige à modérer et à tenir compte de beaucoup de choses : le sens de la tape, les moyens, etc. Ça nous remet en question.
>
> Dans le cas de la déficience intellectuelle, c'est la même chose. Il faut aller chercher le sens de la déficience chez les personnes d'autres origines : qu'est-ce que ça signifie un handicap, par exemple, [...], comment ils le vivent, comment il est considéré dans leur pays, et. s'ils étaient dans leur pays, comment la personne déficiente serait intégrée, comment les parents ou la famille l'accepteraient... On ne le sait pas. Mais on pose des questions et on finit par comprendre. On finit par comprendre qu'ils agissent d'une telle façon parce que c'est leurs valeurs, leurs façons de faire, leurs coutumes, etc. Ça nous donne une meilleure [compréhension] et ça efface les préjugés, énormément.

---

[2] Nasser souligne qu'il n'a pas souvent dû aller jusque-là : « En six ans, j'ai signalé trois fois. »

B. Conception de l'intervention en contexte pluriethnique

Une approche humaniste et familiale

Dans la deuxième partie de l'entrevue, Nasser définit son approche en travail social d'humaniste. C'est ce qui fait qu'il aime les gens auprès de qui il intervient, qu'il aime travailler avec eux (*cf.* p. 50) : « Je me vois comme un guide, dit-il. D'approche humaniste, comment dire... Carl Rogers et tout ça, j'y crois beaucoup. Et on ne peut pas être d'une approche humaniste sans aimer les gens. »

Il définit ensuite ce qui est une « bonne relation ». Celle-ci est fondée sur l'échange, sur la connaissance et sur la confiance :

> Une relation qui est bonne est celle où il y a un échange avec le client, une connaissance du client, autant du client que des affaires implicites que je peux dire. Et le client aussi me connaît à travers les interventions. Une bonne relation c'est lorsqu'il y a une collaboration entre les deux et une bonne entente. [...] La relation est bonne quand elle est teintée de confiance, d'empathie vers le client, où le client se sent à l'aise.

De façon générale, Nasser définit son approche comme étant familiale. Pour lui, l'interaction avec les parents est importante. Il s'intéresse à la dynamique entre les membres de la famille.

> Lorsque je rencontre les parents, dit-il, on parle des choses, des vraies, on demande de nous parler de leurs problèmes. Il est toujours question de l'enfant : comment il donne son point de vue, comment il va le défendre, comment ses parents, sa grand-mère vont réagir ou comment, lui, il va se sentir, comment ses frères et sœurs et lui communiquent, qui parle, qui ne parle pas. C'est pour cela que je les rencontre rarement tout seuls.

Pour être en mesure d'aider les parents, Nasser recourt au réseau d'organismes spécialisés dans la déficience intellectuelle. « Il y a tellement d'éléments techniques. [...] on travaille beaucoup avec le réseau de la déficience », dit-il.

La différence culturelle et l'intervention

Nasser fait part de différences selon les communautés qui composent sa clientèle. Ainsi, la façon de faire la demande de service varie. Selon son expérience, un client d'origine haïtienne, par exemple, ne fait pas la demande d'aide psychosociale directement, mais indirectement, en faisant une demande d'aide concrète, économique. L'intervention comme processus, en ce qui concerne l'entrée, est donc, différente :

> Il s'agit de demandes plus concrètes, dit-il, plus économiques, des demandes de contacts pour résoudre une situation économique, par exemple. Et lorsque [le client haïtien] s'ouvre sur telle chose, là, on remarque qu'il y a des problèmes de relations parents-enfants. La porte d'entrée n'est pas la même.

Cela ne change toutefois pas, selon lui, sa pratique :

> Je prends la demande du client comme elle vient. Et, en répondant à la demande, je profite aussi du temps que je suis en contact avec le client pour le connaître. Ce serait facile [de lui

> dire] : tu as un problème économique, on va te référer à La Corbeille, salut, bye-bye. C'est fini, il n'a plus besoin de moi. [...] Je prends le temps d'évaluer comment ça va. Lorsqu'il me dit, par exemple, qu'il n'a pas d'argent, [je lui demande] s'il a des enfants et comment ça se traduit sur les enfants, et, tranquillement, on rentre dans la vie, et les problèmes sortent.

La clientèle immigrante de Nasser semble, selon lui, avoir des problèmes qui les concernent en propre, dont ceux liés justement à leur condition d'immigrant : « Il y a toute l'adaptation à un nouveau pays, souligne Nasser, le deuil qui est à faire. Il y a aussi des problèmes de la deuxième génération. Par exemple, des jeunes avec leurs parents. Ça fait que la nature des problèmes est différente. »

Concrètement, dans son intervention, Nasser est confronté à la différence. Selon, lui, il faut, dit-il, faire preuve d'une ouverture « envers l'autre qui est différent », ce qui veut dire « innover » dans l'intervention. L'ouverture encore, pour Nasser, c'est être « curieux », ce qui l'incite à « se remettre en question » comme personne et dans sa pratique sur le plan des valeurs, plus spécifiquement « des valeurs du service social »[3]. Mais cette attitude, cette ouverture à la différence doit, selon lui, se faire dans tous les cas, pas seulement en contexte pluriethnique. Ainsi, il ajoute:

> Je pense qu'il faudrait adopter cette attitude-là pour toutes les clientèles, qu'il s'agisse de Québécois, francophones, anglophones, de n'importe qui, on est devant des clients de cultures différentes, de natures différentes. Un Québécois de la Gaspésie et un Québécois de Montréal, c'est aussi différent, hein? C'est comme en France : un Marseillais et un Parisien, c'est différent. Il y a tellement de différences qu'on ne peut pas faire autrement qu'être ouvert, curieux. Et ça nous incite toujours à nous remettre en question, sur le plan de la pratique et sur le plan de nos valeurs.

Sans le définir proprement dit, Nasser utilise le terme « culture » pour parler de ces différences. Selon lui, la culture varie selon l'individu, chacun l'actualisant à sa façon. L'intervention, dans ce contexte, est, pour lui, affaire de négociation, quelque soit le client :

> C'est relatif pour chaque personne, la culture, et comment elle l'intègre et comme elle la vit. Selon moi, si on part de ce principe de base, l'intervention, ça se négocie tout le temps. Il faut voir si c'est adapté au client, s'il est d'accord. Parce que, dans la manière de travailler, si le client n'est pas d'accord, ou s'il dit oui, mais, qu'au fond, il ne veut rien savoir parce que ça ne colle pas ou que ça va à l'encontre de ses valeurs... Alors, avant de proposer, il faut bien connaître le client, qu'il a des chances de dire oui aussi.

C'est quand Nasser aborde la question des « rôles culturels » qu'il parle le mieux, de façon concrète, de ce que pourrait être une adaptation à l'autre. Dans sa pratique, il en tient compte, dit-il, et il les respecte. Si, dans la culture du client, l'homme prend les décisions, par exemple, il consultera l'homme, le mari d'une cliente, avant d'intervenir, sinon, l'intervention risque d'être un échec:

> Dans les cultures, dit-il ainsi, il faut connaître un peu les rôles. On sait que les rôles sont très stéréotypés dans des pays du tiers monde, par exemple. On sait que l'homme a un rôle

[3] Il ne dit toutefois pas ce que sont ces valeurs du service social.

> important [...] Mais on sait aussi que l'homme peut changer. On peut avoir affaire à une situation où une famille est ici depuis quatre ans et où l'homme a changé son rôle et où le couple s'est bien ajusté. L'homme demeure cependant très important malgré ce changement. Ça fait qu'avant d'intervenir, je préfère passer par l'homme, même si la demande est effectuée par la femme ou par un intervenant d'ici. Je respecte ces rôles-là; le conjoint, il a un droit de regard. De toute façon, si on ne passe pas par lui, il va nous empêcher de rentrer et on n'y pourra rien. Il faut mettre beaucoup d'eau dans son vin. Si on est rigide, on est fait, ça, c'est sûr.

Si on est rigide, on est fait. Cette phrase résume la perception de la nécessité d'adapter, donc, les normes sociales relatives à l'intervention. Sinon, il y a risque de « perdre le client ». Ce qui est déjà arrivé à Nasser :

> J'en ai perdu, des clients qui n'étaient pas satisfaits de mon intervention ou qui trouvaient qu'il n'y avait pas de solution, ou qui refusaient de travailler le problème qu'on avait identifié. [...] On sent qu'il y a un malaise, que le client ne s'ouvre pas. À ce moment-là, je ne force pas le client; s'il veut se désengager sans donner plus d'explication, c'est correct. Il faut respecter ça. C'est le client qui choisit. Mais si le client est ouvert, c'est encore plus thérapeutique parce qu'on règle le conflit et il s'agit alors d'une vraie communication qui s'établit à ce moment-là avec tout l'implicite que ça implique.

Le client doit donc, lui aussi, faire preuve d'ouverture pour qu'il y ait intervention et qu'elle soit réussie. Elle est gage d'une « vraie communication », selon Nasser.

Au cours de l'intervention, Nasser est en quête d'indices, qui lui permettront de décoder le système de valeurs du client et de cerner la portée de son intervention. Il raconte le type d'intervention qu'il peut faire avec une cliente:

> Je lui propose, dit-il, des choses dans un autre langage, et elle, elle va me dire non, je ne veux pas voir [mon mari] parce qu'il ne veut rien savoir, il est comme ci, il est comme ça. À ce moment-là, ça nous donne un indice. Je travaille alors avec l'image de son mari qui est dans sa tête. Je la rencontre avec son enfant, et, même si son mari n'est pas là, on lui fait une place quand même. J'adopte plutôt une approche systémique.[4]

Certains éléments culturels, comme les croyances religieuses, peuvent influencer son intervention :

> Il y a, parfois, des familles haïtiennes, par exemple, qui vont croire beaucoup au vaudou, au fétichisme, etc. Ce sont des croyances très fortes, et une partie de la solution se trouve là aussi. Mon intervention sera complètement différente : je ne parlerai pas le même langage avec une personne qui a de grandes croyances et avec une personne qui, par exemple, est athée ou qui ne croit pas en Dieu, ou bien qui est née ici, par exemple. Sa conception de la maladie mentale ici n'est pas la même; c'est différent d'un pays à l'autre.

---

[4] À l'exception de la violence conjugale, ajoute Nasser. « Dans ce cas, dit-il, je rencontre souvent le monsieur et la dame seuls parce qu'il y a trop de choses sur lesquelles on ne peut pas avoir le contrôle : la violence peut éclater quatre fois plus fort à la maison. Et seule, elle peut se sentir à l'aise. Alors, je ne prends pas de risque, je peux rencontrer les deux conjoints, mais séparément. »

Nasser avoue se sentir démuni dans certaines interventions en contexte pluriethnique, surtout dans le cas d'interventions auprès de clients vietnamiens *(voir le cas d'échec raconté par Nasser)*.

> Parfois, raconte-t-il, je me sens démuni, par exemple, dans le cas d'une famille vietnamienne que je ne connais pas. Je trouve que c'est la catégorie de culture où je me sens le plus démuni parce que c'est très introspectif, très intérieur. Le non-verbal n'est pas aussi présent, ou bien il l'est, mais de façon très subtile. Et décoder tout ça, ce n'est pas évident.

Il lie ce fait à un manque d'information sur la culture, sur la perception de la maladie mentale dans une culture spécifique. Nasser, devant une situation concrète, réagit. Il n'est pas toujours facile de faire preuve d'ouverture. Surtout si la communication semble impossible et que les indices pour comprendre l'autre sont insuffisants. « Je pense avoir une assez grande ouverture, mais fondée sur la communication, dit Nasser. Mais si, dans l'autre culture, elle n'est plus fondée sur la communication, du moins verbale (il y a peut-être un niveau non verbal, qui se situe sur le plan du senti), c'est là que c'est difficile. »

Nasser fait cependant des différences entre les groupes. Par exemple, il considère que communiquer avec un client chinois est plus facile, selon son expérience, parce qu'il y a partage de valeurs (la modernité) et de modes de communication.

> Sur le plan de la communication, [les Chinois] sont pas mal verbo-moteurs. Sur le plan des valeurs, ils sont sensiblement modernisés (la modernité amène aussi des valeurs). Alors que dans d'autres cultures... mais on aurait pu aussi tomber sur des Chinois qui viennent complètement de l'arrière-pays.

Puis Nasser raconte l'intervention auprès de ce client chinois à partir duquel il évalue son expérience :

> Il venait d'arriver au pays. Il communiquait beaucoup, il était déjà en contact avec des organismes, donc, il avait fait des démarches pour son fils. Il connaissait un peu le système, ça a été très facile. [...] C'est un parent qui avait le contrôle de la situation, alors, je n'avais pas besoin d'aller plus loin.

Un problème de communication

Nasser reprend les problèmes de communication particulièrement sentis avec la communauté vietnamienne. Il n'arrive pas à cerner ce qui a bloqué à la fois le processus de communication et l'intervention avec des parents d'origine vietnamienne. Il sent de la méfiance de leur part, mais sans en être sûr. Il pose des questions : « Ils ne répondaient pas. Est-ce parce qu'il était méfiant, est-ce parce que... Je ne savais pas, je n'avais pas de réponse, mais je sais que ce n'était pas de la méfiance, il y avait autre chose qui m'échappe. »

Nasser essaie de comprendre et d'expliquer la non-communication entre lui et ses clients. Comme cette famille était suivie ailleurs (dans des hôpitaux), pour l'aider à comprendre, il a contacté les intervenants qui les connaissaient. Mais il note :

> Il y a beaucoup de préjugés chez les intervenants [...] et lorsque je viens les voir, j'ai ça en tête. C'est pour cela que, parfois, j'évite de prendre des informations ailleurs, avant de

> rencontrer la famille, et de me faire moi-même ma propre perception. Ensuite, je les contacte. Et même si je prends des informations auprès d'intervenants avant de rencontrer la famille parce que c'est nécessaire, je m'en tiens aux informations qui sont prioritaires pour moi. [Dans le cas de cette famille vietnamienne], par exemple, au Montreal's Children Hospital, il y avait un interprète. Ça, ça a facilité beaucoup ma compréhension. Parce qu'ici, [au CLSC], on n'a pas de budget pour l'interprétariat.

C'est en amenant l'idée de communiquer avec d'autres intervenants qui connaissent le client que Nasser aborde la question des préjugés et de l'interprétariat. Ainsi, il dit entrer en contact avec des intervenants d'autres réseaux (hospitalier, par exemple) pour aller chercher de l'information qui pourrait l'aider dans son travail et dans la relation qu'il essaie d'établir. C'est alors qu'il souligne que, dans l'autre réseau, à l'hôpital, il y avait présence d'un interprète au moment de l'intervention. Ce qui, dit-il, a favorisé beaucoup la communication.

À propos de l'interprétariat dans son CLSC, outre la question budgétaire, Nasser soulève quelques questions, dont celle de la disponibilité, de la fiabilité des interprètes et de la difficulté pour l'intervenant de savoir exactement ce qui se dit en cours de traduction:

> Il faut se démener pour trouver un interprète de d'autres sources. Ils ne sont pas toujours disponibles, et, parfois, ça se fait par téléphone. Ils ne sont pas formés nécessairement pendant des années. Un interprète, il faut que ce soit fiable, si ça ne l'est pas, s'il y a des choses personnelles qui interviennent, ou bien s'il dit qu'il pense que la famille a pensé dire ça... Tout ça, c'est subtil, tu ne peux pas le détecter, c'est l'interprète qui te dit des choses. Il faut qu'ils soient minimalement formés. C'est important, surtout pour les cas où tu ne comprends pas la langue et qu'il faut faire entièrement confiance à l'interprète.

C. Encadrement organisationnel et professionnel de l'intervention en rapport avec l'ethnicité

Dans la partie B, on a vu que Nasser parlait de l'importance de faire preuve d'ouverture dans l'intervention en contexte pluriethnique. Sur le plan organisationnel, Nasser dit assister à des formations qui permettent d'apprendre des éléments de culture de l'autre :

> J'assiste à des formations. Il y a des psychiatres et des pédopsychiatres qui interviennent dans le domaine multiethnique et qui ont développé une certaine sensibilité à ce niveau-là, une certaine approche. Ils viennent nous en parler. Parfois, on côtoie aussi le réseau, on a des informations. C'est sûr qu'on peut avoir des informations sur la façon de vivre des Égyptiens, des Libanais.

Nasser a souligné, on l'a vu, le manque d'information sur la santé mentale en général. De façon plus précise, plus loin dans l'entrevue, il indique son besoin d'information lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de clients de différentes origines ethniques, particulièrement sur la santé mentale. Ainsi, il dit : « Il y a toute la dimension de la maladie mentale… Là-dessus, j'aurais eu besoin d'information sur le sens de la maladie mentale pour les différentes ethnies, par exemple. » Pour pallier ce manque d'information, Nasser dit faire appel parfois à des organismes spécialisés ou à un psychiatre qui a une expertise en milieu ethnique. Il les invite à assister aux

rencontres pour comprendre le client, pour « l'aider à les comprendre ». Comprendre leur croyance ou leur culture permet en effet de mieux intervenir dans certains cas, selon lui

D. Systèmes sociaux d'appartenance

Pauvreté

Le système social d'appartenance auquel Nasser réfère pour définir sa clientèle est la pauvreté, qui réfère à quelque chose de très concret, au quartier et au fait qu'elle reçoit de l'aide sociale. Citant les types de problèmes pour lesquels les parents consultent, il enchaîne sur la pauvreté :

> On peut trouver aussi de la violence conjugale, physique et psychologique. C'est là; il ne faut pas le minimiser. Ce n'est pas parce que madame n'en parle pas [qu'il n'y en n'a pas]. Au contraire. Moi, je pense qu'il faut l'ouvrir cet aspect-là. Et je pense, la pauvreté... Il y a beaucoup de problèmes de pauvreté, de manque de ressources, de sous-alimentation, manque de vêtements, ça, c'est beaucoup aussi.

En outre, il constate, depuis son arrivée au CLSC, en 1992, un appauvrissement de cette clientèle : « Les gens, dit-il, se sont appauvris. Moi, en tout cas, je trouve que j'ai des clientèles plus désorganisées, plus vulnérables relativement à la santé mentale. »

Quartier et réseau

La clientèle de Nasser est variée sur le plan multiethnique. Cette variété tient au fait que le quartier, dans lequel il travaille, est lui-même multiethnique. Et il précise : « Mais ce n'est pas parce qu'il y a plus de handicaps dans telle et telle communauté, c'est la représentation du quartier. »

Comme la référence au quartier, celle que Nasser fait relativement au réseau de la communauté à laquelle appartient le client est mentionnée lorsqu'il parle de l'intervention auprès d'une clientèle immigrante. Nasser souligne l'importance du recours au réseau élargi du client, qui, dans le cas de familles immigrantes, remplace souvent le réseau familial:

> Les Haïtiens ont beaucoup de réseaux ici, dit-il. Même s'il n'est pas nommé; c'est un réseau implicite. [...] Souvent, les enfants, on n'a même pas besoin de les placer : soit que le conjoint est là, ou le frère du conjoint, le frère de la conjointe, un deuxième conjoint qui apparaît. C'est souvent comme ça. Parfois, c'est des cas de séparation, des fausses séparations pour l'aide sociale. [...] J'appelle ça de la fausse monoparentalité.

Il aborde aussi l'importance du réseau pour supporter les femmes immigrantes, nouvellement arrivées, qui se retrouvent seule avec leur mari, sans famille pour les supporter:

> Pour les femmes qui viennent d'arriver et qui sont enceintes, les femmes du Moyen-Orient, par exemple, leur mère ou la mère du conjoint a un rôle très important; elles les rassurent, leur donnent du support, un répit. Mais ce réseau-là est absent. Il y a souvent des risques de dépression. Souvent, les femmes sont plus inquiètes. L'homme la rassure, mais lui aussi est inquiet pour sa femme, alors ils ont besoin de support.

Groupes ethniques et pays d'origine

Dans un autre ordre d'idées, parlant de son besoin d'information sur les différentes communautés, Nasser élargit les connaissances des groupes à des systèmes d'appartenance plus larges :

> Même à l'intérieur de chaque culture, il faut en prendre et en laisser. On peut savoir que, par exemple, les Libanais sont en guerre avec les Israéliens; il y a des Chiites, des Sunites, il y en a une partie, au nord, qui sont dominés. Donc, il y a des relations de pouvoir. On peut pas savoir si la personne de ce pays-là, de telle origine ethnique dans son pays a subi... Ce n'est pas évident non plus parce que, parmi ces groupes-là, il y a des classes. Ils peuvent ne pas avoir subi l'oppression.

Rapports sociaux conflictuels

On a vu que Nasser faisait la différence entre client immigrant et client réfugié (*cf.* p. 54). Dans le cas des interventions en contexte pluriethnique, la question de la relation entre la première génération d'immigrants et leurs enfants, la deuxième génération, se pose :

> Ils sont coincés entre leur désir d'autonomie, d'adaptation, d'intégration et de liberté que la société d'accueil leur offre et les valeurs traditionnelles, où la famille devient très présente et où ce n'est pas l'individu, mais le clan familial qui compte avant tout. La deuxième génération, les jeunes, est un peu coincée dans tout ça. Il faut qu'ils apprennent à faire avec tout ça.

Le choc des générations est aussi un choc des valeurs. Mais il n'y a pas que les jeunes et leurs parents qui s'affrontent. Il y a aussi les hommes et les femmes. Le phénomène d'immigration amène un changement de valeurs chez les conjoints, changement qui ne se fait pas au même rythme ni sans heurts :

> La femme ne s'acculture pas de la même façon que l'homme. [...] Et ça se fait à des rythmes différents. J'ai vu un homme, un père de famille. [Il me disait :] " Je ne suis pas capable : ma femme porte toujours le tchador. Je lui dis de laisser ça, qu'on est dans un nouveau pays, qu'elle l'enlève et qu'elle commence à s'épanouir. Je n'ai pas envie de vivre avec une femme archaïque." Ou bien encore une fille qui veut avoir des amoureux et qui veut être libérée, sortir, et son père, qui est très traditionnel et qui veut protéger sa fille. Ça crée des conflits. On les met ensemble, lorsque c'est possible, pour avoir un dialogue et lui faire entendre les besoins de sa fille. Et sa fille, elle connaît les besoins de sa famille, elle a ses racines, elle a ses liens. [...] C'est sûr qu'il y a des concessions de part et d'autre, mais il arrive que ce n'est pas possible. Alors, lorsque la famille est très rigide, il y a des conflits, et si on trouve que ça se détériore trop, la jeune elle-même demande le placement, elle va vouloir quitter.

Dans certains cas, comme dans celui de la violence conjugale, l'explication donnée fait intervenir les différences de valeurs entre hommes et femmes : « Dans les cas de violence conjugale, les hommes [de d'autres origines] considèrent qu'ils ont le droit de frapper et qu'ici, on protège trop les femmes et que ce n'est pas correct, alors que la femme vient et dit : "Il me frappe et je ne veux plus. " On voit déjà le changement de mentalité. » Comment Nasser intervient-il dans un cas comme celui-là?

> Je rencontre la femme en premier pour voir ce qu'elle veut dire, comment elle se sent, [...] Souvent, elle dit: je n'ose pas quitter mon mari à cause des enfants, je ne veux pas mettre leur père en prison parce qu'il va m'en vouloir, etc. Au deuxième rendez-vous, je dis que je comprends, que c'est légitime, [...], mais dans tout ça, vous subissez des coups, et vous n'en pouvez plus d'en recevoir. Peu à peu, je la mets face à ses contradictions tout en l'alimentant sur les conséquences que ça aura sur les enfants et sur elle-même plus tard. Souvent, les conjoints ne sont pas prêts à admettre, à accepter. [Je les rencontre] lorsqu'ils sont prêts à travailler quelque chose, lorsque leur conjointe et les enfants sont partis de la maison et qu'ils sont en crise. Dès que la conjointe revient, souvent, ça tombe à l'eau... Et c'est ça qu'on dit à la conjointe : méfiez-vous des promesses. Il peut avoir de bonnes intentions, mais ça ne se fait pas comme ça. S'il vous dit qu'il va arrêter et aller chercher de l'aide, attendez, laissez-le s'embarquer. Regardez sa sincérité, les changements. On ne change pas du jour au lendemain, il peut être en thérapie et continuer à vous battre. La thérapie, ce n'est pas instantané.

E. Rapport de l'intervention avec la société globale

Les normes et les valeurs de Nasser sont remises en question dans certains cas, comme dans celui de la violence conjugale, on l'a vu, qui exige parfois, selon lui, un compromis :

> Il peut y avoir, chez une certaine clientèle, pour qui c'est légitime, un usage de coups ou de tapes : dans le pays d'origine, c'est légalisé, institutionnalisé. Ici, c'est un autre système. Il faut mettre de l'eau dans son vin, nuancer, mesurer, etc. Il faut voir aussi les conséquences de la tape : ce n'est pas parce que quelqu'un en donne une de temps en temps que... ça dépend de l'intensité et tout ça. Nous, ça nous oblige à modérer et à tenir compte de beaucoup de choses : le sens de la tape, les moyens, etc. Ça nous remet en question.

F. Identité ethnique personnelle

Nasser est d'origine égyptienne. Il le dit tardivement dans l'entrevue. Il n'en parle jamais comme élément intervenant dans son travail. Ni comme un facteur facilitant la relation ou l'intervention, ni comme un facteur la défavorisant. La première identité à laquelle Nasser fait référence, c'est son identité professionnelle, dans la seconde partie de l'entrevue. Il dit, en parlant des horaires de travail : « On est des professionnels, donc, on est responsables de nos horaires à nous. » Et plus loin, il s'identifie comme travailleur social : « Nous, les T.S. [travailleurs sociaux] on a des réunions entre T.S. »

De langues maternelles française et arabe, Nasser parle aussi anglais, qu'il considère comme restreint. Il dit cependant parler mieux l'anglais que l'arabe. (« Je parle plus l'anglais que l'arabe, malgré que mon anglais est très restreint. »). L'identité ethnolinguistique de Nasser est intéressante. Il ne parle presque pas de son origine égyptienne dans l'entrevue ni du fait qu'il parle trois langues, français, anglais et arabe. Bien que l'arabe soit sa langue maternelle avec le français, Il dit le parler peu. « Je l'utilise, dit-il, mais je ne suis pas beaucoup en contact avec...

Dans ma vie personnelle, je n'ai pas beaucoup d'amis arabes, mais beaucoup d'amis québécois. »[5]

Nasser parle donc davantage français étant donné son réseau social plus « québécois » qu'arabe. Ce qui est un choix conscient de sa part. Il explique :

> J'ai quitté le milieu arabe par choix parce que je trouvais que ce serait trop ghettoïsant si j'y restais. Il y avait beaucoup de parlage : on recréait ici un peu la vie, les règles, les valeurs, les lois sociales, communautaires du groupe. Mais, moi, étant donné que je suis venu ici très jeune, je me trouvais étranger à ces règles, je ne pouvais accepter de m'inscrire dans ces règles-là. J'ai décidé de prendre mes distances. C'est sûr que, me voyant différent et les contestant, refusant les règles et l'arabe, ils vont me critiquer et je serai moins accepté, mais ça ne me tentait pas de vivre cette situation-là. Alors j'ai dit : OK, vous êtes bien là, moi, je veux être bien ailleurs, c'est tout.

Nasser a donc fait un choix d'appartenance. Il ne renie pas son origine, mais préfère vivre au sein d'un autre groupe, celui des Québécois francophones. En outre, jamais Nasser ne fait intervenir le fait qu'il soit d'origine égyptienne dans son travail; il ne parle pas, par exemple, des avantages que cela pourrait représenter, pour lui, d'intervenir avec la communauté arabe dans leur langue d'origine ou de partager certaines de leurs valeurs ou de leurs coutumes.

Conclusion

Comme beaucoup d'intervenants, Nasser n'adopte pas un discours unidimensionnel, c'est-à-dire qui insiste sur un aspect de sa pratique. Il aborde au contraire un ensemble de dimensions, dont l'ethnicité. Ainsi, l'ethnicité apparaît dans son discours lorsqu'il décrit sa clientèle. Mais avec d'autres facteurs d'appartenance, comme le quartier, et des facteurs sociaux, comme l'âge ou la pauvreté. Sur le plan de l'intervention, il en parle en particulier lorsque la dimension ethnique l'amène à remettre en question ses propres normes cliniques et sociales. C'est d'ailleurs à ce moment que le facteur ethnicité intervient le plus. Nasser considère que la clientèle immigrante a des problèmes qui lui sont propres et, comme intervenant, il doit, dit-il, faire preuve d'ouverture. L'adaptation au client est, pour lui, nécessaire. Mais l'adaptation du client aussi : l'intervention est une relation, les deux interlocuteurs doivent s'adapter l'un à l'autre. Mais pour s'adapter, selon Nasser, on doit avoir une connaissance de l'autre, ce qui signifie qu'il doit connaître des éléments de la culture de l'autre, comme la définition de la santé ou de la maladie mentale dans la culture d'origine du client, ses croyances religieuses ou les rôles socioculturels propres à sa culture. C'est justement ce manque de connaissance qui est la cause de l'échec d'une de ses interventions : il considère avoir échoué son intervention auprès d'une cliente vietnamienne par son incapacité de décoder les émotions chez sa cliente et par ce qu'il interprète comme l'incapacité « culturelle » de sa cliente d'exprimer ses émotions.

La dimension ethnicité n'est cependant pas toujours marquée dans le discours de Nasser. Elle l'est, certes, dans le cas de l'échec raconté par Nasser. Dans d'autres, cependant, il insiste davantage sur la relation en tant que telle ou sur les problèmes linguistiques liés à l'interprétariat. Le facteur ethnicité apparaît dans le discours lorsque Nasser décrit des interventions précises. Par

---

[5] On ne sait cependant pas s'il lui arrive d'utiliser l'arabe au travail, par exemple, même s'il dit le parler peu. S'il a le choix, parle-t-il arabe ou français à un client bilingue arabe-français? Lui offre-t-on de rencontrer les arabophones unilingues?

ailleurs, Nasser, d'origine égyptienne, se pose comme travailleur social, et non comme un individu appartenant à un groupe ethnique déterminé. Il semble vouloir par là établir une relation professionnel-client, et non une relation basée sur des appartenances ethniques.

2. Charlotte, infirmière scolaire

D'entrée de jeu, Charlotte situe sa pratique. Longtemps infirmière dans les écoles secondaires, elle travaille dans les écoles primaires depuis cinq ans. Elle se dit « éparpillée » (« Éparpillée parce que deux jours à un endroit, deux jours à l'autre »). Ce qui, de l'avis de Charlotte, limite son action : « On ne fait pas ce qu'on voudrait faire dans une école selon les besoins de nos jeunes. »

Infirmière de 20 ans d'expérience et clinicienne de formation, elle a travaillé dans plusieurs hôpitaux dans différents départements (urgence, soins intensifs, pédiatrie, gérontologie, santé communautaire). C'est à cette époque qu'elle s'est rendu compte de l'importance de la communication avec les gens et de son goût de leur apprendre des choses. L'hôpital, où tout se faisait très vite et où elle n'avait pas le temps de parler aux malades, est rapidement devenu un lieu où les techniques, les exigences administratives et la bureaucratie, dit-elle, bousculent le malade et ne lui donnent pas d'information. « Là où on peut commencer à informer véritablement, c'est auprès des jeunes. » Charlotte a donc choisi de travailler dans les écoles. Et c'est principalement la « santé quotidienne » dans les écoles qui occupe Charlotte. Sa pratique est partagée entre les préoccupations des écoles et celles du CLSC, qui ne sont pas toujours les mêmes, selon elle. Axées sur les maladies contagieuses et les vaccinations, ses tâches prennent une bonne partie de son temps et la forcent à abandonner ou à réduire ses interventions dans les programmes préventifs concernant l'hygiène, le secourisme, la sexualité.

Charlotte définit son travail en rapport avec le CLSC : « On sert de lien beaucoup entre la communauté, l'école, le CLSC. On est un peu la porte d'entrée, et on fait en sorte d'orienter et de répondre aux besoins de première ligne des parents. » Son travail, dit-elle, est en continuité avec celui des intervenants du programme Enfance-famille, qui voient les enfants jusqu'à deux ans.

Charlotte fait des visites à domicile, principalement pour rencontrer les enfants avant leur entrée à la maternelle. Elle commente :

> Aller à la maison, c'est plaisant. En comparaison de la travailleuse sociale qu'on perçoit encore aujourd'hui comme quelqu'un qui place les enfants. C'est menaçant, une travailleuse sociale. L'infirmière, ce n'est pas menaçant. On y va dans un contexte positif, d'entrée scolaire et non pas d'une problématique. Quand ils viennent au CLSC, les enfants ont des problématiques; ils ont des otites, ça ne va pas, ils ont des problèmes de santé. Ce n'est pas ça qu'on fait, nous. On va à la maison dans une situation saine, positive. Parce que l'enfant rentre à l'école. On va apprendre à le connaître pour faire la transition, et ça apporte beaucoup sur le plan de la valorisation professionnelle et personnelle, tant pour les infirmières que pour les parents et l'enfant. On peut faire le lien entre la famille, la communauté, l'école. Ce n'est pas menaçant pour eux, et ils se sentent très à l'aise.

Elle considère toutefois que ses interventions ont des limites. Ainsi, un parent visité peut lui faire part d'un problème qu'elle ne peut pas nécessairement résoudre. Tout dépend de l'objectif de son intervention, qui dépend toujours du besoin du parent, dit-elle.

> On ne peut pas s'inventer faiseuse de miracles. Même si on voit, par exemple, que les parents font preuve d'une grande négligence en ce qui a trait à la nourriture, que le réfrigérateur est vide, par exemple, ou que c'est malpropre dans la maison. Si la préoccupation du parent est de s'arranger pour que le professeur aime son enfant, peu importe sa négligence, c'est là-dessus qu'on va travailler. Lorsqu'on aura travaillé ça, on passera à autre chose.

Son objectif, dans ces rencontres qui précèdent la rentrée scolaire de l'enfant, est de créer un lien avec les parents.

> Le lien est primordial, dit-elle. Quand il aura été créé, ce lien positif avec l'école, on pourra tranquillement parler d'autres choses avec le parent. Peut-être de la nourriture ou de son budget qu'il ne fait pas bien. Des ressources sociales dont il aurait besoin pour analyser sa dynamique familiale. Mais dans un deuxième ou un troisième temps. Parce qu'on s'est aperçu qu'on ne peut pas mettre la charrue devant les bœufs. Il faut commencer par les préoccupations des parents. Un enfant qui a de grosses caries, s'il n'a pas d'argent pour aller chez le dentiste, ça ne sert à rien de dire madame, monsieur, il faut que votre enfant aille se faire arranger les dents. S'il a des caries et que le parent lui donne de l'argent de poche pour qu'il s'achète des bonbons tout le temps, il ne s'agit pas de leur dire de l'amener voir le dentiste, il faut peut-être commencer par autre chose.

Pour Charlotte, il est important d'être près des besoins des parents et de la famille :

> Trop souvent, dans le passé, je crois qu'on a fait le contraire. Les gens disaient : « Il y a telle problématique et il faut s'attarder à telle chose », mais sans consulter le parent, sans prise de conscience du parent. Dans notre équipe d'infirmières scolaires, on a changé graduellement cette vision des choses pour aborder le problème à partir de la vision des parents. Même s'il s'agit d'un petit changement, c'est un de gagné sur une plus grande période. Parce qu'on ne peut pas faire de miracles…

C'est souvent l'infirmière qui dépiste les problèmes ou cerne les besoins des enfants et de leurs parents. En cela aussi, elle agit comme intermédiaire entre le client et l'intervenant qui peut agir auprès de lui.

> Nous, dit Charlotte, on est souvent la première porte d'entrée pour tout. Ma force est sur le plan biologique, évidemment. Mais sur le plan émotif, je vais identifier des problèmes et je vais aller jusqu'à ma limite, où je réfère à un psychologue. Souvent, mon rôle, c'est de travailler à amener le parent à dire, oui, je veux y aller. Même sur le plan médical, il faut que j'amène le parent à dire oui, je vais aller voir le médecin.

Charlotte reste, dit-elle, en contact avec les parents :

> Lorsqu'il y a des poux dans une classe, il faut que j'avertisse les parents. Il y a toujours un contact. Souvent, c'est un prétexte pour leur parler parce qu'on sait très bien que, dans chaque famille, il y a des situations particulières, et, quand le contact est fait, c'est plus facile que les gens nous parlent des vraies affaires. Ils peuvent nous dire qu'ils sont en réflexion de divorce, qu'ils ont décidé de se séparer. Parfois aussi, on retourne à la maison pendant l'année. Ça dépend des besoins. On ne se limite pas nécessairement à l'école. On est beaucoup visiteuses. On est proches. Les réunions de cuisine, moi, j'aime bien ça. C'est une façon d'avoir le pouls et de régler des vraies affaires.

Lien avec le CLSC, intermédiaire entre les parents et les autres intervenants, Charlotte occupe concrètement une positions centrale dans l'école même.

> Dans une école, il y a 18 classes, et il y a trois écoles. Ça occupe beaucoup de notre temps. C'est sans compter toutes les consultations individuelles que l'on fait avec les enfants ou les parents. J'ai une position centrale : les enfants, à la récréation, viennent facilement nous dire : « J'ai un petit bobo ici » ou « J'ai vu le médecin, je fais une otite », ou bien ils viennent en pleurant raconter leurs problèmes.

Charlotte offre une oreille attentive aux enfants :

> Il faut qu'il y ait, à l'école, un lieu d'écoute. Ce lieu, c'est souvent les bureaux des professionnels. Je ne me considère pas comme la seule oreille de l'école. Parfois, ils ont besoin d'un pansement, ça prend 30 secondes. Mais s'ils ont besoin d'une écoute parce que, la veille, ils n'ont pas dormi à cause d'une bataille à la maison, c'est important de les écouter. Et plus on est souvent dans une école, plus ils se sont apprivoisés et nous connaissent.

Assurer la continuité dans une école est donc important pour Charlotte. « Avant, dit-elle, on changeait plus souvent. Maintenant, on dit : faisons de la continuité un peu. Les enfants ont le temps de s'apprivoiser et ils viennent nous raconter des choses. »

Enfin, dans l'école, elle est amenée à jouer un rôle auprès des enseignants. « On fait aussi un support auprès des enseignants, dit-elle, sur n'importe quel sujet qui concerne la santé, ou on peut accompagner un enseignant sur une problématique enfant particulière. Les difficultés de concentration, par exemple. »

Charlotte fait partie d'une équipe d'infirmières qui coordonnent leurs actions. Elle raconte :

> On est quatre infirmières scolaires au primaire. Et, depuis quelques années, on a pris l'habitude de travailler ensemble et d'avoir une pratique plus ou moins uniforme, ou, en tout cas, qui va dans le même sens. Parce qu'on est toujours appelées à changer d'école, on fait parfois des rotations. En même temps, les directions et le milieu école s'habituent à avoir à peu près toujours le même service. Ça crée une espèce de continuité de base. Ma pratique n'est pas isolée : ce n'est pas moi toute seule dans mon école qui pratique de telle façon. On se parle, on discute, on met à peu près en même temps les mêmes activités, selon les possibilités des écoles.

Les infirmières se consultent donc beaucoup. Charlotte ajoute :

> On peut avoir une difficulté, la non-motivation de parents, par exemple. J'appelle alors une consœur et je lui en parle. Elle vit ça aussi parfois. Et, quand on parle à une consœur, c'est comme une consultation professionnelle. C'est très aidant. Nos relations entre infirmières sont saines, c'est une équipe formidable.

Charlotte travaille aussi avec une équipe scolaire regroupant d'autres professionnels.

> Il y a les travailleurs sociaux scolaires, eux aussi ont leur place et font partie de l'équipe. On sait ce qu'ils font, et la communication est beaucoup plus facile, alors on peut faire des liens et travailler ensemble. C'est plus facile d'avoir du support et de comprendre parfois des choses. Sur le plan social, par exemple, pour mieux comprendre les lois. Et l'orthophoniste, quand elle me parle de ses enfants, c'est un plus.

Le travail de l'infirmière scolaire est défini par le ministère de la Santé et des Services sociaux. C'est lui qui dicte les axes d'intervention des infirmières, fixe les priorités. Ce qui oblige les infirmières à réduire ou à abandonner des programmes préventifs. Programmes pourtant jugés essentiels pour le bien-être des jeunes du quartier. Le programme sur la sexualité, par exemple. Charlotte poursuit :

> On voulait mettre de côté le tabagisme pour axer sur la sexualité, mais le ministère vient de nous parachuter un programme d'information sur le tabagisme. [...] car on sait très bien que sans information sur la sexualité, il y a augmentation des grossesses à risque chez les jeunes. Ce n'est pas un secret de dire que dans les quartiers défavorisés, les filles de moins de 18 ans risquent d'être enceintes. Et s'il y a des filles qui sont enceintes, il y a des gars qui sont actifs.

Les priorités du ministère, souligne-t-elle, ne sont malheureusement pas nécessairement celles du milieu dans lequel elle intervient.

Charlotte parle de la différence, à laquelle elle a dû s'adapter, entre le Département de santé communautaire (DSC), où elle a travaillé auparavant, et le CLSC :

> Une mentalité de santé communautaire, dit-elle, c'est très général, comme un genre de gros parapluie; on voit beaucoup de choses, pas de façon superficielle, mais en gros plan. On comprend où va le gouvernement, son orientation, on donne la formation en conséquence. Au CLSC, au contraire, c'est très local, très terrain. C'est comme si, du parapluie, on nous parachutait dans les ruelles du quartier.

Vignette 1 : exemple d'intervention difficile[1]

Charlotte raconte un problème de santé quotidienne fréquent :

> Aussi surprenant que ça peut l'être, on est encore aux prises avec des problèmes de poux, et ça prend beaucoup de notre temps. C'est une préoccupation de l'école, mais pas du CLSC. Personnellement, je considère que ça fait partie de la santé publique; donc, on ne peut pas passer à côté de ce problème-là en tant qu'infirmière.

L'importance accordée aux poux comme problème varie selon les clients. Et cette différence s'associe du facteur ethnique. Ainsi, parlant des communautés culturelles, elle dit qu'il y a des valeurs ou des priorités différentes. Puis elle enchaîne en disant :

> Pour certaines familles, l'hygiène, ce n'est pas important. Les poux, ce n'est pas important, c'est quotidien. Qu'est-ce qu'on fait quand cette famille-là est continuellement aux prises avec des poux et en donne à tout le monde? L'agressivité des autres parents augmente. Ils disent : « Je vais y aller les dépouiller ces enfants-là. » Mais on ne peut pas laisser des parents se mêler des valeurs des autres. Ça crée parfois des frictions, puis, quand la tension est trop haute, ça fait de l'intolérance. Alors, on est obligé de reprendre ça et d'y consacrer un peu de temps. Ce qui fait que, parfois, on a des tensions où on ne s'y attendait pas.

---

[1] Charlotte ne présente pas ses interventions selon qu'elles sont réussies ou qu'elles ont échoué proprement dit ni une intervention en particulier. Elle raconte plutôt des interventions et leurs difficultés.

Il y a difficulté lorsqu'il y a absence de motivation de la part de l'enfant ou des parents, selon Charlotte : « C'est qu'il y a un blocage majeur [...] le parent peut décider de déménager. Ça règle le problème pour l'école, mais ça ne le règle pas pour l'enfant. Il déménage, s'en va dans une autre école et va la contaminer. Le problème n'est pas réglé. »

Vignette 2 : exemple d'intervention réussie

Œuvrant dans le domaine scolaire, Charlotte a souvent à traiter des problèmes de concentration :

> De plus en plus, chez notre clientèle, note-t-elle, on remarque des difficultés d'apprentissage et de concentration majeures. [...] Parce qu'un enfant avec des difficultés de concentration, c'est un enfant qu'on disait autrefois hyperactif. Dans notre langage québécois, « ce n'est pas du monde » ces enfants-là, ça grimpe partout, c'est difficile. Et, dans une classe de 30, ce n'est pas évident que le professeur va avoir la patience. Quand il n'y en a qu'un, ça va. Mais s'il y en a trois, quatre… Et lorsque, parmi eux, certains prennent des médicaments et d'autres non, ça influence la pédagogie.

Certains facteurs favorisent la réussite d'une intervention auprès d'un enfant hyperactif : la reconnaissance du problème par tous, le partage d'une même vision et la coordination des efforts.

