

Cahiers de l'équipe METISS
du Centre de recherche et de formation

Cahiers METISS

Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne

CENTRE
DE RECHERCHE
ET DE FORMATION

Articles et notes de terrain

Volume 1, numéro 1
Printemps 2006



CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE
AFFILIÉ À L'UNIVERSITÉ MCGILL

Directrices de la publication

Marguerite Cognet
Spyridoula Xenocostas

Comité de rédaction

Barbara Fournier
Amel Mahfoudh
Jeanne-Marie Alexandre

Graphisme et mise en page

Jeanne-Marie Alexandre

Directeur scientifique

Jacques Rhéaume

Comité scientifique

Marguerite Cognet, Université du Québec à Montréal
Catherine Montgomery, Université McGill
Guylaine Racine, Université de Montréal
Jean-François Saucier, Université de Montréal
Vania Jimenez, Université McGill
Ellen Rosenberg, Université McGill
Nicole Huneault, CSSS de la Montagne
Réjeanne Laroche, CSSS de la Montagne
Diane Inkel, CSSS de la Montagne
Sirma Bilge, Université de Montréal
Bernard Roy, Université Laval
Sylvie Gravel, Santé publique
Christopher McAll, Université de Montréal
Spyridoula Xenocostas, CSSS de la Montagne
Amel Mahfoudh, CSSS de la Montagne
Robert Sevigny, Université de Montréal



CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION

CSSS DE LA MONTAGNE

5700, chemin de la Côte-des-Neiges

5^e étage

Montréal, Québec

H3T 2A8

514 731-8531, poste 2340

crf_clsccdn@ssss.gouv.qc.ca

ISSN 1718-3103

Dépôt légal - Bibliothèque du Québec, 2006

Prix: \$ 10,00 (version électronique disponible -\$7,00)

Tous droits réservés

© Centre de recherche et de formation, CSSS de la Montagne

TABLE DES MATIÈRES

Volume 1, numéro 1
Printemps 2006

Présentation Marguerite Cagnet, Spyridoula Xenocostas	5
ARTICLES	
Citoyenneté dans l'action communautaire. Une étude de cas : Multicaf Jacques Rhéaume, Roger Côté, Alain Landry	9
Citoyenneté et soins de santé aux immigrants : les infirmières jouent-elles un rôle dans la construction de la citoyenneté des immigrants au Québec? Marguerite Cagnet, Aline Bourgon, Lorraine Bouvier, Lucille Dufour	25
Représentations de la relation à l'autre dans l'intervention interculturelle : quand la différence passe par le tiers Louise Tremblay, Michelle-Isis Brouillet, Jacques Rhéaume, Marie-Emmanuelle Laquerre	37
NOTES DE TERRAIN	
L'après-tsunami : expérience d'intervention psychosociale au niveau international Brigitte Larose	45
RÉSUMÉS	51
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS	55

Note au lecteur

Le terme CLSC désigne un centre local de services communautaires offrant, sur une base territoriale, des services sociaux et de santé. La récente réforme a regroupé la majorité des institutions du réseau de la santé et des services sociaux en centres de santé et de Services sociaux (CSSS), en fonction des populations et des territoires. Les CLSC de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension ont été fusionnés et forment maintenant un seul et même établissement appelé CSSS de la Montagne.

Présentation

Migrations et ethnicité dans les interventions de santé et de service social. Introduction aux Cahiers de METISS

M. Cagnet, chercheure boursière, équipe METISS
S. Xenocostas, directrice des activités de recherche et de formation,
Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne

Les Cahiers de METISS se veulent un support de publication pour la communauté des chercheurs, des étudiants, des praticiens ou des autres intervenants de la santé et des services sociaux intéressés aux interventions dans des contextes pluriethniques, objet de première importance dans le monde contemporain des sociétés pluralistes occidentales. Ils visent en particulier à publier des analyses en lien avec l'un ou l'autre des trois axes de la programmation 2004-2008 de l'équipe *Migrations et ethnicité dans les interventions de santé et de service social* (METISS): 1) Immigration et processus d'établissement, 2) Rapports de savoirs et de pouvoirs, 3) Ethnicité, racisme et discrimination (<http://www.clscqcote-des-neiges.qc.ca/fr/crf/EquipeMetiss.aspx>). L'équipe METISS est née au Centre de santé et des services sociaux de la Montagne (CSSS), centre affilié Universitaire affilié à l'Université McGill à Montréal en 1993. Son intégration au CSSS traduit concrètement la volonté d'un rapprochement entre le milieu académique de la recherche sociale et celui de la pratique de l'intervention de première ligne de la santé et des services sociaux¹. Depuis plus de quinze ans, intervenants, gestionnaires et chercheurs cheminent dans leur réflexion sur la spécificité des services de santé et de travail social dans un contexte de forte immigration, de diversification des origines nationales dans la population et d'intensification des questions d'identités ethnoculturelles.

Avec 26 % d'immigrants, Montréal est à la fois numériquement et proportionnellement, la première ville d'accueil du Québec². Montréal accueille plus de 80 % des immigrants qui arrivent dans la province. En 2001, ce sont 32 000 nouveaux immigrants qui s'installaient dans la ville. Parmi eux, 33 % viennent d'un pays d'Afrique ou du Moyen-Orient et 28 % d'un pays d'Asie ou du Pacifique. Les principaux pays sources sont la Chine qui devient d'ailleurs le premier pays pourvoyeur d'immigrants (11 %), le Maroc et l'Algérie, suivis d'Haïti qui reste

¹. La première ligne étant à entendre comme le dispositif des soins et services offerts à la population en ce qui a trait tant à la promotion de la santé et du bien-être social qu'à la prévention des risques qui pourraient les compromettre ou encore à la réinsertion et la posture après un problème d'ordre social ou sanitaire

². Pour l'ensemble de la région métropolitaine, la population immigrante compte pour 18 %. Dans les autres régions métropolitaines de recensement, la part de la population immigrée dans la population totale est de loin moins importante qu'à Montréal. Elle est de 6 % dans la région métropolitaine de recensement (RMR) de Hull, de 4 % à Sherbrooke, de 3 % dans la RMR de Québec, de 2 % à Trois-Rivières et de 1 % à Saguenay. Rappelons que la population immigrée représente 9,4 % de la population québécoise recensée en 1996.

très fortement représenté, du Liban, des pays du sous-continent indien (Inde, Pakistan et Sri Lanka) et de la Corée du Nord. Parmi les autres origines, il faut souligner le maintien de l'immigration française à Montréal qui occupe la deuxième place des dix principaux pays sources avec un peu plus de 3 000 immigrants, soit 9 % du total. Reflet d'une tendance qui n'a fait que s'accroître ces dernières années, le recensement de 2001 dénombre plus d'un tiers de nouveaux arrivants (36 %) qui ne parlent ni le français ni l'anglais.

En écho à la réalité de cette pluriethnicité qui caractérise la population montréalaise, les CSSS voient leurs clientèles se modifier profondément et se diversifier sur le plan ethnique. Ils sont de plus en plus souvent appelés à développer des expertises afférentes à cette diversité. La répartition des groupes ethniques, tant en matière de pluralité des origines que de durée d'installation des immigrants, n'est cependant pas équivalente dans tous les arrondissements et quartiers montréalais. À côté de quartiers occupés majoritairement par des natifs du Québec francophones ou anglophones, certains autres se distinguent par une population d'immigration récente dont la diversité s'accroît au fil des ans alors que d'autres, à l'inverse, sont le fief de vagues migratoires plus anciennes qui peut même donner lieu à une sorte de label ethnique tel qu'ont pu l'être à certaines époques le «quartier grec» ou celui des «Italiens». Ces dimensions sont importantes à considérer. En effet, les CSSS qui desservent un territoire occupé jusqu'à tout récemment par une population peu diversifiée sur le plan ethnique, où les personnes issues de l'immigration sont établies de longue date, ont à faire un travail de familiarisation et d'adaptation à des réalités nouvelles. Alors que d'autres CSSS qui ont vu leurs territoires régulièrement investis par les nouvelles vagues migratoires ont, au fil du temps, développé une expertise face à cette diversité grandissante et une capacité à ajuster rapidement leurs approches afin qu'elles répondent adéquatement aux besoins des migrants de nouvelles provenances.