> Un enfant arrive en maternelle : il saute partout, il n'est pas capable de se concentrer, il dérange tout le monde, il n'est pas capable de rien faire. On ne l'avait pas vu avant; on n'avait pas fait de visite à domicile. Le professeur nous dit : « Je n'en veux plus, je n'en peux plus. » Dans le fond, le mandat, c'est : change-le moi, puis redonne-le moi, en 10 minutes. On rencontre l'enfant, on regarde de quoi il a l'air, puis, effectivement, il bouge beaucoup, saute partout et n'est pas capable de se concentrer. On téléphone à la maison pour prendre un rendez-vous pour rencontrer les parents. Que ce soit seul ou avec le professeur, ça n'a pas d'importance. L'important, c'est d'aller voir ce qui se passe à la maison, de connaître leur vision par rapport à l'activité observée à l'école. Est-ce qu'ils ont pris connaissance de cette hyperactivité-là? Est-ce que ça les dérange? Est-ce que ça fait partie de leur culture? S'ils disent : « Oui, ça me dérange. Je ne sais pas trop quoi faire avec lui, il ne m'écoute pas, il ne mange plus, il ne dort plus, il est toujours sur une patte ou sur l'autre. » Alors, si, depuis que l'enfant est né, ils n'ont pas consulté, on va chercher les ressources médicales pour évaluer sa santé.

Charlotte reçoit donc l'enfant référé par l'enseignant et constate qu'il y a problème. Elle communique alors avec les parents pour vérifier leur perception des choses : s'agit-il d'un problème à leurs yeux? Si oui, se déclenche une série d'actions et de prises de contacts avec les ressources du CLSC qui permettront de résoudre le problème. Dans toutes ces étapes, l'infirmière a un rôle d'accompagnante. Elle accompagne en effet les parents, dit-elle,

> pour avoir une vision claire des choses et prendre une décision. Est-ce que ça prend un encadrement pour cet enfant-là? Est-ce que ça lui prend des médicaments? Est-ce qu'il est bien classé à l'école? Est-ce qu'il serait mieux dans une école spéciale? A-t-il besoin d'un support médical ou social particulier? On prend les décisions en équipe multidisciplinaire, avec le parent.

A. Conception de l'ethnicité

Pour définir sa clientèle, Charlotte ne fait pas intervenir le facteur ethnique d'emblée. Ayant au préalable mentionné qu'elle travaille dans des écoles d'un quartier défavorisé, elle utilise des catégories plus larges, englobantes, davantage sociales qu'ethniques : enfants, classes, jeunes. Plus loin dans l'entrevue, elle dit intervenir auprès des enfants et de leur réseau : les parents, les amis. (« On s'occupe de la santé, mais toujours en fonction des relations avec les amis, les adultes et la famille », dit-elle.) L'appartenance ethnique semble donc être, pour Charlotte, un facteur secondaire dans la définition de sa clientèle : un enfant est un enfant, un parent, un parent, quelle que soit son appartenance ethnique.

> Toutes les cultures sont pareilles, dit-elle. Québécois, chinois, coréen, vietnamien, ça n'a pas d'importance. Les parents sont là pour aider les enfants au mieux de leurs connaissances et de leurs possibilités. Et je mise là-dessus. [...] Un père, c'est un père, une mère, c'est une mère. Même si les moyens sont différents, même si les valeurs sont différentes, tous aiment leurs enfants.

Elle poursuit : « Ils veulent que tout soit pour le mieux. Ils ne veulent pas qu'un enfant soit dans la misère. Ils essaient de faire leur possible. »

Elle aborde cependant la question de l'appartenance ethnoculturelle lorsqu'elle fait part d'un constat de changement dans le quartier où se sont installées de jeunes familles des communautés culturelles : « Ici, dans une classe, on a 11 communautés culturelles différentes. Dans une autre classe, on en a une. C'est disparate. Dans le quartier, ça commence. Ce sont de jeunes parents... souvent avec peu d'enfants. Quand on fait nos visites préscolaires, c'est là qu'on les découvre. »

Charlotte utilise le mot « Blancs » en décrivant une école où ils sont minoritaires et parle de façon plus générale des « communautés culturelles » ; plus loin dans l'entrevue elle parle des Noirs, que les jeunes adolescents de son quartier détestent :

> Dans le quartier, les jeunes adolescents détestent les Noirs, les Jamaïcains, les Porto-Ricains, les Sud-Américains, les Haïtiens. [...] C'était évident que, dans une des écoles dans lesquelles j'intervenais, les Blancs et les Noirs ne s'aimaient pas. Il fallait que le Noir soit bien gentil pour faire partie de leur gang, il fallait qu'il soit bien plus intelligent que les Blancs.

Une fois sur le terrain culturel ou ethnique, Charlotte introduit le facteur ethnolinguistique: « On a de belles surprises parfois. Pour moi, une belle surprise, c'est un parent d'origine chinoise qui envoie son enfant à l'école francophone... le père parle anglais, la mère parle chinois. » Pour Charlotte, il s'agit d'un phénomène nouveau qui dénote un changement dans le quartier et dans son intervention, surtout sur le plan de la communication. Mais c'est l'appartenance ethnoreligieuse qui prend le plus de place dans son discours. Ainsi, c'est après avoir abordé les différences religieuses de certains enfants qu'elle parle de l'appartenance ethnonationale. Les enfants Témoins de Jéhovah des écoles dans lesquelles elle travaille sont, par exemple, haïtiens: « Je me suis particulièrement informée sur les Témoins de Jéhovah parce que nous avons plusieurs Haïtiens qui le sont », dit-elle.

La présence de plusieurs communautés culturelles dans une école où Charlotte travaille (en comparaison d'autres écoles où la diversité est moindre) incite, d'après elle, les enfants à faire preuve de tolérance. « Ici, dit-elle, on ne sent aucune ségrégation. Dès le début, ils sont intégrés et ils vivent ensemble. Ils apprennent dans la différence. Parce que les Blancs sont minoritaires. » Charlotte oppose ce milieu multiethnique au milieu majoritairement blanc des autres écoles où elle travaille et dans lequel on fait moins attention à la différence :

> On est obligé de faire attention. Si tu es juif, tu ne manges pas de porc, si tu es Témoin de Jéhovah, pas de sang. Si tu es d'une autre nationalité, ce que tu apportes comme repas du midi est différent. Tu mets ça en commun, et ça devient le naturel de tout le monde de partager et de voir les différences. Ce qui n'est pas le cas dans les autres écoles.

B. Conception de l'intervention en contexte pluriethnique

Pour situer sa pratique, Charlotte distingue, dès le début de l'entrevue, deux milieux d'intervention : les écoles de la commission scolaire catholique (CECM), et celles de la commission scolaire protestante (CEPGM).[2] « J'ai trois écoles, dont une de la commission scolaire protestante, deux de la CECM, qui est catholique; ce sont les mêmes enjeux pédagogiques, mais ce ne sont pas les mêmes exigences ni la même mentalité », dit-elle. C'est l'appartenance ethnoreligieuse qui détermine son champ de pratique.

La communication

Charlotte aborde donc le champ de son intervention sous l'angle social. Elle agit auprès des enfants, écoute les parents, sert de lien entre la communauté, l'école, le CLSC. Par ailleurs, l'intervention auprès d'enfants ou de parents des communautés culturelles amène Charlotte à aborder l'aspect linguistique de son intervention et à souligner le besoin de ressources ressenti par les familles et les intervenants, le besoin d'interprètes par exemple.

> Si j'ai besoin d'un interprète, je donne la référence de la ressource à la maman pour qu'elle puisse communiquer avec l'école. Le support aux communautés culturelles n'est pas très développé dans notre quartier. [...] Ça s'en vient, on pousse fort là-dessus... parce que, quand on commence à visiter des familles d'une autre langue, il faut communiquer avec elles. Alors, on commence à s'ouvrir à ça... On est encore malhabiles, ce sont des balbutiements. Mais c'est un début.

Rencontrer des clients d'origines ethniques différentes donne à Charlotte l'occasion de se dépasser, dit-elle. C'est aussi l'occasion pour elle d'aller chercher des ressources pour faciliter la communication. « Comme on commence, résume-t-elle, on n'a pas de réseau d'interprètes. »

La notion de communication est fréquemment abordée lorsqu'il s'agit de parler des interventions avec une clientèle des communautés culturelles. C'est l'« approche sur le plan de la communication » qui fait la différence. Car l'intervention de l'infirmière en soi n'est pas différente. Selon Charlotte :

---

[2] Lorsque l'entrevue a été faite, en 1995, les commissions scolaires montréalaises étaient encore divisées selon la confessionnalité (catholique et protestante). Depuis, elles sont devenues linguistiques (françaises et anglaises).

> Le problème des poux, que ce soit dans le cas d'un Chilien ou d'un Québécois, c'est le même problème. Il faut l'expliquer de la même façon. Sauf que je vais peut-être avoir besoin d'un interprète pour expliquer à la maman chinoise quoi faire. Qu'elle prenne de bons produits qu'on a ici, pas ceux de son pays. C'est seulement une façon d'intervenir sur le plan de la communication, mais c'est le même problème.

Mais certains types d'interventions nécessitent une adaptation. Dans ce cas-ci, ce sont les clients qui doivent s'adapter en adoptant les médicaments d'ici, que Charlotte juge meilleurs pour combattre la pédiculose. La communication, pour être réussie, doit franchir certaines barrières: de la langue, certes, mais aussi de l'incompréhension. Pour Charlotte,

> il faut avoir un moyen de communication efficace, si on veut des changements. Si on ne pense pas en fonction de ce qu'ils sont, eux, on passe à côté. C'est dans ce sens-là que la pratique a à s'ajuster; on doit tenir compte de ça, ce qu'on ne faisait pas avant. Je remarque, que, quand j'ai commencé, c'était tous des Québécois. C'était plus facile, c'était des souches canadiennes-françaises, ça allait de soi. Maintenant, ce n'est plus ça. On a à s'ajuster.

Les différences culturelles

L'absence d'un code linguistique commun cause certes des difficultés, mais la différence de culture aussi. Car intervenir auprès d'une clientèle « ethnique », ça veut dire, pour Charlotte, une compréhension de la culture de l'autre, le terme « culture » englobant les « communautés culturelles » (ou « communautés ethniques ») et les religions.

> Les Témoins de Jéhovah, on ne connaissait pas ça bien, nous. Il y a d'autres religions, comme l'hindouisme, on ne les connaît pas non plus. Il faut un support pour nous dire comment ça fonctionne, le rôle de la femme et de l'homme, ce qu'est cette religion, en quoi consistent leurs croyances. Parce que, même si on est ici dans une école catholique, on commence à intégrer des enfants d'autres religions. Ce qui est nouveau à la CECM. Mais qui n'est pas nouveau à la CEPGM. Donc, on est obligé d'aller chercher une espèce de support social pour se comprendre, s'adapter.

La différence ethnoreligieuse amène parfois des difficultés sur le plan de l'intervention, ce qui oblige l'infirmière à faire appel à un tiers, interprète culturel, cette fois :

> On a à rencontrer des familles en difficulté, on a à discuter avec les mères et les pères... et vous savez que, pour un Témoin de Jéhovah, une femme, ce n'est pas grand-chose, c'est moins qu'un homme en tout cas. Et quand on est infirmière, qu'on a à donner de l'enseignement dans une famille de Témoins de Jéhovah dont le père est présent, tout ce que vous allez dire, ça va lui passer 50 pieds par-dessus la tête. Il faut prendre quelqu'un de sa religion, de sa race [il y a beaucoup d'Haïtiens de cette religion dans le quartier où Charlotte intervient], sensible aux problèmes école, le former pour que lui aille parler au père... si on veut un changement dans la famille.

Ça peut être un parent qui sert de passerelle ou de référence culturelle :

> Je parlais beaucoup de vaccination avec un parent d'origine chinoise, il s'informait. Et, à un moment donné, je lui dis : « Vous semblez très au fait de la médecine et des vaccins. » Il m'a répondu : « Bien oui, je m'informe parce que, dans mon pays, je suis médecin. » Et ici, au Québec, il ne travaille pas comme médecin, mais comme plongeur dans un restaurant. Je trouve plaisant de découvrir des parents qui s'intéressent aussi à la médecine, mais je trouve dommage qu'on ne les utilise pas à leur juste capacité. Plongeur dans un restaurant, c'est sûrement très valable, mais il serait plus efficace comme médecin parce que je lui référerais plusieurs parents... Ce serait plus facile, il comprend ce qui se passe au Québec, ce qui se passe dans son pays. Il connaît la langue, donc, il a des échanges plus positifs.

La connaissance des deux cultures facilite, selon Charlotte, les échanges entre intervenant et client.

Les différences culturelles amènent des comportements différents chez les enfants auprès de qui Charlotte intervient. Ainsi, dans une intervention sur la sexualité, un enfant d'origine asiatique ne réagira pas, selon elle, comme un « petit Québécois ». « Pour une famille asiatique, dit-elle, parler sexualité, vous allez avoir un enfant qui va pointer du nez sur son bureau tout le temps. Pour un Québécois, il va poser des questions. Pour quelqu'un qui vient d'une culture où la sexualité est très ouverte, c'est plus facile. »

Différence culturelle ou religieuse signifie différence de valeurs. Charlotte aborde ce sujet en parlant de la pédiculose (*cf.* Vignette 1) :

> Il y a des priorités ou des valeurs différentes. Pour certaines familles, l'hygiène, ce n'est pas important. Avoir des poux, par exemple, ce n'est pas important, c'est quotidien. Qu'est-ce qu'on fait quand une de ces familles est continuellement aux prises avec des poux et en donne à tout le monde? Les autres parents deviennent plus agressifs. Ils disent : je vais y aller les dépouiller ces enfants-là. Mais on ne peut pas laisser des parents se mêler des valeurs des autres. Ça crée parfois des frictions, et quand la tension est trop haute, ça fait de l'intolérance.

La différence de valeurs amène une perception ou une vision différente. Elle doit connaître la perception des parents. Ainsi, pour intervenir auprès d'un enfant hyperactif, elle doit savoir comment les parents conçoivent cette hyperactivité (*cf.* Vignette 2): « L'important, c'est d'aller voir ce qui se passe à la maison, dit Charlotte, de connaître la vision des parents par rapport à l'activité observée à l'école. Est-ce qu'eux ont pris connaissance de cette hyperactivité, est-ce que ça les dérange, ou bien ça fait partie de leur culture. »

Mais le problème peut n'avoir rien de culturel... Poursuivant sur l'hyperactivité et citant un exemple de cas difficile où le parent ne veut pas collaborer Charlotte parle de l'absence de motivation comme facteur déterminant l'intervention :

> On appelle à la maison: on ne veut rien savoir : « C'est à cause de son père, qui est parti, c'est un batteur d'enfants, un batteur de femmes... moi, je l'ai mis à l'école pour qu'il soit gardé, la garderie, c'était trop cher... » La non-motivation des parents ou du milieu santé ou éducationnel. Et là, on se retrouve seule avec une problématique. [...] Dans le fond, les difficultés, c'est quand il n'y a pas de motivation.

La différence, dans certaines écoles, peut mener à une certaine exclusion. Par exemple, dans une école de la CECM, où on fête Noël, des enfants d'une autre religion peuvent se sentir exclus. Le milieu multiethnique, où règne la différence, fait tomber certaines sources d'exclusion. C'est un milieu, dit-elle, plus pastoral que catholique, plus moral, plus humain.

> Les enfants Témoins de Jéhovah qui sont exclus, disent : « Pourquoi elle n'a pas d'école, pourquoi c'est permis de s'absenter? » Ça fait des différences, et les enfants se posent des questions [et ils n'ont pas toujours de réponse] parce qu'ils ne se disent pas entre eux qui est de culture et de religion différente. Ici, [dans un milieu pluriethnique], on n'a pas ce problème-là. Dans le temps de Noël, par exemple, on a une activité, mais on ne fête pas Noël ; on fête l'année qui finit, les vacances, une activité de groupe.

C. Encadrement organisationnel et professionnel de l'intervention en rapport avec l'ethnicité

C'est un besoin de formation qu'a soulevé Charlotte à son CLSC :

> Quand je l'ai exprimé ouvertement, dit-elle, je ne savais pas que je rejoignais beaucoup de monde... ce qui a été le cas. Nous, on en voit en petite enfance de plus en plus, on ne sait pas trop comment intervenir... C'est à ce moment que j'ai dit qu'il faudrait peut-être penser à nos communautés culturelles différentes.

Par ailleurs, œuvrant dans des commissions scolaires différentes, elle compare les deux organisations :

> Il y a, ici, dans cette école (de la CEPGM), un aspect encadrement, un aspect humain beaucoup plus fort qu'à la CECM. À la CECM, c'est sûr qu'il y a des gens qui s'intéressent aux enfants, qui sont humains. Mais il y a beaucoup d'enseignants cloisonnés dans leur classe. Au primaire, c'est beaucoup comme ça. Dans les deux classes de première année, par exemple, les deux professeurs ne se mettent pas ensemble pour faire des choses ensemble.

Cette différence entre les commissions scolaires influence l'attitude générale envers la pluriethnicité.

D. Systèmes sociaux d'appartenance

Le quartier

Charlotte utilise des catégories sociales larges (enfants, jeunes). Elle réfère à la famille, à l'école. Une fois située sa pratique, alors seulement Charlotte fait part d'une perception d'un « changement » observé dans le quartier relativement à sa composition ethnique: de jeunes familles de diverses origines s'installent peu à peu.

En tant qu'infirmière scolaire, Charlotte parle des écoles dans lesquelles elle intervient (*cf.* B), mais les situe dans un contexte plus large, le quartier, qu'elle qualifie de défavorisé. Elle recourt aussi au quartier pour décrire comment se comportent les jeunes auprès de qui elle a travaillé :

> On sait que, dans le quartier, (dans le cas de l'école secondaire), les jeunes adolescents détestent les Noirs, les Jamaïcains, les Porto-Ricains, les Sud-Américains, les Haïtiens. Je ne dis pas que derrière tout ça il n'y a pas un problème de drogue, dans le quartier. Mais c'était évident que, dans une des écoles dans lesquelles j'intervenais, les Blancs et les Noirs ne s'aimaient pas. Il fallait que le Noir soit bien gentil pour faire partie de leur gang, il fallait qu'il soit bien plus intelligent que les Blancs.

La pauvreté

Charlotte ne fait pas que référer à des systèmes sociaux, elle réfère à des problématiques sociales touchant l'ensemble du quartier, comme la pauvreté. Décrivant les écoles dans lesquelles elle intervient, elle constate des différences selon l'origine sociale des parents. Une école, par exemple, est fréquentée par des enfants de professionnels, plus favorisés, et qui ont, dit-elle, une vision plus positive de la vie. Elle qualifie le quartier dans lequel elle intervient de défavorisé et décrit la pauvreté des gens qui l'habitent :

> Il y a beaucoup de misère chez les gens. Ils n'ont pas d'argent. Pas d'argent pour acheter quoi que ce soit : de la nourriture de base, des vêtements, des médicaments aussi simples que du Tylenol [...] C'est incroyable comme il y a beaucoup de gens dans la misère financière, ce qui ne veut pas dire de la misère affective. C'est difficile parce qu'ils n'ont pas de job, parce qu'ils n'ont pas d'argent.

Charlotte relie le manque d'hygiène, les grippes à répétition à cette misère et à cette pauvreté :

> Des enfants avec de la crasse dans le visage, avec le reste de spaghetti d'il y a deux jours autour des lèvres, les dents cariées ou une absence d'hygiène buccale. C'est criant. Ce sont ces enfants-là qui sont le plus souvent malades... On dirait que je les vois davantage. Ils sont souvent grippés, ont souvent mal aux oreilles. [...] Moi, j'attribue ça à la misère, à la pauvreté. Parce que les parents n'ont pas ce qu'il faut pour les soins d'hygiène de base.

Selon elle, cette misère touche davantage la population québécoise de souche du quartier, qui est, plus isolée dans son milieu :

> Les nouvelles populations, les nouvelles ethnies qui arrivent ici dans le quartier… La majorité d'entre elles ont leur réseau d'ethnie. Pas nécessairement dans le quartier, mais à Montréal. Par exemple, il y a sûrement un réseau d'entraide pour les Chinois, pour les Vietnamiens ou les Coréens. Ça existe, et ça se dit très facilement. Lorsqu'ils sont familiarisés, qu'ils ont apprivoisé ce réseau-là, ils peuvent aller dans la communauté ambiante. Mais, dans un premier temps, ils vont utiliser leur réseau ethnique. Ce qui n'existe pas toujours nécessairement pour les Canadiens français de souche. Il y a l'orgueil des Canadiens français, leur fierté, et heureusement qu'ils ont ça. Ce sont eux qu'il est plus difficile d'aider. Parce qu'ils disent : moi, mon mari travaillait à la Canadian Steel. Toutes ces fonderies qui ont fermé... toutes les manufactures autour ont fermé, et il y a eu beaucoup de mises à pied.

Par ailleurs, Charlotte fait le constat de plus grandes difficultés d'apprentissage et de concentration et tente d'y trouver une explication en référant à la société : « De plus en plus, on remarque des difficultés d'apprentissage et de concentration majeures. Je ne sais pas si c'est un phénomène social, je ne sais pas si c'est parce que les enfants sont un plus petit nombre à la maison, mais ils ont de la difficulté à s'intégrer et à se concentrer dans les classes. »

E. Rapport de l'intervention avec la société globale

Adaptation et changement

Selon Charlotte, l'intervention exige une certaine adaptation. Il en est de même pour d'autres programmes d'intervention en santé, en ce qui concerne la nutrition, par exemple. Elle doit, dans les repas servis à l'école, tenir compte des différences sur le plan de l'alimentation en fonction des religions. Ainsi, on ne servira pas de porc à des enfants juifs, pas de sang à des Témoins de Jéhovah, dit-elle. Cette adaptation fait suite à un constat de différence, de méconnaissance et à un choc des valeurs:

> Un enfant [Témoin de Jéhovah] recevait toujours à son dîner un sandwich à la viande froide... le parent s'est choqué. Je lui ai demandé pourquoi il était choqué. Elle m'a dit : « Il ne peut pas manger de viande froide. » Pourquoi? « Parce qu'il y a du sang là-dedans », m'a-t-elle dit. Je ne voyais pas ça comme ça. Moi, j'appelle ça une surprise; c'est un ajustement à faire, peut-être par ignorance. Parfois, quand on n'a pas toute l'information de base, on est confronté à des situations comme celle-là. Là, on en parle, puis on dit, ça a bien de l'allure, on va essayer de s'ajuster. On sensibilise un peu les autres autour de nous et on fait ce qu'on peut. C'est sûr qu'on ne peut pas changer toute l'école.

Elle conclut : « Il faut avoir un moyen de communication efficace, si on veut des changements. Si on ne pense pas en fonction de ce qu'ils sont, eux, on passe à côté. »

Sa conception de l'intervention semble liée au changement. Changement de la population du quartier, qui se répercute sur sa clientèle et ses interventions. Ce qui la force elle aussi à changer et à adapter ses interventions.

F. Identité ethnique personnelle

Charlotte ne fait aucune référence à sa propre identité ethnique proprement dite. Elle ne se définit pas sous cet angle de façon spécifique, sauf lorsqu'elle fait appel à la société globale. Son identité ethnique est implicite dans le discours. Son appartenance professionnelle transparaît dans son discours par l'utilisation du pronom « nous », par exemple, pour désigner l'équipe d'infirmières scolaires. En outre, née au Québec, elle n'affirme pas d'emblée « je suis québécoise », mais certains commentaires le suggèrent. Lorsqu'elle compare sa pratique d'autrefois à celle de maintenant et des changements de population dans le quartier, qui modifient sa pratique, elle s'identifie au groupe canadien français et à ses valeurs. « C'était tous des Québécois », dit-elle, « c'était plus facile » parce qu'elle connaissait ce groupe et qu'elle en faisait elle-même partie. Elle fait aussi appel à son origine ethnolinguistique : « Dans notre langage québécois, un enfant hyperactif, ce n'est pas du monde », dit-elle.

Conclusion

La conception de l'ethnicité de Charlotte oscille entre « tout le monde est pareil » et le constat de différences dans les valeurs, les attitudes et les comportements des parents. En effet, ce sont eux qui, pour des questions culturelles, refusent de donner un traitement contre les poux, qui refusent que leur enfant mangent de la viande, etc. Seul le cas de l'intervention en classe sur la sexualité l'amène à différencier des comportements culturels entre les enfants. De façon générale, Charlotte fait intervenir le concept d'ethnicité lorsqu'il y a une difficulté dans l'intervention. L'exemple de la pédiculose est éloquent à cet égard. L'intervention soulève des tensions entre les parents qui traitent leur enfants qui ont des poux et ceux qui ne le font pas parce qu'ils ne considèrent pas cela comme un problème. Le traitement contre les poux est le même pour tous. C'est la perception de la chose qui fait problème. Charlotte, dans ce cas, adopte les normes cliniques d'ici. Et convaincre les parents « récalcitrants » de se soumettre à ces normes (utiliser le médicament utilisé ici et pas celui du pays d'origine des parents, par exemple) s'ajoute alors au traitement. Le défi est donc dans la communication, comme dans d'autres interventions racontées par Charlotte.

Par ailleurs, lorsqu'elle décrit sa clientèle, Charlotte fait peu intervenir la dimension ethnique. Phénomène nouveau dans son quartier, elle insiste davantage sur le fait que le territoire dans lequel elle intervient est défavorisé. En outre, l'appartenance ethnoreligieuse marque ce territoire : elle travaille en effet dans des écoles catholiques et dans des écoles protestantes. Elle est donc sensible aux différences de « mentalité » observées dans ces écoles. Les caractéristiques de son territoire et des écoles où elle travaille influence la place de l'ethnicité dans son discours. De fait, l'appartenance ethnoreligieuse détermine son champ de pratique. Ce qui ne l'empêche pas cependant de lier les problèmes de santé et d'hygiène à des déterminants sociaux, à la pauvreté. Enfin, la dimension ethnique semble définir les autres, ceux qui ne sont pas de la communauté « de souche », dont elle fait partie, et qui sont nouvellement arrivés dans le quartier.

3. Sophie, travailleuse sociale

Sophie travaille en CLSC dans le programme Enfance-famille, depuis quatre ans et demi. Elle cumule plusieurs expériences : elle a travaillé dans une maison de jeunes, dans un centre pour les adolescents où elle faisait du travail de rue, dans un organisme communautaire, dans un centre de jour pour personnes âgées et dans le programme de maintien à domicile du CLSC.

Actuellement, elle voit des femmes enceintes et des familles dont les enfants sont âgés de 0 à 12 ans. Celles-ci se présentent au CLSC ou sont référées par l'infirmière. Elle voit aussi des cas de déficience intellectuelle : elle en évalue les besoins ou fait la demande d'inscription, par exemple, d'enfants handicapés dans des programmes de gardiennage ou de répit pour les familles.

Sophie travaille aussi dans deux écoles primaires. Elle y reçoit des demandes d'enseignants ou de la direction pour des enfants qui ont des difficultés à l'école ou au sein de leur famille :

> D'après mon expérience personnelle, on a peu de familles qui demandent elles-mêmes le service. La majorité sont référées par la direction. Dans l'école où je suis, tout passe par la directrice, mais je dirais qu'en général c'est du semi-volontaire. Donc, les familles sont en quelque sorte obligées de venir nous rencontrer parce que leur enfant vit des difficultés à l'école et que l'école demande à ce qu'ils aient de l'aide.

Ces parents « semi-volontaires » ne consultent donc pas Sophie par choix, mais parce qu'ils y sont obligés. « Ils n'ont pas le choix de venir, mais ils ne s'impliquent pas dans un changement, ils n'embarquent pas. Même si on leur donne des choses à faire, ils ne les font pas. Avec des clientèles comme ça, je travaille de façon plus ponctuelle. Je les supporte dans des petites choses. » Ces parents ne voient pas toujours le « problème », selon Sophie : « C'est comme s'ils disaient : Nous, on n'en voit pas de problème, pourquoi on changerait? » La clientèle du CLSC vient de son plein gré. Ce qui est très différent des parents d'enfants référés par l'école qui se font imposer la visite de la travailleuse sociale. Au CLSC, les gens sont « habituellement plus motivés », dit-elle. « Ils ne manquent pas leur rendez-vous, et, s'ils ne peuvent pas venir, ils appellent. Ce sont eux qui demandent le service, ce qui est très différent de se le faire imposer. »

Sa clientèle de femmes enceintes est moins nombreuse que sa clientèle scolaire; c'est une autre travailleuse sociale qui se charge de la périnatalité. Mais Sophie est intervenue tout de même auprès de femmes enceintes dans des cas de violence conjugale, de séparation pendant la grossesse, de divorce, d'inquiétude des parents relativement aux enfants qu'ils ont déjà ou de l'enfant qui s'en vient. Ce sont les infirmières qui voient les nouvelles mamans qui réfèrent des cas à Sophie : « Quand c'est du postnatal, elles font le tour, à moins qu'il y ait des problèmes particuliers. Mais, généralement, elles font le travail qu'elles ont à faire, puis elles nous les réfèrent et ferment le dossier. Dans certains cas, elles vont rester. »

Dans les écoles, Sophie voit les enfants qui ont des difficultés :

> On a, dit-elle, les enfants qui dérangent : les enfants qui bougent beaucoup, qui ont de la difficulté à suivre les consignes en classe. Associés à cela, il y a les problèmes familiaux. On n'a pas beaucoup de familles dans lesquelles ça va mal à l'école et ça va très bien à la maison. Il y a aussi occasionnellement des cas de violence où on doit faire des signalements, rencontrer les parents. Des enfants hyperactifs, qui ont problèmes relationnels avec leurs parents, ça aussi, c'est assez fréquent.

Dans son travail, Sophie fait la distinction entre sa clientèle « scolaire » et sa clientèle du CLSC. Lorsque, par exemple, elle voit qu'un dossier n'avance plus, elle n'agit pas de la même façon :

> Si c'est une cliente du CLSC et que ça n'avance pas (elle se présente à la moitié des rendez-vous, par exemple), à un moment donné, on la confronte et, si on voit qu'il n'y a pas plus de motivation, on ferme le dossier. Dans le milieu scolaire, on fait face à une autre situation : l'enfant est dans ce milieu et nous aussi. Alors, je ferme un dossier quand un parent me dit qu'il ne veut plus de service. Si un parent est ambivalent, je travaille avec ça. Je garde alors le dossier ouvert plus longtemps et je vais le relancer. On peut faire de petits bouts de chemin; parfois, il y a une pause, et on reprend un peu plus tard. Mais, habituellement, en fin d'année scolaire, au mois de juin, on révise les dossiers, et on ferme ceux dans lesquels il n'y a vraiment pas d'intérêt de la part des parents.

Sophie travaille quatre jours par semaine, une journée et demie dans les écoles, et le reste du temps au CLSC. Son horaire est toutefois flexible. Elle peut se permettre, par exemple, de travailler une journée de plus au CLSC, ou aller à l'école une journée prévue pour le CLSC. Elle fait aussi des visites à domicile, surtout lorsque le client ne peut pas se déplacer (une mère qui a un jeune enfant à la maison, par exemple). C'est plus simple ainsi, dit-elle. Elle peut y aller, par exemple, lorsque l'enfant fait sa sieste. Mais, à d'autres occasions, elle préfère rencontrer ses clients au CLSC : « Je trouve que c'est plus profitable de les faire venir ici dans un milieu plus structuré. Ils prennent ça plus au sérieux. » Le CLSC offre en effet un milieu plus « calme », plus contrôlé, dans lequel Sophie et ses clients ne sont pas dérangés par le téléphone, par exemple. Dans certains cas, seul le milieu CLSC lui permet de « mieux » mener son entrevue :

> J'ai une cliente que je fais venir au CLSC parce que, quand je suis chez elle, il y a le téléphone qui sonne, le chat qui se promène, le petit garçon de trois ans qui fait toutes sortes de choses, et on a beaucoup de difficultés à s'asseoir et à avoir une entrevue qui se tient. Je lui ai dit que je n'allais plus chez elle; il va falloir qu'elle vienne au CLSC. On s'installera calmement, l'enfant ira à la halte-garderie et on pourra aborder des sujets de façon plus sérieuse. J'ose espérer mener beaucoup mieux l'entrevue qu'à la maison.

Les visites à domicile permettent cependant à Sophie de voir le milieu dans lequel évolue ses clients, l'organisation de la maisonnée, les interactions parents-enfants. Parce que, dit-elle, au CLSC, « c'est un peu artificiel. [À la maison,] souvent, ça me donne une bonne idée de ce qui s'y passe. » Et cela lui permet d'intervenir auprès de gens qui autrement ne pourraient pas se déplacer au CLSC facilement. « Par exemple, dit-elle, j'ai une dame qui a un petit bébé d'un mois et demi, qui n'a pas de voiture, et qui vit une séparation. Alors, pour elle, c'est beaucoup plus compliqué de venir ici que, pour moi, d'aller chez elle. Donc, je vais chez elle. »

Sophie ne répond pas à des urgences proprement dites. Généralement, il s'agit de choses qu'elle peut, dit-elle, « déblayer » avec le parent :

> Souvent, on réussit à démêler, à comprendre et à voir que ce n'est pas si urgent que ça, et on réussit à régler ou à dire : « Je vais venir cet après-midi ou demain matin. » De grosses urgences, je n'en ai pas. Il m'est arrivé, dans les écoles, de me faire appeler et où on me dit qu'il y a une petite qui a tout le bras marqué, que son père a frappée. Alors, j'y vais, on regarde la situation et on fait les démarches nécessaires.

Vignette 1 : exemple d'intervention perçue comme un échec

Sophie parle du cas d'une famille monoparentale. Il s'agit d'une mère et de ses trois enfants. Elle intervient au sujet du deuxième enfant, une petite fille de cinq ans, qui a des problèmes en classe et avec sa mère :

> La deuxième fréquente la maternelle : elle fait preuve de beaucoup d'opposition en classe et elle est un peu dépressive. Elle vit donc beaucoup de difficultés; c'est une enfant qui bouge beaucoup, qui manque d'attention. Sur le plan de l'apprentissage scolaire, elle ne fonctionne pas, et, à la maison, c'est aussi très difficile. La mère, qui est quand même relativement jeune, a de la difficulté à gérer la situation.

Elle raconte les difficultés de l'intervention auprès de la famille :

> Ce qui est difficile avec cette famille, dit-elle, c'est ce côté semi-volontaire : on fait face à des gens qui reconnaissent le problème, mais qui ne s'engagent pas dans une démarche pour trouver des solutions. Ils manquent de maturité ou ils ne sont tout simplement pas motivés à faire des changements dans leur vie. C'est un dossier difficile à traiter parce qu'on voit beaucoup de choses, de comportements, d'attitudes à changer, mais la personne n'est pas prête à ça.

Actuellement, Sophie ne voit pas l'enfant, ni la mère. La petite est suivie par d'autres intervenants de l'école (« elle est beaucoup investie », dit Sophie) :

> Il y a la psychologue qui la rencontre, la psycho-éducatrice qui fait des activités dans la classe avec elle et l'enseignante. Je l'ai référée au département de psychiatrie, à l'hôpital. Parce qu'elle parlait beaucoup de la mort (elle a tué des poissons chez elle) et à cause de ses comportements très actifs et de son trouble d'attention. Je trouvais qu'elle avait peut-être besoin d'une évaluation. Alors, je travaille plus avec la mère. Je l'ai référée à un groupe pour les parents d'enfants défiant l'autorité parce la petite s'y oppose beaucoup. J'essaie d'amener la mère à ce qu'on ait des consultations régulières.

La difficulté, dans cette intervention, semble être le refus de la mère de s'engager personnellement avec la travailleuse sociale. Sophie explique cela en disant que sa cliente ne peut ou ne veut pas trouver de solution. Il y a aussi une explication concrète : elle a un enfant de quatre ans, ce qui l'empêche de la rencontrer à son bureau. Ce qui est perçu comme un refus de s'engager. L'échec se situe donc à l'entrée du processus de l'intervention. Sophie n'est pas arrivée à convaincre la mère de parler de la situation de sa petite fille et de la sienne.

Vignette 2 : exemple d'intervention réussie

Sophie raconte un cas d'intervention réussie. Il s'agit cette fois d'une dame référée par une infirmière du programme de maintien à domicile.

> C'est une dame, une ex-toxicomane de près de 30 ans, qui a un petit garçon de deux ans. Cette dame est très contrôlante. Elle a un grand besoin de contrôler son environnement et les gens qui l'entourent. Cela cause problème avec son conjoint et elle entrevoit que tout ça finira par causer des problèmes avec son fils aussi. Elle peut encore le contrôler, ce n'est pas trop problématique pour l'instant. [...] [Elle a] des compulsions; entre autres, à la maison, il faut que les choses soient placées de la façon qu'elle le veut, son mari doit faire les choses qu'elle veut, comme elle veut.

Sophie voit cette cliente au CLSC depuis presque un an. De visite en visite, elle constate des changements chez elle :

> Elle vient à tous ses rendez-vous. Et ce qui est intéressant, c'est que, d'une fois à l'autre, elle a des choses à faire et elle les fait. Elle revient avec ses réflexions sur ce qu'elle a pu faire, sur ce qu'elle n'a pas pu faire, sur la façon dont son environnement a réagi aux changements. S'il y avait, par exemple, trois chemises dans le panier à linge sale, il fallait tout de suite qu'elle les lave. S'il y avait une empreinte de doigt sur la table, il fallait la nettoyer. Alors, elle est parvenue à dire : « Je vais attendre que le panier soit plus plein avant d'aller faire le lavage. » Elle travaille beaucoup sur ses comportements et elle réfléchit beaucoup sur la source du problème et sur la façon dont elle peut changer.

Sophie propose à sa cliente des choses à faire entre leurs rencontres ; elle lui donne des « devoirs », dit-elle. « Je lui dit que ce serait une bonne chose de travailler sur telle chose et on voit, deux ou trois semaines plus tard, comment elle a réussi et si ça a été difficile. Donc, ils partent avec un devoir. Ils le font, et après, on fait un retour et on voit ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et on se réajuste. »

De rencontre en rencontre, la cliente de Sophie a fait ses « devoirs », a travaillé sur un comportement et a changé des choses. C'est parce qu'elle voit sa volonté de changer les choses (« Elle est mûre pour ça, elle le veut ») et l'amélioration de ses comportements que Sophie a le sentiment que cette intervention est réussie. C'est sur le plan des résultats qu'il y a réussite. Sophie raconte :

> Si son mari laissait ses clefs sur la table, par exemple, elle lui criait qu'elles ne vont pas là. Maintenant, elle réfléchit : « Est-ce que c'est important? Est-ce que j'ai besoin de faire une crise à cause des clefs? Elle est dans cette période où elle essaie d'évaluer quelles sont les priorités. Et son devoir à faire, si on peut dire, pour les deux prochaines semaines, consiste à choisir et à travailler un comportement qui la dérange. Elle a aussi beaucoup de peurs. Par exemple, quand elle va chercher son fils, le soir, chez ses parents, avant de partir, elle nettoie l'ordinateur parce que son mari fume à côté de l'ordinateur et qu'il y a parfois de la cendre. Elle a peur que son fils touche à la cendre, se la mette dans la bouche et ait des problèmes d'otite. Ce n'est pas toujours très logique. Mais elle voit ça comme ça. Elle réalise que ça n'a pas de bon sens, mais elle ne peut pas s'en empêcher.

La cliente a donc un devoir à faire relativement à ce comportement compulsif :

> Son devoir, c'était de voir comment elle pouvait faire autrement. Et je lui ai dit : « Vous savez, les cendres, votre enfant ne tombera pas malade s'il en a un peu sur les mains ou s'il s'en met dans la bouche. » Alors, elle a travaillé là-dessus. Je l'ai revue justement hier et elle a réussi. Elle m'a dit : « Vous savez, ça, c'est fini. J'ai réussi, je ne fais plus ça. » Puis elle m'a dit : « Chaque fois que j'entre dans la pièce où il y a l'ordinateur et que je vois le clavier, j'entends votre voix et je ne le fais plus. »

De devoir en devoir, la cliente de Sophie parvient à modifier ses comportements et se rend compte qu'elle peut changer des choses, ce qui n'était pas le cas en début d'intervention : « Au début, dit Sophie, elle se sentait tout à fait incapable de modifier ces comportements-là. Maintenant, avec ces petits succès, elle voit qu'elle en a la capacité. » Et, comme Sophie voit l'intérêt de sa cliente, sa prise en charge, elle a le sentiment d'avancer. Et c'est ce qui semble déterminer sa réussite : « On fait moins face à des obstacles, à des contraintes, à des refus, ils sont plus ouverts. »

A. Conception de l'ethnicité

Sophie a une clientèle d'origines diverses, « mélangée ». Elle aborde cette question lorsqu'elle parle de sa clientèle en général ou pour préciser l'origine ethnique d'un client en particulier (ce qu'elle ne fait pas dans tous les cas cependant. comme dans le cas des vignettes 1 et 2) : « Moi, j'ai des gens d'un peu partout », dit-elle. Puis, plus loin : « J'ai des Grecs, j'ai des personnes d'origine arabe, haïtienne, sri-lankaise, pakistanaise, européenne. » Dans la deuxième partie de l'entrevue, elle précise : « Je n'ai pas beaucoup de Québécois de souche. »

Sophie dresse le portrait du secteur dans lequel elle travaille en en donnant la composition ethnique :

> Dans le quartier, dit-elle, il y a beaucoup d'arabophones. Les Asiatiques, eux, se situent habituellement près de Décarie. Il y a des Sri-Lankais, des Pakistanais, des Indiens, des Asiatiques, des Vietnamiens et des Cambodgiens dans un autre coin du quartier. Quant au reste, c'est assez mixte.
>
> Le reste du secteur est assez mélangé. C'est assez pauvre dans ce coin-ci. Et là, c'est assez riche, c'est juif; il y a beaucoup de Juifs. (*cf.* D)

Sophie ne parvient pas à nommer exactement l'origine ethnique de clients asiatiques. Après avoir raconté le cas d'une cliente asiatique qui ne parvenait pas à exprimer ses émotions (*cf.* B), elle tente de préciser son origine : « C'était une dame qui était... je ne me souviens plus si elle était vietnamienne ou cambodgienne. Peut-être vietnamienne, mais d'origine chinoise probablement. » Malgré tout, elle peut distinguer l'origine chinoise de la Vietnamienne, ce qui dénote une certaine connaissance des différences d'origines dans ce pays. Mais sa clientèle en provenance d'Asie est peu nombreuse : « On n'a pas une grande quantité d'Asiatiques, ceux qu'on reçoit viennent généralement des écoles.[3] »

Sophie fait intervenir la notion de quartier pour définir l'origine des élèves avant de parler de la diversité des origines des élèves qui fréquentent l'école :

> On a des enfants qui ne viennent pas seulement du quartier. [...] Il y a des classes d'accueil, des classes de troubles d'apprentissage, des classes d'audi-mudité. On a des enfants qui viennent d'un peu partout. Il y a une école qui est très multiethnique, l'une des plus multiethnique si ce n'est *la* plus multiethnique.

Selon Sophie, il faut aller chercher la clientèle immigrante, nombreuse et difficile à atteindre :

> Je pense qu'il y a un intérêt pour essayer d'aller chercher cette clientèle. On se demande depuis longtemps comment le faire. Ce n'est pas simple : elle est très difficile à joindre. On essaie de voir comment arriver à créer des liens, des contacts. [...] [On se demande aussi] s'il y a des communautés plus difficiles à aller chercher. [...] Je crois qu'il y a parfois des choses qu'on ignore relativement à certaines cultures et qui nous aideraient dans notre pratique ou, en tout cas, qui nous permettraient de comprendre mieux des choses.

---

[3] Dans lesquelles il y a des classes d'accueil.

B. Conception de l'intervention en contexte pluriethnique

Difficulté avec la clientèle asiatique

Sophie aborde les difficultés que l'intervention en contexte pluriethnique peut présenter. Peu familière avec la clientèle d'origine asiatique, elle raconte une intervention auprès d'une cliente vietnamienne, d'origine chinoise, que lui a référée une infirmière :

> La dame, dit-elle, ne voulait pas vraiment le service. Finalement, elle a accepté de me voir, mais elle m'a dit: « Vous savez, dans ma culture, on ne parle pas des émotions, il est préférable de ne pas en parler, ça va passer. » C'est une dame, mère de deux jeunes enfants, que le conjoint a laissée parce que ses parents considéraient qu'elle n'était pas à la hauteur de leur fils. Alors, il l'a quittée et s'est remarié avec une personne choisie par ses parents. Ça faisait un an qu'elle pleurait. Mais elle n'était pas capable d'en parler. Dans sa famille, on lui disait qu'on n'en parle pas, qu'elle allait oublier. Elle est venue deux fois à mon bureau, et elle se mettait à pleurer comme une Madeleine. Mais elle était incapable d'en parler.

Puis Sophie explique la difficulté ou le refus d'exprimer ses émotions :

> Souvent, je constate que la barrière est difficile à franchir avec cette clientèle-là. La cliente, une Chinoise, Vietnamienne d'origine chinoise, vivait des choses très difficiles, mais elle n'était pas capable, elle n'en parlait pas parce que, dans sa culture, on n'en parle pas. [...]

« C'est la clientèle avec laquelle j'ai le plus de difficulté, dit Sophie. Ce ne sont pas des gens qui vont parler facilement. La clientèle cambodgienne, vietnamienne, chinoise, c'est plus difficile. » Et comme la parole, outil par lequel Sophie peut intervenir, est absente, elle n'arrive pas à franchir la barrière qu'elle ressent. En outre, le code non verbal ne fournit pas toujours des indices pour l'aider à comprendre. Le cas des clients asiatiques, selon Sophie, est aussi un problème linguistique : « Quand ce sont des personnes asiatiques, on ne comprend pas un mot. Ce n'est pas évident de comprendre l'émotion, de voir l'émotion; ils vont dire des choses, il y en a qui vont parler fort. On se demande si ça a rapport, quels mots ils utilisent. »

À part le cas de la cliente vietnamienne, qui amène Sophie à parler de façon plus générale des clients d'origine asiatique, l'origine ethnique des clients est parfois mentionnée.

> Je suis allée visiter une dame, dit-elle, mère d'un enfant qui a une déficience intellectuelle. C'est une dame qui vient d'un pays de l'Est; elle est seule avec son fils. Elle en a un autre dans la vingtaine. Je la connais depuis longtemps : elle est très désorganisée et perd ses choses. Je suis allée chez elle spécifiquement pour mettre de l'ordre dans ses choses. Elle n'a pas un énorme réseau et, comme elle est très désorganisée, elle a failli manquer une fin de semaine de répit qui était réservée pour son fils. Elle devait aller le reconduire le vendredi soir et aller le chercher le dimanche. Elle a une boîte en carton et elle y met tous ses papiers. Je l'avais appelée la semaine d'avant pour lui dire de s'acheter quelque chose pour classer ses papiers. Et je l'ai rappelée. Elle ne l'avait toujours pas fait. Alors, j'ai dit : « Je n'irai pas vous voir tant que vous n'aurez pas votre système de rangement. La fois suivante, elle l'avait. Donc, cette journée-là, on a rangé les papiers pour le transport adapté, etc. Ensuite, on a fait la réévaluation de son programme de soutien : chaque année on doit réévaluer la demande.

Dans ce cas raconté par Sophie, la variable ethnique, même si elle est présente (« c'est une dame des pays de l'Est ») ne sert pas à expliquer le comportement de la dame; son appartenance ethnique est mentionnée à titre informatif seulement. Sophie raconte une autre de ses interventions, sans mentionner l'origine ethnique de la personne. Il s'agit cette fois d'une femme enceinte qui était victime de violence conjugale :

> Elle se demandait si elle pouvait ne pas reconnaître le père de l'enfant, donc, ne pas le mettre sur l'acte de naissance. Elle était ambivalente : elle se demandait si elle devait le quitter. Il avait quitté la maison, mais elle n'était pas certaine si elle voulait effectivement qu'il la quitte ou si elle voulait qu'il revienne. On a travaillé avec elle : qu'est-ce qu'elle voulait; comment est-ce qu'elle se sentait, qu'est-ce qu'elle ressentait par rapport à son conjoint et qu'est-ce qui s'était passé avec lui.

La communication et l'interprétariat

Sophie parle en abondance des questions relatives à l'intervention comme mode de communication. Ainsi, le caractère volontaire de l'entrée, dans le processus d'intervention, est facilité par le fait que le client connaisse le français ou l'anglais. La connaissance d'une de ces deux langues, selon Sophie, brise l'isolement et favorise l'accès aux services du CLSC. À ce propos, Sophie dit :

> C'est rare que les gens vont se présenter à l'accueil sans parler ni français ni anglais. Je suis certaine que les gens qui sont isolés, ceux qui ne parlent ni français ni anglais, ne connaissent pas les services et ne se présentent pas au CLSC. C'est sûr que s'ils ne peuvent pas s'exprimer, ils ne viendront pas.

La question de l'interprétariat est amenée lorsque Sophie aborde le fait que des parents d'élèves, à l'école où elle travaille, ne parlent parfois ni français ni anglais. Ce qui l'oblige alors à passer par une tierce personne, de la banque d'interprètes de la Régie régionale de la santé. C'est toujours plus difficile, dit Sophie, qui ne se sent pas à l'aise avec un interprète :

> Je trouve que c'est plus difficile. Quand, par exemple, on a à rencontrer des parents cambodgiens. Je ne comprends pas le cambodgien, mais je comprend des bouts d'espagnol. Il y a des choses qui se disent et qu'on ne peut pas comprendre... Ce n'est pas la même chose que d'avoir le contact.

Dans une situation d'interprétariat, le contact avec le client est tronqué, il se fait par « personne interposée ». Elle dit alors beaucoup se fier aux impressions, à ce qui se dégage de la personne, ce qui relève du non-verbal.

> Quand c'est une langue qu'on ne connaît pas, il y a des gens qui parlent plus fort que d'autres : est-ce que c'est parce qu'ils sont fâchés? On peut décoder des choses dans la façon que les gens nous parlent, dans ce qu'ils ont à nous dire, mais quand on n'a pas cette compréhension, c'est plus difficile.

Sophie a fréquemment travaillé avec un interprète. Surtout pour rencontrer les parents, dit-elle. Elle précise : « Les enfants, habituellement, quand ils sont tout petits, en classe d'accueil... je ne les rencontre pas nécessairement. [...] le travail à faire est plus avec les parents qu'avec les enfants. Je n'ai jamais eu besoin d'un interprète avec un enfant. »

Sophie dit essayer d'éviter de prendre un membre de la famille comme interprète :

> Parce que ça peut mettre les gens dans une mauvaise position, dit-elle. Ils ne diront pas des choses qu'ils voudraient peut-être dire parce que c'est un beau-frère ou quelqu'un de la famille et ils ne veulent pas que la famille le sache. Parfois, on n'est pas trop certain de la façon que c'est traduit. Il y a des choses qui se perdent dans la traduction.

À cause des « enjeux familiaux », les proches ne font pas de bons interprètes, selon Sophie. Pour des petits messages, ça peut aller. Mais pas lorsqu'il s'agit d'une entrevue, situation de communication perçue plus complexe. Sophie a donc davantage confiance en l'interprète professionnel. Elle peut questionner le parent comme elle le désire. Ce qui n'est pas toujours facile lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille, les enfants par exemple. Elle considère que de se servir des enfants comme interprètes, c'est leur donner une trop grande responsabilité qu'ils n'ont pas à assumer. Elle sent de plus une certaine gêne chez les enfants. Elle raconte :

> Un enfant de cinq ans était malade. La secrétaire de l'école a appelé à la maison, l'enfant disait qu'il était seul : son père et sa mère étaient partis, sa sœur était à l'école. Alors, la directrice a fait venir la grande sœur, d'origine chinoise, je pense, et qui a un français… La directrice lui a demandé : « Ton petit frère est tout seul à la maison? » On sait qu'on ne peut pas communiquer avec la mère (elle ne parle ni français, ni anglais), et le père, c'est très rudimentaire. Alors, la directrice a voulu utiliser l'enfant pour communiquer avec le père pour lui dire : « Écoutez, votre enfant est seul à la maison, est-ce que ce serait possible que quelqu'un de votre entourage puisse y aller ou le prendre chez lui pendant la journée? » Et l'enfant a refusé de parler à son père. Elle était très mal à l'aise. Moi, je ne veux pas les mettre dans cette position-là.

Sophie ne connaît pas la relation de l'enfant avec le parent. Et, ajoute Sophie, l'enfant ne peut pas toujours se permettre de dire certaines choses aux parents, même s'il s'agit de traduction. En outre, avec un membre de la famille ou un ami, on sent, dit-elle, « que tout n'est pas dit ». Il n'est pas non plus tenu à la confidentialité.

Sophie préfère donc faire appel à un interprète professionnel ; elle explique pourquoi à un client :

> Je lui ai dit que je voudrais avoir une interprète parce qu'on n'est pas capable de maintenir une conversation; sa femme ne parle pas assez bien ni français ni anglais. J'ai dit que je voudrais avoir quelqu'un de l'extérieur, pas des amis, pas des personnes de son entourage. Je lui ai expliqué que je trouvais que sa femme serait peut-être plus à l'aise de parler ouvertement si c'était un étranger et que celui-ci était tenu à la confidentialité. Il était d'accord avec ça.

Sophie a déjà eu recours à une interprète provenant de l'école où elle travaillait. Elle n'avait pas aimé son expérience parce que, dit-elle, elle avait moins de contrôle sur la situation : « Et je trouvais que l'interprète n'était pas toujours adéquate dans la façon qu'elle répondait ou me transmettait l'information et dans son comportement envers le client. » Sophie dit cependant qu'en général, elle « se débrouille », même si elle ne partage pas la langue de ses clients. « Je n'exige pas un super français ou un super anglais. Si je suis capable de les comprendre, je préfère qu'on soit juste toutes les deux et on s'organise. Je préfère faire une entrevue sans interprète, quand je peux me débrouiller et que la personne se débrouille assez bien. »

L'interprète peut être présent, dans certains cas, dès la prise de contact avec le client. Sophie raconte : « Quand c'est quelqu'un qui ne parle ni français ni anglais, alors je contacte l'interprète et je lui demande si c'est possible d'appeler la cliente, de se présenter, de me présenter, de lui dire que je voudrais la rencontrer et d'organiser un rendez-vous avec elle. »

Dans d'autres cas, Sophie peut avoir recours à l'interprète pour les premières interventions, puis, selon la situation, ne plus faire appel à ses services par la suite. Ça a été le cas avec une cliente indienne : « On avait commencé avec un interprète. À l'école, on m'avait dit qu'elle ne comprenait pas un mot. On a fait deux rencontres, et je me suis rendu compte qu'on pouvait bien se débrouiller en anglais toutes les deux. » Sophie a donc continué d'intervenir auprès de la dame sans interprète. Ce qu'elle préférait.

Lorsqu'elle agit en présence d'un interprète, Sophie doit lui faire confiance et se fier à sa traduction, ce qui n'est pas toujours facile, selon elle, entre autres parce qu'ils n'ont pas la même sensibilité que les travailleurs sociaux :

> Ça dépend des interprètes, dit-elle. J'ai eu, par exemple, une famille dans une école; les trois enfants avaient des difficultés. J'intervenais avec l'interprète (je lui parlais avant et après la rencontre pour essayer de saisir un peu mieux la situation). Mais les interprètes ne sont pas des travailleurs sociaux; ils ne sont pas tous sensibles à la façon dont les choses sont dites et ils ne sont pas tous capables de bien décoder la situation.

L'interprète n'aide pas nécessairement toujours Sophie à comprendre la situation avec ses clients. Ainsi, dans le cas d'une famille, elle « a réussi à comprendre longtemps après qu'il y avait un conflit entre les parents et l'école et qu'ils nourrissaient une méfiance envers l'école. Je suis sûre que, si j'avais mené l'entrevue sans interprète, j'aurais senti des choses que j'aurais été creuser. » Par ailleurs, Sophie limite la durée de ses interventions, avec ou sans interprète :

> J'essaie de me limiter à une heure, une heure et quinze, même avec une interprète. Parce que c'est quand même très demandant pour la personne. Quand on parle d'émotions et de situations qui les ont blessés, ça provoque toutes sortes d'émotions. Il faut vraiment que ce soit spécial pour aller jusqu'à une heure trente.

C. Encadrement organisationnel et professionnel de l'intervention en rapport avec l'ethnicité

Le CLSC où Sophie travaille est en lien avec les organismes communautaires qui offrent des services à la clientèle immigrante. Le superviseur de Sophie a, dit-elle, « commencé à faire des choses avec eux ». (Sophie n'a pas de lien, personnellement, avec cet organisme, puisqu'il n'est pas dans son secteur, précise-t-elle.)

Des groupes d'immigrants qui prennent des cours de français visitent le CLSC. Sophie raconte :

> Cette année, il y a un groupe en francisation qui est venu; ils ont rencontré des personnes de chacun des départements et on a expliqué les services. Ça leur donne une idée. Il y avait une infirmière avec moi; on parlait lentement et on n'utilisait pas de mots compliqués. On voyait qu'il y en avait qui ne comprenaient pas tout ce qui était dit, des choses qui ne nous semblaient, à nous, pas compliquées. Les rencontres prénatales, par exemple. Il y en a beaucoup qui ne savaient pas ce que c'était.

Par ailleurs, il arrive à Sophie d'assister à des formations de toutes sortes. Elle sent la nécessité d'avoir une formation sur « certaines cultures ». « Je pense que, parfois, il y a des choses qu'on ne sait pas sur certaines cultures qui nous aideraient dans notre pratique, ou qui, en tout cas, qui nous permettraient de comprendre mieux des choses. Comment aborder, par exemple, les Asiatiques, sans vouloir généraliser. »

D. Systèmes sociaux d'appartenance

Sophie réfère beaucoup au quartier ou aux parties du secteur dans lequel elle intervient. On a vu qu'elle décrivait son quartier d'intervention en fonction de sa composition ethnique (*cf.* A). Puis elle poursuit en faisant part d'une division territoriale entre les résidants plus riches, qui ne recourent presque pas aux services du CLSC, et le reste du secteur, plus pauvre : « Dans le secteur nouveau, c'est assez dispendieux, il y a de grosses maisons très chères. On n'y a presque pas de références. »

E. Rapport de l'intervention avec la société globale

Sophie situe son action dans une perspective de changement. Ce n'est pas la société qui est en changement, mais elle qui vise à ce que ses clients, les parents d'un enfant de l'école où elle intervient, par exemple, changent leur comportement relativement à un aspect de l'éducation de leur enfant. Mais les parents ne sont pas toujours prêts à changer (*cf.* Vignette 2) :

> On fait face à des gens qui reconnaissent le problème, mais qui ne s'engagent pas dans une démarche pour trouver des solutions. Ils manquent de maturité ou ils ne sont tout simplement pas motivés à faire des changements dans leur vie. C'est un dossier difficile à traiter parce qu'on voit beaucoup de choses, de comportements, d'attitudes à changer, mais la personne n'est pas prête à ça.

Lorsqu'il s'agit d'une intervention volontaire (*cf.* Vignette 2), c'est que la personne accepte de s'engager dans le changement, selon Sophie.

F. Identité ethnique personnelle

Sophie ne réfère pas à sa propre identité personnelle. Elle ne met pas de l'avant ses valeurs pour les comparer à celles de ses clients de diverses origines ethniques. Elle se présente comme travailleuse sociale et en reste là, sans s'engager personnellement. Ainsi, devant le problème de communication avec ses clients asiatiques, qu'elle explique par la culture de l'autre, elle ne se pose pas en tant que faisant partie d'une culture, mais comme travailleuse sociale qui manque d'information pour arriver à faire parler l'autre.

Conclusion

La dimension ethnique, dans le discours de Sophie, sert à marquer l'origine de ses clients. Ainsi, elle donne la composition ethnique du quartier qu'elle dessert. Cette dimension intervient aussi dans son discours lorsqu'elle parle des difficultés des interventions avec sa clientèle d'origine asiatique. Une barrière s'élève entre elle et ses clients, qui, dit-elle, n'expriment pas leurs émotions et ne parlent pas facilement. Par ailleurs, elle reconnaît qu'elle manque d'information sur cette clientèle, qui est peu nombreuse, et qu'en connaître davantage l'aiderait dans sa pratique. Mais elle insiste davantage sur l'ethnicité comme facteur venant expliquer cette incapacité à entrer en communication avec les clients d'origine asiatique. C'est d'ailleurs sous l'angle de la communication que Sophie aborde le plus souvent l'intervention en milieu pluriethnique. Ainsi, elle parle longuement de l'interprétariat, de ses difficultés et de son influence sur l'intervention. À ce moment, elle parle bien plus d'un problème de communication très concret vécu en situation d'intervention (mais lié à l'appartenance linguistique des clients, bien sûr) plutôt que de l'ethnicité ou de l'appartenance ethnique de ses clients.

***

Nasser, Charlotte, Sophie. Trois intervenants, trois pratiques colorées par la pluriethnicité, phénomène quotidien pour Nasser et Sophie, qui oeuvrent dans deux CLSC différents, phénomène nouveau pour Charlotte. On a vu comment chacun d'eux concevaient l'ethnicité, comment ils en parlent relativement à leur intervention. Voyons maintenant, dans le chapitre qui suit, l'analyse transversale de certains thèmes du schéma d'analyse pour l'ensemble des intervenants interviewés.

Identité de soi et de l'autre

Dans cette partie, nous analyserons la conception que se font les intervenants de l'identité de leurs clients et de la leur:[1] comment en parlent-ils? Sur quoi fondent-ils leurs discours? Quelle place font-ils à l'origine ethnique?

L'origine ethnique, un élément de définition parmi d'autres

L'origine ethnique du client est un facteur définitoire parmi d'autres. Beaucoup d'intervenants parlent de leur clientèle de façon générale, sans parler nécessairement de leur identité ethnique. Ils recourent à d'autres catégories, comme le sexe ou l'âge par exemple, pour situer leur clientèle : adultes, enfants, personnes âgées. Mais quand intervient donc l'identité ethnique? Soit pour définir la clientèle relativement au territoire d'intervention et aux différents groupes qui l'habitent, soit pour préciser une caractéristique d'un client dans le récit d'une intervention. En outre, l'origine ethnique du client n'est pas toujours mentionnée. Comme la clientèle de la majorité des intervenants est pluriethnique, l'origine de chacun des clients n'est pas nécessairement marquée. Et lorsque cette identité ne joue pas un rôle direct dans l'intervention, qu'elle n'a pas d'incidence, la mention de cette origine peut être superflue ou non pertinente. Ainsi, Hortense, médecin dans un programme conçu pour les immigrants, amenée à parler des cas qu'elle a vus la journée précédant l'entrevue, ne précise l'origine ethnique d'aucun de ses patients. Elle parle d'un « client qui a été en contact avec la tuberculose », d'une « dame immigrante », d'une « dame qui a un problème de peau ». La médecine, dit-elle plus loin, c'est la personne, quelle qu'en soit l'origine.

Signaler l'origine ethnique ne signifie toutefois pas que cette caractéristique a nécessairement une importance dans l'intervention racontée. Ainsi, dans les cas d'échecs et de réussites décrits par les intervenants, l'identité ethnique de la personne n'est pas mentionnée d'emblée. Sophie, on l'a vu, raconte ses difficultés dans une intervention sans jamais indiquer l'origine ethnique des enfants et de la mère auprès de qui elle intervient. De même, Barbara, une travailleuse sociale qui parle longuement des démarches et du réseau de contacts qu'elle a établi pour permettre à une dame âgée de rester à son domicile, ne parle pas de son origine. Par contre, elle mentionne l'origine juive d'un couple âgé auprès duquel elle est intervenue, intervention qu'elle considère avoir échouée. Luc, un autre travailleur social, en relatant une intervention qu'il juge avoir échouée, indique l'origine de sa cliente parce qu'il considère que cela a une importance. Pour lui, c'est son origine (asiatique) qui explique l'attitude de sa cliente, et de là, l'échec de son intervention (*voir « L'ethnicité : un mode d'explication », p. 111*). Mais Simone, une infirmière, mentionne, elle, l'origine de clients, un « jeune couple chinois », auprès duquel

[1] C'est-à-dire principalement les points A (Conception de l'ethnicité) et F (Identité ethnique personnelle) du schéma d'analyse. Par ailleurs, nous avons tenu compte, dans ce texte, d'éléments relevant de d'autres points du schéma. Ainsi, l'identité professionnelle, qui relève en partie du point C (Encadrement organisationnel et professionnel) a été traitée avec le point F dans la partie « Identité de soi » parce qu'il s'agit d'une dimension importante abordée par les intervenants dont il a fallu tenir compte. De la même façon, des éléments de l'analyse des points D et E (Systèmes sociaux d'appartenance et Rapport de l'intervention avec la société globale) figurent dans la partie « Quartier, richesse, pauvreté et appartenance ethnique » parce que ce sont des dimensions qui se sont révélées pertinentes pour l'analyse du point A.

elle est intervenue avec succès pour les soutenir et les informer en ce qui concerne l'allaitement de leur rejeton. Elle mentionne leur origine et souligne du même coup que le manque d'information et l'incertitude vécue lors de l'arrivée d'un premier bébé n'est pas propre aux « gens qui viennent d'ailleurs ». La référence à l'origine ethnique n'est donc pas systématique et varie selon les cas.

Des mots pour le dire

Les termes utilisés par les intervenants pour parler de leur clientèle varient selon le domaine d'intervention. Ainsi, un intervenant médical (médecin ou infirmière) utilise le terme « patient » conjointement avec celui de « client », alors qu'un intervenant psychosocial n'utilise que le terme « client ».[2] Mais tous, quelle que soit leur profession, emploient des termes plus généraux, comme « personne », « femme », « dame », « gens », « famille », ou des termes précisés mais sans référence à l'origine ethnique, comme « femme enceinte », « jeune homme », « monsieur de 55 ans ».[3] Ils emploient aussi des termes spécialisés, comme « aidant naturel » ou « bénéficiaire ». Leur vocabulaire se colore des caractéristiques de leur champ d'intervention. Ainsi, une intervenante à domicile qui a une clientèle âgée parle des personnes âgées, d'une vieille dame, de la famille de la dame, de ses enfants. Alors qu'une infirmière ou une travailleuse sociale en milieu scolaire parlera des enfants (mot qui recouvre évidemment une autre réalité que le mot « enfants » qui désigne la progéniture des personnes âgées), des classes, des groupes, des parents. Certains, comme Luc, un travailleur social, utilise d'abord un vocabulaire relatif au travail de bureau : « dossier »; « cas ». Puis, au fur et à mesure que se déroule l'entrevue, les dossiers deviennent des individus.

Type d'appartenance : ethnopolitique, ethnoculturelle et ethnobiologique

Le type d'appartenance auquel les intervenants réfèrent le plus est sans conteste l'origine ethnopolitique, c'est-à-dire qui se rapporte au pays d'origine de la personne. La référence à l'identité ethnoculturelle (langue, religion) est aussi présente, mais à un degré moindre. De façon générale, on parle des différentes « cultures ». Quant à l'identité ethnobiologique, elle accompagne souvent un autre type d'appartenance ou est sous-entendue. Par exemple, le terme « haïtien » réfère à une identité nationale, mais désigne aussi la couleur de la peau. Barbara, une travailleuse sociale, est l'une des rares intervenantes à parler de l'identité ethnobiologique de clients. Elle décrit les groupes qui composent sa clientèle et conclut : « Des Noirs, des Africains, je n'en ai pas beaucoup. » Elle présente d'abord l'identité ethnobiologique et en précise ensuite l'origine ethnonationale. Hugues, quant à lui, met de l'avant des caractéristiques physiques relativement à la race (noire et blanche)[4] ou à d'autres caractéristiques – la couleur des cheveux et des yeux, les traits de la personne (« traits indiens »), la façon de s'habiller comme signe de reconnaissance chez les groupes de jeunes. Ainsi, il dit, pour décrire un adolescent auprès de qui

---

[2] Par ailleurs très fréquemment utilisé par les intervenants.

[3] En se les appropriant parfois, lorsqu'ils disent, par exemple « *ma* cliente », « *mon* patient », « *mes* mamans qui vont accoucher ».

[4] Hugues utilise aussi le mot « ethnie » lorsqu'il parle de « personnes de la communauté bosniaque et croate » et du conflit qui a déchiré leur pays. Plus loin dans l'entrevue, il utilise de nouveau ce terme dans une critique du système scolaire québécois : « Au Québec, on éduque nos enfants de manière traditionnelle, dit-il, et on transmet des attitudes anti-autochtones, anti-noires, anti-ethnies. »

il est intervenu : « C'était un jeune homme de race disons blanche : il avait les cheveux blonds et les yeux bleus, mais sa mère était de descendance amérindienne. »

Sophie, travailleuse sociale, a une clientèle d'origines diverses, « mélangée », dit-elle. Ces origines diverses, Sophie les aborde lorsqu'elle parle de sa clientèle en général ou pour préciser l'origine d'un client en particulier (ce qu'elle ne fait pas dans tous les cas cependant, comme la plupart des intervenants):

> Moi, j'ai des gens d'un peu partout, dit-elle. Je vais avoir des gens d'Amérique du Sud, quelques-uns des pays de l'Est, j'ai des Québécois d'origine. Des Asiatiques, je n'en ai pas beaucoup. [...] J'ai une clientèle qui est grecque, j'ai des clients québécois, sud-américains, sri-lankais, pakistanais. *(Sophie, travailleuse sociale)*

Sophie fait la liste des origines de sa clientèle. Les termes désignent parfois une origine nationale précise (pakistanais, sri-lankais), ou parfois une origine nationale plus large (Arabes), et même continentale (Asiatiques, Européens, Amérique du Sud). Ces termes sont associés à un territoire précis. Par ailleurs, l'emploi d'une dénomination faisant appel à une identité continentale (les « Asiatiques », les « gens du Moyen-Orient », par exemple) est fréquent chez les intervenants. Le plus souvent, celle-ci est utilisée de façon englobante, pour parler du groupe, rarement pour désigner un individu.

L'utilisation du terme « québécois »

Le terme « québécois » est aussi utilisé pour désigner l'origine de certains clients. Sophie, qui l'utilise, ne précise pas ce qu'elle entend par « Québécois d'origine ». Nés ici, on peut le penser. Qui viennent du Québec, par définition. Plus loin elle précise: « Dans ma clientèle, je n'ai pas beaucoup de Québécois de souche. » Qu'est-ce qu'être de souche? Elle ne parle pas des Pakistanais de souche, ou des Haïtiens de souche. Le mot souche est employé pour marquer l'origine d'une famille ethnique ou linguistique. Il signifie « personne qui est à l'origine d'une famille, d'une suite de descendants, d'une lignée »; accolé à Québécois, il vient préciser qu'il s'agit des gens habitant le Québec et qui sont originaires de ce territoire.[5] Ceux-ci, dit Sophie, sont peu nombreux parmi sa clientèle, qui est constituée en majorité de gens venus d'ailleurs. Ce qui est le cas de la majorité des intervenants interviewés. Charlotte, une infirmière scolaire, parle de « souche », elle, quand elle parle de l'évolution du profil de sa clientèle dans le temps :

> Quand j'ai commencé, c'était tous des Québécois, c'était plus facile. C'était des souches canadiennes-françaises, ça allait de soi. Maintenant, ce n'est plus ça. On a à s'ajuster. *(Charlotte, infirmière scolaire)*

Le mot « québécois » donne lieu à toutes sortes de variations. Ainsi, Barbara, une travailleuse sociale d'origine danoise, dit : « Ça m'arrive, parfois, de voir quelqu'un de très très québécois; alors je peux trouver que je ne parle pas assez [le français], ou que j'ai un accent difficile à comprendre. » On suppose, par le contexte, qu'elle fonde sa définition de « très très québécois » sur l'accent des Québécois, sur les caractéristiques phonétiques de leur variété de

---

[5] Un autre intervenant, Hugues, utilise une expression synonyme « Pure laine Québécois » et « pure laine Canadien » lorsqu'il veut souligner que des gens qui semblent être d'origine québécoise ou canadienne ont des racines autres, autochtones, par exemple.

français, puisqu'elle parle de son propre accent. L'identité est donc ici relative à cet élément de la culture qu'est la langue.

Hortense, médecin, utilise aussi le terme « québécois », pour référer à ceux qui sont originaires du Québec ou, de façon plus générale, qui habitent le Québec et composent sa société. Oeuvrant dans un programme qui vise la clientèle immigrante, elle est consciente des différences, et les met en rapport avec les valeurs de la société d'accueil, la société d'ici, comme elle dit, la société québécoise, à laquelle elle appartient et s'identifie. La plupart des interviewés utilisent le terme « québécois » comme n'importe quel autre terme désignant l'identité ethnonationale. Leur usage recouvre un enjeu sociopolique important. Par « Québécois », les intervenants réfèrent le plus souvent à l'origine canadienne française. Ce faisant, ils utilisent une catégorie relevant de l'identité ethnoculturelle. En outre, c'est relativement aux Québécois que les clients sont souvent définis. Ainsi, une intervenante, Melpa, travailleuse sociale, parle des « gens autres que québécois » ou « autres que francophones ».

Quartier, richesse, pauvreté et appartenance ethnique[6]

Après avoir parlé de l'identité de sa clientèle en général, Sophie, décrit, plus loin dans l'entrevue, le secteur dans lequel elle travaille en parlant des groupes qui s'y concentrent (*cf.* p. 83). Elle peut faire la géographie de son territoire en fonction de l'origine de sa clientèle. Cette géographie du secteur d'intervention recoupe une division sociale basée sur la richesse et la pauvreté: « C'est assez pauvre dans ce coin-ci, dit-elle. Et là, c'est assez riche, c'est juif; il y a beaucoup de Juifs. » La richesse, ici, est associée à certaines parties du quartier et à certaines personnes, qui sont d'origine juive. Ce que constate aussi Simone, une infirmière qui fait des visites postnatales. Les Juifs sont, dit-elle, très bien organisés. Ce qui fait qu'elle ne fait pas beaucoup d'interventions auprès d'eux: « Ils ont leur réseau, et ils s'organisent », conclut-elle.

La richesse ou la pauvreté du quartier ou de la clientèle est souvent évoquée, par les intervenants. Ainsi, Nasser, pour définir sa clientèle, la décrit relativement à la pauvreté, matérielle, mais aussi, selon lui, morale:

> Souvent, c'est une clientèle qui reçoit de l'aide sociale. Ils sont démunis, ils sont même très pauvres. Il y aussi des parents démunis sur le plan des compétences parentales, qui n'ont pas eu de modèle, qui ont eu un milieu désorganisé et qui ne savent pas trop comment élever un enfant.

Le quartier définit la clientèle à atteindre. Ainsi, Hubert, un organisateur communautaire, commente :

> On a choisi d'intervenir dans ce quartier parce qu'on sait qu'il y a des difficultés importantes : le taux d'inoccupation est très élevé, il y a beaucoup de familles monoparentales, de petits travailleurs à revenu très faible. La réalité ethnique aussi est présente.

Sandra, une infirmière dans le programme enfance-famille, parle aussi de sa clientèle relativement à la richesse et à la pauvreté :

---

[6] Sont présentés dans cette partie des éléments relatifs aux points D (Systèmes sociaux d'appartenance) et E (Rapport de l'intervention avec la société globale) du schéma d'analyse.

> Il y a beaucoup de Grecs ; ils sont très à l'aise. Les enfants sont très instruits. En tout cas, ceux que j'ai rencontrés. Il y a aussi de la pauvreté : j'en ai vu beaucoup chez des gens de l'Inde, du Pakistan. Des Latinos-Américains aussi, mais la plupart de ceux que j'ai rencontrés ne vivent pas dans la pauvreté. Les Asiatiques, la plupart du temps, sont à l'aise. [...] Ceux que j'ai vus ont de beaux appartements, de belles maisons. Ils sont débrouillards et instruits. *(Sandra, infirmière enfance-famille)*

Elle tente de ne pas généraliser en spécifiant que ce qu'elle dit du groupe est relatif aux personnes qu'elle a rencontrées, donc, de ses observations sur le terrain. Ayant travaillé auprès des Inuits, Sandra dit au sujet de la pauvreté qu'elle est affaire de perception : « Les Inuits, dit-elle, ne se trouvent pas pauvres. Tu les vois, là, ils ont l'air heureux ces enfants-là, ils sont souriants, les parents aussi. »

Le quartier sert de base de définition de la clientèle dans certains cas, avant même l'origine ethnique. Ainsi, si Sophie parle globalement des différents groupes qui composent sa clientèle en se fondant sur leurs origines nationales, quand elle parle des élèves des écoles dans lesquelles elle intervient comme travailleuse sociale, elle les situe d'abord en fonction de leur quartier de résidence :

> On a des enfants qui ne viennent pas seulement du quartier. Ils viennent de Saint-Laurent et même parfois de Ville Mont-Royal, Outremont. Je ne sais plus avec les changements de commissions scolaires. Il y a des classes d'accueil, des classes de troubles d'apprentissage, des classes d'audi-mudité. On a des enfants qui viennent d'un peu partout. Il y a l'école Enfants Soleil ici là qui est très multiethnique, une des plus multiethnique si ce n'est pas la plus multiethnique. *(Sophie, travailleuse sociale)*

Barbara, travailleuse sociale, réfère aussi à ce système d'appartenance qu'est le quartier pour situer les différents groupes qui composent sa clientèle.[7] Ainsi que Luc, qui utilise le quartier dans lequel il intervient comme premier facteur définitoire de ses clients. En effet, ce n'est qu'après avoir parlé de la pauvreté grandissante de son secteur, du fait que cette pauvreté côtoie la richesse qu'il aborde la question de l'appartenance ethnique de la clientèle:

> Si on trace un portrait plus général du secteur par rapport à la proportion de nouveaux arrivants, il y a presque 50 % de notre population qui est immigrante.

Ce qui fait, conclut Luc, qu'« on intervient beaucoup avec des allophones », faisant appel ainsi à l'identité ethnoculturelle ou ethnolinguistique des clients.

Identité ethnoculturelle : la langue et la religion

Les intervenants font référence à l'identité ethnoculturelle de leurs clients, c'est-à-dire à leur appartenance linguistique et religieuse. Ainsi, Luc parle d'un « monsieur anglophone » souffrant d'une déficience intellectuelle légère pour qui il a traduit une lettre écrite en français. Cet intervenant aborde l'identité ethnolinguistique de son client lorsqu'il décrit une situation concrète, pour expliquer la nature de la demande du monsieur et son intervention. À l'instar de Luc, Barbara signale l'identité linguistique de certains de ses clients. Elle parle ainsi d'une

---

[7] Ce sont, dit-elle, des Arméniens qui occupent le sud de son quartier, secteur plus pauvre. Plus tôt dans l'entrevue, elle dit explicitement que les riches occupent le nord du quartier, et les pauvres, le sud. Ici, l'appartenance ethnique recoupe la notion de pauvreté.

« famille anglophone », sans en spécifier d'autres identités, cette identité étant la seule pertinente : il s'agit d'un cas d'un collègue qu'on lui a transféré parce que « la famille, très anglophone, ne voulait pas voir l'autre intervenante parce qu'elle ne parlait pas assez anglais ». Simone, une infirmière, dit d'abord de clients que ce sont des « gens immigrants », mais faute de préciser de quel pays ils viennent, choisit de parler de leur identité ethnolinguistique: « J'ai fait une visite postnatale chez des gens immigrants qui viennent… ce sont des arabophones; lui parle français, elle ne parle pas français. »

Le constat de la différence

Parler de l'identité ethnique, pour plusieurs intervenants, c'est parler des différences. Différences qu'ils constatent au cours de leurs interventions, sur le terrain. Qu'ils fondent leur perception sur l'ethnicité, la culture, la religion, les valeurs, la façon de vivre ou les conditions socioéconomiques, les intervenants font part de ce qui distingue un client d'un autre, ou de lui-même. Et aussi de ce qui les rapproche. On a vu, par exemple, que Hortense, médecin, après avoir parlé des caractéristiques de sa clientèle immigrante et du programme conçu pour répondre aux besoins de cette clientèle, fait fi des différences, se rapporte à un élément commun à tous et résume: « La médecine, c'est la personne. » Quant à Blanche, une ergothérapeute, elle travaille, dit-elle, « avec des être humains qui vivent des situations *X* à un temps *Y* qui les bouleversent ».

Certains intervenants définissent leur pratique relativement à la différence. Simone, une infirmière, affirme ainsi que le travail avec des gens d'autres cultures a modifié son intervention. Elle a été confrontée, dans son travail, à différentes façons de faire. Dans la façon d'élever les enfants, entre autres. Elle raconte :

> Dans différentes parties du monde, les habitudes et les coutumes ne sont pas les mêmes, puis ça marche quand même : les enfants grandissent, ils sont bien, ils deviennent des adultes. Alors, ça nous ouvre les yeux, ça nous assouplit aussi. On réalise comment c'est ancré dans notre culture, à l'intérieur de nous. Et on ne change pas ça facilement, la nôtre ou celle des autres. Je pense qu'on devient de plus en plus conscient de ce qu'on est. De nos limites et de nos forces. Parce qu'on est en contact avec des gens avec qui on peut comparer. Quand on est tous pareil ou tous de la même culture, on ne compare pas. Et quand on fait la comparaison, on se rend compte qu'il y a des différences. *(Simone, infirmière enfance-famille)*

De la même façon, Sandra, une infirmière dans le programme Enfance-famille, sensibilisée, dit-elle, à la différence par le fait qu'elle soit allée travailler avec les Inuits dans le Nord québécois, fait part de sa perception :

> [Les mères] n'ont pas les mêmes manières que moi, et elles sont bonnes [leurs] manières. Si une mère donne tel ou tel aliment à son bébé, ce n'est pas poison. Moi, je ne lui dirai pas : ne donne pas ça à ton bébé. Bien oui, c'est bon. Les Inuits donnaient une sorte de thé à leurs bébés, et ils ne se sont pas empoisonnés pour autant. C'est leurs coutumes, c'est correct. *(Sandra, infirmière enfance-famille)*

Barbara, décrivant sa clientèle, fait part, elle, des différences constatées entre les groupes dans leurs attitudes, leurs façons de faire. Cette travailleuse sociale parle, par exemple, des Arméniens, qui, dit-elle, ont un grand réseau familial et communautaire. Puis elle les compare à d'autres groupes : « Je crois qu'avec les Italiens, c'est à peu près la même chose qu'avec les

Arméniens. Avec les gens de la Yougoslavie, c'est différent. » Barbara parle des différences culturelles comme des différences sociales :

> C'est un autre fonctionnement. C'est un peu comme les classes sociales : quelqu'un de classe moyenne est différent de quelqu'un qui vit sur l'aide sociale toute sa vie. Des cultures différentes, c'est des cultures sociales, mais c'est tout à fait différent. Quelqu'un d'Arménie de classe moyenne ressemble peut-être plus à un francophone de classe moyenne que si tu mêles les classes. *(Barbara, travailleuse sociale)*

Barbara considère donc que ses clients ont une identité ethnique, mais aussi une identité sociale. Et qu'une différence sur le plan de l'identité ethnopolitique est peut-être moins importante qu'une différence sur le plan socioéconomique. Barbara relève aussi un autre facteur qui joue un rôle dans la détermination de l'identité sociale, selon elle : le degré de scolarité. Un client instruit est différent d'un client non instruit; il est plus apte à faire de l'autoréflexion, à s'exprimer et à exprimer ses émotions. « C'est comme une autre culture », conclut-elle.

Ce constat de la différence, plusieurs intervenants en font part sans utiliser le mot « différence » comme tel. Ils comparent plutôt, comme Blanche, qui voit principalement des personnes âgées, des comportements ou des attitudes entre « communautés culturelles ». Les clients âgés québécois seraient ainsi plus seuls que d'autres, selon l'ergothérapeute:

> Il y a, dit-elle, des communautés culturelles pour qui la famille occupe une plus grande place ; à ce moment-là, la personne âgée n'est pas laissée seule. Elle est souvent avec sa fille ou avec quelqu'un de la famille et il y a beaucoup de monde dans la maison. [...] Mais il y en a d'autres... souvent, les Québécois sont plus seuls. *(Blanche, ergothérapeute)*

L'expérience professionnelle de l'intervenant, confronté à des problématiques diverses, lui permet d'évaluer ces différences et de s'adapter au fil des interventions. C'est une manière d'être, dit Simone,

> qu'on développe à force de faire de l'intervention parce qu'on se rend compte qu'on n'est pas là pour dire aux autres quoi faire, mais pour les accompagner et trouver avec eux des solutions à leurs problèmes. Et cela, on le développe au fur et à mesure qu'on acquiert de l'expérience, de la confiance, des compétences et des connaissances. Les immigrants nous confrontent certes à des situations, à des manières de faire différentes, mais il y a aussi l'intervention qui nous amène à travailler toujours avec des familles qui ont des problèmes et à se questionner sur ce qu'est notre rôle, ce qu'on a à faire et comment on doit le faire. *(Simone, infirmière enfance-famille)*

Pour cette intervenante, les différences culturelles ne sont pas un obstacle, mais un facteur parmi d'autres dont on doit tenir compte dans l'intervention.

Et le racisme?

Les différences dont les intervenants font part relèvent de l'identité ethnoculturelle, des valeurs, mais aussi des cadres de référence comme la famille, les amis, l'école. Certains, comme Simone, infirmière, abordent la question de racisme, défini relativement à ces différences :

> Je pense qu'il y a des choses propres à chacune des cultures qui sont ancrées et auxquelles on tient beaucoup. Mais ça ne veut pas dire qu'on veut faire en sorte que tout le monde les partage. [...] Je pense qu'on a tous quelque part un petit morceau de nous qui est *raciste*

> parce qu'on tient à des choses et on ne veut pas les perdre parce qu'on y croit et que ça vient de nos familles. Cela ne veut pas dire qu'on a une âme missionnaire et qu'on veut convaincre le monde entier d'adhérer à ces choses, mais on s'aperçoit qu'on y tient. Et c'est correct. Et l'autre aussi tient à ses choses. Mais l'important, c'est qu'on puisse continuer à se parler. *(Simone, infirmière enfance-famille)*

En situation d'intervention, cela signifie éviter la confrontation :[8]

> Parfois, certaines cultures font, on pourrait dire, du harcèlement : ils vont nous dire qu'ils sont mieux que nous par exemple. Au début, ça me touchait. Ça créait de la tension. Maintenant, j'ai développé des manières de faire. Je leur dis : vous tenez beaucoup à ça et je le comprends, mais, moi, je pense autrement. Est-ce qu'on peut regarder ça ensemble quand même? On développe des habiletés pour éviter la confrontation. *(Simone, infirmière enfance-famille)*

Elle utilise aussi le mot « raciste » lorsqu'elle fait part du regroupement des différentes communautés et de la volonté de se maintenir à distance et de cultiver les différences:

> C'est très sectorisé, ghettoïsé. Les gens ne se mêlent pas. Ils sont très racistes entre eux. Je les comprends. Je ferais la même chose : dans un autre pays, j'essaierais de retrouver les Québécois et l'épicerie québécoise. C'est humain. *(Simone, infirmière enfance-famille)*

Hugues, travailleur social auprès de jeunes des écoles secondaires, parle du racisme lui aussi. « Les élèves savent bien que le racisme, c'est le rejet de l'autre », dit-il. Ce racisme,[9] ajoute-t-il :

> se traduit par les comportements qui mettent en évidence ce rejet, soit le comportement qui vise la personne ou ses possibilités dans la société, ou encore la différence culturelle, linguistique, religieuse. Ou toutes les différences qui permettent de dire : moi, je suis mieux que toi. [...] Mais les élèves définissent le racisme par les expériences qu'ils ont eues. *(Hugues, travailleur social)*

Dans sa pratique, Hugues dit viser le dialogue entre les cultures, l'« interculturel », qui, au-delà des différences, est une « communication entre les gens de plusieurs cultures et qui enrichit la vie de la société. »[10]

---

[8] Mais pas seulement en situation pluriethnique. Ainsi, Blanche, une ergothérapeute dont la clientèle est âgée, parle des différences de valeurs entre elle, plus jeune, et ses clients, de toutes origines. Elle dit respecter les désirs de ses clients, et, quand il y a affrontement des valeurs générationnelles, essayer de trouver un « terrain d'entente ». Elle ajoute : « Je ne parle même pas de multiethnicité parce que ça peut aussi être dans le cas du monsieur québécois qui a 80 ans, qui a travaillé à l'extérieur toute sa vie, qui a eu une épouse à la maison pour l'entretenir et s'occuper des enfants. [...] On ne peut pas [lui] demander d'avoir une part active dans les tâches domestiques. »

[9] Qu'il lie au nationalisme (« On le sait, en Allemagne et partout, quand le nationalisme monte en flèche, le racisme l'accompagne toujours. ») et qu'il considère comme systémique (« Le racisme est systémique, ça fait partie des institutions. »).