Zone d'accueil des personnes récemment immigrées (30 % de nouveaux arrivants dans l'ensemble des immigrants) ou de réfugiées fuyant les guerres et les persécutions, le territoire du CSSS de la Montagne se caractérise à la fois par la diversité ethnique de sa population (notons entre autres que 36% de sa population appartient à une minorité visible), par la croissance rapide de nouvelles origines dans sa population immigrante (34 % des immigrants viennent d'un pays d'Asie ou d'Asie du Sud-Est et, parmi eux, plus du tiers sont d'immigration récente) et le maintien de vagues migratoires antérieures. Cette diversité ethnique de la population qui se reflète inévitablement dans la clientèle du CSSS est au premier plan des préoccupations de tous les intervenants et les gestionnaires de l'établissement. Subventionnée par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) pour les équipes de recherche en sciences sociales en partenariat avec des milieux de pratique, l'équipe METISS réunit des chercheurs en sciences sociales, des intervenants de la santé et des services sociaux et des décideurs de ce champ. Elle est animée par une volonté de mise en synergie des réflexions et des savoirs de chacun de ces trois pôles en vue de fournir des réponses plus adéquates et plus aisément adaptables aux préoccupations qui se posent à chacun en regard des dimensions ethniques et culturelles.

L'expertise acquise au cours des quinze dernières années a conduit le CSSS à s'engager dans une philosophie d'intervention et de réflexion axée sur l'ouverture à l'altérité et une pratique du métissage qui se traduit d'abord par des principes et des positions dans l'intervention, par des orientations concrètes en matière de gestion et de formation des ressources humaines et, enfin, par la volonté de développement d'activités de recherche concrétisant une réelle synergie des types de savoirs (académiques, pratiques, expérientiels) ; chacun de ces savoirs n'a pas de préséance hiérarchique sur les autres mais a plus à gagner de la complémentarité des forces et des limites de chacun.

Le premier de ces principes est de s'opposer à une approche de type communautariste favorisant les pairages ethniques³ entre les intervenants et les clients au profit d'une approche appuyée davantage sur l'apprentissage et l'échange des savoirs entre des individus aux expériences multiples. Ce principe est né de la convergence de l'analyse de deux sources qui, comme telles, nous sont apparues complémentaires pour notre réflexion. Dans ce sens, la notion de citoyenneté inclusive est devenue centrale dans les orientations de l'équipe METISS ainsi que nous pouvons le retrouver dans les articles de J. Rhéaume, R. Côté et A. Landry proposant une analyse critique de l'évolution d'un organisme communautaire œuvrant en milieu défavorisé ou de M. Cagnet, A. Bourgon, L. Bouvier, L. Dufour en collaboration avec le CII, livrant une réflexion sur les représentations des infirmières aux prises avec l'altérité.

Le deuxième principe qui soutient cette philosophie d'intervention en milieu pluriethnique réside dans la croyance à l'incertitude et au refus des vérités affirmées. Une longue pratique dans le domaine des interventions médicales et infirmières, tout comme celles des interventions en travail social, permet de soutenir que rien n'est jamais acquis et appelle un intérêt pour les modèles alternatifs. Ce principe implique une position épistémologique d'ouverture et d'apprentissage au moyen d'échanges des savoirs, d'attitudes réflexives, alimentés autant que possible par des expériences d'intervention singulières et innovantes ainsi que le relate l'article de B. Larose au sujet d'une intervention sociale en contexte de catastrophe humanitaire.