[10] C'est aussi un des objectifs d'Hubert. Décrivant un comité dans une école de raccrocheurs, il résume son objectif : « On essaie de valoriser l'entraide, l'appartenance; aussi on sait que c'est un défi important, d'autant plus qu'il y a une réalité interculturelle importante. Dans le sondage qu'on a réalisé, on s'est rendu compte qu'il y avait 12 ou 13 ethnies différentes. »

Un élément dont il faut tenir compte : l'expérience d'immigration

Parler d'identité, c'est aussi parler de la condition d'immigrant des clients. Amenée à parler de sa clientèle, Sophie souligne l'importance d'atteindre la clientèle immigrante, nombreuse dans son quartier et difficile à joindre. Du même coup, elle souligne l'importance de connaître les diverses communautés composant cette clientèle :

> Je pense qu'il y a un intérêt pour essayer d'aller chercher cette clientèle. On se demande depuis longtemps comment aller la chercher. Ce n'est pas simple : elle est très difficile à joindre. On essaie de voir comment arriver à créer des liens, des contacts. [...] [On se demande aussi] s'il y a des communautés plus difficiles à aller chercher. [...] Je crois qu'il y a parfois des choses qu'on ignore relativement à certaines cultures et qui nous aideraient dans notre pratique ou, en tout cas, qui nous permettraient de comprendre mieux des choses. *(Sophie, travailleuse sociale)*

Pour certains intervenants, comme Blanche, une ergothérapeute, l'immigration est un événement marquant dans la vie des individus dont il faut tenir compte dans l'intervention. Cela lui permet de situer son client, de comprendre ce qu'il vit et sa façon de vivre, bref, de connaître son histoire personnelle : « Il faut, dit-elle, connaître notre personne, son passé, la religion, ses habitudes de vie; il faut savoir d'où elle vient aussi, ce qu'elle a connu comme épreuves, ses valeurs, parce que sinon, on n'arrive à rien. »

L'importance du réseau

Nasser a conscience des difficultés que pose l'immigration. Ainsi, il souligne l'isolement des femmes immigrantes qui constituent sa clientèle :

> La plupart n'ont pas leur famille élargie : ils arrivent ici en couple. Et cela pose problème, surtout dans les cas de grossesse. Les femmes enceintes, celles du Moyen-Orient par exemple, sont bien entourées pendant la grossesse : leurs mères ou celles de leur conjoint ont un rôle très important; pour les rassurer, lui donner du support, du répit. Ici, ce réseau est absent. Il y a des risques de dépression. Parfois, les femmes sont plus inquiètes. L'homme rassure, mais lui aussi est inquiet pour sa femme; ils ont donc besoin de support. *(Nasser, travailleur social)*

La famille est le premier réseau de support des immigrants. Quand ce réseau est absent, selon Nasser, cela est plus difficile. L'idée de « réseau » est d'ailleurs fréquemment mentionnée par les intervenants. Le « réseau », c'est le substitut de cette famille élargie, le groupe d'appartenance, la « communauté ».

Le fait d'avoir un réseau élargi, qui pallie la famille directe, est, perçu, par certains intervenants, comme un atout, car ils y trouvent du support. Mais d'autres intervenants, comme Simone, insistent sur le fait que la construction d'un nouveau réseau, un des éléments qui caractérisent la situation de l'immigrant, est difficile. La perte du réseau dans le pays d'origine isole l'immigrant, qui doit s'en reconstruire un autre. Et pour cela, il faut que la personne, dit-elle, « ait fait le deuil » de son pays. Chacun a son histoire, ajoute-t-elle. Ainsi, elle raconte celle d'une femme d'origine arabe qui vient d'accoucher de son deuxième enfant et qui a été incapable jusqu'alors de se construire un nouveau réseau :

> Elle n'a probablement pas fait le deuil de son pays. Ce n'est pas elle qui a choisi l'immigration, c'est son mari. Alors [que je connais] une autre femme, extraordinaire, qui s'investit dans des organismes communautaires. Elle est venue ici parce que son mari pouvait se faire tuer s'il restait dans son pays. Elle m'a dit, moi, ma vie, c'est avec lui, je l'aime. Elle considère qu'il faut qu'elle s'adapte ici parce qu'elle ne peut pas retourner dans son pays. Et ce qui est prioritaire dans sa vie, c'est que son mari reste vivant. *(Simone, infirmière enfance-famille)*

Simone considère qu'il faut tenir compte de chaque histoire de façon spécifique, et surtout ne pas généraliser les différentes situations. Elle compare celles-ci à l'expérience de l'accouchement. Chacun est unique : « On ne peut pas comparer. C'est comme un accouchement : on ne peut pas dire à la femme que son accouchement est plus facile qu'un autre. Ça dépend du contexte, d'où tu viens », conclut-elle.

Simone, qui fait des visites postnatales, parle ensuite de la situation parfois difficile des femmes immigrantes et de leur vulnérabilité. Si l'isolement et la solitude sont vécus par toutes les femmes qui viennent d'accoucher, dit-elle, ils sont plus difficiles à vivre pour les femmes immigrantes parce qu'elles n'ont pas de réseau d'entraide ni de support. En outre, les femmes immigrantes devant s'occuper des tâches quotidiennes et de la maison, elles ont moins l'occasion de « s'investir à l'extérieur ». Confrontées à une nouvelle société, à une nouvelle façon de vivre, à de nouvelles valeurs, elles vivent une « déchirure » :

> Il y a une déchirure entre la culture, les croyances. Tout est confronté à une autre réalité, une manière de faire, de vivre. Souvent, cela peut se transformer en gains. Les hommes, fréquemment, voient au contraire des pertes, ils ont peur. Ça crée des tensions, des conflits. *(Simone, infirmière enfance-famille)*

Certaines de ces femmes, souligne-t-elle, vivent de la violence conjugale, qu'elle explique comme une réaction au changement. Ce qui lui fait dire :

> Ça me fait peur. Quand on voit des gens entrer au pays avec des coutumes et des habitudes, des gens extrémistes et qui tiennent mordicus à ce qu'ils sont et qui n'acceptent aucun changement. Il y a des femmes qu'on voit souffrir, mais il y a aussi des hommes qui souffrent aussi de ces changements-là. Les femmes sont limitées à des rôles traditionnels, et elles ne peuvent pas facilement exploiter tout ce qu'elles sont et tout ce qu'elles voudraient être. Et quand s'ajoute la violence, c'est difficile. Le changement provoqué par l'immigration est difficile pour les hommes et pour les femmes, et chacun réagit avec ce qu'il est. Les hommes réagissent avec leur force musculaire, je dirais, parce qu'ils sont aussi des hommes et ils n'ont pas de lieu pour exploiter cette force. Alors, ils l'utilisent envers les femmes et les enfants. *(Simone, infirmière enfance-famille)*

Simone, qui exprime ici un sentiment de peur, lie cette violence à l'insécurité économique : « Je pense, dit-elle, que c'est en partie lié au fait qu'il y a beaucoup d'insécurité sur le plan du travail. Ils n'ont pas accès au niveau de vie qu'ils espéraient. Par exemple, des gens qui étaient des professionnels chez eux travaillent ici dans des manufactures. »

Les femmes réagissent davantage en exprimant leur peines et leurs angoisses :

> Les femmes vont pleurer, parler davantage, chez certaines communautés en tout cas. Mais les hommes expriment peu ce genre de difficulté. Ils ne pleureront pas, essaieront d'être

> forts, mais, à un moment donné, ça explose, puis ils frappent. *(Simone, infirmière enfance-famille)*

Plus loin dans l'entrevue, Simone nuance et donne des exemples de familles québécoises qui vivent cette même situation de violence liée à une insécurité matérielle. « Il ne faut pas généraliser, dit-elle. Je ne sais pas quel est le pourcentage par rapport aux familles québécoises. Peut-être est-ce à peu près le même. »

L'intégration des immigrants

Certains intervenants abordent la question de l'intégration des immigrants. Comme Hortense, médecin dans un programme conçu pour une clientèle immigrante.[11] Cette médecin reçoit sa clientèle au CLSC, sur rendez-vous. La clientèle ciblée par le programme : les « immigrants non intégrés », nouvellement arrivés, ou « qui sont arrivés depuis plusieurs années » mais qui ne sont toujours pas intégrés. Hortense qualifie sa pratique : « C'est de la médecine générale avec l'immigration. » Cette phrase propose que ce qui change son intervention est dans l'état d'immigrant du patient, de son expérience d'immigration.

Pour nommer ses clients, Hortense utilise des termes qui réfèrent à l'identité nationale de ses patients, c'est-à-dire à leur lieu d'origine : (« des femmes jordaniennes », « des familles vietnamiennes », « des Cambodgiens »). Ou encore elle nomme le territoire d'où provient la personne. « Peuples d'Asie », par exemple, lui permet de parler d'un ensemble de gens en provenance de ce continent; « clientèle d'ex-Yougoslavie » lui permet d'identifier un groupe venant de régions spécifiques ; « Boat People », de préciser le type d'immigrant. Mais Hortense utilise aussi fréquemment des termes qui se rapportent à l'immigration et à l'état d'immigrant de ses patients. Peut-être est-ce l'influence du programme « immigrants » dans lequel elle intervient. Ainsi, elle parle de ses « clients immigrants », des « clients non intégrés ».

Être « intégré », pour Hortense, c'est « être capable de parler la langue, de se servir de certains services et de fonctionner dans la communauté ». On voit que l'idée d'intégration s'articule autour de la notion de système, qui désigne l'armature économique, sociale, morale de la société ou de la communauté (terme qu'utilise Hortense) québécoise, et autour des valeurs nord-américaines, qui sont celles du Québec. Mais l'intégration est aussi, pour elle, d'ordre linguistique, la connaissance de la langue la favorisant.[12]

Le client « intégré », explique-t-elle, ne consulte déjà plus la « clinique immigrante », sauf s'il s'agit d'enfants d'immigrants qui sont d'âge scolaire ou en garderie, qui, intégrés davantage que leurs parents, « parlent la langue avec un accent québécois ». Hortense ne voit donc pas en clinique « les immigrants de deuxième génération parfaitement intégrés au système », dit-elle. Les adolescents vietnamiens, par exemple,

> ne vont pas consulter un médecin vietnamien. Ils vont consulter la clinique jeunesse ou la clinique de leur quartier. [...] Les adolescents essaient de s'intégrer le plus possible à

---

[11] Elle nomme d'ailleurs son lieu de travail « clinique immigrante » ou « programme immigrant ».

[12] Pour d'autres intervenants, l'intégration s'articule autour du travail. Ainsi, Sandra, une infirmière, reconnaît l'existence d'une culture propre à ses clients, mais, du même coup, l'importance d'une intégration minimale : « C'est sûr que s'ils veulent travailler, il faut qu'il y ait une intégration minimale. » L'insertion au marché du travail exige, selon elle, une volonté de s'intégrer.

> l'image nord-américaine. [...] Ils veulent autant que possible vivre la même chose que les autres adolescents québécois.

Intégrés, les clients peuvent dorénavant recourir aux services de santé offerts à la population en général, dans la « communauté ».[13] Mais certains continuent tout de même de fréquenter la clinique immigrante :

> Si, dit le médecin, on voit qu'ils parlent bien la langue, qu'ils ont leur carte d'assurance-maladie, qu'ils sont capables d'aller dans la communauté, on va les encourager à le faire, bien sûr. Mais s'ils désirent continuer avec leur médecin, on a une obligation de les voir quand même. Donc, souvent, quand même, certains peuvent être longtemps parmi nous. *(Hortense, médecin)*

En clinique immigrante, Hortense observe des changements chez des clients immigrés qui reviennent la voir, un an après leur arri vée :

> Souvent, un des deux conjoints a trouvé un travail, ils parlent déjà beaucoup mieux la langue, ils ont appris à connaître le système. Certains vivent des frustrations parce qu'ils comparent avec leur pays. Il leur manque des choses, leur famille leur manque souvent, etc. Mais les problèmes d'ajustement sont déjà réglés. C'est bien de voir le progrès.

D'autres intervenants, comme Charlotte, parlent aussi d'intégration. Pour cette infirmière scolaire, celle-ci est gage, selon elle, de déségrégation. Elle donne l'exemple d'une école protestante et pluriethnique : « Dans cette école, dit-elle, on ne sent aucune ségrégation. Dès le début, les enfants sont intégrés et ils vivent ensemble. Ils apprennent dans la différence. Parce que les Blancs sont minoritaires. » L'intégration, pour cette intervenante, se définit relativement au milieu scolaire des enfants et en fonction des différences.

Hugues, qui œuvre aussi en milieu scolaire, lui, fait une distinction entre les jeunes immigrants et leurs parents. Il évoque la rapidité et la « volonté » des jeunes de s'associer à la culture dominante : il leur serait plus facile de se rapprocher de la culture d'accueil, car ils ne veulent pas « être différents » des jeunes de la société d'accueil. Alors que Charlotte insiste sur l'intégration réussie parce que règne la différence dans le milieu scolaire, lui insiste plutôt sur le refus de la différence comme facteur d'intégration :

> Il est certain que, soutient-il, pour les enfants qui arrivent au Québec, c'est autre chose. Les enfants parlent le français plus vite que les parents : c'est plus facile pour eux de vouloir s'intégrer à la communauté. L'enfant immigrant a un vouloir de s'associer à la culture dominante. Et c'est aussi une valeur qui est prônée par les écoles. *(Hugues, travailleur social)*

Hugues indique aussi que les jeunes immigrants sont dans une situation conflictuelle : ils vivent une crise d'identité et peuvent être rejetés. Ils sont « pris », dit-il, entre deux cultures, la culture

---

[13] Hortense réfère à la « communauté », au sens large, pour parler de la société d'accueil. Ainsi, en parlant de ses clientes, elle mentionne que certaines d'entre elles consultent un obstétricien « dans la communauté ». Ce qui situe le CLSC et les services offerts à la clientèle immigrante comme « hors communauté » en quelque sorte.
Le mot « communauté » est cependant utilisé aussi pour référer au groupe d'appartenance du client, dans le sens courant de « communauté culturelle » (c'est-à-dire un « groupe social dont les membres vivent ensemble, ou ont des biens, des intérêts communs » *(cf. Le Petit Robert)*). Il s'agit d'un groupe organisé. La communauté vietnamienne, par exemple, est très forte et bien organisée, dit-elle : « Ils ont des maisons, un quartier, un peu comme le quartier chinois à Montréal. »

d'origine et celle de la société d'accueil, et pourraient n'être acceptés à part entière nulle part. En outre, selon lui, les jeunes immigrants sont à la fois différents de leurs parents et différents, malgré leurs efforts pour s'intégrer, des jeunes de la société d'accueil. Il y aurait, par ailleurs, un préjugé du milieu scolaire qui d'emblée aurait tendance à mettre les jeunes immigrants (et les autochtones) dans des classes spéciales, donc, à les mettre à part et à les considérer comme ayant des difficultés a priori. Pour Hugues, l'intégration, c'est lorsque quelqu'un « est accepté comme il est ». Il ajoute :

> Intégrer, ça veut dire faire partie de l'histoire d'un pays ; ça veut dire être une personne bienvenue, comme les autres. Et c'est parler la langue, ne pas avoir d'accent, c'est avoir la couleur de la peau semblable aux autres, la même religion, les mêmes habitudes. [...] C'est avoir les mêmes héros, les mêmes modèles. C'est même avoir la même senteur dans la maison.

C'est aussi, dit-il plus loin, partager le pouvoir de la société d'accueil (avoir une représentation dans les conseils d'administration des CLSC ou dans les comités d'école, par exemple). Si Hugues considère qu'il est important d'« outiller les gens pour qu'ils puissent intégrer la société », il en note du même coup la difficulté et l'existence de barrières qui se dressent entre eux et la société d'accueil.

Spécificité de la clientèle immigrante

La clientèle du médecin de la clinique immigrants, Hortense, est en constante évolution et varie selon les vagues d'immigration : « Le programme Clinique immigrants change : les clientèles changent, les besoins changent, les populations aussi. Peut-être que, dans trois ans, ça ne sera plus le même programme », dit le médecin. Ainsi, elle a vu plusieurs patients en provenance d'Asie, et, aujourd'hui, plusieurs viennent d'ex-Yougoslavie. Ce qui l'amène à parler des différences constatées entre ces clientèles :

> Avec la clientèle de l'ex-Yougoslavie, on a eu un petit peu de difficulté à s'ajuster. On était habitués de travailler avec la pauvreté des peuples d'Asie, qui sont souvent très reconnaissants du peu de choses qu'ils vont obtenir du système. On s'est rendu compte que le travail avec, par exemple, des communautés très avancées sur le plan socioéconomique avant la guerre était plus difficile. Ils avaient des attentes qui étaient très lourdes et, quand on venait pour travailler certaines problématiques, par exemple, plus psychologiques, on n'arrivait pas facilement à les atteindre. *(Hortense, médecin)*

Hortense souligne ici la nécessaire adaptation à une clientèle différente qu'elle juge plus exigeante sur le plan des services comparativement aux populations d'Asie auprès desquelles elle et ses collègues s'étaient habitués à intervenir : une population d'immigrants plus pauvres et plus reconnaissants envers ce que le système de santé d'ici leur offrait. Le médecin connaît peu la population de l'ex-Yougoslavie et donne une explication qu'elle lie à leurs conditions socioéconomiques favorables avant la guerre qui a divisé les Serbes et les Bosniaques. Elle raconte :

> On avait souvent un commentaire du type : « Ah oui! mais dans notre pays, on fait ça comme ça et c'est beaucoup mieux. » [...] La relation d'aide, elle, devenait différente. Il fallait vraiment dire : « Bon, écoutez, c'est bien ce que vous aviez, mais, ici, c'est comme ça qu'on fonctionne puis on doit s'accommoder de ça. » *(Hortense, médecin)*

Elle poursuit en disant qu'aborder des problèmes d'ordre psychosocial ou référer à un autre intervenant pour un problème d'anxiété, par exemple, – problème souvent mis en rapport avec l'immigration – est difficile avec cette clientèle : « Je crois, dit-elle, que leur éducation et la manière dont ils voient les soins psychologiques jouent beaucoup parce que cela prend une connotation très négative encore dans leur pays. »

Par ailleurs, Hortense ne dit pas qu'il est plus facile d'aborder ce genre de problème avec la clientèle asiatique (celle-ci consulte peu pour un problème de cet ordre, dit-elle). Hortense ne donne pas non plus une explication d'ordre ethnique de la non-expression des émotions (*voir « L'ethnicité : un mode d'explication », p. 111*). La différence entre ces deux clientèles réside, selon elle, dans le fait qu'il est plus « gratifiant » d'intervenir auprès des Asiatiques :

> Ils sont plus facilement contents de ce qu'on leur donne, tandis que ces gens-là arrivent ici avec de très fortes attentes; ils étaient souvent des professionnels dans leur pays, et ils s'attendent à retrouver le même statut. On ne pourra pas leur donner ça en tant que société et, bien sûr, ça se reflète sur les intervenants et sur la façon dont on est accueillis. *(Hortense, médecin)*

Normes cliniques et normes sociales : adaptation de l'intervention

Les intervenants adaptent-ils leur pratique à leur clientèle? Tiennent-ils compte de l'identité ethnique de leurs clients dans l'intervention? À quels systèmes de normes font-ils référence? L'intervention en contexte pluriethnique amène les intervenants, on l'a vu, à parler des différences. Et aussi d'adaptation. Ils ne précisent pas cependant tous comment ils s'adaptent à ce contexte. Comme Blanche, une ergothérapeute : « C'est sûr, dit-elle, qu'il faut adapter sa pratique. Mais que la multiethnicité ait changé la pratique comme tel, je n'en suis pas certaine. »

Elle s'y adapte, comme elle s'adapte à sa clientèle de personnes âgées. Jeune, ses valeurs sont souvent différentes de celles de ses clients d'une autre génération. Elle en tient compte comme elle tient compte de l'histoire de son client, de ses habitudes, de ses objectifs, etc. Dans son intervention, Blanche opte pour une approche orientée vers la personne : « Peu importe sa nationalité, dit-elle, ce qu'il faut voir c'est ce qu'il y a en dessous : les valeurs, les habitudes de vie, les objectifs de la personne. »

Pour Hortense, médecin, si le programme dans lequel elle travaille vise particulièrement une clientèle immigrante, son intervention est, elle, selon les normes nord-américaines. Elle le dit très clairement :

> Prenons les femmes jordaniennes. Habituellement, elles ont sept, huit, neuf, 10 enfants; [dans leur pays,] elles n'accoucheront pas dans les conditions qu'on leur offre ici. Elles n'auront pas non plus très souvent les moyens de payer pour avoir des services de suivi, psychologiques, etc. On les voit comme nos autres clientes ici, selon les normes nord-américaines, et elles sont contentes de ça. *(Hortense, médecin)*

Cependant, Hortense fait part de certaines adaptations des normes pour atteindre certaines clientèles et intervenir auprès d'elles. Ainsi, elle et ses collègues ayant constaté la tendance de certains clientes à se regrouper, les femmes jordaniennes, par exemple, ils ont modifié leur façon de faire des visites prénatales. Les infirmières vont donc à domicile rencontrer des groupes de femmes :

> On suit des groupes d'appartement. Ça facilite jusqu'à un certain point et on s'est ajusté comme ça. Avant, les infirmières s'éparpillaient un peu. Là, elles se sont rendu compte que c'était plus facile de travailler regroupées. *(Hortense, médecin)*

Hortense compare cette tendance au regroupement observée chez certaines, comme les femmes jordaniennes, à d'autres clients, comme les Yougoslaves, qui, eux, ne se « regroupent » pas. Ils sont, dit-elle, plus individualistes :

> Mes clientes asiatiques et arabes ont beaucoup plus de facilité à se regrouper. Probablement que, culturellement, elles ont l'habitude de se regrouper en tant que femmes pour se supporter : les familles, les sœurs, les amies. *(Hortense, médecin)*

Toutefois, plus loin dans l'entrevue, Hortense souligne l'existence d'un groupe de clientes serbo-croates formé par les infirmières pour leur donner un cours prénatal. Elles peuvent donc se montrer intéressées et se regrouper autour d'une question qui les motive.

Hortense dit à la fois suivre les normes nord-américaines et adapter son approche pour entrer en relation avec le client :

> Je me suis rendu compte que les Yougoslaves ne tenaient pas nécessairement à parler de leur histoire parce qu'ici, ils ne veulent plus être reconnus comme serbes ou croates. Ils veulent se mêler. Ils veulent bien qu'on dise qu'ils viennent de l'ex-Yougoslavie comme un ensemble, mais ça crée des problèmes à l'école de francisation. Pour les serbes musulmans et pour les croates. Au début, je leur demandais de quelle région ils venaient. Après, j'ai commencé à éviter de le faire parce qu'ils n'aimaient pas ça. Ils ne veulent pas être catégorisés; souvent, ils sont mariés entre eux, donc, ils veulent éviter que des tensions raciales s'installent ici. *(Hortense, médecin)*

Ainsi, c'est en voulant en connaître un peu plus sur ses clients, en leur posant des questions, que le médecin a constaté que les Yougoslaves n'aimaient pas parler de leur histoire, de leur parcours d'immigrant, qu'ils n'aimaient pas être catégorisés selon leur appartenance ethnopolitique.

Mais, si Hortense constate qu'elle doit s'adapter à sa clientèle, elle considère que celle-ci doit aussi s'adapter à la façon de faire des intervenants. Ils doivent « faire la part des choses » dit-elle :

> Il faut être capable de dire : « Oui, dans mon pays on avait cela ; ici, on ne l'a pas, mais on a autre chose. » Ils ne parlent jamais du positif. C'est dur un petit peu pour les gens, les équipes, de toujours entendre le côté négatif, et rien de positif. Alors il faut être conscient de ce que l'on est capable de donner et de ce que l'on est capable d'offrir, de nos limites. Il faut avoir certaines certitudes. De ce que tu donnes, de tes limites. *(Hortense, médecin)*

Les intervenants sont nombreux à dire que leur intervention est la même, quelle que soit l'origine ethnique de leurs clients. Ainsi, Luc, un travailleur social, dit « accueillir les gens de façon égale, peu importe la nationalité » tout en essayant « d'apporter [sa] vision de l'intervention ». Dans sa pratique, Luc constate cependant des écarts entre lui et ses clients. Des écarts qui sont culturels. S'il les respecte, il refuse cependant d'aborder certains domaines, qui lui sont inconnus et qui ne relèvent pas de ses tâches, comme la religion (*voir « L'établissement d'une relation », p.* 124).

Melpa, une travailleuse sociale d'origine grecque, dit chercher elle aussi à être la plus équitable possible. Elle refuse, par exemple, d'offrir plus de services à la communauté grecque parce qu'elle partage la même origine :

> Pour moi, qu'il soit blanc, noir, jaune, arabe, je les traite tous sur un pied d'égalité. Je crois beaucoup à l'équité, alors je ne donne pas plus à ce monsieur ou à cette madame grecque. *(Melpa, travailleuse sociale)*

Au cours de ses interventions, Barbara, une travailleuse sociale qui va au domicile de ses clients âgés et qui entre en relation avec la famille de ces personnes, constate aussi des différences de valeurs, de normes, entre autres sur la mort et le fait d'en parler :

> Parfois, raconte-t-elle, le point de vue sur la vie est très différent; les valeurs sont très différentes. Dans ma discipline, il faut parler de deuil et des difficultés qui y sont liées. Souvent, [les clients] disent : « Si on parle des émotions fortes, on va devenir plus malades. » Ça n'a pas la même valeur, ils pensent que ça va faire mal. Et, souvent, ça fait du mal au début, c'est vrai, mais à long terme, en général, je suis convaincue que ça fait du bien. *(Barbara, travailleuse sociale)*

La réticence de certaines personnes à exprimer leurs émotions, à s'ouvrir à elle, amène Barbara à tracer une frontière entre ce qu'elle peut faire et ce que les clients attendent d'elle, à définir son rôle et ses limites :

> C'est ça que j'offre comme travailleuse sociale [la possibilité d'exprimer leurs émotions]. Je peux offrir autre chose. Mais eux ont des attentes définies par leurs coutumes : s'ils croient à l'existence des âmes ou à une vie supranaturelle, je ne peux rien faire. Je peux les référer à un spécialiste de leur culture, je n'ai aucune compétence en ce domaine, c'est possible que ça fonctionne. Je ne veux pas nier que ça existe, mais je ne peux rien faire. Donc, je pense qu'on peut adapter nos services aux clients, mais il y a une limite. *(Barbara, travailleuse sociale)*

Elle aborde ensuite la question des soins palliatifs :

> On est là pour accompagner la personne, pour l'aider à vivre le deuil de sa propre vie, lui apporter une certaine paix. Mais, pour elle, peut-être que ce n'est pas ça. Dans la famille, souvent, ils ne pensent pas que c'est bon pour le patient de savoir qu'il va mourir parce qu'il va mourir plus vite, il va perdre espoir. [Les membres de la famille] nous disent : « Ne lui dites pas qu'il va mourir. » *(Barbara, travailleuse sociale)*

La volonté de la famille amène Barbara à s'interroger sur son action et à prendre une décision, qui remet en cause les normes sociales établies dans la société québécoise et dans sa pratique : doit-elle ou non dire à un malade qu'il va mourir?

> Les médecins ont une autre [éthique]. Il faut qu'ils le disent au malade, mais, pour nous [travailleurs sociaux], c'est un peu moins évident, on peut garder le secret. Souvent, la personne sait qu'elle va mourir, mais la famille ne veut pas lui en parler. (Chez les Arméniens, on ne dit pas à une personne malade qu'elle va mourir.) Donc, tout le monde vit le même secret. Tout le monde le cache à tout le monde et, moi, il faut que je joue là-dedans. C'est très délicat, parfois. Parce qu'on essaie de savoir les limites de la personne malade: il faut savoir de façon claire si elle est au courant ou non, et sans lui demander directement. *(Barbara, travailleuse sociale)*

Barbara est confrontée à deux visions du monde, deux manières de faire, deux façons d'agir face à la mort, ce qui l'oblige à se définir et à prendre position :

> J'ai quand même un rôle défini et il y a des règles éthiques, légales qu'on ne peut pas outrepasser, même si, pour une autre culture, ce n'est pas important. Moi, je suis obligée de suivre la loi qui est en vigueur ici, qui est plus individualiste; c'est la personne elle-même qui prend une décision pour sa vie. Mais, pour eux, souvent, ce n'est pas comme ça : c'est la famille qui prend la décision, ce n'est pas la personne. Notre clientèle, ce sont les personnes, pas la famille. *(Barbara, travailleuse sociale)*

Dans un autre ordre d'idée, Nasser parle d'une cliente en attente de statut de réfugiée, mère de deux enfants qui ont des problèmes de comportements, d'origine nigérienne, qui, dépressive, ne collabore pas (*cf.* p. 55). Ce qui met en cause ses propres normes cliniques et sa responsabilité de professionnel. Conscient des difficultés de la mère, Nasser se sent la responsabilité d'agir pour les enfants. Vu l'absence de collaboration, des tentatives qui ont échoué auprès d'elle, il décide de signaler le cas à la Direction de la protection de la jeunesse, qui décidera du sort des enfants. Faire son travail, c'est le faire en fonction de normes cliniques et sociales précises, en tenant compte de la situation des parents, bien sûr, mais avec en tête le bien-être des enfants. Ce bien-être, et non la condition de réfugié en attente de la mère, détermine l'action.

Nasser poursuit sur les valeurs, abordant ainsi les questions de normes cliniques et sociales, entre autres en ce qui concerne la violence et la déficience intellectuelle :

> Il peut y avoir, chez une certaine clientèle, pour qui c'est légitime, un usage de coups ou de tapes : dans le pays d'origine, c'est légalisé, institutionnalisé. Ici, c'est un autre système. Il faut mettre de l'eau dans son vin, nuancer, mesurer, etc. Il faut voir aussi les conséquences de la tape : ce n'est pas parce que quelqu'un en donne une de temps en temps que... ça dépend de l'intensité et tout ça. Nous, ça nous oblige à modérer et à tenir compte de beaucoup de choses : le sens de la tape, les moyens, etc. Ça nous remet en question. *(Nasser, travailleur social)*

> Dans le cas de la déficience intellectuelle, c'est la même chose. Il faut aller chercher le sens de la déficience chez les personnes d'autres origines : qu'est-ce que ça signifie un handicap, par exemple, [...], comment ils le vivent, comment il est considéré dans leur pays, et, s'ils étaient dans leur pays, comment la personne déficiente serait intégrée, comment les parents ou la famille l'accepteraient... On ne le sait pas. Mais on finit par comprendre. *(Nasser, travailleur social)*

La conception de la maladie mentale est, pour Nasser, déterminée par un ensemble de facteurs, dont la religion et l'appartenance ethnopolitique (*cf.* p. 58) Quant à la violence conjugale, il assiste en témoin à des changements de valeurs et de normes sociales chez ses clients, où la femme, par exemple, constatant les normes en vigueur ici, refuse la violence imposée par son mari.

De la même façon, la confrontation de normes sociales différentes, celles du pays d'origine avec celles du pays d'accueil, oblige des clients à remettre en question certains éléments de leur culture d'origine, comme le port du tchador (*cf.* p. 62).

Identité de soi[14]

Les intervenants, de façon générale, parlent peu de leur propre identité ethnique. Mais, amenés à parler de leur clientèle et de leur pratique, ils mettent sur la table leurs valeurs, que beaucoup mettent en parallèle avec celles de leur clients, pour s'expliquer un comportement, une attitude, ou expliquer leur intervention, leur perception. Ce qui révèle certains éléments de leur propre identité. D'entrée de jeu, cependant, les intervenants ne la mettent pas de l'avant (sauf Hugues, un travailleur social, qui réfère constamment à ses propres expériences personnelles).

Une identité professionnelle dominante

C'est en tant que professionnel de la santé ou des services sociaux que les intervenants s'identifient.[15] Ainsi, Sophie se présente comme travailleuse sociale et en reste là, sans s'engager personnellement. Devant le problème de communication avec ses clients asiatiques (*voir « L'ethnicité : un mode d'explication », p.* 111), qu'elle explique par la culture de l'autre, elle ne se pose pas en tant que faisant partie d'une culture, mais comme travailleuse sociale qui manque d'information pour arriver à faire parler l'autre.

Luc, un travailleur social, comme Sophie, se définit comme une « personne ressource », un « intervenant pivot » et comme un « jeune professionnel ». Sarah, aussi travailleuse sociale, est, elle, une « intervenante du réseau » qui doit agir avant tout comme soutien ou accompagnatrice de ses clients. Sa consoeur Melpa s'identifie aux autres professionnels du CLSC où elle travaille (« Chez nous, au CLSC, dit-elle, on est tous des professionnels. On est tous traités sur le même pied. »), alors que d'autres, comme Hélène, qui se dit très autonome et n'aime rendre de compte à personne, réfère plutôt à l'« équipe école » regroupant des intervenants (des travailleurs sociaux, par exemple, mais aussi des enseignants) avec qui elle travaille dans le milieu scolaire. Quant à Charlotte, elle se décrit comme un « lien entre la famille, la communauté et l'école » et dit occuper une « position centrale ». Enfin, Simone, qui œuvre aussi auprès des enfants et de leurs familles, considère sa situation comme privilégiée par rapport aux autres intervenants du CLSC. « Infirmière, dit-elle, c'est connu partout dans le monde. Les gens connaissent ce titre professionnel et nous font confiance. »[16] Âgée de 43 ans, elle se définit aussi comme une « vieille intervenante »[17] d'expérience, par rapport aux jeunes, qui commencent leur carrière.

---

[14] Analyse du point F (Identité ethnique personnelle) du schéma d'analyse.

[15] Le fait que les entrevues se soient déroulées dans leur lieu de travail a peut-être influencé l'intervenant à se définir d'abord comme professionnel, car c'est en tant que professionnel que les intervieweurs les ont rencontrés.

[16] Comparativement à l'image qu'ont les travailleurs sociaux, Melpa, par exemple, parle de l'image négative de sa profession : « Beaucoup de Québécois de souche voient les travailleurs sociaux comme étant des gens qui veulent placer. Cette perception commence à se répandre. Je la retrouve chez les autres communautés. » Simone, une infirmière, ajoute : « Ce n'est pas simple pour les gens de comprendre comment ça fonctionne, surtout les gens qui viennent d'ailleurs. Plusieurs d'entre eux ne connaissent pas ça, les travailleurs sociaux. » Cependant, cela n'empêche pas certaines infirmières de sentir une certaine méfiance chez des patients d'autres communautés parce que son rôle est porteur d'autorité.

[17] Qu'elle aborde lorsqu'elle parle des changements de tâches découlant du virage ambulatoire, de la difficulté qu'elle éprouve à s'y adapter et du « sentiment d'incompétence » partagé par les « vieux intervenants », qui devraient au contraire, dit-elle, avoir « un sentiment plus grand de compétence ».

Une identité ethnonationale et ethnoculturelle

Hortense, médecin, s'identifie elle aussi comme professionnelle et à l'équipe d'intervenants qui, comme elle, travaillent spécifiquement avec les immigrants. Mais elle réfère aussi à sa propre communauté. Parlant des adolescents d'immigrants, souvent mieux intégrés que leurs parents, elle dit, par exemple :

> Ça crée un certain conflit entre les valeurs que les gens apportent de leur société et celles que leurs ados veulent vivre. Parfois, ça grince un peu. Parfois, les parents vont venir en parler, comment ils trouvent ça difficile. Bien, ce n'est pas plus difficile qu'avec *nous*, nos jeunes à *nous*, mais il y a cette partie des valeurs qui joue beaucoup. *(Hortense, médecin)*

Québécoise d'origine, elle ne s'identifie donc seulement comme professionnelle de la santé comme certains le font, mais aussi à la société québécoise. Son discours sur l'intégration et ses références aux valeurs d'ici traduisent une appartenance à cette société. Le « on » d'Hortense, dans d'autres contextes, y réfère ainsi nettement.[18] Mais elle a aussi une appartenance nord-américaine. On peut le voir dans le passage suivant, où elle rapproche la tendance des gens des pays de l'Est à ne pas se regrouper de celle des Nord-Américains :

> Les populations de l'Est ne [se regroupent pas], c'est un petit peu comme les Nord-Américains. *On* ne va pas facilement manger chez le voisin ou sortir sur la terrasse avec les voisins pour bavarder. *(Hortense, médecin)*

Plus loin, Hortense fait référence à « *nos* jeunes filles nord-américaines ». Le système de valeurs est donc associé à un ensemble plus large, nord-américain, sans étiquette nationale précise (canadien ou québécois). Et, mentionnant que les hommes consultent, en général, moins souvent le médecin que les femmes, elle dit : « Même dans *notre* population, ça arrive moins souvent. Ce sont les femmes et les enfants qui consultent le plus. » Elle ne précise pas toutefois quelle est cette population : québécoise? nord-américaine?

Sandra, infirmière dans le programme Enfance-famille, elle, s'identifie à la société québécoise francophone. Elle réfère à cet élément de culture qu'est la langue pour parler d'abord des enfants qu'elle rencontre dans les écoles qu'elle visite puis au groupe auquel elle s'identifie : « Les enfants parlent français. [...] ils parlent québécois. Ils parlent comme *nous-autres*. »

Par ailleurs, c'est par rapport aux différences culturelles constatées au cours de sa pratique que Simone, infirmière dans le programme Enfance-famille, aborde la question de sa propre identité. En parlant des différentes façons d'éduquer les enfants, elle dit avoir été amenée à « comparer » des façons de faire et devient plus consciente « de [ses] limites et de [ses] forces ». « Quand on est tous pareils, ou tous de la même culture, dit-elle, on ne compare pas. » En outre, elle aime rencontrer des gens qui ont vécu « des histoires incroyables » comme des « romans à raconter ».[19]

Certains intervenants ont pris conscience des différences à une étape antérieure de leur vie dont il font part en entrevue. Comme Sandra, une infirmière née au Québec, qui a pratiqué

---

[18] Quand elle parle, par exemple, des services de santé offerts et de la perception qu'ont ses clients de l'ex-Yougoslavie de ces services comparativement à la perception de clients d'origine asiatique.

[19] Sandra, une infirmière comme Simone, parle aussi de ses clients comme des « êtres qui ont une histoire ». De la même façon, Sarah, une travailleuse sociale, dit : « On doit tenir compte de l'histoire de la personne, de sa santé physique, de son histoire sociale, familiale et tout. L'aspect culturel est additionnel à l'analyse qu'on doit faire. »

quelques années chez les Inuits, puis en Suisse. Elle a donc vécu en étrangère et a été confrontée à des différences. Elle dit comprendre ce que vivent les immigrants :

> J'ai vécu en Europe, et, quand je voyais quelqu'un de mon pays, je me rapprochais tout de suite. On se regroupait. Mais je ne voulais pas rester seulement avec eux, je voulais découvrir la culture. *(Sandra, infirmière enfance-famille)*

Pour Sandra, la culture est l'élément principal qui définit chaque personne. Si elle est consciente de la sienne et de celle des autres, elle se définit, elle, de façon globale, à l'échelle du monde : « Je suis une terrienne », dit-elle en soulignant qu'elle ne se sent pas menacée par les différentes cultures. De son expérience chez les Inuits, elle dit avoir appris à vivre avec une autre culture et s'être intégrée : « Je me suis intégrée. J'allais pêcher et chasser avec eux. Et quand il voient qu'on aime apprendre leur culture, ils apprennent la nôtre. Il y a un aller-retour. »

L'identité des intervenants d'origine autre que québécoise

Et les intervenants qui sont d'origine autre que québécoise? Comment parlent-ils d'eux-mêmes? Font-ils ressortir leur propre identité ethnique? De façon générale, tout comme dans le cas des intervenants d'origine québécoise, ils mettent peu leur identité ethnique en avant. Ils ont tendance comme eux à ne pas la faire intervenir dans leur discours, dans leurs interventions. Certains le font, cependant. Comme Hélène, une infirmière originaire du Nouveau-Brunswick, qui parle de son origine et de celle de son conjoint, d'une autre province canadienne, pour faire saisir qu'elle vit les différences de valeurs dans sa vie privée. Cela l'aide, dit-elle, à comprendre le « choc des cultures et des valeurs » que vivent les immigrants et à définir son rôle relativement aux jeunes immigrants (« Je ne suis pas là pour changer quoi que ce soit; tu as tes valeurs, j'ai les miennes. »).

Barbara, une travailleuse sociale, parle peu de son origine danoise; elle ne fait que la mentionner. Jamais elle ne fait intervenir cette identité pour parler de celle des autres. Par contre, elle parle beaucoup de son choix de carrière : l'anthropologie, qui l'a menée au travail social par la suite. Sensible aux différences, c'est cette curiosité envers l'autre qui l'a poussée à étudier en anthropologie. Elle a fait ce choix, dit-elle, « à cause des différences ». Le travail social est une discipline qui lui a permis ensuite de vivre ces différences avec une clientèle pluriethnique. Elle réfère donc plutôt à une appartenance à un champ spécifique, puis à une appartenance professionnelle. Par ailleurs, elle se réfère aussi aux règles éthiques de sa profession. Elle s'identifie donc, sur le plan professionnel, aux travailleurs sociaux d'ici.

Nasser est, lui, d'origine égyptienne. Comme Barbara, il parle peu de son origine. Il s'identifie certes comme étant d'origine égyptienne, mais encore plus comme québécois. Et, comme la majorité des intervenants interviewés, c'est comme professionnel qu'il se présente. Nasser ne parle pas non plus du fait qu'il parle trois langues, le français, l'anglais et l'arabe. Bien que l'arabe soit sa langue maternelle avec le français, il parle davantage français étant donné son réseau social plus québécois francophone (*cf.* p. 63). En outre, jamais Nasser ne fait intervenir le fait qu'il soit d'origine égyptienne dans son travail; il ne parle pas, par exemple, des avantages que cela pourrait représenter, pour lui, d'intervenir avec la communauté arabe dans leur langue d'origine ou de partager certaines de leurs valeurs ou de leurs coutumes.

Au contraire de Nasser, Sybille, une travailleuse sociale d'origine tunisienne, se rapporte à son identité linguistique et culturelle. Cette identité définit le type de clientèle qu'on lui réfère : « Moi, dit-elle, je parle arabe. Alors, on me réfère ceux qui parlent arabe. Ça leur donne la possibilité d'avoir des services. Puisque je connais la culture des pays arabophones, on est ouvert à ce que je puisse les avoir. » Plus loin dans l'entrevue elle dit : « Je suis d'origine arabe ; je connais donc la culture, les traditions. Je connais cette clientèle-là, leurs valeurs et tout. »

Enfin, Melpa, une travailleuse sociale de 28 ans, est née au Québec de parents d'origine grecque. Elle parle français, anglais, grec et espagnol. Elle s'identifie comme grecque en disant « chez nous », qui réfère à la communauté grecque. Cependant, ce n'est qu'à la fin de l'entrevue qu'on apprend qu'elle est grecque d'origine; peut-être cela lui semble-t-il si évident (de par la consonance de son nom, par exemple) qu'elle n'en parle qu'à la fin.[20] (Elle aurait alors une appartenance ethnique « implicite », qu'elle n'a pas besoin d'expliciter.) Elle se définit aussi par rapport à l'âge de sa clientèle. Oeuvrant auprès des personnes âgées, elle indique qu'elle est « jeune » relativement à elles, et que cela crée une distance pour certains de ses clients.

Chaque intervenant a son histoire et son identité propres. Ainsi, Nasser et Sybille ne font pas intervenir culture et langue de la même façon dans leur travail. Le fait que Sybille, à l'opposé de Nasser qui a grandi au Québec, ait étudié en partie à Tunis explique peut-être son attachement à la culture et aux valeurs.

Hugues, un travailleur social oeuvrant dans les écoles qui s'intéresse particulièrement au racisme et aux moyens de le contrer, se définit, lui, comme Blanc. D'un séjour aux Bahamas, où il s'est marié, il retient que « dans la société, avoir la peau blanche donnait une facilité d'accès énorme. Je commençais à voir le racisme systémique selon la couleur de la peau : plus la peau était foncée, plus on était en bas de l'échelle. »

En outre, Hugues, de langue maternelle anglaise et né à Ottawa, en Ontario, s'identifie linguistiquement aux anglophones et politiquement à la société québécoise francophone :

> Quand je suis arrivé au Québec, je voulais vraiment m'intégrer. J'étais membre du Parti québécois. Comme anglophone au Québec, je voulais vraiment valoriser la langue française; je l'apprécie. J'apprécie beaucoup la beauté de cette culture-là.

Il était désireux de s'intégrer à la communauté de langue française, comme le sont, dit-il, les jeunes immigrants au Québec. Il a une « alliance naturelle », selon lui, avec la communauté francophone du Québec : malgré sa langue maternelle anglaise, c'est l'aspect de l'appartenance à la religion catholique qui détermine ses liens à la communauté dans laquelle il se reconnaît. C'est d'ailleurs ce parallèle entre ses expériences d'anglophone immigrant au Québec, de Blanc (comme il se définit lui-même) ayant épousé, en premières noces, une femme originaire des Bahamas, et en secondes noces, une femme de Trinidad, et, enfin, de père d'enfants mulâtres qui colore toute l'entrevue et influence sa pratique. Ainsi, il fait de la lutte au racisme son cheval de bataille et parle en abondance de sa propre expérience ou de celle de sa femme et de ses enfants.

---

[20] Parlant de sa clientèle elle dit : « Tous les Grecs que j'ai dans mes dossiers sont unilingues grecs. » L'intervieweuse demande alors : « Donc, ça veut dire que vous parlez grec. » Et Melpa de répondre comme une évidence : « Bien oui, je suis grecque. »

Conclusion

L'identité ethnique donne lieu à un discours où les dimensions sont multiples. La dimension ethnique en est une, mais elle n'est pas la seule. Elle est importante, puisque les intervenants pratiquent en milieu pluriethnique, mais elle ne domine pas dans leur discours. Ainsi, une place est faite aux facteurs sociaux comme l'âge, le sexe, les conditions socio-économiques, mais aussi à des grands ensembles sociaux, comme le quartier. L'importance donnée à la dimension ethnique par les intervenants varie selon leurs interventions; elle est très liée à la pratique. Chez un intervenant, par exemple, alors que l'ethnicité explique le comportement d'une cliente dans un cas, il n'y est pas fait référence dans d'autres. Leur discours révèle en outre une certaine ambiguïté : un même intervenant peut considérer important de tenir compte de la culture de l'autre dans l'intervention, et plus loin affirmer qu'il intervient auprès de tous de la même façon. Conscients des différences, certains parlent d'adaptation de leur intervention, mais arrivent difficilement à définir concrètement ce que serait cette adaptation. De leur propre identité ethnique, les intervenants parlent peu. Ils se définissent bien plus en fonction de leur statut socioprofessionnel. Ils se situent d'abord comme des professionnels de la santé ou des services sociaux. Et c'est en tant que tel qu'ils rencontrent leurs clients.

L'ethnicité : un mode d'explication

Les intervenants font-il intervenir l'ethnicité comme mode d'explication[1] d'un problème de santé, d'une situation, de l'échec ou de la réussite d'une intervention? Comment la dimension ethnique intervient-elle à ce moment dans leur discours?

***

Il arrive que les intervenants fassent appel à l'ethnicité comme mode d'explication. Ils y recourent lorsqu'ils n'arrivent pas à expliquer autrement une attitude ou un comportement de leur client. Nasser fait intervenir, par exemple, la communauté d'origine d'une de ses clientes pour expliquer son manque de référence pour comprendre le comportement de sa cliente d'origine vietnamienne :

> Je trouve que l'intervention est plus difficile avec la communauté vietnamienne. Ce sont des personnes plus introspectives. Et ils n'ont pas les mêmes codes de respect, de communication, etc. *(Nasser, travailleur social)*

Cependant, il arrive que ce mode d'explication soit fourni par les clients des intervenants, comme dans le cas de Sophie, qui explique pourquoi une intervention auprès d'une cliente asiatique a échoué (*cf.* p. 84) :

> La dame ne voulait pas vraiment le service. Finalement, elle a accepté de me voir, mais elle m'a dit: vous savez, dans ma culture, on ne parle pas des émotions, il est préférable de ne pas en parler, ça va passer. *(Sophie, travailleuse sociale)*

Sophie, constatant l'incapacité de communiquer de la dame, conclut : « Les Asiatiques, je trouve que c'est plus difficile d'aller les chercher. » Son mode d'explication relève de l'ethnicité. C'est, pour l'intervenante, parce qu'elle est d'origine asiatique qu'elle ne peut pas exprimer ses émotions. C'est un déterminant culturel qu'explique la cliente et qu'accepte l'intervenante. Elle ne pouvait l'aider parce qu'elle ne pouvait parler de ce qu'elle ressentait. De plus, la cliente « ne voulait pas le service », donc, n'était pas consentante à partager sa peine et à trouver une solution avec la travailleuse sociale.

C'est aussi l'appartenance ethnique, ethnoreligieuse cette fois, qu'amène comme facteur explicatif Luc, travailleur social lui aussi, devant son impuissance à intervenir auprès d'un client d'origine libanaise. Il lui était impossible d'arriver à établir une relation parce que l'homme refusait de se livrer, invoquant que seule la prière pouvait lui être d'un quelconque secours (*voir Communication, langue et interprétariat*). Luc accepte cette explication que lui donne le client :

> Il y a un écart culturel, j'imagine. Je ne pouvais pas aller du côté religieux, dit-il. C'est quelque chose qui ne fait pas partie de ma pratique. Et dans son analyse de la situation, moi, je n'étais rien, je ne pouvais pas l'aider.

---

[1] L'ethnicité comme mode d'explication est le troisième élément du point A du schéma d'analyse (Conception de l'ethnicité). Nous en avons fait ici une analyse particulière.

De façon générale, Sophie, elle, considère que les clients d'origine asiatique expriment difficilement leur monde intérieur, leurs émotions. Comme intervenante, elle perçoit une barrière entre elle et ces clients, qu'elle atteint difficilement. Le mode d'explication donné par Sophie réside dans l'origine ethnique de la personne:

> Souvent, je constate que la barrière est difficile à franchir avec cette clientèle-là. La cliente, une Chinoise, Vietnamienne d'origine chinoise, vivait des choses très difficiles, mais elle n'était pas capable, elle n'en parlait pas parce que, dans sa culture, on n'en parle pas.

Les Asiatiques, note-t-elle, sont plus difficiles à joindre. « C'est la clientèle avec laquelle j'ai plus de difficulté. Ce ne sont pas des gens qui vont parler facilement. La clientèle cambodgienne, vietnamienne, chinoise, c'est plus difficile. » Plus difficile aussi parce que l'absence de codes communs l'empêche de « comprendre l'émotion » de façon non verbale. Sophie s'interroge sur la façon d'atteindre ces clients qui refusent de communiquer véritablement :

> On écoute, on est empathique, on essaie par les moyens dont on dispose, mais je me demande toujours s'il y aurait d'autres choses qu'on pourrait faire, une autre porte par laquelle on aurait entrer.

L'explication ethnique semble liée à la méconnaissance de certaines cultures. En tout cas, c'est ce qu'elle propose comme explication :

> Il y a des choses qu'on ne sait pas sur certaines cultures. Si on les connaissait, cela nous aiderait dans notre pratique, ou, en tout cas, cela nous permettrait de comprendre mieux des choses. Comment aborder, par exemple, les Asiatiques, sans vouloir généraliser.

Sophie et Nasser ne sont pas les seuls à référer à l'ethnicité pour expliquer le comportement de clients asiatiques. Luc explique aussi par l'appartenance sociale l'incapacité des Asiatiques à communiquer : « Ce sont des gens qui ne s'expriment pas beaucoup, dit-il. Ils sont renfermés et ne veulent pas parler de leurs émotions. » L'identité ethnique est un facteur qui, pour lui, explique l'attitude d'une cliente, et suivant, l'échec de son intervention : c'est parce qu'elle est asiatique qu'elle était incapable de toucher réellement ses émotions. Comme intervenant, il n'a donc pu agir efficacement auprès de sa cliente, une jeune fille de 19 ans qui avait fait une tentative de suicide. Il n'a pas pu établir avec elle une relation qui aurait pu à long terme faire en sorte qu'elle exprime ses émotions.

Barbara, une autre travailleuse sociale, constate aussi une différence de valeurs lorsqu'il s'agit de l'expression des émotions. « On sait, dit-elle, que ce n'est pas pareil pour toutes les cultures. Il y en a qui considèrent que cela vaut la peine de parler des émotions. » Contrairement à Luc, Sophie et Nasser, elle n'identifie pas un groupe d'appartenance ethnique particulier, mais parle de façon générale. Notons qu'elle utilise le tour affirmatif pour le dire, alors que les autres intervenants disent plutôt qu'il y a des groupes qui n'arrivent pas à s'exprimer.

Le facteur ethnique n'est pas seul en jeu dans l'expression des émotions. Ainsi, Melpa et Barbara, toutes deux travailleuses sociales dont la clientèle est constituée de personnes âgées, invoque justement l'âge comme facteur explicatif du fait que les personnes âgées ont de la difficulté elles aussi à révéler leur monde intérieur. Barbara dit à ce propos :

> Pour ces personnes, avoir des problèmes émotionnels c'est être folles. Elles ne veulent pas toujours parler de leurs émotions, et ne sont pas habituées non plus. Quand elles étaient jeunes, ce n'était pas quelque chose qui se faisait. Aujourd'hui, c'est plus normal, pour les

jeunes, de parler de leurs choses... pour les personnes âgées, c'est privé. *(Barbara, travailleuse sociale)*

Barbara recourt aussi à une explication d'un autre ordre : la scolarité. Ainsi, selon elle, les gens plus scolarisés sont plus aptes à le faire. Et elle fait appel à la métaphore de la culture pour expliquer la différence de scolarité chez sa clientèle :

> Les gens instruits sont plus habitués à mettre des mots sur les émotions et à faire des abstractions que les gens mois instruits, qui, eux, vivent plus leurs émotions. Ils ne sont pas habitués à réfléchir sur le vocabulaire à utiliser. S'ils sont agressifs, ils sont agressifs, ils ne s'assoient pas pour dire: « Ah, j'ai un sentiment d'agressivité envers vous en ce moment. » [...] Ils veulent que ce soit concret dès le début; ils ne cherchent pas à comprendre pourquoi il y a ce pattern d'interaction dans la famille depuis des générations. Ou à comprendre comment leur enfant réagit quand il fait telle action ou qu'il dit telle chose. Ils veulent savoir quoi faire tout de suite. Concrètement. [...] *C'est comme une autre culture.*

Autre facteur explicatif mentionné par Barbara : le sexe. Ainsi, selon elle, les femmes s'épanchent plus que les hommes.

Les intervenants sont donc conscients des facteurs sociaux déterminant la communication et l'intervention. Ils y réfèrent cependant moins qu'à la culture, celle-ci étant davantage marquée dans un contexte pluriethnique. Mais dans ce contexte joue aussi tous les autres facteurs sociaux.

Outre l'inexpression des émotions, le facteur ethnique est parfois amené pour expliquer un phénomène ou un élément de la situation d'intervention. Ainsi, Hortense, médecin, raconte son intervention auprès d'une cliente cambodgienne enceinte qui souffrait de diabète gestationnel. Elle avait très peur. Hortense explique cette peur en référant à la culture d'origine de la patiente :

> Les Cambodgiens ont cette peur de prendre du sang, alors il faut s'imaginer qu'avec un diabète on en fait des prises de sang, on en fait des glycémies. Ils ont cette idée que si tu enlèves du sang, ça ne se génère pas. *(Hortense, médecin)*

L'ethnicité est aussi abordée sous l'angle des valeurs. Pour souligner une différence ou une distance entre la culture du client, par exemple, et celle de la société globale ou du groupe d'appartenance de l'intervenante. Ainsi, certains, comme Sarah, une travailleuse sociale, parlent de la non expression des émotions de façon plus générale en parlant de l'attitude de fermeture à l'égard de l'intervenant et de l'aide offerte, attitude qu'elle constate chez certains groupes :

> Je vois beaucoup de femmes qui ont de la difficulté à parler, dit-elle. Je pense, entre autres, à la communauté grecque dans laquelle on s'organise jusqu'à ce qu'elles n'en peuvent plus (ou jusqu'à ce que ça casse comme un élastique qu'on étire). Dans la communauté grecque, c'est important de garder pour soi certaines choses, de ne pas avoir recours à des services extérieurs, de ne pas parler de ses problèmes, de laver son linge en famille, pour utiliser une expression québécoise. *(Sarah, travailleuse sociale)*

Sibylle, travailleuse sociale d'origine tunisienne, dit ne remarquer aucune différence entre les problèmes vécus par sa clientèle d'origine québécoise et ceux des gens d'autres origines. Le facteur ethnicité n'explique par les problèmes de ses clients :

> Dans l'intervention, on essaie de voir si l'origine ethnique est un élément dont il faut tenir compte. Parfois, ça a une répercussion sur la situation-problème, parfois, ça n'a rien à voir du tout. Elle a beau être d'une autre origine ethnique, elle vit le problème de la même

façon. On essaie de ne pas étiqueter la personne, de ne pas se dire : bon, elle vient d'un tel pays, donc, elle doit être comme ça, on doit faire ça comme ça. Non. C'est ce que la personne est et ce qu'elle apporte avec elle comme matériel, c'est ça qui est important. *(Sybille, travailleuse sociale)*

Melpa, d'origine grecque, travaille auprès de personnes âgées et de leur famille. Elle parle des différences de perception des familles « québécoises ou canadiennes » et des familles d'autres origines, qui ont des modes d'explication différents des pertes de mémoire :

> Les gens des communautés culturelles essaient par leurs propres moyens de trouver des solutions et de normaliser les pertes de mémoire. Ils les expliqueront en disant : « C'est une personne âgée, elle a 86 ans, c'est normal. » Les Canadiens, les Québécois, vont avoir davantage tendance à poser un diagnostic; ils diront que les pertes de mémoire sont normales, mais ils vont aller plus loin : est-ce que c'est la maladie d'Alzheimer? Une démence? Mais il y a un autre facteur. Prenons les Arméniens, les Grecs, les Italiens, les Arabes, ils ont tous vécu des difficultés à cause des guerres en Europe, par exemple. Les parents de ces communautés ont fait beaucoup pour leurs enfants, alors les enfants se sentent une responsabilité envers eux; ils ont plus tendance à vouloir aider leurs parents par leurs propres moyens, à les garder chez eux le plus longtemps possible. Alors penser à placer leur père ou leur mère âgé est beaucoup plus difficile pour eux. Tandis que pour [les Canadiens] le placement de leur parent n'est pas plus facile pour eux, mais plus normal. Ils se disent : « J'ai fait ce que j'ai pu. » *(Melpa, travailleuse sociale)*

Cette différence liée à la culture influence donc le travail de l'intervenante. « Avec l'un on peut plus encourager et apporter un support, dit-elle, tandis qu'avec l'autre, il faut toujours expliquer et essayer de les ramener aux faits. »

Charlotte, dans les écoles où elle travaille, constate des différences entre les enfants de diverses origines. Ainsi, dans une intervention sur la sexualité, les enfants réagissent différemment :

> Pour une famille asiatique, parler sexualité, vous allez avoir un enfant qui va pointer du nez sur son bureau tout le temps. Pour un Québécois, il va poser des questions. Pour quelqu'un qui vient d'une culture où la sexualité est très ouverte, c'est plus facile.

En résumé, les intervenants abordent donc l'aspect ethnique comme explication, pour interpréter les difficultés de leurs interventions avec des membres d'un groupe ethnique précis (les Asiatiques), ou de façon globale, pour faire part des différences de perception ou de valeurs chez certains de leurs clients. Cet aspect ethnique est par ailleurs un facteur parmi d'autres, il n'est jamais le seul. Comme dans le cas que nous raconte Sabrina, une travailleuse sociale en milieu scolaire. Il s'agit d'une jeune fille d'origine cambodgienne, en quatrième secondaire, qui a des relations difficiles avec ses parents. Son père est alcoolique et violente sa mère. En outre, comme sa mère fait de la couture pour une entreprise de vêtements, elle doit l'aider dans la soirée, après l'école. Elle est partagée entre son désir d'aider sa mère et ses propres besoins et désirs d'adolescente. Sabrina rencontre cette jeune fille à l'école et discute de ses problèmes.

> Elle étouffait chez elle, raconte Sabrina. Elle jouait beaucoup le rôle de parenting; elle voulait beaucoup protéger sa mère. Elle voyait assez clair, elle était assez lucide à propos de qui se passait dans sa famille, de comment sa mère était victimisée.

Elle poursuit :

> La jeune était coincée entre ses besoins à elle d'étudier, de se préparer pour finir son secondaire, ses besoins affectifs (elle avait un copain) et les dégâts qu'elle voyait à la maison. [C'est] une jeune qui avait elle-même souffert de carences affectives, qui ne se souvenait pas qu'on se soit occupé d'elle, qui voulait d'une façon incroyable être en contact avec sa mère, elle voulait être comprise par sa mère. Par son père aussi, mais son père était comme beaucoup plus loin. Et ça ne marchait pas. Elle disait: ma mère ne comprend rien. Elle était assez désespérée quand elle est arrivée, elle ne dormait pas. Ce qu'elle faisait, c'était qu'elle travaillait avec sa mère pour qu'elle puisse gagner plus d'argent, alors elle travaillait le soir très tard, jusqu'à 11 heures, minuit. Sauf que sa mère donnait l'argent au mari qui allait le boire. Elle voulait aider sa mère, mais, en même temps, elle était très consciente que ce n'était pas ce qu'elle faisait. [...] Elle avait des choses à réaliser elle-même. Ce n'était pas une fille qui était abattue; elle vivait cette difficulté en étant consciente de son potentiel et du fait qu'elle pouvait faire des choses et que ce que tout ce qu'elle vivait dans la famille était un frein à son épanouissement.

Le contexte de l'intervention défini, Sabrina aborde l'objectif de son intervention:

> Après évaluation, ça a été de voir ce qui lui appartenait à elle et ce qui appartenait à sa mère ou à sa famille, et de voir quels étaient les choix ou les options qu'elle pouvait prendre. Alors ça a été d'abord de prioriser ses besoins sur le plan personnel et sur le plan de la famille et de voir ce qu'elle était capable d'assumer. C'était difficile parce qu'elle était encore vraiment en demande [affective], elle... c'était comme si elle avait voulu récupérer. Alors mon premier travail, ça a de lui faire faire le deuil de ce qu'elle n'allait plus avoir dans le fond.

Progressivement, Sabrina a amené l'adolescente à évaluer la situation et à faire des choix.

> Évidemment, dit-elle, ça ne s'est pas fait en deux rencontres. Il a fallu l'amener à prendre conscience que ce qui est perdu est perdu et que c'est important de comprendre ce qui s'est passé mais sans y rester accrochée. Et l'amener à décider ce qu'elle peut faire, ce qui est possible de faire, ce qui lui permettrait de se réaliser. Et cela, indépendamment de cette famille carencée et de ce milieu qui, dans le fond, ne l'aide pas. Alors, on a identifié [certaines choses] : je réussis bien à l'école, c'est ça que je veux faire, j'ai une relation intéressante avec mon chum, et j'y tiens. Mais dans quelle mesure tu y tiens? Elle a relativement bien cheminé: petit à petit elle a été capable. Un des gros morceaux par rapport à sa mère, ça a été de lui dire que les études, pour elle, c'était important, et que si elle continuait à travailler tard le soir, c'était préjudiciable pour celles-ci : on voyait que les notes dégringolaient.

À propos de cette intervention, Sabrina conclut : « Elle a trouvé une espèce d'équilibre, qui n'est probablement pas idéal à long terme, mais elle a au moins appris à se protéger. »

Tout au long de la narration de cette intervention, Sabrina ne fait référence qu'une fois à l'origine ethnique de l'adolescente, pour présenter la jeune fille. Mais cette origine ethnique n'est jamais présentée comme cause ou facteur explicatif du problème de l'adolescente. D'autres facteurs sont mentionnés : alcoolisme du père, violence familiale, travail de la mère, carence affective de la jeune fille. Le facteur ethnique, qui fait en sorte que la jeune fille vit un conflit générationnel propre à l'adolescence mais exacerbé par le fait que ses valeurs s'opposent en plus à celles, plus traditionnelles, de ses parents, n'est qu'un élément parmi d'autres.

Le milieu pluriethnique : un obstacle ou un soutien au processus d'intervention?

Dans cette partie, nous présentons l'analyse de l'intervention comme processus (point B2 du schéma d'analyse).[1] Nous nous intéresserons aux éléments qui émergent de ces entrevues. Nous présenterons ensuite l'analyse des vignettes, les situations d'échec et de réussite racontées par ces intervenants. Nous verrons ce qui les caractérise. Le milieu pluriethnique s'avère-t-il un obstacle ou un soutien au processus d'intervention?

Individu et famille

Un élément qui émerge des entrevues concerne la question de l'individu, de sa famille ou de son intégration dans sa communauté. Parce que le client est d'une autre origine ethnique, l'intervenant l'inscrit dans un ensemble plus large qui est présent ou qui a des conséquences sur son travail d'intervention. Ainsi, dans la relation intervenant-client, intervient un troisième acteur, la famille ou la communauté. Parfois, cela peut gêner l'intervenant, car l'influence de la famille complique son intervention. Voyons ce que racontent les intervenants à ce propos.

Luc, un travailleur social, voit une clientèle pluriethnique. Il note qu'il y a beaucoup d'interventions en maintien à domicile, auprès de la « population vieillissante » : « Les gens sont confinés à une réalité: ils n'ont pas le choix d'avoir des services. Sinon, ils *s'organisent beaucoup entre eux*, ils vont chercher des services. » Le recours aux services du CLSC est ponctuel, étant donné qu'il n'est pas le seul et que la communauté joue un rôle actif dans la production de services.

Barbara, une travailleuse sociale, intervient au domicile de ses clients, et a, pour sa part, souvent affaire avec les familles de ses clients. La famille est donc un acteur important dans ses interventions. Barbara doit en tenir compte puisque c'est la famille qui, souvent, a le pouvoir de décision. Elle raconte :

> Souvent, je ne suis pas la première personne à avoir vu la personne : si l'ergothérapeute l'a vue et qu'elle me la réfère, la *famille* peut décider de ne pas voir quelqu'un d'autre... Si une personne va mourir, parfois, la *famille* dit : « Je ne veux pas que tu parles avec la personne de ça, je ne veux pas qu'elle perde espoir. »

Le rôle de la famille chez certains clients amène Barbara à comparer les normes sociales en vigueur au Québec avec celles des clients :

> Ici, dit-elle, c'est plus individualiste: c'est la personne elle-même qui prend une décision pour sa vie. Mais pour eux, souvent, ce n'est pas comme ça. C'est la famille qui prend la décision. Ce n'est pas la personne. C'est qui notre client? Ce sont les *personnes*. [...] Ce n'est pas les membres de la *famille*. Mais, pour les Arméniens, pour les Italiens, pour bien d'autres gens, en général, c'est toute la famille ensemble, et c'est la famille qui prend les décisions.» *(Barbara, travailleuse sociale)*

---

[1] Cette analyse porte sur neuf des entrevues : celles de Barbara (travailleuse sociale), Blanche (ergothérapeute), Hortense (médecin), Hugues (travailleur social), Luc (travailleur social), Melpa (travailleuse sociale), Nasser (travailleur social), Sandra (infirmière) et Sophie (travailleuse sociale).

Mais la famille peut aussi être source de support, ce qui est important dans le suivi des clients. Plus loin, Barbara dit apprécier quand le client a un réseau familial, parce qu'il peut, par exemple, s'assurer du suivi et l'appeler en cas de besoin.

> J'aimerais mieux que tout le monde soit au courant de l'intervention dans la famille. Eux, ils sont responsables de vérifier parce que, moi, je ne peux pas aller vérifier. S'il y a un bon réseau familial, c'est bien. Quand il n'y en a pas, c'est sûr que ça demande beaucoup plus... Ça prend plus de temps pour contacter les voisins; si elle a besoin de médicaments, il faut demander à quelqu'un de vérifier pour elle. C'est long trouver quelqu'un qui veut le faire, qui veut s'occuper de la personne, aller la voir, etc. *(Barbara, travailleuse sociale)*

La famille du client est donc perçue tantôt comme une entrave au contact avec le client, tantôt comme facilitant le suivi. Mais, dans tous les cas, elle apparaît comme un élément qui modifie la situation d'intervention. L'intervenant est parfois pris entre l'arbre et l'écorce. Barbara raconte : le cas d'un de ses clients, malade, qu'elle visite chez lui. Elle ne peut jamais le rencontrer seul, les membres de la famille sont toujours présents, ce qui l'amène à modifier son intervention :

> Une fois, je suis allée le voir, il y avait une soeur et une tante. Et la tante me bombardait de questions sur sa maladie et ses chances de guérir. La tante était harcelante, mais ça dérangeait encore plus mon client que moi. Je voyais que ça le fatiguait de l'entendre poser ses questions comme ça. [...] Je n'ai pas pu faire l'intervention que j'avais prévue à cette visite-là parce que la tante était là. *(Barbara, travailleuse sociale)*

Le fait d'intervenir en présence de membres de la famille, comme la tante, nécessite une adaptation de la part de l'intervenant. Barbara commente :

> Il faut toujours s'ajuster. Mais il y a moyen aussi, soit de voir le client tout seul dans une autre pièce, ou de prévoir une autre visite en disant au client qu'on aimerait le rencontrer seul, ou seul avec sa sœur ou son épouse. Il y a moyen de s'organiser. Mais, parfois, la famille peut être un obstacle. Moi, j'ai un peu de difficulté quand il y a beaucoup de gens. Je n'aime pas toujours ça parce que, souvent, je sens que la personne est moins à l'aise de parler. Il peut arriver, par exemple, que la personne qui est malade démontre une image de personne forte et en santé devant sa famille pour ne pas l'inquiéter. Mais, devant moi, elle aurait seulement le goût de dire : « J'ai de la difficulté à faire ça et je suis inquiet parce que j'ai tel et tel autre problème. » Parfois, quand on est seul avec le client, il nous fait des confidences. Mais, d'autre part, avoir la famille, c'est aidant parce que le client peut dire qu'il n'a pas de problèmes, mais, derrière lui, on voit l'épouse ou quelqu'un de la famille qui dit : « Oui, il a des problèmes » en se prenant la tête à deux mains et en faisant de grands signes sans que le client le voit. *(Barbara, travailleuse sociale)*

La famille est donc très présente dans le discours des intervenants en milieu pluriethnique. Elle est un acteur dont les intervenants doivent tenir compte. L'engagement de la famille auprès du client est apprécié, mais la place qu'elle prend est souvent perçue comme envahissante. Sandra, infirmière dans le programme Enfance-famille, pour sa part, parle de la famille immigrante et de son isolement. Selon elle, la cellule familiale refermée sur elle-même est une sorte d'enclave, de milieu clos peu perméable aux interactions, aux influences extérieures, c'est-à-dire du pays d'accueil. Elle se replie sur elle-même, ce qui signifie parfois un non-accès (délibéré ou non) aux ressources disponibles.

Adaptation de l'intervention

Pour plusieurs intervenants, des aménagements de l'intervention sont nécessaires en milieu pluriethnique, pour d'autres, non. L'intervention peut être modulée, mais jusqu'à un certain point au-delà duquel il ne leur est pas possible d'aller (pour des raisons de sécurité ou des raisons éthiques). Les intervenants s'interrogent cependant sur la façon d'adapter leur intervention, sur leurs normes cliniques et sociales (*cf.* p.). Barbara, par exemple, parle de son intervention auprès d'un client mourant. Elle s'interroge particulièrement sur ce qu'elle peut et doit faire :

> Dans son testament, sa fille avait la moitié moins d'argent que les autres. Pour nous, c'est inacceptable parce que tous les enfants sont égaux; pour eux, c'est autre chose. Elle n'était pas mariée, elle avait 35 ans: elle devra se marier et son mari prendra soin d'elle. Elle n'a pas à attendre de l'argent; elle est irresponsable de ne pas se marier. Je peux dire OK, c'est comme ça que ça fonctionne dans la famille, mais est-ce que je dois le supporter? Qu'est-ce que je vais faire avec ça? *(Barbara, travailleuse sociale)*

On constate deux tendances dans le discours : certains intervenants semblent privilégier une intervention standard (la même pour tous par souci d'égalité et pour ne léser personne), ou une vision qu'on pourrait qualifier d'universelle, tandis que d'autres disent chercher davantage à adapter l'intervention au client. Une autre voie se dessine : la recherche, par plusieurs, de nouvelles stratégies pour répondre aux mêmes objectifs de l'intervention.

Melpa est une de celles qui, sans changer en profondeur son intervention, cherche une façon d'atteindre ses objectifs en adoptant une nouvelle approche. Elle signale que ses critères et objectifs d'intervention sont les mêmes, quelque soit l'origine du client. Elle donne comme exemple une situation de violence où elle se référerait aux lois en vigueur. Néanmoins, elle nuance en disant qu'elle devra utiliser des stratégies spécifiques, mais sans modifier le fond de son intervention. Elle s'attaque plutôt à la forme. Ainsi, amenée par l'intervieweur à comparer ce qu'elle aurait fait dans un cas avec un cliente arménienne plutôt que québécoise anglophone, elle dit :

> Je sais qu'avec certaines cultures, il y a certaines normes à respecter. [On doit] essayer de comprendre aussi certaines choses. Mais sur le plan de l'intervention, j'aurais agi de la même manière [quelle que soit l'origine ethnique du client]. Ce n'est pas parce que c'est une anglophone ou une arménienne que je vais laisser une cliente à domicile avec un fils violent [...] Ce qui serait peut-être différent [si la cliente avait été arménienne par exemple], c'est que j'aurais eu davantage tendance à essayer de voir s'il n'y avait pas quelqu'un d'autre dans la famille. Si ça avait été un Arménien fils unique, je n'aurais pas eu le choix et j'aurais réagi de la même manière. Mais je pense que j'aurais plus d'explications à lui donner après. [Si] l'Arménien vient d'immigrer, il est avec sa mère, il ne comprend peut-être pas nécessairement tout le système [...] Il faudra peut-être que j'explique un peu plus. J'aurais plus tendance à expliquer et à justifier mes actes. *(Melpa, travailleuse sociale)*

Pour certains, intervenir sans tenir compte de façon particulière de l'origine ethnique du client révèle peut-être une volonté de ne pas discriminer les clients. Melpa, parlant du recours à des ressources d'aide, ne cherche pas à les identifier selon l'ethnicité et à référer spécifiquement

un membre d'une communauté déterminée à une ressource précise appartenant à cette communauté:

> Que ce soit italien, arabe, grec, français, que ce soit n'importe quoi, on ne s'arrête pas pour dire : ça, c'est un organisme communautaire ethnique. Non. Ce sont des organismes communautaires. [...] On ne fait pas la différence entre ethnique ou non ethnique. Pas du tout. [...] On les traite tous sur le même pied d'égalité.

De façon générale, il y a reconnaissance des particularités de la clientèle pluriethnique. Mais les intervenants ne mettent pas proprement en cause leur mode d'intervention. Le regard porté a priori sur le problème à traiter dans l'intervention est le même. L'adaptation de la pratique, pour certains, comme Blanche, une ergothérapeute, doit se faire pour chaque intervention, celle-ci étant considérée chaque fois comme quelque chose d'unique déterminée par l'histoire de chacun. Elle résume :

> l'être humain, on le considère comme un être bio-psycho-social, [...] il faut connaître notre personne, son passé, la religion, ses habitudes de vie, il faut connaître d'où elle vient aussi, qu'est-ce qu'elle a passé comme épreuves, quelles sont ses valeurs à elle, parce que sinon on n'arrive à rien.

La différence des cultures, la négociation des objectifs de l'entrevue relativement à la culture et aux différences s'effectuent tout au long du processus de l'intervention. Selon Nasser, la culture varie selon l'individu, chacun l'actualisant à sa façon. L'intervention, pour lui, est une négociation entre lui et son client. Sandra, elle, considère qu'elle fait affaire avec des personnes et qu'elle doit les respecter et respecter leurs différences. « Je ne suis pas choquée quand ils ne veulent pas quelque chose. Je me dis que c'est correct : ils mangent, ils ont chaud, les enfants vont à l'école. On ne peut pas rentrer avec un marteau. »

Certains intervenants semblent accepter de faire des compromis pour atteindre le client, pour établir le contact et le maintenir, tandis que d'autres considèrent au contraire qu'il est nécessaire que le client adhère aux normes et valeurs véhiculées par l'intervention en CLSC. Ce sont des choix individuels (dans le cas de Barbara, Nasser, Melpa et Luc), mais qui peuvent découler de leur expertise, de l'expérience personnelle[2] et du type de structure dans lequel ils interagissent (poids de la structure organisationnelle, contrôle, place faite aux nouvelles pratiques, au risque et aux innovations).

Melpa, par exemple, raconte comment, dans certains cas, l'appartenance ethnoreligieuse intervient dans sa pratique en maintien à domicile et comment elle doit en tenir compte. Elle en conclut qu'il faut s'adapter, selon les religions (« Toutes les religions ne sont pas pareilles », dit-elle) et inventer en quelque sorte son mode d'intervention. L'intervention racontée est celle faite auprès d'un homme musulman, atteint d'hépatite C. Insulté parce que Melpa avait gardé ses souliers, l'intervenante, surprise de sa réaction et ignorante du fait qu'elle devait enlever ses souliers, a rapidement expliqué son oubli en disant qu'elle devait les garder parce qu'il pouvait y avoir du sang par terre. Le client a compris, s'est excusé. Cette situation, qui aurait pu être conflictuelle, est cependant considérée par Melpa comme une exception. Elle normalise en

---

[2] Melpa évoque l'impact de l'expérience acquise sur ses stratégies d'intervention. Sandra, quant à elle, estime que son discours évoluera peut-être avec le temps et l'expérience dans le milieu pluriethnique : « Quand cela fera neuf ans, j'aurai peut-être un autre discours. »

quelque sorte la situation en disant qu'il s'agissait d'une réaction à un diagnostic (une sorte de réaction de type universel non liée à l'ethnicité) :

> Le monsieur, dit-elle, était en réaction à un diagnostic qu'il venait d'avoir. Il cherchait la petite bête noire. Il voulait me trouver quelque chose pour exploser, faire sa crise. J'avais une question à lui poser au sujet de la sexualité : une chance que je ne l'ai pas posée. Alors, j'ai passé à la question des croyances religieuses. Il m'a dit : « Qu'est-ce que ça peut bien faire au gouvernement si je suis catholique ou athée. Tu poses plein de questions indiscrètes. » Je venais juste d'expliquer que j'allais lui poser des questions [délicates]. J'ai compris qu'il avait réagi comme ça parce qu'il était en réaction à un diagnostic qu'il venait de recevoir, à de mauvaises nouvelles. *(Melpa, travailleuse sociale)*

En contexte pluriethnique, les intervenants constatent des particularités relevant de l'appartenance ethnoculturelle de leurs clients: certains disent l'adapter, d'autres disent poursuivre leur intervention, sans nécessairement la modifier. Leur intervention est donc la même pour tous, quelque soit l'origine ethnique du client. Mais il n'y a pas un discours uniforme : un même intervenant peut raconter une situation où il modifie son comportement dans un cas, mais pas dans un autre. Ou juger qu'il l'adapte à chacun de ses clients, considérant que chacun d'eux est unique et que leur situation est toujours particulière par certains aspects.

Analyse des vignettes : situations d'échecs et de réussites

En entrevue, les intervenants devaient raconter deux interventions : une qu'ils considèraient avoir réussie, et une qu'ils considèraient avoir échouée. Notons que les intervenants ne spécifiaient pas toujours l'origine ethnique des clients auprès de qui ils sont intervenus dans ces cas d'échecs et de réussites. Mais, comme la majorité des intervenants rencontrés exercent leur profession dans un quartier pluriethnique, leur clientèle l'est aussi. On peut donc penser que l'origine ethnique des clients était variée. Et que les intervenants la mentionnent souvent lorsqu'elle a un sens dans l'intervention. Mais, de façon générale, l'ethnicité ne semble pas être un facteur d'explication des échecs ou des réussites.

Par ailleurs, plutôt que d'échecs ou de réussites, les intervenants abordent généralement cette question sous l'angle de la difficulté que représente pour eux tel ou tel aspect de leur intervention: ils parlent des écueils, obstacles ou des facilitants. Nasser, lui, dit explicitement : « Il n'y a pas vraiment de réussite... il n'y a pas d'échec comme tel. » Pour certains, les situations sont racontées suivant le degré de difficulté de l'intervention, qui se termine finalement de façon satisfaisante. Ainsi, une intervention réussie est celle qui, au départ, semblait avoir toutes les caractéristiques d'une intervention qui n'aboutirait pas et qui, contre toute attente raisonnable, se concrétise et atteint ses objectifs. Par exemple, lorsque des difficultés,[3] multiples au départ, arrivent à être surmontées.

Pour Blanche, une ergothérapeute, et Barbara, une travailleuse sociale, le travail avec l'individu, est rendu difficile voire impossible par la dynamique familiale, la présence incontournable des membres de la famille du client qui nuisent au bon fonctionnement de l'intervention. Pour Blanche, il est difficile de raconter de façon spécifique un cas d'échec ou de réussite. Néanmoins, on peut relever que l'attitude de l'entourage familial est un facteur

---

[3] Comme la langue, le refus de collaborer du client, la différence de normes sociales et cliniques.

déterminant dans son intervention. Pour elle, en effet, la famille peut être une richesse ou une entrave. Il faut s'adapter, s'ajuster et trouver des façons de rencontrer seule la personne, d'avoir accès à ses « confidences », d'être plus près de ce que la personne ressent, ou vit vraiment. Pourtant elle indique que parfois le client n'est pas à même de donner l'heure juste. Alors, dans ces cas-là, la famille est précieuse et permet à l'intervenant de mieux saisir les enjeux de la situation. Par ailleurs, il semble plus facile d'évaluer une intervention individuelle (counselling classique) qu'une intervention mettant en scène plusieurs acteurs.

Le changement

Une notion clairement exprimée par plusieurs intervenants dans les vignettes racontées est celle du changement dans la situation du client ou dans ses réactions et comportements considérés (implicitement) comme inadéquats. Réussir une intervention ou vivre une intervention satisfaisante, c'est, pour les intervenants, quand elle évolue. Quand la situation n'évolue pas, ou qu'il n'y a pas de volonté de changement de la part du client, l'intervention est perçue comme difficile. L'engagement et la coopération du client dans l'intervention sont vus comme favorisant la réussite de l'intervention. Certains, comme Luc, lient leu réussite à la capacité d'introspection de la personne.

Blanche, pour sa part, parle essentiellement du fait qu'une situation évolue ou non. Elle accepte et comprend que des personnes ne suivent pas toutes ses recommandations et qu'elle doit s'y prendre de façon graduelle; elle ne doit pas s'arrêter aux premiers refus de coopération, par exemple. Les réticences sont normales, selon elle, mais en cours d'intervention, s'il n'y a aucune évolution, elle trouve cela difficile et frustrant. Il faut un minimum de changements. Elle raconte :

> Il s'agit de cheminer graduellement et d'accepter que, si on a fait six recommandations, il y en a qui ne seront pas suivies. Peut-être, dans deux mois, la deuxième sera suivie, et au bout d'un an on en aura peut-être trois. Je gère bien cela d'habitude. Je trouve même que c'est encourageant quand une personne est réticente au début de l'intervention: après, elle accepte peu à peu des choses. C'est bien parce qu'on voit une progression. On voit que la personne chemine, on voit que ce qu'on fait l'aide aussi. Mais si la personne ne veut rien savoir, c'est plus difficile. *(Blanche, ergothérapeute)*

Tous les intervenants, cependant, ne peuvent pas comme Blanche suivre l'évolution de leur intervention dans le temps. Ainsi, le travailleur social intervient d'une autre façon; conséquemment, l'évolution de son intervention se mesure autrement. Ainsi, un travailleur social qui intervient auprès d'enfants peut éprouver des difficultés à obtenir la collaboration des parents pour faire évoluer les choses. L'absence de collaboration du client bloque le processus d'intervention: elle est aussi responsable des situations d'échecs racontées, dans le cas de Nasser par exemple, qui parle d'une cliente, mère d'enfants handicapés :

> On marche toujours sur des oeufs avec elle, raconte-t-il. Elle était très méfiante, on avançait à petits pas, et les enfants ayant de grands besoins, on ne pouvait pas se permettre d'avancer à petits pas. Et son conjoint était lui aussi pas mal méfiant. C'est plus difficile, dans ce cas, d'intervenir, de faire avancer les choses. Ça a pris trois ans pour qu'elle accepte un éducateur spécialisé: il a fallu être patient. *(Nasser, travailleur social)*

La gratification

Réussir une intervention, c'est atteindre des objectifs qui sont à la fois ceux du client et ceux de l'intervenant. Réaliser le souhait de la cliente ou du client, par exemple, ou mettre en oeuvre un ensemble d'actions pour atteindre un but. Mais c'est aussi, pour certains intervenants, obtenir en retour une reconnaissance de leur travail. Cette reconnaissance professionnelle est un déterminant de la réussite; le fait que le client reconnaisse le travail de l'intervenant démontre qu'il a conscience du chemin parcouru et qu'il est satisfait de la relation établie avec lui. Cette reconnaissance est un élément de satisfaction du travail accompli. Dans les vignettes racontées, il n'y a aucune mention de l'importance de la reconnaissance par les collègues, l'équipe, le service ou la structure. Cependant, le travail en synergie des intervenants peut être source d'intervention réussie. Ainsi, Barbara, une travailleuse sociale, raconte son intervention auprès d'une dame âgée qui avait des troubles de la mémoire et de l'orientation temporelle et spatiale. Plusieurs professionnels et plusieurs personnes aidantes ont été mobilisées afin d'offrir un milieu sécuritaire à la dame qui vivait encore à son domicile. Et, comme l'objectif de l'intervention a été atteint (« garder la personne à domicile et optimiser sa sécurité »), Barbara considère cette intervention comme réussie.

Certains gestes professionnels, comme le fait de signaler un enfant à la Direction de la protection de la jeunesse, de faire une demande de curatelle, donc de faire intervenir une instance répressive, sont considérés comme difficiles, même si les intervenants ne parlent pas nécessairement d'échecs dans ces cas-là.

Ethnicité et difficultés dans l'intervention

Le manque d'expérience avec certaines communautés apparaît à certains intervenants comme un facteur pouvant amener des difficultés dans l'intervention. Cette inexpérience ou cette méconnaissance, si elle est une difficulté constatée par beaucoup d'intervenants, est cependant rarement mentionnée comme source d'échec. Nasser, par exemple, lie son incapacité d'entrer en relation avec sa cliente à sa méconnaissance de la communauté vietnamienne. L'ethnicité de la cliente semble aussi en jeu : c'est parce qu'elle est vietnamienne qu'elle n'exprime pas ses émotions. Luc parle aussi de la difficulté d'intervenir auprès des « Asiatiques » pour la même raison (« Ce sont des gens qui ne s'expriment pas beaucoup »). Le refus de collaborer du client, cité comme facteur d'échec, peut aussi être accompagné d'un facteur qui relève de l'histoire du client et de son ethnicité. Ainsi, Barbara parle de l'échec vécu avec une famille juive marquée par l'expérience des parents dans les camps de concentration. « Ils ne peuvent avoir confiance dans le gouvernement. Dans la famille, oui, pas dans les gens de l'extérieur. » Ce qui l'amène à conclure que les gens qui ont vécu des situations d'oppression politique ont tendance à demander moins d'aide, à s'organiser entre eux (en famille, entre amis) et à référer à leurs organismes d'aide.

De façon générale, l'ethnicité ne semble pas être un mode d'explication de l'échec plus courant qu'un autre en situation pluriethnique. En outre, elle n'est jamais mentionnée comme facteur de réussite. Même si, dans les entrevues proprement dites, les intervenants sont d'avis que de connaître la culture peut éviter certains écueils, donc favoriser la réussite de l'intervention.