Conformément à ces principes qui impliquent autant de position dans l'intervention, le CSSS de la Montagne est engagé dans des actions de gestion et de formation du personnel qui permettent d'assurer et de relayer cette philosophie. Pour ce faire, depuis plusieurs années la diversité ethnique est encouragée parmi les professionnels, quelque soit leur statut. La maximisation de cette diversité interne vise d'abord à favoriser la création d'un milieu pluriethnique à l'instar de ce qu'est la réalité montréalaise de la première décennie du XXI^e siècle. Par ailleurs, elle favorise les échanges de façon naturelle (dans les temps formels mais fortement aussi dans les temps informels du travail) dans une pluriethnicité qui s'actualise à chaque instant et se trouve, en quelque sorte, en écho avec la diversité culturelle du territoire desservi. Ainsi, à l'interne, le CSSS est devenu un lieu particulier où se rencontrent des professionnels de différentes origines qui discutent, échangent, confrontent leurs idées, leurs perceptions de ce qu'est la santé, la maladie, de ce que doit être une intervention, un traitement ou plus largement de ce que doivent être les services de santé et sociaux aux usagers. Ces échanges sont autant d'occasions de formations où les collègues deviennent les uns pour les autres des ressources et des *passseurs* de savoirs. Cette diversité qui offre de nouveaux horizons, ouvre la pensée à l'altérité, affaiblit l'ethnocentrisme en rendant possible la décentration propre à la conceptualisation d'une pratique métisse de l'intervention en contexte pluriethnique où le savoir des uns ne prend pas la place de celui des autres, mais où les savoirs s'articulent pour servir, au mieux, la population dans sa diversité. Certes ces échanges ne sont pas dénués de tensions, et de remises en question des identités et des pratiques professionnelles dans une interdisciplinarité croissante, ainsi que l'illustre l'article de L. Tremblay, M.-I. Brouillet, J. Rhéaume, et M.-E. Laquerre. La

³. Le pairage ethnique ou *ethnic match*, qui est souvent vanté dans les milieux de santé comme la solution aux difficultés d'intervention en contexte de diversité culturelle, consiste à prôner l'appariement sur la base d'une même origine ethno-nationale qui, comme telle -proximité supposée oblige- suffirait à offrir une meilleure adéquation des soins et des services. Il est clair que cette position fait fi de la complexité du social vantant le plus souvent l'idée qu'il est possible de s'appropriier le modèle «clés en main» du suivi de tels ou tels groupes dits «culturels» qui ne sont en réalité, la plupart du temps, que des groupes ethniques, soit des individus assignés sous un ethnonyme par la population locale à partir de marqueurs phénotypiques ou comportementaux qu'elle met elle-même en exergue et en général à des fins de domination.

diversité interne, parce qu'elle met en scène une pluralité de savoirs, d'habiletés, de manières de faire et de pratiques, constitue une richesse propre à soutenir des pratiques novatrices dans l'intervention, à repenser les actes et les rôles professionnels de la santé et des services sociaux.

Ce numéro des *Cahiers METISS* est le premier d'une nouvelle production de l'équipe qui souhaite offrir ici un forum élargi de cet échange de points de vue et de savoirs relatifs aux migrations et à l'ethnicité dans les interventions de santé et de service social. Diffusés tant dans les milieux universitaires que dans ceux de la santé et des services sociaux, *les Cahiers METISS* se veulent aussi un outil de valorisation et de transfert de ces savoirs. Les articles seront écrits autant par des praticiens que par des chercheurs, ou encore en co-production par des praticiens et des chercheurs. En cela, ils sont une aide radicalement innovatrice dans le domaine des publications, un domaine habituellement plus enclin à séparer le monde de production de connaissances scientifiques de celui de la pratique qu'à chercher à articuler leurs savoirs.

ARTICLES

Citoyenneté dans l'action communautaire. Une étude de cas: Multicaf

Jacques Rhéaume, directeur scientifique, Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne
Roger Côté, organisateur communautaire, CSSS de la Montagne
Alain Landry, directeur de Multicaf

La citoyenneté représente un concept intégrateur désignant des pratiques sociales qui visent à fournir un cadre d'action pour que des individus marginalisés ou exclus puissent redevenir davantage sujet et acteur social en mesure de vivre pleinement leur statut de citoyen de droit.