***

Le milieu pluriethnique s'avère-t-il un obstacle ou un soutien au processus d'intervention? Il n'y a pas de réponse claire dans le discours des intervenants analysé. Certains intervenants font part de difficultés, liées à des situations précises. D'autres, s'ils reconnaissent des difficultés, considèrent certains éléments de la culture des clients comme soutien à l'intervention. La présence du réseau familial, par exemple, est perçu à la fois comme un obstacle et comme soutien. D'autres obstacles se dressent devant les intervenants en contexte pluriethnique; ceux-ci relèvent fréquemment de la communication. C'est à cette dernière que le prochain chapitre est consacré.

Communication, langue et interprétariat

Dans notre schéma d'analyse, nous avons fait une place à l'intervention comme mode de communication.[1] Quelle place occupe la communication dans l'intervention en contexte pluriethnique? Comment la gère-t-on?

La communication, au cœur de l'intervention

La communication est au centre de l'intervention, c'est elle qui la modèle, l'actualise. C'est par cet échange entre deux interlocuteurs qu'une relation peut s'établir. Car intervenir, c'est d'abord établir une relation. Certes, cette dimension varie selon le type d'intervention. Elle occupe un espace important, sinon tout l'espace dans certains cas. L'intervention consiste à donner des informations, à parler, à écouter aussi. Une intervention psychosociale, par exemple, c'est avoir un entretien ou une conversation avec quelqu'un, faire une entrevue, bref, c'est échanger avec quelqu'un, un client, dans un but précis. Et l'intervenant doit s'assurer d'avoir les conditions pour que cette communication ait lieu, sans quoi l'intervention devient impossible, comme le dit cette travailleuse sociale, qui préférerait rencontrer sa cliente, une jeune mère monoparentale qui a une petite fille de cinq ans hyperactive, à son bureau du CLSC pour assurer la communication dans un contexte la favorisant et avoir des consultations régulières avec elle :

> Ce n'est pas simple. Cette femme a un autre enfant à la maison, un garçon de quatre ans. Aussi actif que sa petite fille. Elle a peu de ressources pour faire garder ses enfants et, actuellement, elle ne veut pas le mettre en garderie; ça, c'est une chose sur laquelle on va devoir travailler. Alors, *ce n'est pas simple de la rencontrer et d'avoir une conversation.* Nous nous organisons, avec la garderie, au CLSC, pour faire en sorte que l'enfant aille à la garderie pendant que la mère vient s'asseoir avec moi. Mais la partie n'est pas gagnée. *(Sophie, travailleuse sociale)*

L'établissement d'une relation

Avoir des consultations régulières permet de développer une relation avec le client. La relation bien établie, l'intervenant peut agir et arriver à influencer le client, à l'aider, à l'informer, à lui faire comprendre ou admettre des choses. La relation dépasse même la communication. Une fois l'intervention close, après un an de rencontres bimensuelles ou mensuelles, la relation reste. Les participants se connaissent, ils partagent quelque chose, sont quelqu'un l'un pour l'autre. Un travailleur social oeuvrant dans le programme Enfance-famille, qui intervient auprès de parents qui ont un enfant déficient intellectuel, dit :

> Lorsque je clos une intervention, je ne leur dis pas : « Maintenant, c'est fini, si jamais vous avez besoin d'aide de nouveau, adressez-vous aux services sociaux courants. » Non, je ne fais pas ça. Il y a une *relation qui a été bâtie* pendant un an. Je leur dis : « Si jamais vous sentez le besoin pour autre chose, appelez-moi. » *(Nasser, travailleur social)*

---

[1] Point B3 du schéma d'analyse.

L'établissement d'une relation, élément de l'intervention, exige du temps; cela ne se fait pas en une rencontre. Les deux participants à la communication, l'intervenant et son client, s'investissent à plus ou moins long terme. L'un par obligation professionnelle – c'est son travail –, l'autre de façon volontaire ou non. Pour que la relation s'installe, que la communication ait véritablement lieu et que l'intervention réussisse, il faut que les deux participants acceptent d'entrer en relation. C'est sur cette base que Sophie juge avoir réussi une de ses interventions, celle d'une dame qui a des comportements compulsifs, qui, au fur et à mesure des rencontres, de semaine en semaine, est parvenue à se rendre compte qu'elle peut changer des choses, à changer ses comportements (*cf.* p.). L'intervention se construit donc par la relation. Et, si la communication est secondaire dans une intervention plus technique ou concrète, orientée vers l'action ou l'acte (comme administrer un traitement, vérifier l'adaptation des installations de la salle de bains d'un client semi-autonome, examiner un nouveau-né), elle est toujours présente.

Dans les interventions quotidiennes des intervenants rencontrés, qu'ils soient travailleur social, infirmière ou médecin, il y a toujours nécessité d'établir une relation. Que ce soit pour expliquer une médication ou un traitement, donner de l'information sur la nutrition, l'allaitement ou sur des organismes communautaires ou encore simplement écouter le client. Certes, cette relation est plus importante lorsqu'il s'agit d'une intervention psychosociale, où l'intervention est orientée vers le client, où son « matériau » est la parole. Où le but de l'intervenant dans la communication est de « parler avec » ou de « faire parler », d'établir une relation pour parvenir à une entente, pour comprendre la situation du client, faire exprimer des émotions, des sentiments. Le « contact » avec l'autre est essentiel: la relation établie, il est plus facile de poursuivre l'intervention. Charlotte, infirmière scolaire, dit : « Quand le contact est fait, c'est plus facile que les gens nous parlent des vraies affaires. » Ayant eu plusieurs occasions de rencontrer l'infirmière de l'école (au cours de séances d'information sur la varicelle à l'école de leurs enfants, par exemple), les parents, connaissant l'infirmière, peuvent se confier et lui faire part, dit-elle, de leur réflexion de divorce, et les enfants, qui peu à peu « s'apprivoisent » eux aussi arrivent petit à petit à se confier à elle.

Établir une relation signifie que les deux partenaires de la communication, l'intervenant et le client, acceptent ce « contrat » de communication, s'entendent sur son processus. Et qu'il y a coopération entre les participants. À cette condition seulement peut se poursuivre l'intervention. Nasser résume : « Si le client est ouvert, il s'agit d'une vraie communication qui s'établit », l'ouverture étant gage, selon lui, du succès de la communication. Si le client « ne parle pas », s'il refuse de participer, de s'engager, il ne peut y avoir communication, et cela, quelque soit son origine ethnique.

De la même façon, Sybille, une travailleuse sociale d'origine arabe, nous parle de son intervention auprès d'un couple arabe :

> J'ai eu à faire une évaluation pour voir à quel niveau se situent les problèmes et les conflits entre eux. C'était un problème de communication très aigu. En outre, ils ne se connaissaient pas. C'était un mariage organisé en quelque sorte et ils se sont retrouvés à vivre ensemble.

Elle a établi un « contrat » avec les conjoints, jouant, elle, le rôle de conciliateur ou d'arbitre :

> Le contrat était que je les suivais en même temps : et je ne pouvais pas parler à l'un ou à l'autre, à l'un sans l'autre. L'intervention se ferait toujours avec les deux, et ils ont toujours respecté cela.

Les bases du contrat de communication de l'intervention étant bien établies, les participants, motivés, l'intervention pouvait avoir lieu.

> Ils voulaient que leurs problèmes se règlent complètement. Ce n'est pas ça qui est arrivé, mais, au moins, on a pris les moyens de déterminer ce qui faisait problème et de voir ce qu'on pouvait faire ensemble, et je les ai amenés à parler en ma présence, à communiquer. Cela a beaucoup amélioré la relation, et ils ont appris à se connaître, à se respecter. *(Sybille, travailleuse sociale)*

Plusieurs cas d'échecs d'interventions racontés par les intervenants s'expliquent par une attitude de fermeture, par l'incapacité ou le refus de communiquer, d'entrer en relation. Comme dans le cas de cet homme, qui vivait une situation de rupture conjugale, référé à Luc, travailleur social, par un médecin. Il ne voulait pas lui parler de son problème. « La seule chose qui pouvait l'aider disait-il, c'était la religion, la prière. Il m'a dit à plusieurs reprises : " Je ne vois pas comment tu pourrais m'aider, tu ne peux rien faire pour moi. " » L'échec de la relation amène ici l'échec de l'intervention.

Dans certains cas, cette incapacité de communiquer est physique : le client est incapable de communiquer parce qu'il a une aphasie, des pertes de mémoire, des troubles psychologiques. L'intervenant développe alors divers moyens pour intervenir. Comme Barbara, travailleuse sociale auprès des personnes âgées, qui intervient auprès d'une dame qui a des problèmes de mémoire et qui vit seule chez elle. Pour atteindre son objectif d'intervention (qui est de faire en sorte que la dame puisse rester chez elle, comme elle le désire), elle développe un réseau de contacts avec les amis de la dame, trois voisines. (« Ce qui n'était pas nécessairement facile, dit-elle, puisque la dame était incapable de nommer ses amies, de donner l'information nécessaire. Elle était vraiment perdue. ») La communication, dans le cas de cette cliente, se fait de façon sommaire, et beaucoup plus autour d'elle, davantage orientée vers l'acte que vers la parole. L'intervention en est une d'organisation, où les efforts sont dirigés vers la coordination des personnes et des actions en vue d'améliorer les conditions de vie de la dame :

> J'ai fait beaucoup pour parler avec tout le monde autour d'elle, son médecin, toutes les institutions et les personnes autour d'elle pour qu'on se parle et pour que tout le monde connaisse sa réalité, ses besoins.

La dimension relationnelle est donc, dans ce cas, minimale.

Le nombre de participants à la communication est variable. L'intervenant interagit avec au moins une personne, le client. Mais ce client peut être multiple : il peut s'agir d'un couple, d'une famille. Interviennent aussi comme participants les aidants naturels : le conjoint d'un client, ses parents, ou ses enfants. Lorsque la dimension relationnelle est importante dans l'intervention, l'accord entre les participants sur l'objectif de celle-ci facilite la communication, et, de là, l'intervention. Au contraire, s'il y a mésentente et que cette mésentente perdure, la communication est rendue difficile, voire impossible. Barbara, intervenue auprès d'un couple âgé en discorde, devait user de stratégies pour amener l'homme et la femme à se parler :

> Ils parlent un à la fois et chacun parle de leur côté du salon; ils me mettent physiquement au milieu. On ne parle pas *ensemble*. Moi, je parle cinq minutes avec un et cinq minutes avec l'autre. Ils ne se coupent pas, mais chacun aimerait que je discute, comme si c'était moi qui devais les confronter. Et si je décide qu'ils s'assoient un à côté de l'autre, ils le

font, mais, naturellement, ils aimeraient se placer de telle sorte que je sois au milieu. *(Barbara, travailleuse sociale)*

Dans une autre situation, Barbara, intervenant auprès d'un mourant, doit s'entendre avec les membres de la famille du client : doit-elle ou non lui dire qu'il va mourir? Cette question, chargée d'émotion, relève du système de valeurs des participants, qui doivent décider ensemble de la façon d'agir et des mots à dire au patient qui se meurt (*cf.* p.).

Les caractéristiques de l'intervention en contexte pluriethnique

L'intervention en contexte pluriethnique se caractérise principalement par le fait que les participants à la communication sont d'origines diverses. Ce qui peut influencer le processus de communication. D'abord par le fait que chaque participant a un bagage, un monde qui lui est propre (des connaissances, des habitudes, des valeurs, des attitudes) qui peuvent modeler sa participation à la communication. Ensuite, parce qu'ils possèdent des codes linguistiques et non linguistiques qui peuvent être différents de ceux de l'autre. Ce qui peut créer un obstacle à l'échange d'information lorsqu'un des deux participants ne peut en dégager le sens. Les intervenants font d'ailleurs part de cette barrière culturelle qu'ils ressentent avec certains clients, ceux qu'ils n'ont pas réussi à atteindre ou à faire parler, ceux avec qui ils n'ont pas réussi à bâtir leur intervention. Les intervenants font appel soit à ces différences d'ordre linguistique, soit à ces différences d'ordre culturel pour caractériser l'intervention en contexte pluriethnique. Qui sont plus marquées, selon des intervenants, comme Sybille, une travailleuse sociale, dans le cas des clients d'immigration récente.

Selon les intervenants, il y a des facteurs facilitant la communication, réduisant les obstacles ou les barrières à franchir. S'il y a le partage de la langue (voir ci-dessous), il y a aussi le partage de valeurs ou, du moins, la connaissance ou la compréhension des valeurs ou de la culture de l'autre. Ces deux éléments favorisent la communication. « C'est un atout », dit Sybille, elle-même d'origine arabe. Nasser – d'origine arabe lui aussi –, par exemple, parle des difficultés éprouvées en intervention avec une clientèle asiatique, vietnamienne plus précisément: il se sent démuni devant des codes non verbaux qu'il n'arrive pas à décoder, des attitudes qu'il n'arrive pas à s'expliquer autrement qu'en référant à l'origine ethnique ou à la culture de la personne. Mais avec un autre client, d'origine chinoise, cette fois, avec qui il partage des valeurs, il n'a pas de difficulté à communiquer. Il explique : « Sur le plan de la communication, ils sont pas mal verbo-moteurs. Sur le plan des valeurs, ils sont sensiblement modernisés. »

Si la communication est facilitée avec le client chinois, c'est que la société dont il vient est « modernisée », dit-il. L'idée de modernisation, dans son esprit, est associée à la ville, à l'urbanité (et, on peut le penser, à la scolarité), puisqu'il ajoute : « On aurait pu aussi tomber sur des Chinois qui viennent complètement de l'arrière-pays. » Ce qui veut dire qu'il aurait pu avoir des difficultés avec un client chinois si ce client avait été différent de lui. Amené à parler plus à fond de cette intervention avec le client chinois, Nasser raconte :

> C'était une intervention très brève. Il venait consulter pour avoir des ressources concernant son enfant, qui était handicapé intellectuel. Il venait d'arriver au pays. Il communiquait beaucoup, il était déjà en contact avec des organismes, donc, il avait

> fait des démarches pour son fils. Il connaissait un peu le système, ça a été très facile. Il n'y avait pas beaucoup de différences, et je n'ai pas eu à insister pour le faire parler de la relation parent-enfant, des valeurs ou des difficultés. C'est un parent qui avait le contrôle de la situation, alors, je n'avais pas besoin d'aller plus loin. *(Nasser, travailleur social)*

Cette intervention de Nasser présente plus d'une différence avec l'intervention auprès de la cliente vietnamienne. D'abord, elle est moins complexe : c'est un monsieur qui l'a consulté volontairement. Dans le cas de la cliente vietnamienne, celle-ci ne semblait pas vouloir communiquer, ce qui bloque dès le départ le processus d'intervention et la communication. Le client chinois, lui, est très ouvert, prêt à communiquer, à accepter l'aide de l'intervenant. C'est aussi un parent qui, dit Nasser, a le contrôle de la situation. C'est ce qui assure la réussite de la communication et de l'intervention. Et non l'origine ethnique proprement dit. L'origine ethnique, à nos yeux, a peu à voir avec l'échec de l'intervention de la dame vietnamienne et la réussite de celle du monsieur chinois. C'est plutôt le type d'intervention et les objectifs de chacun (ceux de l'intervenant opposés à ceux de la cliente) qui sont source d'échec.

La connaissance de la culture de l'autre aide à comprendre certaines choses, à entrer en relation avec l'autre. Voici un exemple d'obstacle culturel franchi par une travailleuse sociale, Melpa, d'origine grecque :

> J'ai vu un monsieur musulman qui avait l'hépatite C; il saignait beaucoup, et on peut contracter cette maladie par le sang. Chez les musulmans, on n'entre pas dans la maison avec des souliers, ce n'est pas propre; quand on entre chez eux c'est sacré, c'est propre. Moi, je ne le savais pas, mais je me suis bien débrouillée quand même. Quand je suis entrée chez lui, il était très froid avec moi. À un moment donné, je lui ai demandé s'il était fâché contre moi et pourquoi. Et il me dit : « Vous m'insultez. Vous êtes entrée chez moi avec vos souliers; chez les musulmans on n'entre pas avec nos souliers. » Moi, je ne le savais pas; maintenant, je le sais. Mais je me suis rattrapée en lui disant qu'il saigne à cause de sa maladie, qu'il peut y avoir du sang par terre et que je ne peux pas me permettre de courir le risque de marcher sans souliers. Alors, ça a passé, il m'a dit, vous avez raison, je m'excuse. Par la suite, j'ai averti les autres intervenants au dossier : n'enlevez pas vos souliers, mais dites-lui que vous savez qu'il faut les enlever, mais que vous n'avez pas le choix de les garder. *(Melpa, travailleuse sociale)*

Interviewés sur leur pratique en milieu pluriethnique, les intervenants abordent fréquemment la notion de communication. Selon eux, c'est souvent sur ce plan que se caractérise leur intervention : il s'agit de la même intervention en tant que processus, quelque soit l'origine ethnique du patient ou du client, c'est la communication qui est différente. Ainsi, une infirmière scolaire parlant du problème de pédiculose auquel font face des enfants de sa clientèle résume :

> Le problème des poux, que ce soit dans le cas d'un Chilien ou d'un Québécois, c'est le même problème. Il faut l'expliquer de la même façon. Sauf que je vais peut-être avoir besoin d'un interprète pour expliquer à la maman chinoise quoi faire. Qu'elle prenne de bons produits qu'on a ici, pas ceux de son pays. C'est seulement une façon d'intervenir sur le plan de la communication, mais c'est le même problème. *(Charlotte, infirmière scolaire)*

Certaines « nationalités », sont, d'après Hélène, une infirmière en milieu scolaire ayant eu elle aussi affaire avec un problème de pédiculose, plus ouverts relativement à ce problème :

> L'an dernier, j'ai eu une petite Noire qui a eu des poux, et dans un temps trois mouvements, le temps d'aviser les parents, et le lendemain matin, l'enfant était passée au peigne fin. Les gens ont vraiment pris à cœur ce que je leur ai dit et ont suivi à la lettre ce que je leur avais dit de faire.

Alors qu'elle n'est pas arrivée à faire donner le traitement contre les poux par une mère d'origine québécoise qui niait de façon véhémente le problème et insultait l'infirmière.

Une autre infirmière, Simone, d'origine québécoise, ayant à transmettre de l'information dans une classe sur l'hygiène corporelle doit tenir compte, dans son intervention, du fait que la classe est pluriethnique :

> J'ai parlé de l'eau, des changements physiques du corps, de l'adolescence, des différents produits désodorisants et des différences face aux odeurs selon les communautés. Il n'y a pas de petits Québécois dans cette classe-là, ce sont des gens qui viennent de partout : Sri-Lanka, Russie, Cambodge. J'ai expliqué que, d'un pays à l'autre, la propreté n'avait pas le même sens. Ici on se lave beaucoup, mais dans d'autres pays, on se lave moins parce qu'il n'y a pas d'eau courante. *(Simone, infirmière scolaire)*

Le problème se situe en effet à un autre niveau, celui de la perception de ce qui fait problème. Dans le cas de la pédiculose, certains ne considèrent pas cela comme un problème (« Pour certaines familles, dit Charlotte, ce n'est pas important; c'est quotidien. »). Il peut s'agir aussi de la perception de l'aide que peut apporter l'intervenant, comme ce client libanais qui refusait l'aide de Luc, travailleur social, disant que seule la religion pouvait lui apporter une aide. Dans un cas comme dans l'autre, c'est cette perception et cette motivation du participant qui fera en sorte que la communication ait lieu, qu'une relation s'établisse, et que l'intervention réussisse.

Charlotte conclut : la communication comme processus bouge, évolue. Pour qu'il y ait communication, il faut éviter ces obstacles de la langue et de la culture. Pour l'infirmière, c'est à l'intervenant de se mettre au diapason de l'autre : « Il faut avoir un moyen de communication efficace si on veut des changements, dit-elle. Si on ne pense pas en fonction de ce qu'ils sont, eux, on passe à côté. »

Sarah, une travailleuse sociale, résume bien la situation d'intervention en contexte pluriethnique :

> C'est comme si j'avais une famille de culture québécoise, qui aurait une dynamique relationnelle très complexe et avec qui il faudrait que je prenne plus de temps en entrevue. Pour moi, c'est la même chose.

Pour elle, la communication est comme un pont qui se construit pour atteindre l'autre :

> Je pense que, quand il y a une souffrance et qu'on est en mesure d'essayer de la toucher, peu importe la culture ou le sexe de la personne, on peut arriver à tendre un pont. Il y a des obstacles, mais ils font partie de l'intervention. *(Sarah, travailleuse sociale)*

Et c'est par l'ouverture et la curiosité envers la culture de l'autre qu'elle peut, selon elle, franchir ces obstacles. Hortense, elle, médecin dans un programme conçu pour les immigrants résume ainsi sa pratique en contexte pluriethnique:

> Un client, c'est un client. Qu'il soit libanais, ou québécois, c'est une personne. La médecine, c'est la personne.

La langue, outil de communication

Dans le coffre d'outils des intervenants s'en trouve un essentiel pour la communication : la langue. Selon les intervenants, la connaissance de la langue favorise l'intervention. Sa méconnaissance la défavorise. C'est une barrière objective, dit Sarah. « Ceux qui ne parlent ni français ni anglais sont isolés, ils ne connaissent pas les services et ne se présentent pas au CLSC. C'est sûr que s'ils ne peuvent pas s'exprimer, ils ne viendront pas », dit Sophie.[2] Hortense abonde dans ce sens, la langue étant, pour elle, gage de l'intégration à la société globale. Elle considère que la barrière linguistique est aussi la barrière d'une utilisation du système. Plus on apprend la langue vite, pense-t-elle, moins on est dépendant d'un interprète.

D'après Hortense, qui travaille dans une clinique pour immigrants, la langue demeure une barrière d'importance pour les immigrants dans l'intervention, mais aussi dans la communauté, surtout lorsque leur langue (orale et écrite) est éloignée du français, comme dans le cas d'immigrants asiatiques :

> Leur principale difficulté demeure une difficulté de langue. Parce que c'est difficile d'apprendre la langue pour les premières générations et d'apprendre notre écriture. Beaucoup de ces gens n'écrivaient même pas dans leur propre langue. *(Hortense, médecin)*

L'absence d'un code linguistique commun est un obstacle à la communication. L'intervenant utilise alors des codes non verbaux (des gestes, par exemple) pour arriver à se faire comprendre. Le partage minimal d'un code (où l'interlocuteur comprend et dit quelques mots) facilite déjà l'intervention, non sans difficulté par ailleurs. Ainsi, une intervenante souligne la nécessité d'être attentif à sa façon de parler, à son vocabulaire pour faire en sorte que la communication réussisse, c'est-à-dire que son interlocuteur la comprenne :

> Il faut être très alerte, se mettre au diapason de l'autre et trouver le rythme de ton langage, le vocabulaire qui fera en sorte que l'autre va comprendre. *(Simone, infirmière Enfance-famille)*

Si la barrière linguistique est soulevée comme difficulté, celle relevant des codes autres que verbal est aussi une possibilité. Tout code véhicule un contenu. Sans la connaissance du code, on ne peut parvenir à comprendre le message transmis, et cela, que ce code soit verbal ou non. Et, comme le dit Nasser, « décoder tout cela n'est pas évident ».

Dans une intervention psychosociale, où la dimension relationnelle est importante, la barrière linguistique peut sembler infranchissable. La compréhension du problème du client, l'expression de ce problème passent par la langue. L'absence de code commun empêche l'intervenant de « comprendre l'émotion ». Et, dans certains cas, même le non-verbal ne lui est d'aucun secours :

> Quand ce sont des personnes asiatiques, on ne comprend pas un mot. Ce n'est pas évident de comprendre l'émotion, de voir l'émotion: ils vont dire des choses, il y en a qui vont parler fort. On se demande si ça a rapport, quels mots ils utilisent. *(Sophie, travailleuse sociale)*

---

[2] Hélène, une infirmière en milieu scolaire, parle aussi de l'accessibilité des services. Elle doit, dit-elle, démythifier l'école, le rôle de l'infirmière, le CLSC auprès des immigrants.

Enfin, la barrière linguistique semble, pour certains intervenants, dont Simone, qui fait des visites dans les écoles en plus de visites postnatales, moins haute à franchir lorsqu'il s'agit d'enfants. Ils ont une souplesse d'adaptation, dit-elle, plus grande que les adultes.

> Ils ne sont pas ancrés dans des habitudes ou des coutumes. J'ai observé, à l'école, les enfants ne parlent pas la même langue et je faisais des examens visuels, puis ils expliquaient par des gestes, ils tenaient le bâton pour cacher l'œil. Je trouvais qu'il y avait une entraide vraiment très belle. Les problèmes de langue, ce n'était pas un obstacle. *(Simone, infirmière scolaire)*

C'est aussi vrai pour Blanche, une ergothérapeute, qui, dans ses visites à domicile, dit pallier cette difficulté par l'observation :

> En ergothérapie, on a la chance de faire de l'observation on ne demandera pas seulement à la personne si elle a des difficultés à marcher, mais on va la voir marcher. *(Blanche, ergothérapeute)*

Le fait de parler, d'être capable de verbaliser varie, selon plusieurs intervenants, en fonction des cultures. Ainsi, certains sont davantage capables que d'autres de verbaliser, d'exprimer ce qu'ils ressentent face à leur expérience d'immigration, par exemple. D'autres cultures révèlent peu leur monde intérieur. Certains intervenants psychosociaux, constatant l'échec de la communication avec certains clients qui « ne parlent pas », se sentent dépourvus : ils aimeraient, comme Nasser, être capable d'adopter un discours selon les valeurs, les normes ou la culture de l'autre.

Parler de langue dans l'intervention, c'est parler aussi, pour certains, de compétence linguistique. Surtout lorsqu'il s'agit d'intervenants qui ont comme langue maternelle une langue autre que le français ou l'anglais, car ils sont plus sensibles à cette question. Barbara, par exemple. Travailleuse sociale d'origine danoise, elle travaille en français et en anglais. Elle avoue cependant se sentir plus en contrôle lorsque l'intervention est en anglais. « En français, dit-elle, j'ai moins de contrôle sur la situation. Il me manque des mots. » De fait, on peut facilement imaginer que, dans le cas de clients dont la compétence en français ou en anglais est minimale, qu'il doit leur « manquer des mots » à eux aussi, pour exprimer leurs émotions, par exemple. Mais Barbara pallie ses difficultés linguistiques par le non verbal et le gestuel.

Sybille, une travailleuse sociale d'origine tunisienne, elle, parle arabe et français. Les clients parlant arabe lui sont référés. Ils peuvent alors recevoir les services dans leur langue parce qu'elle a la compétence linguistique pour le faire, bien que, dit-elle, ses clients d'origine arabe (des Marocains, des Tunisiens, des Libanais et des Égyptiens) parlent habituellement aussi le français. Cette compétence permet l'échange linguistique, mais elle s'accompagne d'une autre compétence, un atout selon elle, d'ordre culturel :

> Connaître la culture de quelqu'un, c'est un atout de plus pour comprendre, pour aider. Pour aller chercher autre chose. Si on ne peut pas rejoindre la personne dans sa culture, on n'arrive peut-être pas à dépister le problème.

Cette intervenante souligne d'ailleurs, tout au long de l'entrevue, que la connaissance de la langue et de la culture arabes l'aident beaucoup dans son travail. Elle peut se servir de ses connaissances, dit-elle, par exemple, pour travailler à rapprocher un couple arabophone. Parce qu'elle connaît les valeurs et les attentes des conjoints, leurs traditions, elle peut partir de celles-ci pour régler un conflit ou les sensibiliser à certaines choses. Elle note par ailleurs que travailler

auprès des arabophones était un de ses objectifs lorsqu'elle a commencé à pratiquer comme assistante sociale. En outre, ses collègues se réfèrent à elle lorsqu'ils s'interrogent sur certains éléments de la culture arabe.

Melpa, elle, parle grec avec sa clientèle de personnes âgées, qui sont souvent unilingues grecques. Née au Québec, elle ne parle de son origine grecque et du fait qu'elle parle grec qu'en fin d'entrevue, cela étant pour elle une évidence. Au contraire de Sybille, qui perçoit comme un avantage le fait de partager la culture arabe avec ses clients, Melpa considère qu'il est plus difficile de travailler auprès de gens de sa communauté qu'auprès de gens qui ne le sont pas.

> Parce que, dit-elle, ils nous voient en tant qu'immigrants. Moi, je suis née ici. Pour eux, je suis une fierté dans la communauté grecque parce que j'ai été capable d'accomplir quelque chose. Ce qui rend la tâche difficile, c'est quand ils nous disent : « Toi, tu es grecque, tu me comprends, alors tu peux m'aider à faire plus. » Alors, parfois, ils ne comprennent pas que ce n'est pas parce qu'il est grec que je vais l'aider plus. *(Melpa, travailleuse sociale)*

Le fait de parler la langue du client, que ce soit grec, arabe ou autre, identifie l'intervenant comme faisant partie d'une communauté, lui confère une identité autre que professionnelle, une identité ethnique, que certains, comme Melpa, sans la renier, semblent mettre de côté pour ne pas que cela interfère dans l'intervention. Mais il lui arrive de servir d'interprète au CLSC :

> Quand il y a des gens à l'accueil qui sont unilingues grecs, je vais être sollicitée par un médecin ou une infirmière. Il faut dire aussi que c'est connu dans la communauté grecque qu'il y a une travailleuse sociale grecque, c'est-à-dire moi, qui travaille au CLSC. Ils savent qu'il y a une Grecque, ils vont tous m'appeler. Souvent, je reçois des téléphones par des gens qui n'ont aucun rapport avec le maintien à domicile. Ils m'appellent, me disent bonjour, je connais votre nom, mais vous ne me connaissez pas. Alors, en partant, je le sais que ce n'est pas un cas de maintien à domicile, mais il faut que je les écoute, que je leur dise...

Parfois, c'est l'intervenant qui demande de l'aide ponctuelle à Melpa :

> La semaine dernière, une intervenante est venue me voir. Elle m'a dit : je veux fermer le dossier, mais la dame ne parle que le grec. Peux-tu l'appeler parce que le téléphone de son fils, l'aidant naturel, ne fonctionne plus, il n'y a plus de réponse au numéro composé. Bon, je le fais pour elle. *(Melpa, travailleuse sociale)*

Une autre intervenante, une ergothérapeute, se dit « meilleure aidante en français qu'en anglais » :

> Je comprends bien l'anglais, dit-elle, mais j'ai plus de difficulté à m'exprimer parce que je ne le parle pas souvent. Les gens sont compréhensifs. Beaucoup de clients anglophones parlent anglais comme deuxième langue eux aussi. Donc, on a une base et on se rejoint comme ça. *(Blanche, ergothérapeute)*

Leur niveau de compétence favorise le rapprochement entre l'intervenante et ses clients. Elle a, par contre, de la difficulté lorsqu'il s'agit de l'expression des émotions. Elle se dit moins habile pour amener les gens sur ce terrain. Elle n'a pas les mots, dit-elle.

Parler de langue, c'est aussi parler de performance linguistique, la façon dont les clients utilisent le langage. C'est faire part de leur degré d'apprentissage de la langue, de leurs difficultés. Ainsi, Sandra raconte :

> J'ai parlé à une madame chinoise cette semaine. Ça faisait neuf mois qu'elle prenait des cours de français et elle ne me comprenait pas. Je disais bébé, OK? Elle, comprenait bébé, OK. Maman, OK? Mais je voulais que son mari me téléphone. Je ne pouvais même pas lui demander si je pouvais aller chez elle. Alors, j'ai rappelé le lendemain; son mari était là, on a pu parler. Je lui ai demandé si elle retournerait aux cours de français. Il m'a répondu qu'il ne le savait pas. Et il y en a beaucoup comme ça : ça fait sept ou huit ans qu'ils sont ici et ils ne parlent pas, alors... mais il y a toujours un membre de la famille qui parle. *(Sandra, infirmière)*

Barbara, quant à elle, intervient dans un quartier où il y a à la fois richesse et pauvreté. Elle constate des différences sur le plan linguistique entre clients riches et clients pauvres. Les clients ou les aidants naturels riches, dit-elle, essaient de parler comme nous (les intervenants) en utilisant les mots de la profession, comme « multiclientèle » ou « cas lourd », ce qui démontre une sensibilité à la variation lexicale basée sur les classes sociales.

L'interprétariat : un moyen de réduire la distance linguistique[3]

Pour arriver à communiquer avec une personne qui ne partage pas sa langue, beaucoup d'intervenants interviewés font appel à des interprètes. Et, donc, nombreux sont ceux qui ont abordé la question de l'interprétariat en entrevue.[4] C'est l'aspect qui concerne l'intervention comme mode de communication qui a été le plus abordé. Ainsi, l'interprétariat semble correspondre à une véritable modification de la pratique des intervenants en contexte pluriethnique, car il met en cause certains aspects de la relation professionnelle établie entre l'intervenant et son client. Voyons ce qu'en ont dit les interviewés.

Interprétariat naturel et interprétariat professionnel

Dans leur discours, les intervenants distinguent entre un interprétariat fait par les membres de la famille du client, où une personne accompagnatrice, un conjoint, un enfant, sert d'interprète (un interprétariat qu'on pourrait appeler « naturel ») et un interprétariat effectué par un individu inconnu du client et provenant d'une banque d'interprètes (un interprétariat « professionnel »). Ces deux types d'interprétariat, on le verra, soulèvent des questions relativement au contrôle de l'intervention par l'intervenant, au contact entre le professionnel et son client et à la confidentialité des propos échangés au cours de l'intervention. Elles frappent donc de front les normes des intervenants dans leur pratique.

---

[3] Nous ne ferons pas ici une analyse sociolinguistique approfondie de l'interprétariat. Pour en savoir plus, voir : Cynthia B. Roy (1999). *Interpreting as a discourse process*, Oxford University Press; Cecilia Wadensjo (1998). *Interpreting as interaction*, New York, Addison Wesley Longman; ainsi que Silvana E. Carr, Roda P. Roberts, Aideen Dufour et Dini Steyn (eds). (1995). *The Critical Link. Interpreters in the Community*. Papers from the First International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Service Settings, Geneva Park, Canada, June 1995, John Benjamins. Ces ouvrages traitent spécifiquement de la question de l'interprétariat et du rôle de l'interprète dans la communication, qui ne résoud pas que des problèmes de traduction, mais aussi de compréhension mutuelle.

[4] C'est pourquoi la partie sur l'interprétariat est plus longue.

Hortense, dans sa pratique, rencontre des immigrants, des gens de toutes provenances qui ne parle ni anglais ni français, recourt fréquemment aux services d'un interprète pour communiquer avec eux. Cet interprète est le plus souvent une tierce personne provenant d'une banque d'interprètes professionnels mise à la disposition des intervenants, un bénévole d'un organisme communautaire, un membre de la famille (un enfant, le conjoint, etc.), ou encore un ami du patient ou du client. Certains préfèrent faire affaire avec un interprète de la banque, jugé plus neutre.

Si les enfants des patients ou des clients sont souvent de très bons interprètes parce qu'ils ont une bonne connaissance de la langue, étant intégrés dans un centre de la petite enfance ou dans le système scolaire, intervenir en consultation avec l'un d'eux peut, d'après les intervenants, présenter certaines difficultés. Tout dépend de l'objectif de l'intervention :

> Si une cliente vient pour un moyen de contraception, dit le médecin, la pose d'un stérilet, par exemple, c'est plus facile. Si elle vient avec un enfant qui a une dizaine d'années, il faut expliquer à l'enfant de quoi on parle. On a déjà un bout de chemin à faire avec l'enfant, puis un autre avec la mère. Ça, c'est un peu plus difficile. *(Hortense, médecin)*

D'autres intervenants disent carrément éviter de prendre un membre de la famille comme interprète. Sophie, par exemple, considère que c'est une situation délicate qui met les gens mal à l'aise :

> Ils ne diront pas des choses qu'ils voudraient peut-être dire parce que c'est un beau-frère ou quelqu'un de la famille et ils ne veulent pas que la famille le sache. *(Sophie, travailleuse sociale)*

Il y a des « enjeux familiaux » qui font que les proches ne font pas de bons interprètes, d'après Sophie. Pour des « petits messages », ça peut aller, dit-elle. Mais pas pour une entrevue, situation de communication perçue plus complexe et où toutes sortes d'éléments entrent en jeu. Sophie a donc davantage confiance en l'interprète professionnel; elle peut davantage questionner le parent. Ce qui n'est pas toujours facile lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille, les enfants par exemple. Elle considère, comme d'autres intervenants, que de se servir des enfants comme interprètes, c'est leur donner une trop grande responsabilité qu'ils n'ont pas à assumer. Cependant, certains intervenants, comme Barbara, considèrent que les membres de la famille sont de bons interprètes parce qu'ils y sont habitués. Mais d'autres situations d'interprétariat mènent parfois à des écueils. Comme dans le cas raconté par Simone, où le mari d'une cliente, d'origine arabe, qui, servant d'interprète dépasse son rôle et répond à la place de sa femme. Ou encore la fille qui réside avec sa mère âgée, et qui répond aussi à sa place, parfois minimisant les problèmes de sa mère, parfois les amplifiant.

Le sexe de l'interprète semble être une variable non négligeable dans l'intervention. Ainsi, de la même façon que le mari n'est pas toujours dans une bonne position pour servir d'interprète, un homme, même s'il est un interprète de la banque, neutre, donc, ne serait pas un bon interprète dans le cas d'une consultation pour contraception ou d'une visite postnatale. Les femmes dans ce cas préféreront une femme comme interprète.

Traduire n'est pas un acte simple. Il s'insère dans l'acte même de communication, assure le passage d'un code à l'autre. Mais c'est aussi s'immiscer dans une relation, dans l'intimité de cette relation parfois. Si l'interprète est neutre, ne connaît pas la personne, cette relation est plus anonyme. Si cet interprète est engagé dans une relation avec le client, il est difficile d'en faire

abstraction pendant la communication. Même si l'interprète n'a pour rôle que de traduire le discours de l'intervenant et du client, il exerce, par cette dimension relationnelle établie avec le client, une influence sur la situation de communication, et, par là, sur le contenu même de la communication.

Prenons le cas d'un enfant qui sert d'interprète dans l'intervention d'un travailleur social avec un parent. L'intervenant ne connaît pas la relation de l'enfant avec le parent. Et, selon l'intervention, l'enfant-interprète pourra être dans l'incapacité de dire certaines choses à son parent. Même s'il s'agit de traduction des propos de l'intervenant. En outre, avec un membre de la famille ou un ami, on sent, dit Sophie, « que tout n'est pas dit ». Il n'est pas non plus tenu à la confidentialité. L'intervenante doit donc redoubler d'attention à tout ce qu'elle dit. « Je me sens moins à l'aise de poser toutes sortes de questions parce que je ne sais pas de quelle façon ça va être reçu », dit-elle.

Sophie raconte le cas d'un client où elle veut faire intervenir une interprète professionnelle et à qui elle explique les raisons pour lesquelles elle préfère ce type d'interprète :

> Je lui ai dit que je voudrais avoir une interprète parce qu'on n'est pas capable de maintenir une conversation: sa femme ne parle pas assez bien ni français ni anglais. J'ai dit que je voudrais avoir quelqu'un de l'extérieur, pas des amis, pas de personne de son entourage. Je lui ai expliqué que je trouvais que sa femme serait peut-être *plus à l'aise* de parler ouvertement si c'était un étranger et que celui-ci était tenu à la confidentialité. Il était d'accord avec ça. *(Sophie, travailleuse sociale)*

Intervenir en présence d'un interprète, donc, est davantage une tâche délicate lorsqu'il s'agit d'un interprétariat naturel. Lorsque le mari d'une cliente sert d'interprète, par exemple. Hortense, qui, en entrevue, aborde en partant la question de l'interprétariat, précise :

> Ça dépend toujours de leur relation. Si c'est un couple très rigide et que le mari fait l'interprétation, parfois, ça peut créer un problème, si la dame a des choses particulières à raconter. Par exemple, à propos du couple; elle ne le racontera pas si c'est monsieur qui est là. [...] Si c'est un problème plus banal, à ce moment-là, il peut très bien faire l'interprétation. Il faut toujours essayer de sentir un peu où on s'en va. *(Hortense, médecin)*

Une question d'instinct

L'intervenant doit juger, souvent par le non-verbal, c'est-à-dire les attitudes, les expressions du visage, les gestes, de la qualité et de la validité de la traduction de l'interprète. C'est, dit le même médecin, une question d'instinct :

> Il y en a qui sont très fiables, qui vont faire une excellente traduction, qui ont déjà une relation plus ouverte avec leurs conjointes même si ce sont des cultures habituellement où le conjoint n'a pas nécessairement à intervenir. [...] Mais, parfois, certains sont moins bons pour rendre une traduction plus juste, et là, ça devient plus difficile. Il faut avoir un petit peu de pif, et peut-être suggérer à madame de revenir avec quelqu'un d'autre. C'est une question d'instinct. *(Hortense, médecin)*

Il y a des choses qui se sentent, dit une autre intervenante. Avoir du « pif », sentir ou deviner les choses, c'est décoder les signes non verbaux, observer :

> Ça dit beaucoup. Il faut voir ce qui se passe, ce qu'on a l'impression qu'il est demandé comme question, quelle est la réponse, si on sent que la dame ne répondra pas totalement à la question, qu'il y a des réserves. Ça demande un petit peu de sens commun. *(Hortense, médecin)*

Ces signes peuvent être cependant difficiles à décoder. « Quand c'est une langue qu'on ne connaît pas, dit Sophie, il y a des gens qui parlent plus fort que d'autres : est-ce que c'est parce qu'ils sont fâchés? On peut décoder des choses dans la façon que les gens nous parlent, dans ce qu'ils ont à nous dire, mais quand on a pas cette compréhension, c'est plus difficile. » Il s'agit aussi de faire preuve de tact, ajoute Hortense. Surtout dans les cas où les enfants sont des interprètes.

Les intervenants, s'ils font confiance pour la plupart aux interprètes, aiment se fier à leur propre jugement pour évaluer la situation. Ils se tournent donc vers le non-verbal, se basent sur leurs impressions, sur ce qui se dégage de la personne. Il reste cependant que l'évaluation de l'interprétariat est ardue. « Parfois, on n'est pas trop certain de la façon que c'est traduit. Il y a des choses qui se perdent dans la traduction », dit Sophie en parlant de l'interprétariat. C'est une des raisons principales qui font dire à quelques intervenants qu'ils préfèrent ne pas faire affaire avec un interprète ou travailler avec un professionnel de la banque d'interprètes.

Pour réduire la distance : une passerelle culturelle

Créer un lien avec son interlocuteur est difficile lorsqu'il doit se faire par l'intermédiaire d'une troisième personne. Celle-ci peut cependant faciliter le déroulement de l'intervention, en tant que traducteur, mais aussi comme passerelle culturelle qui traduit en quelque sorte la culture de l'autre. Elle initie l'intervenant à la culture du client. « L'interprète, souvent, nous forme ou nous en apprend encore plus sur la culture », dit Sarah, une travailleuse sociale. Il faut, dit une infirmière, tenir compte de cette personne dans l'intervention :

> Elle a un rôle extrêmement important. Il faut que tu trouves un moyen de l'inclure, pas seulement qu'elle soit comme une machine qui traduit. Ce n'est pas une machine, c'est une personne. *(Simone, infirmière)*

Ce rôle d'interprète culturel, c'est parfois l'intervenant qui est amené à le jouer. Comme Luc, qui travaille avec des immigrants et des réfugiés, qui « traduit » en quelque sorte à ses clients la société d'accueil en les accompagnant ou en faisant le lien avec l'avocat, le bureau d'immigration. Il agit comme intermédiaire entre eux et les instances et organismes susceptibles de les aider. Il joue l'interprète ou le traducteur : il est arrivé à Luc de traduire et d'expliquer un texte à un client anglophone. Et à Sibylle, travailleuse sociale elle aussi, qui, parlant arabe, a été appelée à servir d'interprète dans une situation de crise au CLSC où elle travaille. Elle raconte :

> Une cliente est arrivée à l'accueil psychosocial; elle était en crise et ne parlait pas un mot de français. La personne en poste à l'accueil ne pouvait donc pas intervenir auprès d'elle. Elle ne pouvait pas organiser un rendez-vous avec elle et faire affaire avec un interprète. Alors elle est venue me voir et m'a demandé si je pouvais l'aider avec cette cliente. Elle était en crise, il fallait faire quelque chose. J'y suis allée : c'était un cas de violence conjugale. Le fait que j'intervienne a été vraiment apprécié de sa part et de celle de l'intervenante. *(Sybille, travailleuse sociale)*

Cet intermédiaire qui traduit la langue ou des éléments de la culture de l'un à l'autre permet à l'intervenant de s'introduire à des valeurs nouvelles. Ainsi, Charlotte, qui intervient dans des écoles catholiques qui intègrent d'autres religions, parle de sa méconnaissance de la religion des Témoins de Jéhovah et de l'obligation, pour elle et ses collègues, de s'informer, de la nécessité d'avoir recours à un « support social pour se comprendre, s'adapter », et même, à l'occasion, de faire appel à une tierce personne pour permettre le contact avec des Témoins de Jéhovah (*cf.* p.)

Difficultés de l'intervention avec interprétariat

Selon les intervenants, l'intervention avec interprète, indirecte, est plus longue. Hortense souligne :

> Quand tu parles la langue, ça va plus vite. Tu peux déjà avancer l'examen et, en même temps, tu parles à la cliente. Tandis qu'ici [en Clinique Immigrants], il faut faire souvent l'entrevue et puis après tu fais l'examen. On ne peut pas décider de faire l'examen en même temps parce que, à ce moment-là, je ne vois pas l'interprète. Elle ne me voit pas, elle ne voit pas la cliente... Il faut qu'on se regarde en se parlant. Donc, il faut absolument fonctionner en deux temps. *(Hortense, médecin)*

> Un problème physique (de peau, par exemple) peut prendre 10 minutes avec un client déjà intégré qui parle la langue et connaît le système, alors que ça peut prendre une demi-heure avec un client immigrant. *(Hortense, médecin)*

Cependant, certains essaient de limiter sa durée. Surtout lorsqu'il s'agit, dans une intervention psychosociale, d'exprimer ses émotions. C'est une situation très exigeante pour le client, dit Sophie. La situation d'intervention avec interprète est aussi une situation à laquelle les clients sont peu habitués. « Il faut se donner du temps », dit un intervenant.

> Il faut vérifier si la cliente a bien compris, si l'interprète et moi, on s'entend. Pour voir comment ça a été traduit... si ça prend le chemin que je veux, si c'est traduit selon ce que je veux ou si on doit reprendre une question, puis reclarifier. *(Hortense, médecin)*

Mais il n'est pas aisé d'évaluer la communication. « On ne sait pas quand on n'a pas une bonne communication, dit Barbara, une travailleuse sociale. On ne sait pas ce qu'on manque non plus. » C'est pour cela que cet interprète doit être une personne formée sur qui on peut se fier, dit Nasser.

Plusieurs intervenants, les travailleurs sociaux notamment, trouvent l'intervention avec interprète plus complexe et même difficile. Sophie, par exemple, ne se sent pas à l'aise en présence de l'interprète. « Ce n'est pas la même chose, dit-elle, que d'avoir le contact. » Ce contact si précieux pour construire cette relation qui assure la communication et si important dans une intervention fondée sur la fonction expressive, où le client doit exprimer son monde intérieur. Le contact avec le client est tronqué, il se fait par « personne interposée ». Il ne peut être fait de la même façon que lorsqu'il y a véritable échange dans un code commun, minimal. La présence d'un interprète peut donc être, dans certains cas, un obstacle à la communication. Par contre, une intervention concrète, lorsqu'il s'agit de donner de l'information sur un organisme, par exemple, avec interprète est plus facile, selon Barbara.

Il n'y a pas que des travailleurs sociaux qui soulèvent des difficultés liées à l'interprétariat. Les infirmières aussi. Comme Simone, qui fait des visites postnatales : « Ça brise l'intimité, dit-elle. Il faut en créer une quand tu parles de périnée. C'est un sujet délicat, et il faut inclure l'interprète comme une personne qui fait partie de cette intimité-là. C'est difficile. »

L'interprète est présent souvent dès la prise de contact entre l'intervenant et le client. C'est lui qui assure le lien et permet à l'intervenant d'agir, qu'il s'agisse d'un médecin, d'une infirmière ou d'une travailleuse sociale. Ainsi Sophie raconte :

> Quand c'est quelqu'un qui ne parle ni français, ni anglais, alors je contacte l'interprète et je lui demande si c'est possible d'appeler la cliente, de se présenter, de me présenter, de lui dire que je voudrais la rencontrer et d'organiser un rendez-vous avec elle. *(Sophie, travailleuse sociale)*

Ce qui, dit Simone, une infirmière, multiplie les interventions.

L'intervenante peut avoir recours à l'interprète pour les premières interventions, puis, selon la situation, ne plus faire appel à ses services par la suite. C'est arrivé à Sophie, dans le cas d'une cliente indienne :

> On avait commencé avec un interprète. À l'école, on m'avait dit qu'elle ne comprenait pas un mot. On a fait deux rencontres, et je me suis rendu compte qu'on pouvait bien se débrouiller en anglais toutes les deux. *(Sophie, travailleuse sociale)*

Sophie a donc continué d'intervenir auprès de la dame sans interprète. Ce qu'elle préférait.

Autre difficulté, pécuniaire celle-là. Car l'interprétariat est en effet aussi une question d'argent, de ressources. Ainsi, si tous les intervenants parlent de l'interprétariat et considèrent qu'il facilite la communication, tous n'ont pas accès à la banque d'interprètes, faute de budget, ce qui rend les choses difficiles lorsqu'on veut recourir à des services professionnels. Règne alors le système D, où l'intervenant réfère le plus souvent à un membre de la famille (donc, à l'interprétariat naturel), ou, petit à petit, se construit un réseau d'interprètes bénévoles à partir des services offerts par différents organismes communautaires.

Interprétariat : une modification de la pratique en contexte pluriethnique

Par ailleurs, le fait, pour l'intervenant, d'avoir à faire intervenir une troisième personne pour assurer la communication modifie la situation d'intervention. La dimension relationnelle, si importante, surtout dans l'intervention psychosociale, est modifiée. Elle inclut une troisième personne. L'intervenant, qui habituellement mène l'entrevue, n'a pas le contrôle de la situation parce qu'il ne peut évaluer exactement la réaction et la réponse verbale de son interlocuteur, son client. Ce qui est source de frustration chez les intervenants. Il doit accepter l'interprète comme un partenaire, ce qui n'est pas toujours le cas. « Ce ne sont pas des travailleurs sociaux », nous a dit une travailleuse sociale, pour expliquer pourquoi elle préférait travailler sans interprète. Elle précise : « Ils ne sont pas tous sensibles à la façon que les choses sont dites et ne sont pas tous capables de bien décoder la situation. » Bien qu'apportant une aide sur le plan linguistique, l'interprète ne permet pas toujours de comprendre l'ensemble de la situation des clients, selon des intervenants

Nombre d'intervenants n'aiment pas la situation d'interprétariat parce qu'ils n'ont pas de contrôle sur la traduction de leurs messages. Ils ne savent pas comment leurs propos ont été traduits. Les intervenants se demandent si les clients vont répondre et de quelle façon. Ils observent le client, voit comment il prononce les mots, s'il hésite. Beaucoup disent alors préférer se débrouiller avec les moyens du bord, même si la compétence linguistique du client est minimale. La communication non verbale, les gestes compensent alors et les participants à la communication essaient de se comprendre du mieux qu'ils peuvent. On ne nous dit pas toutefois comment ils arrivent à se débrouiller concrètement dans une intervention psychosociale, où la parole est si importante. Plusieurs intervenants, travailleur social ou autre, disent par ailleurs arriver par se comprendre, de quelque façon que ce soit. « On finit toujours par se comprendre », dit Sandra, une infirmière.

Une perception qui varie selon le type d'intervention

Le succès de l'interprétariat, c'est-à-dire la perception positive qu'a l'intervenant de la traduction de ses propos, et, par conséquent, de l'intervention, varie selon le type d'intervention. Une intervention médicale simple, comme la vaccination, n'exige pas une communication élaborée.[5] Le rôle de l'interprétariat et de l'interprète y est donc moins important. À l'opposé, une intervention médicale qui exige beaucoup d'explication, comme dans le cas raconté par Hortense, de cette femme enceinte d'origine cambodgienne qui ne parle ni français ni anglais à qui elle et d'autres intervenants devaient expliquer ce qu'était le diabète gestationnel, pourquoi elle devait faire des prises de sang et lui faire comprendre que ce n'était dangereux ni pour elle ni pour son enfant. Le rôle de l'interprète, présent même à l'accouchement, y est majeur. De la même façon, l'intervention psychosociale d'une travailleuse sociale avec interprète peut s'avérer plus complexe lorsqu'il s'agit de l'expression des émotions du client plutôt que lorsqu'il s'agit de lui transmettre de l'information sur les services de dépannage alimentaire.

Si plusieurs n'aiment pas intervenir avec un interprète, d'autres se disent à l'aise. Comme Hortense, pour qui cela fait partie de sa pratique. Elle se sent en effet plus à l'aise, dit-elle, que le client pour qui, parfois, il s'agit de la première fois qu'il est en situation d'entrevue avec un interprète. Et pour qui il s'agit de « son » problème à régler. Sandra, infirmière, parle de la gêne que peut ressentir le client dans une intervention avec interprète, surtout lorsqu'il s'agit d'un interprète bénévole, non professionnel, d'un organisme communautaire, par exemple :

> Ils sont du même quartier et se connaissent parfois, et ça, c'est gênant : on ne parle pas de nos problèmes devant quelqu'un qu'on connaît, hein!

C'est pourquoi Sandra, comme plusieurs autres intervenants, préfèrent faire appel aux services d'interprètes professionnels, qui ont, dit-elle, des notions de psychologie. Par ailleurs, alors que des intervenants font fréquemment appel aux services d'un interprète, d'autre le font peu. C'est le cas de Luc qui dit que ses clients se débrouillent en français ou en anglais et qu'il est rare qu'il fait affaire avec des gens qui ne parlent que leur langue d'origine.

---

[5] Quoiqu'il peut y avoir tout de même problème de communication lié à la langue même dans ce cas. Hélène, infirmière en milieu scolaire, raconte : « Les gens m'arrivent avec un carnet de santé à moitié rempli dans une autre langue, en grec par exemple, ou pas du tout rempli. Moi, je ne peux pas lire ça, je ne peux pas comprendre ça. J'essaie de me faire comprendre. Je vais faire les signes, bon, ils vont finir par me le dire, mais ils ne se souviennent pas, les gens se sont sauvés de leur pays, ils ne sont pas en mesure de le faire. »

En conclusion, tous les intervenants parlent de l'interprétariat en entrevue ; il semble être une caractéristique de l'intervention en situation pluriethnique dans les cas où il n'y a pas de code linguistique commun. Parler de l'interprétariat, c'est l'occasion de souligner, pour de nombreux intervenants, l'importance du non-verbal, des gestes, des intonations, des mimiques, différents signes autres que linguistiques qui disent beaucoup sur la personne. Il leur faut, comme le dit Blanche, ergothérapeute, aller au-delà des mots. L'interprétariat ne fait cependant pas l'unanimité quant à son évaluation. Chacun a une expérience personnelle de l'interprétariat, plus ou moins satisfaisante. Le travail avec une troisième personne semble poser certaines difficultés : celle-ci empêche jusqu'à un certain point l'établissement de la relation, si importante dans certains types d'intervention: elle nuit à cette intimité que tente de créer l'intervenant. L'évaluation de l'interprétariat est une chose ardue où tout est question de confiance et de compétence. « Trouver un bon interprète, capable de jouer ce rôle », comme le dit une intervenante, voilà le défi.

L'ethnicité, l'intervention et la sociologie implicite : second regard

Les analyses que nous avons présentées permettent d'expliciter, de faire voir la sociologie implicite contenue dans le discours des intervenants sur leur pratique. Le schéma d'analyse heuristique que nous avons construit pour comprendre cette sociologie implicite, centré sur l'intervention en contexte pluriethnique, nous a fait voir, en effet, comment est cernée la notion d'ethnicité chez les intervenants et la place relative qu'elle occupe dans leur vision de la pratique. Nous avons pu ainsi examiner sous deux lectures différentes, par monographie et par thèmes transversaux comment se développait cette sociologie implicite de l'intervention. Sont ainsi ressortis un certain nombre de dimensions centrales pour l'intervention : l'identité ethnoculturelle, présente ou non, chez l'usager et l'intervenant; l'influence de diverses caractéristiques ethnoculturelles venant faciliter ou rendre plus difficile l'intervention ou le traitement; et, enfin, les défis importants de la communication posés par la différence linguistique et culturelle. Nous voulons reprendre ici une lecture synthétique des principales articulations de cette sociologie implicite en mettant en rapport certains éléments de notre grille d'analyse d'une façon plus systématique. Ceci nous permettra de dégager certains enjeux qui traversent la littérature sur l'immigration et l'appartenance ethnoculturelle et de situer les positions implicites des intervenants autour de ces enjeux.

Nous résumons, dans le tableau de la page suivante, un certain nombre de positions que l'on peut dégager autour de trois dimensions du schéma d'analyse : une vision, un mode de pensée qui s'articule autour de la pratique professionnelle ; une vision du communautaire, et une vision du sociopolitique. Il s'agit de trois composantes majeures du contexte de la pratique d'intervention : l'appartenance professionnelle ; l'appartenance à une communauté locale et le rapport au contexte sociopolitique. En effet, l'intervenant, dans sa pratique, est interpellé par ces trois niveaux de références. Il est appelé à se définir autour d'un métier et il appartient à groupe professionnel spécifique : médecin, travailleur social, ergothérapeute, etc. Il intervient dans un Centre *local* de services communautaires, dans un territoire précis (quartier, ville, ensemble urbain). Enfin, il intervient auprès de personnes et de groupes sociaux dans le cadre de lois et de règles qui reflètent l'ensemble sociopolitique dans lequel il se trouve : le Québec, le Canada. Intervenant, il prend position, implicitement ou explicitement quant à ces univers de références.

Mais ces trois logiques d'action sont traversées par une autre dimension, un autre lieu d'appartenance qui fait l'objet central de la présente étude : l'appartenance ethnoculturelle qui le définit lui même comme intervenant, tout comme elle contribue à définir ses interlocuteurs, usagers ou patients. La notion d'ethnoculturalité réfère à l'ensemble des caractéristiques culturelles liées à l'origine ethnique, définie selon le pays d'origine, à la langue, à la religion ou à d'autres acquis historiques et culturels liés à cette appartenance. En croisant les différentes postures que peuvent adopter les intervenants à l'égard de l'importance relative de l'ethnoculturalité en lien avec les trois logiques qui guident leur pratique, nous obtenons un champ de positions possibles que le tableau suivant permet de décrire :

Les croisements de trois logiques de référence dans l'intervention et de trois positions de base sur l'ethnicité et leur effet discriminatoire possible

Position relative à l'ethnicité	Vision professionnelle de l'intervention	Vision communautaire de l'intervention	Vision socio-politique de l'intervention	Effet discriminatoire possible
A-culturalité ethnique	Les personnes ont les mêmes problèmes et nécessitent les mêmes soins, peu importe leur différence culturelle. Le savoir professionnel est universel (comme la science).	Les personnes sont des membres de la même communauté et des clients à part entière. La communauté est une collectivité homogène en tant que population cliente.	Les personnes ont les mêmes droits, en toute égalité, et sont des citoyens à part entière. Tous sont citoyens égaux en droit et en devoirs.	Toute discrimination ethnique est abusive. Tous doivent adhérer aux mêmes règles sociales. Sinon, c'est l'exclusion.
Intégration adaptatrice	Il y a des différences ethnoculturelles qui nécessitent des adaptations pour rendre l'intervention efficace. (Sans la remettre en cause en profondeur.)	Il y a hétérogénéité culturelle et ethnoculturelle dans la communauté. Il faut favoriser une insertion sociale harmonieuse des minorités ethnoculturelles (à la vie de la majorité).	Les différences ethnoculturelles sont à la source de la discrimination sociale. Il faut lutter pour favoriser l'accès aux mêmes droits et services à toutes les minorités.	L'adaptation et l'intégration sont conditionnelles aux règles de la majorité. Une non-conformité à terme entraîne l'exclusion. La discrimination positive est seule permise.
Interculturalité	Les différences culturelles sont décisives. Il faut repenser les référents de l'intervention dans une perspective de métissage et de synthèse culturels, reliant les deux conceptions en présence.	La communauté est plurielle et doit favoriser la diversité des modes de vie, ou des compromis qui font équilibre entre ces modes de vie, sans privilégier au départ une base ethnoculturelle donnée.	La société est pluraliste et les droits et devoirs sociétaux doivent inclure l'égalité en droit des différences ethnoculturelles en ce qui concerne la religion, la langue, les traditions et en favoriser le développement.	Toute perspective autre que le relativisme culturel devient ethnocentrique et négativement discriminatoire, reproduisant l'imposition de la majorité ethnoculturelle au pouvoir.

Il convient de noter la grande complexité des positions résultantes possibles à partir de cette combinatoire par ailleurs déjà simplifiée relativement à toutes la diversité des classifications d'approches ou de positions que nous pouvons trouver dans la littérature spécialisée. Nous pensons que ces combinaisons permettent de saisir un certain nombre de positions adoptées par les intervenants, positions qui, on l'a vu dans l'analyse des chapitres précédents, sont loin d'être fixes ou uniques : chacun des intervenants peut combiner diverses positions dans des contextes différents ou à des moments différents de son évolution professionnelle. Décrivons les principales positions ou postures des intervenants.

La posture *a-culturelle*, définie comme l'absence de toute référence à l'appartenance ethnoculturelle dans la pratique est certes, prise absolument, à peu près absente de nos entrevues. Cependant, elle apparaît principalement en regard de la référence à une logique professionnelle de l'intervention : l'analyse d'une situation difficile ou d'un problème que vit l'usager ou le patient, tout comme le traitement de ce problème sont alors présentés comme semblables pour tout usager ou patient, indépendamment de ses origines ou appartenances ethnoculturelles : faire une prise de sang chez un client d'origine canadienne-française ou un client d'origine haïtienne, c'est la même chose. Cette « neutralité » ethnoculturelle se retrouve aussi dans la conception de la communauté locale définie comme homogène, où la pluriethnicité n'intervient pas de façon significative dans la dynamique de la consultation. Ou, en tous cas, les différences que l'on peut relever dans la communauté locale n'ont pas alors de lien avec l'appartenance ethnoculturelle : un milieu de vie pauvre, ou des familles « multiproblématiques », sont des contextes plus significatifs que le fait de se retrouver dans un sous-groupe d'immigrants de même origine ethnique, ou avec d'autres ethnies. La position a-culturelle est caractérisée par la référence au contexte sociopolitique dans lequel la société de droit et l'égalité pour tous sont proclamées, sans discrimination de sexe, de langue ou d'appartenance ethnoculturelle. Cette position républicaine « simple » peut aller jusqu'à dénoncer toute référence trop marquée à l'identification ethnoculturelle (et encore plus, à des références ethnobiologiques ou ethnoreligieuses) définies alors comme discriminatoires et contraires aux droits et libertés de la personne.
Ces trois positions a-culturelles (au sens de l'ethnoculturalité) ne sont pas nécessairement reliées. Par exemple, un intervenant peut adopter une logique professionnelle universalisante (la science et la pratique professionnelle est la même pour tous), mais être plus critique dans la référence à la communauté ou à l'univers sociopolitique, constatant l'inégalité de statut des minorités ethniques ou la précarité des populations d'immigration récente.

Les positions intermédiaires définies autour de l'*intégration adaptatrice* sont les plus fréquemment évoquées dans le discours des intervenants. Langue, culture religieuse, culture familiale, etc. sont alors remarquées et analysées comme sources de différences qui interviennent dans la pratique professionnelle, dans la dynamique du quartier ou de la ville, ou dans les rapports sociaux. Par exemple, on dira qu'il faut prendre en compte la différence linguistique ou la conception différente de l'autorité paternelle pour que l'intervention puisse se faire adéquatement (logique professionnelle adaptatrice). Ou encore, qu'il faut lutter contre les préjugés ou les stéréotypes qui enferment les immigrants ou des groupes « minoritaires » dans des logiques d'exclusion ou de marginalisation (logique communautaire ou sociopolitique d'intégration des différences). C'est en traitant adéquatement la différence que l'on peut alors assurer un accès à des service équitables pour tous. Il est intéressant de noter que les positions définies autour de l'intégration adaptatrice correspondent de près à la politique québécoise « d'intégration dan la différence » et, jusqu'à un certain point, à la politique multiculturaliste canadienne adossée à la charte des droits et liberté de la personne.

La posture *interculturelle* est fréquemment évoquée dans la littérature sur l'ethnicité. Il est question souvent de l'intervention ou de la formation interculturelle. Nous la définissons ici dans toute sa radicalité telle qu'illustrée dans la perspective du relativisme culturel. En effet, il arrive fréquemment que le discours sur l'interculturalité ou diverses tentatives de « transculturalité » réfèrent en fait à diverses nuances de la position de l'intégration adaptatrice. Une logique professionnelle interculturelle tend à remettre en cause l'ethnocentrisme de la production scientifique et de la pratique professionnelle et affirme au contraire la relativité des modèles culturels en présence, entre intervenants et usagers. Par exemple, l'intervenant peut proposer une interprétation clinique d'un malaise ou d'une maladie, mais respecte également une interprétation qui peut s'ancrer dans les croyances religieuses d'un patient. De même, une perspective interculturelle de la vie communautaire se traduira par une vision pluraliste du vivre ensemble, où la différence devient la règle dans le respect de chacun : toute personne ou tout groupe peut choisir son type de nourriture, de musique, de rituels, de langues tout en communiquant avec les autres. Enfin, sur le plan sociopolitique, la société interculturelle est une société « vraiment » multiculturelle, de l'égalité dans la différence, marquée au coin du refus de toute subordination à une règle majoritaire. En même temps, cette pluralité n'est pas éclatement des différences : elle suppose une interaction transformatrice d'où peuvent émerger des règles communes, fruit de l'interaction sociale.

Les présupposés qui sous-tendent cet ensemble de positions peuvent, plus simplement, être résumés autour d'une dialectique entre l'universalité et la particularité des savoirs, des droits et des cultures.

La logique professionnelle est traversée par une longue tradition occidentale d'un savoir à portée universelle, qui trouve son fondement dans la raison scientifique. Mais plus nous nous rapprochons de la pratique clinique, qu'elle soit médicale ou sociale, plus cette affirmation de l'universalité du savoir et du savoir-faire peut être contestée : la différence ethnoculturelle s'impose davantage, ne serait-ce que par la différence linguistique. La position interculturelle radicale, on l'a vu, va cependant remette en cause la prétention même d'un savoir scientifique universel : il y a d'autres univers conceptuels et d'autres méthodes de validation que celle dictée par la science occidentale. Et c'est l'interaction entre ces formes de savoirs qui devient une pratique professionnelle vraiment interculturelle.

La logique communautaire participe du même débat. L'espace public l'est pour tous, sans discrimination, et le droit privé est soumis aux mêmes règles de droit pour tous. Dans la vie quotidienne, une certaine diversité peut cependant se déployer, ne serait-ce qu'en vertu de l'espace privé qui est fondé dans le droit canadien. Les us et coutumes touchant l'habillement, la nourriture, la pratique religieuse, l'éducation familiale etc. peuvent varier considérablement et être tolérés. Dans une vision universalisante, ces particularismes ne doivent jamais enfreindre les droits et les devoirs de tous, ni nuire à la réalisation d'un espace public. Dans une perspective interculturelle, les règles communes doivent se fonder sur la diversité et la pluralité en interaction.

La dynamique des rapports universalité/particularité est particulièrement vive dans l'univers sociopolitique. Nous avons évoqué rapidement comment la politique québécoise sur l'intégration dans la différence, ou la politique multiculturelle canadienne posent très explicitement le problème de définir « une » société pluraliste. La charte des droits de la personne, adossée à des documents plus fondamentaux sur les droits de l'Homme et la lutte contre toute forme de discrimination liée au genre, à la religion… et à l'origine ethnique dresse

le cadre universaliste qui sert de balise à toute ouverture pluraliste. Encore ici, le débat peut être vif entre des positions universalistes (les mêmes droits et règles pour tous), intégrationnistes (les droits communs qui sont ceux de la majorité sont la règle de référence) et des positions interculturelles (une affirmation de l'égalité dans les différences ethnoculturelles).

Cette dynamique conflictuelle entre l'universalité et les particularités des savoirs, règles et cultures s'exprime plus concrètement dans des enjeux de pouvoir et de domination qui prennent plusieurs formes : c'est le savoir de l'expert sur le non-expert; c'est l'imposition de la majorité sur les minorités; c'est l'inégalité des statuts sociaux, des conditions de vie, des rapports de classes socio-économiques. Ce n'est pas tant l'appartenance ethnoculturelle dans sa différence qui alors peut faire problème, mais sa conjugaison avec d'autres formes de rapports inégalitaires autour de l'éducation, du travail, de la richesse, du savoir, des conditions de vie. La position universaliste consiste à affirmer l'égalité intégrale du statut de citoyen, contre tout facteur de « minorisation ». La position « particulariste » et interculturelle, dans une version trop culturaliste peut négliger les autres formes d'inégalités sociales à combattre. Mais dans sa version plus radicale, elle ajoute à la vision de la citoyenneté partagée par tous la nécessité d'une citoyenneté pluraliste.

C'est dans ce contexte de la dialectique universalité-particularité qu'il convient de placer la position intermédiaire de l'intégration adaptatrice. En effet, comprise dans ce rapport dialectique, l'intégration peut être conçue comme un mouvement de rapprochement entre des normes communes et égalitaires et des particularismes qui ont à respecter un tel cadre commun. Sinon, la position intégrative peut dévier et devenir simplement l'imposition d'un arbitraire culturel et politique « particulier », celui d'une majorité au pouvoir sur des minorités vulnérables.

C'est pourquoi nous avons ajouté une quatrième colonne à notre tableau qui montre le meilleur des positions respectives et les déviations possibles. Une position a-culturelle universalisante constitue un point de référence majeur sur l'importance de la non-discrimination. Dans sa version trop abstraite et « juridiste », elle peut devenir source d'une discrimination plus subtile et radicale : celle de l'homogénéisation des cultures, et, finalement, d'une rationalité un peu vide. De même, la position intégrative et adaptatrice affirme bien la nécessité des changements progressifs qui vont des particularismes aux règles communes et réciproquement. Dans sa version courte, elle peut n'être que l'imposition des modèles dominants et des règles de la majorité, ce qui conduit à la subordination et à une vision réductrice des cultures minoritaires ou vulnérables. Enfin, l'interculturalité permet l'affirmation du pluralisme et de la diversité des savoirs et des cultures. Poussée à l'excès, une telle position conduit à la fragmentation sociale et à un relativisme qui, paradoxalement, ne permettent plus la vie en commun, le vivre ensemble. Tout devient discriminatoire à l'envers : ne pas reconnaître la spécificité et l'égalité de la culture de l'autre devient source d'intolérance.

Cette présentation elle-même du champ des positions possibles quant à l'ethnicité n'est pas neutre, et le lecteur l'aura lu dans l'implicite de nos distinctions. Pouvoir situer des positions comme favorables à une dialectique « positive » des rapports universalité et particularité ou comme discriminatoires repose bien sur une prise de position en faveur du développement d'une *citoyenneté pluraliste*. Cette position globale a des répercussions sur notre vision de la communauté locale, comme celle de quartiers urbains, définie sous le signe de la pluralité et de la tolérance. De même, la pratique d'une citoyenneté pluraliste recoupe aussi celle d'une pratique professionnelle ouverte aux savoirs d'expérience des usagers ou patients.

Cette explicitation de notre grille de lecture sur l'ethnicité fait état de notre sociologie comme chercheurs. Elle exprime notre point de vue sur ce qui se dégage, plus explicitement, dans les discours des intervenants comme étant leurs sociologies « implicites ». Il reste un pas à faire, et il est majeur, celui de devoir confronter notre interprétation, faite à partir de nos propres référents sociologiques, avec celle que nous pensons avoir saisie chez nos interlocuteurs. À eux, dans des rencontres que nous prévoyons dans un futur prochain de revoir notre interprétation de leur discours, de la valider, de s'y reconnaître, ou, au contraire, de la modifier, de la contester, d'amener les chercheurs à la revoir. Le sens de l'analyse de la sociologie implicite s'inscrit dans cette perspective « dialoguale », « clinique », des rapports entre chercheurs et praticiens ou de tout autre interlocuteur impliqué dans la recherche.

Illustrons, par un exemple, comment, dans la conception que se fait un intervenant de son intervention en contexte pluriethnique, nous pouvons retracer la dynamique des rapports sociaux telle que nous venons de la présenter, de cette dialectique entre universalité et particulier telle qu'elle peut s'exprimer dans les différentes logiques d'action mises en cause. Nous examinons sous cet éclairage les positions adoptés par Charlotte, une intervenante dont le discours est analysé dans un chapitre précédent.

Vers l'ouverture à la diversité culturelle

Rappelons quelques éléments de la monographie de Charlotte (*cf.* p. 66). Charlotte, infirmière scolaire qui œuvre dans un CLSC depuis près d'une vingtaine d'années, après une brève expérience dans des hôpitaux, œuvre dans un quartier traditionnellement homogène, dont la population canadienne-française était largement majoritaire. L'arrivée récente d'un groupe plus important de Québécois d'origines diverses ou d'immigrants récents vient modifier cette situation. Elle travaille comme infirmière scolaire auprès de jeunes enfants (maternelle et primaire), depuis quelques années seulement.

Ce cadre social de travail permet de voir en pleine émergence le questionnement sur les rapports interethniques, autour du passage professionnel de l'intervenante du milieu hospitalier au milieu de CLSC, d'écoles secondaires à des écoles primaires, et autour d'un changement assez récent dans la composition de la population. L'intervenante est elle-même d'origine canadienne-française.

Le discours de l'intervenante donne priorité à une *logique professionnelle*, celle de l'infirmière qui donne des soins, mais une infirmière « communautaire » préoccupée par la « santé quotidienne » des enfants, les relations humaines, la prévention. La dimension ethnoculturelle intervient secondairement dans ce contexte, mais elle intervient, et se présente en fait suivant toute la gamme des positions identifiées plus haut. L'épisode des « poux » montre bien au départ une posture a-culturelle : tout le monde doit être épouillé et les mesures de prévention sont semblables pour tout le monde. En même temps, elle note la différence de sensibilité culturelle face à ce problème et les tensions fortes entre les parents qui n'ont pas la même tolérance devant cette mesure d'hygiène. Elle devra « parler » aux parents dont les enfants ont des poux pour les convaincre. En effet, la norme de santé « éliminer les poux » demeure indiscutable. Cette position d'ouverture « stratégique » correspond bien à une posture adaptatrice et intégrative. En même temps, elle s'oppose au désir exprimé par des parents de faire eux-mêmes la leçon aux parents fautifs. Selon elle, le droit à la vie privée de la famille et à

l'autonomie de la décision parentale doit primer sur la question d'hygiène en cause. Il lui revient, comme intervenante, d'agir comme médiatrice qui va expliquer le problème et accompagner les parents impliqués, mais en leur laissant la décision. Cette affirmation du droit à la vie privée et à l'autonomie familiale et l'appel à la tolérance expriment bien une ouverture sur la pluralité et la diversité culturelle, même si ce n'est pas précisément sans doute une position interculturelle radicale. Mais, finalement, elle déplore que l'intolérance de certains oblige des parents à déménager, et qu'ainsi le problème d'hygiène demeure entier. Ce qui est un retour à la position plus centrale d'une logique professionnelle d'intervenante en santé publique, a-culturelle : il faut éliminer les poux à l'école.

Il faut noter, par ailleurs, la place complémentaire, mais importante des deux autres logiques de référence, communautaire et sociopolitique. Elle est même évoquée dans la présentation que l'intervenante fait du problème des poux. En effet, comme elle le dit : « Aussi surprenant que ça peut l'être, on est encore aux prises avec des problèmes de poux. » Le « surprenant » ici fait écho aux conditions d'hygiène liées à la pauvreté ou à des conditions culturelles moins « sensibles » à certaines formes de propreté ou de saleté. Au moment de la deuxième entrevue, elle décrit longuement les conditions d'appauvrissement du quartier : fermeture d'usine, chômage, familles en crise, déménagements fréquents et, enfin, immigration et insertion difficiles. L'intervention en santé est ainsi indissociable des conditions de vie de la population locale, de ce quartier, ce qu'elle a pu apprécier de près dans des visites à domicile.

Cette vision concrète de la vie de quartier et des besoins de la population est sous-jacente à quelques prises de position de l'intervenante sur les politiques de santé. Elle oppose les besoins prioritaires, à ses yeux, d'une bonne éducation sexuelle pour les enfants, et surtout des filles qui risquent de devenir enceintes trop tôt et dans de mauvaises conditions, ou encore, d'une formation préventive à l'hygiène de base, aux priorités trop générales et abstraites du ministère de la Santé et des Services sociaux, comme la lutte au tabagisme ou la vaccination précoce contre l'hépatite B. Elle reconnaît le bien-fondé de ces mesures, mais déplore que l'on doive réduire ou écarter d'autres mesures plus proches des besoins de la population locale. Elle déplore aussi qu'on ne consulte pas les intervenants avant de définir les politiques de santé publique.

Il y a, dans ces propos, plusieurs éléments d'une vision émancipatrice de l'action sanitaire appliquée à l'éducation des familles et des parents qui prend en compte les conditions de vulnérabilité de certains secteurs de la population. L'appartenance ethnoculturelle occupe une place secondaire dans cette argumentation et la posture principale de l'intervenante est a-culturelle. La référence à l'appartenance ethnoculturelle est même vue, dans le contexte de la prévention des maladies ou de difficultés de vie, sous l'angle de difficultés particulières de résistance à des normes de propreté ou des habitudes de nutrition. Cette posture intégrative quoique dominée par la logique professionnelle de la santé publique, est reliée à cette préoccupation plus générale d'agir sur des facteurs de pauvreté ou de mauvaises conditions de vie pour donner aux parents et aux enfants plus de maîtrise sur leur santé et leur vie.

Dans d'autres passages, cependant, l'ouverture à la diversité ethnoculturelle est plus manifeste, même si l'intervenante adopte alors un ton qui relève de l'observation et de la curiosité, mais qui est encore loin de révéler un véritable impact sur sa propre pratique. Ainsi, elle se dit fascinée par les différences et préfère l'ouverture concrète de l'école protestante qui favorise des menus diversifiés, en fonction de différentes coutumes religieuses, et qui fait une fête de Noël en respectant la diversité des croyances. Elle va même lier cette ouverture à un climat de travail généralement « plus humain » dans cette école, ou l'on est plus proche des

enfants, où les enseignants interagissent, par contraste avec l'école catholique dont la population est plus homogène (canadienne-française, en forte majorité).

L'intervenante note, dans la même veine d'ouverture à la diversité culturelle, son intérêt pour mieux connaître d'autres systèmes de croyances que la seule religion catholique. C'est ainsi qu'elle s'est intéressée à mieux comprendre les Témoins de Jéhovah, religion que pratiqueraient « beaucoup d'Haïtiens ». Diversité religieuse et appartenance ethnoculturelle sont liées dans ces deux exemples, dans l'esprit de l'intervenante. Et elle pense que cette diversité de croyances ou de coutumes devrait recevoir plus d'attention dans la pratique quotidienne : nutrition, fêtes, relations humaines.

Dans un autre contexte, elle rapporte cet incident lié à une visite à domicile où elle fait la connaissance d'un parent qui occupe un emploi très modeste de laveur de vaisselle, mais qui en fait est un médecin chinois. Enthousiaste, elle se demande comment on pourrait mieux utiliser les savoirs de ce médecin au profit de la communauté. Il serait plus près des familles chinoises et plus efficace, note-t-elle.

Cette ouverture et cette curiosité confinent à une posture interculturelle qui aurait des incidences sur la vie communautaire dans le quartier, dans les écoles, voire dans certains aspects de la pratique en santé (habitudes de nutrition, activités parascolaires, accueil). Et cette posture est d'autant plus frappante qu'elle s'exprime en toute nouveauté, pour une intervenante peu confrontée, jusque-là, à la diversité ou la pluralité ethnique : la différence lui fait découvrir aussi, par contraste, ce qui caractérise une population canadienne-française, de religion traditionnellement catholique, assez homogène.

Un dernier aspect vaut d'être souligné, puisqu'il introduit une autre dimension à la référence ethnoculturelle chez l'intervenante : l'expérience du racisme. Elle note comment, à l'école et « dans le quartier », il existe une forte tensions entre des groupes de « blancs » et des « noirs », Or, dans ce cas, elle constate que dans l'école protestante, où il y a une plus grande diversité ethnique, ces tensions sont absentes : « Ici, on ne sent aucune ségrégation », dit-elle. Ce qu'elle attribue directement à la diversité des ethnies et au nombre. Elle associe également cette intégration harmonieuse à l'ouverture manifestée à l'école protestante face à la diversité culturelle. Cette observation va dans le sens d'une posture interculturelle ou, tout au moins, pluraliste, ouverte sur le traitement égalitaire des gens sur la base d'une acceptation des différences.

Ce bref examen du discours de Charlotte nous fait voir comment la pratique et le savoir lié à cette pratique résiste à toute classification hâtive. C'est en suivant en quelque sorte les contours de sa pratique que cette infirmière, se définissant de plus comme infirmière communautaire (approche systémique ancrée dans l'école et dans la communauté), fait progressivement l'expérience de la diversité des appartenances ethnoculturelles. Le discours reste proche de la pratique, et l'intervenante élargit sa première posture, a-culturelle et professionnelle, pour inclure des dimensions d'ouverture à la diversité ethnique, en restant proche de son expérience. De même, les éléments critiques qui se dégagent, touchant les orientations de la politique de la santé publique ou l'amélioration des conditions de vie de la communauté, restent collés aux préoccupations rencontrées dans la pratique.

Ce « savoir pratiqué » est le lieu, finalement, où il est possible de saisir en mouvement la complexité des rapports entre l'intervention, la vie de la communauté locale, l'intégration ou non de la dimension ethnoculturelle, l'insertion sociopolitique des « citoyens » réels. Ce savoir

pratiqué demeure en grande partie implicite, et ceci d'autant plus qu'il s'intègre dans des habitudes et acquis répétés dans la pratique quotidienne. Il convient alors d'éclairer avec plus d'attention ces éléments d'ombre ou de détails qui s'effacent souvent devant le discours plus explicite.

La question d'une « pratique de la citoyenneté pluraliste », fondée sur une dialectique des rapports entre une vision universelle des codes de conduite et une intégration des différences particulières des groupes culturels et des individus, constitue une position à la fois théorique et normative. Image type, elle peut servir de repère dans l'examen des pratiques particulières. Elle permet de rendre compte du mouvement de la pensée, de sa complexité. Par exemple, un tel éclairage nous conduit à situer la posture de la grande majorité des intervenants comme une posture intégrative-adaptatrice, dominée par une logique professionnelle. Mais il permet également d'apprécier le mouvement d'ouverture critique à la diversité culturelle, qui, suivant les contextes d'expérience, s'affirme plus ou moins fortement. Un tel mouvement d'ouverture est loin d'une position radicalement pluraliste et interculturelle. Mais il est tout aussi loin d'une vision simplement a-culturelle ou « intégrationniste ».

CONCLUSION

Les intervenants, comme tout autre acteur social, construisent des savoirs dans et par leur pratiques. Nous avons voulu rendre compte, dans ce rapport, d'un certain nombre de ces savoirs, éléments constitutifs d'une véritable sociologie implicite. Plus particulièrement, nous nous sommes intéressés, dans notre recherche, aux éléments de cette sociologie qui concerne le contexte pluriethnique de leur pratique.

L'analyse thématique a permis d'identifier certaines dimensions caractéristiques de leur pratique en milieu pluriethnique et de leur conception de l'ethnicité. Rappelons quelques éléments qui sont ressortis de l'analyse :

- Les intervenants abordent davantage l'intervention comme mode de communication que comme processus et la question de l'interprétariat y est centrale. Tous les intervenants en parlent en entrevue ; il semble être une caractéristique de l'intervention en situation pluriethnique dans les cas où il n'y a pas de code linguistique commun. L'interprétariat ne fait cependant pas l'unanimité quant à son évaluation. Chacun a une expérience personnelle de l'interprétariat plus ou moins satisfaisante. Le travail avec une troisième personne semble poser certaines difficultés : celle-ci empêche jusqu'à un certain point l'établissement de la relation, si importante dans certains types d'intervention, elle nuit à cette intimité que tente de créer l'intervenant. L'évaluation de l'interprétariat est une chose ardue où tout est question de confiance et de compétence;

- Les intervenants présentent l'aspect ethnique comme explication, pour interpréter les difficultés de leurs interventions avec des membres d'un groupe ethnique précis (les Asiatiques, qui n'expriment pas, selon plusieurs, leurs émotions), ou de façon globale, pour faire part des différences de perception ou de valeurs chez certains de leurs clients. L'ethnicité n'est cependant pas un facteur dont se servent les intervenants pour expliquer l'échec d'une intervention.

- L'origine ethnique du client est un facteur définitoire parmi d'autres. Beaucoup d'intervenants parlent de leur clientèle de façon générale, sans parler nécessairement de leur identité ethnique. Quand ils le font, celle-ci se fonde, pour les intervenants, soit sur l'origine ethnopolitique (pays d'origine) ou ethnoculturelle (religion, langue) du client.

- Les intervenants font part d'un ensemble de facteurs sociaux déterminant leur intervention : le quartier et les conditions de vie, par exemple. L'ethnicité n'est jamais seule en cause.

- Les intervenants font peu référence à leur propre identité ethnique, et cela tant les intervenants nés au Québec que ceux qui sont nés ailleurs.

- L'intervention en milieu pluriethnique amène les intervenants à faire le constat de la différence. Différence qui remet en question, chez certains, leurs normes cliniques et sociales. Certains intervenants parlent de la nécessaire adaptation au client. Différence et adaptation se retrouvent dans le discours de la majorité des intervenants.

Les dimensions abordées par les intervenants sont multiples. Nous avons tenté, dans cette recherche, d'en expliciter certaines. Le schéma d'analyse heuristique s'est avéré un bon outil pour le faire. S'il semble que certains aspects de l'intervention médicale soient plus techniques, et que la communication y joue parfois un rôle secondaire, comparativement à l'intervention

psychosociale ou la communication joue un rôle de premier plan, nous n'avons pu approfondir cette question et en tirer des conclusions, notre échantillon d'intervenants ne nous le permettant pas. Une étude comparative pourrait nous permettre d'aller plus loin à ce chapitre.

Le contexte d'intervention réunit deux types d'acteurs sociaux : l'intervenant et la personne auprès de qui elle intervient. Il serait intéressant, dans une recherche ultérieure, d'explorer les savoirs ou la sociologie implicite du côté des acteurs qui constituent la clientèle des intervenants, de rendre rendre explicites, par exemple, les savoirs informels sur la santé et le bien-être des populations immigrantes.

RÉFÉRENCES

1. La sociologie implicite

ABRIC, J.-C. (sous la direction de) (1994). *Pratiques sociales et représentations*, Paris: Presses universitaires de France.

ARGYRIS, C. et D.A. SCHÖN (1974). *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*, San Francisco: Jossey-Bass.

BARDIN, L. (1998). *L'analyse de contenu*, Paris : Presses universitaires de France.

BERGER, P. et T. LUCKMAN (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, New York: Anchor Books.

BERTAUX, D. (1980). « L'approche biographique, sa validité méthodologique, ses potentialités », *Cahiers internationaux de sociologie* LXIX, p. 197-225.

BERTAUX, D. (sous la direction de) (1981). *Biography and Society: The Life History Approach in the Social Sciences*, London: Sage.

BLIN, T. (1995). *Phonoménologie et sociologie compréhensive: sur Alfred Schutz*. Paris: L'Harmattan.

BLUMER, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

BOURDIEU, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Genève: Droz.

BOURDIEU, P. (1980). *Le sens pratique*, Paris: Éditions de Minuit.

BOURDIEU, P., J.-C. CHAMBOREDON et J.-C. PASSERON (1983). *Le métier de sociologue: préalables épistémologiques*, Berlin: Mouton.

BURREL G. et G. MORGAN (1979). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*, London: Heinemann Educational Books.

CICOUREL, A. (1979). *La sociologie cognitive*, Paris: Presses universitaires de France.

COULSON M.A. et C. RIDDELL (1981). *Devenir sociologue*, Montréal: Éditions Saint-Martin.

CUFF, E.C. et C.C.F. PAYNE (1984). *Perspective in Sociology*, London: George Allen.

DAUNAIS, J.-P. (1984). « L'entretien non directif », *in* GAUTHIER B., *Recherche sociale*, Québec: Presses de l'Université du Québec.

DOIZE, W. (1992). « L'ancrage dans les études sur les représentations sociales », *Bulletin de psychologie*, tome XLV (405), p. 189-192.

DUMONT, F. (1969). *Le lieu de l'homme: la culture comme distance et mémoire*, Montréal: HMH.

DUMONT, F. (1974). *Les idéologies*, Paris: Presses universitaires de France.

DUMONT, F. (1981). *L'anthropologie en l'absence de l'homme*, Paris: Presses universitaires de France.

DUMONT, F. (1982). « Cultures populaires et sociétés contemporaines », *in* G. PRONOVOST (sous la direction de), Sillery: Presses de l'Université du Québec.

DUMONT, F. (1997). *Récit d'une émigration*, Montréal: Boréal.

ENRIQUEZ, E., HOULE G., RHÉAUME J. et R. SÉVIGNY, (sous la direction de) (1993). *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal: Éditions Saint-Martin.

FALARDEAU, J.-C. (1981). « Savoir savant et savoir populaire », *Question de culture* 1, IQRC, Leméac.

FAVEZ-BOUTONIER J. (1969). *La psychologie clinique: objet, méthode, problème*, Paris: Centre de documentation universitaire.

FERRAROTI, F. (1983). *Histoire et histoire de vie*, Paris: Librairie des Méridiens.

FORGUSON, L. (1989). *Common Sense*, London : Routledge.

FOUCAULT, M. (1966). *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*, Paris : Gallimard.

FURNHAM, A. (1988). *Lay Theories : Everyday Understanding of Problems in the Social Sciences*, Oxford : Pergamon Press.

GEERTZ, C. (1983). *Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropology*, New York: Basic Books.

GIDDENS, A. (1979). *Central Problems in Social Theory: Action, Structure, and Contradiction in Social Analysis*, Berkeley: University of California Press.

GIDDENS, A. (1981). *A Contemporary Critique of Historical Materialism*, Berkeley: University of California Press.

GIDDENS, A. (1987). *La constitution de la société: éléments de la théorie de la structuration*, Paris: Presses universitaires de France.

GLASER, B.G. et A.L. STRAUSS (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago: Aldine.

GLUCKMAN, M. (1964). *Closed Systems and Open Minds: The Limits of Naïvety in Social Anthropology*, Edinbourg: Oliver and Boyd.

GOFFMAN, E. (1968). *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris: Éditions de Minuit.

HABERMAS, J. (1979). *Communication and the Evolution of Society*, Boston: Beacon Press.

HABERMAS, J. (1987). *Théorie de l'agir communicationnel*, Paris: Fayard.

HOULE, G. (1993a). « Pour une sociologie de la connaissance de la vie. De l'usage des histoires de vie », *in* M. BRUNET et S. GAGNON, *Discours et pratiques de l'intime au Québec*, Montréal: IQRC, p. 229-242.

HOULE, G. (1993b). « L'analyse clinique en sciences humaines: pour une épistémologie pratique », in *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal: Éditions Saint-Martin.

HOULE, G. (1994). « Common sense as a specific form of knowledge: elements for a theory of otherness », Dans M. DIANI, D. SIMEONI (eds), *The biographical approach in the social sciences*, in *Current Sociology*.

JODELET, D. (sous la direction de) (1989). *Les représentations sociales*, Paris: Presses universitaires de France.

LALANDE, A. (1983). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris: Presses universitaires de France.

LAPERRIÈRE, A. (1982). « Pour une construction empirique de la théorie: la nouvelle école de Chicago », *Sociologie et Sociétés* XIV (1), p. 31-4.

LÉPINE, R. (1986a). « Le thérapeute et sa thérapie », *Sociologie et Sociétés* XVII (1), p. 157-161.

LÉPINE R. (1986b). *Sociologie implicite de six intervenants « périphériques » en santé/maladie mentale*, Mémoire de maîtrise, département de sociologie, Université de Montréal.

LEWIS, O. (1959). *Five Families: Mexican Case Studies in the Culture of Poverty*, New York: Basic Books.

LONGRES, J.F. (1981). « Social Work Practice with Racial Minorities: A Study of Contemporary Norms and Their Ideological Implications », *California Sociologist* 4 (1), p. 54-71.

LUKES, S. (1972). *Emile Durkheim. His Life and Work. A Historical Critique Study*, New York: Harper and Row.

MAHEU, L., R. SÉVIGNY et R. POULIN (1981). « La sociologie: l'apprentissage d'une discipline et d'une pratique », *in* M.A. COULSON et C. RIDDEL (1981). *Devenir sociologue*. Montréal: Éditions Saint-Martin, p. 8-56.

MAUSS, M. (1980). *Sociologie et anthropologie*, Paris: Presses universitaires de France.

MILES, M.B. et A.M. HUBERMAN (1984). *Qualitative Data Analysis*, Beverly Hills: Sage Publications.

MORGAN, G. (1983). *Beyond Method. Strategies for Social Research*, Beverley Hills: Sage Publications.

MOSCOVICI, S. (sous la direction de) (1984). *Psychologie sociale*, Paris: Presses universitaires de France.

PIAGET, J. (1927). *La représentation du monde chez l'enfant*, Paris: Alcan.

RHÉAUME, J. (1987). *La thérapie comme action socioculturelle: le courant de la psychologie humaniste*, Thèse de doctorat, département de sociologie, Université de Montréal.

RHÉAUME, J. (1990). *Sociologie implicite des intervenants de pratiques périphériques en santé mentale*, Actes du colloque « Le phénomène de la croissance personnelle », Montréal: Info-Croissance.

RHÉAUME, J. (1992). « Les valeurs des consultants organisationnels », *in* RESSIER R. et Y. TELLIER (sous la direction de), *Changement planifié et développement des organisations. Méthodes d'intervention. Consultation et formation*, tome 7. Sillery: Presses de l'Université du Québec, p. 63-85.

RHÉAUME, J. (1993a). « L'analyse clinique en sciences humaines », *in* SERRES F. (sous la direction de), *Recherche, formation et pratiques en éducation des adultes*, Sherbrooke: Éditions du CRP, faculté d'éducation, Université de Sherbrooke, p. 131-157.

RHÉAUME, J. (1993b). « Dimensions épistémologiques des liens entre théorie et pratique », *in* ENRIQUEZ E. *et al.* (sous la direction de), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal: Éditions Saint-Martin.

RHÉAUME, J. et R. SÉVIGNY (1985). « Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale », *Santé mentale au Québec* 10 (2), p. 156-160.

RHÉAUME, J. et R. SÉVIGNY (1987). « Les enjeux de la pratique dite "alternative"», *Revue canadienne de santé mentale communautaire* 6 (7), p. 133-147.

RHÉAUME, J. et R. SÉVIGNY (1988). *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale*, Vol. I. *Les pratiques alternatives: du groupe d'entraide au groupe de croissance*. Vol. II. *La pratique psychothérapeutique: de la croissance à la guérison*, Montréal: Éditions Saint-Martin.

ROUQUETTE, M.L et P. RATEAU (1998). *Introduction à l'étude des représentations sociales*, Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

SAINSAULIEU, R. (1977). *L'identité au travail*, Paris: Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

SCHÖN, D.A. (1983). *The Reflective Practioner*, New York: Basic Books.

SCHUTZ, A. (1970). *On Phenomenology and Social Relations*, Chicago: University of Chicago Press.

SCHUTZ, A. (1979). *Le chercheur et le quotidien*, Paris: Méridiens, Klincksieck.

SÉVIGNY, R. (1979). *Le Québec en héritage; la vie de trois familles montréalaises*, Montréal: Éditions Saint-Martin.

SÉVIGNY, R. (sous la direction de) (1983a). *L'intervention en santé mentale. Premiers éléments pour une analyse sociologique*, Équipe de recherche-action en sociologie de la santé mentale (ERASSM) Montréal: Cahiers du CIDAR, Département de sociologie, Université de Montréal.

SÉVIGNY, R. (1983b). « Théorie psychologique et sociologie implicite », *Santé mentale au Québec* 8 (1), p. 7-21.

SÉVIGNY, R. (1984). « L'intervention en santé mentale et la notion de sociologie implicite: un schéma de recherche », *Bulletin d'information en anthropologie médicale et en psychiatrie transculturelle* 2 (3), p. 12-18.

SÉVIGNY, R. (1986). *L'intervenant en santé mentale: l'épistémologie de leur sociologie implicite*, Communication présentée au Congrès de l'Association internationale de sociologie, Groupe de sociologie clinique, New Delhi.

SÉVIGNY, R. (1990). « La sociologie implicite des intervenants en développement organisationnel », *in* R. TELLIER et R. TESSIER (sous la direction de), *Le changement planifié*, Montréal: Presses de l'Université du Québec, p. 227-236.

SÉVIGNY, R. (1993a). « Les alternatives en santé mentale et la gestion du social », *Sociologie et sociétés* 25 (1), p. 114-123.

SÉVIGNY, R. (1993b). « L'approche clinique », *in* ENRIQUEZ E. *et al.* (sous la direction de), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal: Éditions Saint-Martin, p. 13-28.

SÉVIGNY, R. (1996a). *La recherche sociomédicale dans le contexte de partenariat: un bilan provisoire*, présenté au colloque « La recherche sociomédicale, ses succès et ses échecs », organisé par le Conseil québécois de la recherche sociale à l'occasion du Congrès de l'ACFAS, Montréal.

ST-ARNAUD, Y. (1992). *Connaître par l'action*, Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, collection « Intervenir ».

THINES, G. et A. LEMPEREUR (1975). *Dictionnaire général des sciences humaines*, Paris: Éditions universitaires.

THOMPSON, J.B. (1984). *Studies in the Theory of Ideology*, Cambridge: Polity Press.

THOMPSON, J.B. (1990). *Ideology and Modern Culture: Critical Social Theory in the Era of Mass Communication*, Stanford: Stanford University Press.

TURNER, J.H. (1982). *The Structure of Sociological Theory*, California: The Dorsey Press.

WATZLAWICK, P. (1972). *Une logique de la communication*, Paris: Seuil.

WEBER, M. (1949). *The Methodology of the Social Sciences*, Glencoe: Free Press.

WEBER, M. (1970). *The Interpretation of Social Reality*, London: Joseph.

ZNANIECKI, F. (1968). *The Method of Sociology*, New York: Octagon Books.

2. L'intervention en contexte pluriethnique

ALLEN, M.F. *et al.* (1993). *Intervention interculturelle dans les services sociaux et de la santé*, Bibliographie commentée publiée par l'Université Laval, la Fédération des CLSC du Québec et l'Association des Centres de services sociaux du Québec.

ANDERSEN, R.M, A.L. GIACHELLO et L.A. ADAY (1986). « Access of Hispanics to Health Care and Cuts in Services: A State of the Overview », *Public Health Reports* 101 (3), p. 238-252.

ANTONOVSKY, A. (1992). « Can Attitudes Contribute to Health? », *The Journal of Mind-Body Health* 8, p. 33-49.

ARPIN, J. (1992). « L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans la relation avec le patient », *Santé mentale au Québec* 17 (2), p. 99-112.

ATKINSON, D.R., G. MORTEN et D.S. SUE (1989). *Counseling American Minorities: A Cross Cultural Perspective*, Dubuque: W.C. Brown Publ.

BATES, M.S. (1996). « Ethnicity and Pain: A Biocultural Model », *Social Science and Medicine* 24 (1), p. 47-50.

BÉDARD, D. (1993). *Sexualité, contraception et avortement: variations ethnoculturelles*, Montréal: CLSC Rivière-des-Prairies.

BEISER, M. *et al.* (1988). *Puis... la porte s'est ouverte. Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*, Rapport du groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, Secrétariat au multiculturalisme, ministère de la Santé et du Bien-être social, Ottawa.

BEISER, M. (1990). *Young Lives in New Places: The Mental Health of Children and Youth in Resettlement Countries*, Communication inédite, Symposium on Children and Migration: A New Challenge for World-Wide Social Services, Nottingham, UK.

BÉLAND, F. (1985). « L'accès aux services de santé et les régimes publics d'assurance-maladie », *in* F. DUMONT, S. LANGLOIS et Y. MARTIN (sous la direction de), *Traité des problèmes sociaux*, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.

BERRY, J.W. (1988). « Acculturation and Psychological Adaptation: A Conceptual Overview », *in* J.W. BERRY et R.C. ANNIS (sous la direction de), *Ethnic Psychology: Research and Practices with Immigrants, Refugees, Native People, Ethnic Groups and Sojourners*, Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

BERRY, J.W., J.E. TRIMBLE et E.L. OLMEDO (1986). « Assessment of Acculturation », *in* W.J. LONNER et J.W. BERRY (sous la direction de), *Field Methods in Crosscultural Research*, Beverly Hills: Sage.

BERTOT, J. et A. JACOB (1991). *Intervenir avec les immigrants et les réfugiés*. Montréal: Éd. du Méridien.

BIBEAU, G. (1985). « Des pratiques différenciées de la santé », *in* J. DUFRESNE, F. DUMONT et Y. MARTIN (sous la direction de), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses universitaires de Lyon.

BIBEAU, G. *et al.* (1987). *À la fois d'ici et d'ailleurs. Les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et de santé*, Rapport de recherche, Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux.

BIBEAU, G., A.M. CHAN-YIP, M. LOCK, C. ROUSSEAU et C. STERLIN (1992). *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien,* Montréal: Gaëtan Morin éditeur.

BILODEAU, G. (1993). « Méthodologie de l'intervention sociale et interculturalité », *Service social, culture et intervention* 42 (1), p. 25-48.

BLANCHET, L., M.C. LAURENDEAU, D. PAUL et J.F. SAUCIER (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale: préparer l'avenir*, Montréal: Gaëtan Morin éditeur.

BOUCHARD, C. (1989). « Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'intervention précoces », *Santé mentale au Québec* 14, p. 138-149.

BOUCHER, N. (1991). « Société multiethnique: implications pour la déontologie et l'éthique », *in* Actes du colloque du Regroupement des unités de formation en travail social du Québec (RUFUTS): *Le travail social et ses rapports avec les communautés culturelles et les populations autochtones*, p. 51-71.

BRETON, R. (1994). « L'appartenance progressive à une société: perspectives sur l'intégration socioculturelle des immigrants », *in* Centre d'études ethniques et ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles (sous la direction de), *Actes du séminaire sur les indicateurs d'intégration des immigrants*, 239-252.

CANADIAN TASK FORCE ON MENTAL HEALTH ISSUES AFFECTING IMMIGRANTS AND REFUGEES (1988). *Review of the Literature on Migrant Mental Health*, Gouvernement du Canada: ministère de la Santé et du Bien-être.

CHEN, J., R. WILKINS et E. NG (1996). « Health Expectancy by Immigrant Status, 1986 and 1991 », *Health Reports* 8 (3), p. 29-38.

CHEVALIER, S. et M. TREMBLAY (sous la direction de) (1995). *Portrait de santé des Montréalais. Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993 pour la région de Montréal-centre*, Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux, Direction de la santé publique.

CHIASSON-LAVOIE, M. (1992). *L'approche interculturelle auprès de réfugiés et de nouveaux immigrants*, Montréal: CSSMM-SMI.

CLARKSON, M. et I. DAHAN (1997). *La famille comme protection. Enquête Santé Québec auprès de la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient: rapport de la phase 1,* Montréal: ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

CLARKSON, M. et R. EUSTACHE (1997). *La santé, c'est la richesse. Enquête Santé Québec auprès de la communauté haïtienne: rapport de la phase 1*, Montréal: ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

CLARKSON, M. et T.N. TRAN (1997). *Au confluent de deux médecines. Enquête Santé Québec auprès de la communauté chinoise: rapport de la phase 1,* Montréal: ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

COHEN, S. et H.M. HOBERMAN (1983). « Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress », *Journal of Applied Social Psychology* 13, p. 119-125.

COHEN-EMERIQUE, M. (1984). « Chocs culturels et relations interculturelles dans la pratique des intervenants sociaux », *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, déc. 1984.

COHEN-EMERIQUE, M. (1993). « L'approche interculturelle dans le processus d'aide », *Santé mentale au Québec* 13 (1), p. 71-92.

COHEN-EMERIQUE, M. (2000). « L'approche interculturelle auprès des migrants », in LEGAULT G. (sous la direction de), L'intervention interculturelle, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, SECTION QUÉBEC (1991). *Culture et santé. Défis et perspectives.* Actes de la neuvième assemblée annuelle, Montréal, oct. 1991.

CONSEIL DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES ET DE L'IMMIGRATION (1988). *Accessibilité des membres des communautés culturelles aux services de santé et aux services sociaux: avis*. Québec: Gouvernement du Québec.

CONSEIL DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES ET DE L'IMMIGRATION (1993). *Gérer la diversité dans un Québec francophone, démocratique et pluraliste. Principes de fond et de procédure pour guider la recherche d'accommodements raisonnables.* Québec: Gouvernement du Québec.

CORIN, E.E., G. BIBEAU, J.-C. MARTIN et R. LAPLANTE (1990). *Comprendre pour soigner autrement: repères pour régionaliser les services de santé mentale*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

CORIN, E.E. (1994). « The Social and Cultural Matrix of Health and Disease », *in* R.G. EVANS, M.L. BARER et T.R. MARMOR (sous la direction de), *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York: Aldine de Gruyter, p. 93-132.

CORNELIUS, L.J. (1991). « Access to Medical Care for Black Americans with an Episode of Illness », *Journal of the National Medical Association* 83 (7), p. 617-626.

CÔTÉ, C. et H. BOULET (1996). « Les compétences des clients et de leurs familles: des ressources à utiliser davantage », *Intervention* 97, p. 11-19.

CÔTÉ, R. (1982). *Rapport des visites auprès des familles du Sud-Est asiatique*, Montréal: Hôpital Sainte-Justine, Département de santé communautaire.

DADOUR, G. (1993). « Femmes et cultures. Le médecin doit-il en tenir compte? », *Le médecin du Québec*, févr., p. 39-41.

DEVER G.E.A. et F. CHAMPAGNE (1984). « The Epidemiology of Health Services Utilization », in *Epidemiology in Health Services Management*, Germantown MD: Aspen, p. 211-236.

DORVIL, H. (1985). « Types de sociétés et de représentations du normal et du pathologique: la maladie physique, la maladie mentale », *in* J. DUFRESNE, F. DUMONT et Y. MARTIN (sous la direction de), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses universitaires de Lyon.

DOUYON, E. (1988). « De l'expertise à l'intervention en milieu interculturel », *Inter Culture* 100, p. 14-20.

DUNN, S.K. (1987). « Health Seeking Behaviors and Barriers to Care among Transcultural Families », *Migration World Magazine* 15 (5), p. 25-29.

DUSSAULT, G. (1992). *The Effect of Migrant Adaptation on Perinatal Health*. Montréal: Université de Montréal.

EISENBRUCH, M. (1984). « Cross-Cultural Aspects of Bereavement: II. Ethnic and Cultural Variations in the Development of Bereavement Practices », *Culture, Medicine and Psychiatry* 8 (4), p. 315-347.

EPP, J. (1986). *La santé pour tous: un cadre de référence pour la promotion de la santé*, Gouvernement du Canada, ministère de la Santé et du Bien-être social.

EVANS, R.G., M.L. BARER et T.R. MARMOR (sous la direction de) (1994). *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York: Aldine de Gruyter.

FLASKERUD, J. H. (1986). « The Effect of Culture-Compatible Intervention on the Utilization of Mental Health Services by Minority Clients », *Community Mental Health Journal* 22 (2), 127-141.

FOX, S.A. et J.A. STEIN (1991). « The Effect of Physician-Patient Communication on Mammography Utilization by Different Ethnic Groups », *Medical Care* 29 (11), p. 1065-1082.

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), p. 79-92.

GOOD, B.J. et M.J.D. GOOD (1980). « The Meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. The Relevance of Social Science for Medicine », *in* L. EINSENBERG et A. KLEINMAN (sous la direction de), Boston: Reidel Publication Company.

GOUVERNEMENT DU CANADA (1994). *Stratégies pour la santé de la population: investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1990a). Le mouvement d'immigration d'hier à aujourd'hui, Québec : direction des communications.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1990b). *L'intégration des immigrants et des Québécois des communautés culturelles. Document de réflexion et d'orientation*, Québec: ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1990c). *Au Québec pour bâtir ensemble. Énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration*, Québec: ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992a). *Localisation des populations immigrées et ethnoculturelles au Québec*, Québec: ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC et SECRÉTARIAT RÉGIONAL DE LA CONCERTATION DE L'OUTAOUAIS (1992b). *Les personnes immigrantes: partenaires du développement régional.* Actes du colloque national sur la régionalisation de l'immigration au Québec. Hull: Université du Québec à Hull.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992c). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1993). *Répertoire des services offerts par les partenaires communautaires du ministère des Communautés culturelles*. Québec: ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1994). *Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles*. Orientations et plan d'action 1994-1997 du bureau des services aux communautés culturelles et du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1995a). *Portraits statistiques régionaux: Montréal métropolitain et ses composantes territoriales. 1991: données ethnoculturelles*, Collection statistiques et indicateurs, no. 10. Québec: ministère des Affaires internationales, de l'Immigration et des Communautés culturelles.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1995b). *Profil des communautés culturelles du Québec*, Québec: Publications du Québec.

GRAVEL, S. (1987). *La grossesse, l'accouchement et les soins au nouveau-né chez la communauté tamoule réfugiée à Montréal*, rapport d'un projet-pilote dans le cadre du projet « Jeune famille et multiethnicité », Montréal: Hôpital Sainte-Justine, Département de santé communautaire.

GRAVEL, S. (1989). « Les nouvelles mères immigrées », *En savoir davantage*, Actes du colloque sur la condition des femmes immigrantes, Montréal: Centre des femmes de Montréal, p. 35-36.

GRAVEL, S. et A. BATTAGLINI (2000). *Culture, santé et ethnicité. Vers une santé publique pluraliste.* Montréal, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.

GRIM, C.E. et M. ROBINSON (1996). « Blood Pressure Variation in Blacks: Genetics Factors », *Seminars in Nephrology* 16 (2), p. 83-93.

GROUPE DES FEMMES SOMALIENNES (1991). *Les Somaliens au Canada. Guide pour les professionnels de la santé et des services d'appui.* Vanier: Centre de santé communautaire Côte de sable.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES COMMUNAUTÉS CULTURELLES ET LA SANTÉ MENTALE (1990). *Un Québec pluriethnique au quotidien: impasses et ouvertures*, Montréal: Comité de la santé mentale du Québec, document de travail.

GUBERMAN, N. et P. MAHEU (1997). *Les soins aux personnes âgées dans les familles d'origine italienne et haïtienne*. Montréal: Éditions du Remue-ménage.

HENEMAN, B., G. LEGAULT, S. GRAVEL, S. FORTIN et É. ALVARADO (1994). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*, Rapport de recherche, École de service social, Université de Montréal et Direction de la santé publique de Montréal.

HOGAN, L., M. O'NEIL et C. DALLAIRE (1995). « Linking Health Promotion and Community Health Nursing: Conceptual and Practical Issues », *in* M.J. STEWART (sous la direction de), *Community Nursing. Promoting Canadians' Health*, Toronto: W.B. Saunders, p. 423-429.

HOHL, J. (1991). « De l'ethnocentrisme à la décentration culturelle », *Québec français* 82, p. 74-76.

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

JACOB, A, J. BERTOT, L.R. FRIGAULT et J. LÉVY (1997). *De l'exil à l'espoir,* Montréal: Fides.

JUTEAU, D. (1981). « La production de l'ethnicité ou la part réelle de l'idéal », *Sociologie et Sociétés* XIII, octobre.

JUTEAU, D. (1986). « L'État et les immigrés: de l'immigration aux communautés culturelles », *in Minorités et État*, Bordeaux: Presses universitaires de Bordeaux et Presses de l'Université Laval, p. 35-51.

KIRMAYER, L.J. (1993). « Healing and the Invention of Metaphor: The Effectiveness of Symbols Revisited », *Culture, Medicine and Psychiatry* 17, 161-195.

KIRMAYER, L.J., G. G. DU FORT, A. YOUNG, M. WEINFELD et J.C. LASRY (1997). *Pathways and Barriers to Mental Health Care in an Urban Multicultural Milieu: An Epidemiological and Ethnographic Study*. Institute of Communauty and Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital & Department of Psychiatry, McGill University. Culture & Mental Health Research Unit, Rapport no. 6.

KLEINMAN, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley: University of California Press.

KONINCK, L., F. DUNNIGAN et F. SAILLANT (1981). *Essai sur la santé des femmes*. Québec: Conseil du statut de la femme.

LAPERRIÈRE, A. (1985). « Les paradoxes de l'intervention interculturelle : une analyse critique des idéologies d'intervention britanniques face aux immigrant(e)s », *Revue internationale d'action communautaire* 4-54.

LEBEL, B. (1986). « Les relations entre les membres de communautés culturelles et les services sociaux et de santé », *Canadian Ethnic Studies* 18 (2), p. 79-89.

LE BLANC, N. (1994). *Quelques enjeux de l'intervention en CLSC pluriethnique*, mémoire de maîtrise, Université de Montréal.

LEDOYEN A. (1992). *Montréal au pluriel. Huit communautés ethnoculturelles de la région montréalaise*, Québec: Institut québécois sur la recherche et la culture.

LEGAULT, G. (1991). « Formation à une pratique interculturelle », *Revue canadienne de service social* 8 (2), p. 153-167.

LEGAULT, G. et M. LAFRENIÈRE (1992). *Femmes, migrations, interventions: une rencontre interculturelle*, École de service social, Université de Montréal.

LEGAULT, G. (sous la direction de) (2000). *L'intervention interculturelle*, Montréal, Gaëtan Morin Éditeur, Collection pratiques professionnelles.

LE GOFF, F. (1997). *Difficultés communicationnelles vécues dans un Centre local de services communautaires (CLSC) à clientèle multiethnique*, mémoire de maîtrise, département de sociologie, Université de Montréal.

LEININGER, M. (1970). *Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend.* New York: Wiley and Son.

LIEU, T.A., P.W. NEWACHECK, M.A. McMANUS (1994). « Race, Ethnicity and Access to Ambulatory Care Among US Adolescents », *Journal of Health Care Marketing* 83 (7), p. 960-965.

LONGRES, J.F. (1981). « Social Work Practice with Racial Minorities: A Study of Contemporary Norms and Their Ideological Implications », *California Sociologist* 4 (1), p. 54-71.

LUM, D. *et al.* (1980). « The Psychosocial Nedde of the Chinese Elderly », *Social Work* 61 (2), p. 100-106.

MALDONADO, M.G. et L. BOUCHARD (1997). « L'usage détourné des médicaments », *L'Omnipraticien*, sept., p. 24-26.

MASSÉ, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal: Gaëtan Morin éditeur.

MATSUOKA, A. et J. SORENSON (1991). « Ethnic Identity and Social Service Delivery : Some Models Examined in Relation to Immigrants and Refugees from Ethiopia », *Canadian Social Work Review*, vol. 8, no 2, p. 255-268.

McALL, C. (1991). *Au-delà de la culture: le Québec contemporain et l'immigration*, document de travail 25, Ottawa: Conseil économique du Canada.

McALL, C. (1992). *Class, Ethnicity and Social Inequality*, Montréal: McGill-Queen's University Press.

McALL, C. (1995). « Les murs de la cité: territoire d'exclusion et espaces de citoyenneté », *Lien social et politiques* 34, p. 81-92.

McALL, C., L. TREMBLAY et F. LE GOFF (1997). *Proximité et distance. Les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*, Montréal: Éditions Saint-Martin.

MEIKLE, S.F., M. ORLEANS, R. SHAIN et R.S. GIBBS (1995). « Women's Reasons for Not Seeking Prenatal Care: Racial and Ethnic Factors », *Birth* 22 (2), p. 81-86.

PICHÉ, V. et L. BÉLANGER (1997). « Le quartier Côte-des-Neiges: fiction statistique ou milieu d'insertion pour les groupes d'immigrants? », *in* MEINTEL D. *et al.* (sous la direction de) *Le quartier Côte-des-Neiges à Montréal : les interfaces de la pluriethnicité*, Paris : L'Harmattan.

RAMBALLY, R.T. (1995). « The Overrepresentation of Black Youth in the Quebec Social Service System : Issues and Perspectives », *Canadian Social Work Review* vol. 12, no 11, p. 85-97.

RENAUD, J., M. MAYER et R. LEBEAU (1996). *Espace urbain, espace social. Portrait de la population des villes du Québec*, Montréal: Éditions Saint-Martin.

RENAUD, J., S. DESROSIERS et A. CARPENTIER (1993). *Trois années d'établissement d'immigrants admis au Québec en 1989. Portrait d'un processus.* Québec: ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, coll. Études et recherches 5.

RENEL, J.Y. (1986). *Représentations de la santé et de la maladie chez les mères haïtiennes et les mères québécoises : le cas de la santé maternelle et infantile*, Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.

RICHMAN, A.L. *et al.* (1987). « The Process of Acculturation: Theoretical Perspectives and an Empirical Investigation », *Social Science and Medicine* 25 (7), p. 839-847.

ROOPCHAND, S. (1995). « Models of Intervention », *in* JACOB, A. (sous la direction de), *Les services sociaux dans une société pluriethnique : pistes pour l'avenir*, Rapport de séminaire.

ROSS-LEE, B., L.E. KISS et M.A. WEISER (1994). « Should Healthcare Reform Be Colour-blind? Addressing the Barriers to Improving Minority Health », *Healthcare Policy* 94 (8), p. 664-671.

ROUSSEAU, C., DRAPEAU, A. et E. CORIN (1997). *Politique d'immigration et santé mentale : impact des séparations familiales prolongées sur la santé mentale des réfugiés.* Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Montréal, département de psychiatrie, Hôpital de Montréal pour enfants.

ROY, G. (1991). « Incompréhensions interculturelles et ajustements de pratique chez les travailleurs sociaux », *Revue canadienne de service social* 8, p. 278-291.

ROY, G. (1992). « Devons-nous avoir peur de l'interculturel institutionnalisé? », *Nouvelles pratiques sociales* 5 (2), p. 53-64.

ROY, G. (1993). « Complexité et interculturel », *Service social* 42 (1), p. 145-152.

RUSSELL, K. et N. JEWELL (1992). « Cultural Impact of Health-Care Access: Challenges for Improving the Health of African-Americans », *Journal of Community Health Nursing* 9 (3), p. 161-169.

SAILLANT, F. (1996). « Les soins domestiques au Québec: évolution d'un programme de recherche appuyé sur une méthodologie qualitative », *in* J. ARCHAMBAULT et P. PAILLÉ (sous la direction de), *Recherches qualitatives,* vol. 15, Québec: Presses de l'Université Laval, p. 23-48.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va?*, Rapport de l'enquête de Santé Québec 1987, tome 1 et 2, Québec: Publications du Québec.

SECRÉTARIAT À LA FAMILLE (1994). *Familles en tête 1995-1997. Les défis à relever.* Québec: Gouvernement du Québec.

SÉVIGNY, R. (1986). « L'intervention communautaire: une notion encore à la mode », *in* GIFRIC et COSAME (sous la direction de), *Pour un réseau autonome en santé mentale*, p. 24-28.

SÉVIGNY, R. (1991). « Pratique de santé mentale à Singapour: une autre vision du communautaire », *Revue canadienne de santé mentale communautaire* 10 (1), p. 29-48.

SÉVIGNY, R. (1994). « La maladie mentale », *in* F. DUMONT, S. LANGLOIS et Y. MARTIN (sous la direction de), *Traité des problèmes sociaux*, Québec: Institut québécois de recherche sur la culture, p. 165-177.

SÉVIGNY, R. (1996). « Nos immigrants s'intègrent-ils? La nouvelle génération présente-t-elle des particularités à ce sujet? », *CQRS-Bulletin Recherche sociale.*

SHORT, K.H. et C. JOHNSON (1994). « Ethnocultural Parent Education in Canada: Current Status and Directions », *Canadian Journal of Community Mental Health* 13 (1), p. 43-54.

SIRROS, E. (1987). *Rapport du comité sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux aux membres des communautés culturelles*, Québec: Gouvernement du Québec.

SOMOVA, L.I., C. CONNOLLY et K. DIARA, 1995. « Psychosocial Predictors of Hypertension in Black and White Africans », *Journal of Hypertension* 13 (2), p. 193-199.

STATISTIQUES CANADA (1996). *Final Report on Qualitative Testing of Health and Immigration Questions*, Ottawa: Gouvernement du Canada.

STERLIN, C. (1988). « L'intervenant homoethnique en contexte interculturel », *Travail social et pluralisme culturel, Interculturel* 1000.

STERLIN, C. (1995). *Intervenir en contexte multiethnique*, Montréal: Hôpital Jean-Talon, clinique transculturelle, département de psychiatrie.

SUE, D.W. et D. SUE (1990). *Counseling the Culturally Different*, New York: John Wiley & Sons.

TRINH, P. (1986). « Intervenir en contexte d'autorité auprès des réfugiés d'origine vietnamienne », *Intervention* 74, p. 50-55.

UBA, L. (1992). « Cultural Barriers to Health Care for Southeast Asian Refugees », *Public Health Reports* 197 (5), p. 544-548.

(1996). « Le VIH/sida et son contexte culturel: 1. L'étude canadienne sur les déterminants des comportements ethnoculturellement spécifiques liés au VIH/sida », *Revue canadienne de santé publique* 87 (1), supplément 1: S1-S54.

WEIDMAN, H.H. (1979). « Falling-Out: a Diagnostic and Treatment Problem Viewed from a Transcultural Perspective », *Social Science and Medicine* 13B, p. 95-112.

WESTERMEYER, H. (1989). *Mental Health for Refugees and Other Migrants: Social and Preventive Approaches*. Springfield: Charles C. Thomas.

WORNHAM, W.L. (1988). « Cultural Targeted Health Services for Immigrant Children and Adolescents », *Canadian Journal of Public Health* 79 (suppl. 2), p. S39-43.

ZAMBRANA, R.E., K. ELL, C. DORRINGTON, L. WACHSMAN et D. HODGE (1994). « The Relationship between Psychosocial Status of Immigrant Latino Mothers and Use of Emergency Pediatric Services », *Health and Social Work* 19 (2), p. 93-102.

ANNEXE 1

Schéma d'entrevue

La sociologie implicite des intervenants en milieu pluriethnique

Schéma d'entrevue

A. Le récit de pratique

Q1. Comment en êtes-vous venu à travailler au sein d'un CLSC?

Q2. Pouvez-vous nous tracer les grandes étapes de votre cheminement professionnel depuis votre formation et votre premier emploi?

[Quelle formation avez-vous reçu? Quel était votre premier emploi? En quelle année? Décrivez-nous les points importants de cette période? Qu'en retenez-vous?]

B. Les représentations de la pratique (partie 1, première entrevue)

Q3. Pouvez-vous nous parler de votre expérience, *de ce que vous faites* en tant qu'intervenant actuellement?

Q4. Pouvez-vous nous parler de ceux auprès de qui vous travaillez? Qui sont-ils?

Q5. Quels sont, d'après vous, les principaux problèmes qu'ils vivent?

Q6. Études de cas. Racontez-moi deux situations de pratique, deux cas concrets d'intervention :

- une situation de travail auprès d'une personne qui, de votre point de vue, a été une intervention difficile et qui n'a pas abouti;
- une situation de travail auprès d'une personne qui, de votre point de vue, a été une intervention réussie.

Il est important de laisser ici le choix à l'interviewé de commencer par l'une ou l'autre des interventions. Intervenir le moins possible ici. On peut poser les sous-questions suivantes : Comment le tout a débuté (étape de la prise de contact)? Comment la situation a-t-elle évolué (étape du travail ou du suivi)? Comment cela s'est terminé (évaluation)?

C. Les représentations de la pratique (partie 2, deuxième entrevue)

Q7. Est-ce qu'il y a autre chose que vous aimeriez dire à propos de la première entrevue? (Si l'interviewé n'a rien à ajouter au contenu de la première, l'interviewer peut lui-même revenir sur certains points.)

Q8. Retour sur les études de cas. Nous aimerions revenir sur certains points des cas abordés.

[Que vouliez-vous dire au juste à tel moment de votre intervention?

Pourquoi ce point est-il important pour vous?

Comment vous sentiez-vous dans cette situation?

Est-ce que cette situation (ou cet élément) est quelque chose de fréquent ou d'habituel dans votre pratique?

Que vouliez-vous dire par tel ou tel mot utilisé (par exemple : « préjugé »; « bonne intégration sociale », etc.)

Q9. Décrivez-nous le contexte de votre pratique (l'organisation, les liens de travail, vos sources d'inspiration ou de soutien)?

[Comment se vivent les relations de travail dans le contexte de votre pratique?

Quelles sont les règles et les normes les plus importantes à respecter dans votre pratique?

Quelles sont vos points de référence les plus importants en tant qu'intervenant, les auteurs qui vous inspirent, d'autres praticiens, des courants de pensée, des réseaux de support, etc.]

Q10. Conclusion. Y a-t-il d'autres aspects de votre pratique dont vous n'avez pas encore eu l'occasion de parler et desquels vous aimeriez parler?

ANNEXE 2

Fiches signalétiques

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

HORTENSE, médecin

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*canadienne (née au Québec)*
Lieu de naissance de la mère :	*France*
Lieu de naissance du père :	*Québec*
Langue maternelle :	*français*
Langue(s) parlée(s) :	*français, anglais*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*médecine*
Nombre d'années de pratique :	*15*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*3*
Âge :	---

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

HUGUES, travailleur social (milieu scolaire)

Sexe :	*Masculin*
Origine ethnique :	*canadienne (né à Ottawa)*
Lieu de naissance de la mère :	*Québec (Outaouais)*
Lieu de naissance du père :	*Ontario*
Langue maternelle :	*anglais*
Langue(s) parlée(s) :	*français, anglais*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*brevet d'enseignement, Chapleau, Québec* *B.S.W. Université Laurentides, Sudbury* *B.S.W. Université Carleton, Ottawa*
Nombre d'années de pratique :	*1974-1998 (24 ans)*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*1980-1998*
Âge :	*52 ans*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

MELPA, travailleuse sociale (maintien à domicile)

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*grecque (née ici)*
Lieu de naissance de la mère :	*Grèce*
Lieu de naissance du père :	*Grèce*
Langue maternelle :	*grecque*
Langue(s) parlée(s) :	*français, anglais, grec, espagnol*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*Bac en travail social*
Nombre d'années de pratique :	*4*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*3 ans et demi*
Âge :	*28 ans*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

LUC, travailleur social (services courants)

Sexe :	*masculin*
Origine ethnique :	*canadienne (né au Québec)*
Lieu de naissance de la mère :	*Québec (Sorel)*
Lieu de naissance du père :	*Québec (Sorel)*
Langue maternelle :	*français*
Langue(s) parlée(s) :	*français, anglais*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*Bac en travail social et certificat en sociologie*
Nombre d'années de pratique :	*2 ans et demi*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*1 an et demi*
Âge :	*29 ans*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

NASSER, travailleur social (enfance-famille)

Sexe :	*Masculin*
Origine ethnique :	*Égyptienne*
Lieu de naissance de la mère :	*Égypte (Le Caire)*
Lieu de naissance du père :	*Égypte*
Langue maternelle :	*français et arabe*
Langue(s) parlée(s) :	*français, anglais, arabe*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*certificat en toxicologie et Bac en travail social*
Nombre d'années de pratique :	*service social : 7 ans* *Auxiliaire familial : 6 ans et demi*

Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel : *6 ans*

Âge : *48 ans*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

BLANCHE, ergothérapeute (maintien à domicile)

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*canadienne (Québec)*
Lieu de naissance de la mère :	*Québec (La Martre, Gaspésie)*
Lieu de naissance du père :	*Québec (Petit Cap, Gaspésie)*
Langue maternelle :	*français*
Langue(s) parlée(s) :	*français, anglais*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*Bac. en ergothérapie*
Nombre d'années de pratique :	*2 ans et quatre mois*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*2*
Âge :	*25 ans*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

BARBARA, travailleuse sociale (maintien à domicile)

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*danoise*
Lieu de naissance de la mère :	*Danemark*
Lieu de naissance du père :	*Danemark*
Langue maternelle :	*danoise*
Langue(s) parlée(s) :	*anglais, français, danois*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*Bac en anthropologie, Bac en travail social*
Nombre d'années de pratique :	*1*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*7 mois*
Âge :	*26 ans*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

SIMONE, infirmière (enfance-famille)

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*canadienne (née à Montréal)*
Lieu de naissance de la mère :	*Québec (Montréal)*
Lieu de naissance du père :	*Québec (Drummondville)*
Langue maternelle :	*français*
Langue(s) parlée(s) :	*français et anglais*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*Bac en sciences infirmières*
Nombre d'années de pratique :	*22*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*12*
Âge :	*43 ans*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

SYBILLE, travailleuse sociale (services courants)

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*tunisienne*
Lieu de naissance de la mère :	*Tunisie (Tunis)*
Lieu de naissance du père :	*Tunisie (Tunis)*
Langue maternelle :	*arabe*
Langue(s) parlée(s) :	*français, arabe*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*Diplôme en travail social (Tunis)* *DEC en travail social*
Nombre d'années de pratique :	*6*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*4*
Âge :	*37 ans*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

SARAH, travailleuse sociale (maintien à domicile)

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*canadienne (née au Québec)*
Lieu de naissance de la mère :	*Québec (Montréal)*
Lieu de naissance du père :	*Québec (Montréal)*
Langue maternelle :	*français*
Langue(s) parlée(s) :	*français*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*Bac en travail social*
Nombre d'années de pratique :	*12*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*12*
Âge :	*38 ans*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

SANDRA, infirmière (enfance-famille)

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*canadienne (née au Québec)*
Lieu de naissance de la mère :	*Québec*
Lieu de naissance du père :	*Québec*
Langue maternelle :	*français*
Langue(s) parlée(s) :	*français et anglais*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*DEC en techniques infirmières* *Bac en rédaction-communications*
Nombre d'années de pratique :	*24*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*1 an et demi*
Âge :	*44*

Fiche signalétique

Profil sociodémographique de l'intervenant

SABRINA, travailleuse sociale (milieu scolaire)

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*Née à Alger, de diverses origines*
Lieu de naissance de la mère :	*Italie*
Lieu de naissance du père :	*Espagne*
Langue maternelle :	*français*
Langue(s) parlée(s) :	*français, anglais, espagnol, créole*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*Bac en travail social;* *maîtrise en travail social*
Nombre d'années de pratique :	*13*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*2*
Âge :	*47*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

CHARLOTTE, infirmière (milieu scolaire)

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*canadienne (née au Québec)*
Lieu de naissance de la mère :	*Québec*
Lieu de naissance du père :	*Québec*
Langue maternelle :	*français*
Langue(s) parlée(s) :	*français*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*Bac en sciences infirmières*
Nombre d'années de pratique :	*20 (dont 18 ans en milieu scolaire)*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*5*
Âge :	---

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

SOPHIE, travailleuse sociale (milieu scolaire)

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*canadienne (née au Québec)*
Lieu de naissance de la mère :	*Montréal*
Lieu de naissance du père :	*Montréal*
Langue maternelle :	*français*
Langue(s) parlée(s) :	*français, anglais*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*Bac en travail social*
Nombre d'années de pratique :	*14*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*5*
Âge :	*36*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

HUBERT, organisateur communautaire

Sexe :	*masculin*
Origine ethnique :	*canadienne (Québec)*
Lieu de naissance de la mère :	*Québec*
Lieu de naissance du père :	*Québec*
Langue maternelle :	*français*
Langue(s) parlée(s) :	*français*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*bac. en service social*
Nombre d'années de pratique :	*11*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*7*
Âge :	*32 ans*

Fiche signalétique

Profil socio-démographique de l'intervenant

HÉLÈNE, infirmière (milieu scolaire)

Sexe :	*féminin*
Origine ethnique :	*canadienne (née au Nouveau-Brunswick)*
Lieu de naissance de la mère :	*Nouveau-Brunswick*
Lieu de naissance du père :	*Nouveau-Brunswick*
Langue maternelle :	*français*
Langue(s) parlée(s) :	*français, anglais*
Diplôme(s) obtenu(s) :	*Bac. en sciences infirmières*
Nombre d'années de pratique :	*18*
Nombre d'années de pratique dans l'emploi actuel :	*11*
Âge :	*39 ans*