Nous présentons les résultats d'une étude visant à faire un bilan critique d'un organisme communautaire (une association sans but lucratif) œuvrant en milieu défavorisé pour offrir des services d'aide alimentaire à une population vivant dans la grande pauvreté. Cette recherche utilisait le récit de vie collectif comme approche principale.

La présente recherche s'inscrit dans les objectifs du Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges¹ dont un des thèmes prioritaires est le travail en collaboration avec les organismes communautaires. Elle s'insère dans le contexte des expériences de partenariat de recherche et de formation entre institutions publiques et organismes communautaires réunissant autour de projets particuliers chercheurs, professionnels de l'intervention et participants de la population visés par des services ou interventions.²

Multicaf, la Cafétéria communautaire de Côte-des-Neiges

Vingt années se sont écoulées depuis les premières heures d'existence de l'organisme Multicaf, organisme communautaire voué à offrir de l'aide alimentaire à une population démunie du quartier Côte-des-Neiges (CDN). Les données sur les zones de pauvreté à Montréal (puisées dans les documents du Conseil communautaire de CDN) nous disent que 40 % de la population du secteur Côte-des-Neiges, représentant environ 40,000 personnes³ vit sous le seuil de la pauvreté et qu'au moins 9 000 personnes de ce nombre souffrent de la faim. C'est cette réalité socio-économique qui est à l'origine de ce projet.

¹. CLSC : désigne un centre local de services communautaires offrant, sur une base territoriale, des services sociaux et de santé. Côte-des-Neiges est un quartier situé dans la partie centre-ouest de Montréal. La centaine de CLSC couvre tout le territoire québécois. Une réforme récente a transformé cette institution en regroupant plusieurs CLSC dans des centres de services sociaux et de santé (CSSS), en fonction des populations et des territoires. Le territoire visé s'inscrit dans le CSSS de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension.

². Il est intéressant de noter cette grande difficulté de définir « l'autre » qui n'est ni chercheur ni praticien mais forcément ce citoyen devenu usager, client, bénéficiaire....

³. Notons que la population globale desservie par le CLSC Côte-des-Neiges est un peu plus de 120 000 personnes.

Cette recherche a débuté par une demande faite à des chercheurs de faire un bilan critique de l'organisme Multicaf, de retracer les principales étapes de développement de cet organisme communautaire pour éclairer des choix d'avenir. Recherche évaluative, elle s'est appuyée sur un cadre d'analyse fondé sur la notion «d'empowerment⁴». La démarche choisie était participative, impliquant dans un comité de pilotage le chercheur, un organisateur communautaire du CLSC et le coordonnateur de Multicaf⁵. La participation des membres aux diverses étapes de la recherche s'est concrétisée surtout dans la démarche du récit de vie collectif.

L'empowerment comme cadre conceptuel

Il existe une pluralité de définitions concernant le concept d'empowerment (CESAF, 1999). En général, on s'entend actuellement pour définir l'empowerment comme un processus permettant le développement d'un pouvoir plus grand, par les individus et les communautés, sur leur vie et leurs situations de vie (Wallerstein et Bernstein, 1994; Le Bossé *et al.*, 1996; CESAF, 1999; Gutierrez, 1995). Des études récentes menées par le Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges ont permis d'étudier les dimensions du concept d'empowerment à partir de l'analyse comparative des discours d'intervenants du CLSC, d'intervenants communautaires du quartier et de femmes immigrantes (Bertheau *et al.*, 2000; Rhéaume *et al.* 2003). L'empowerment comme processus de « prise en pouvoir » sur sa situation comprend ainsi quatre dimensions inter reliées :

- le développement de l'estime de soi;
- la reconnaissance et le développement de compétences;
- un cadre relationnel marqué par des rapports égaux;
- le développement d'une conscience sociale critique.

Ces dimensions d'empowerment font référence fondamentalement à l'interaction entre des sujets-acteurs⁶ sociaux. En effet, l'empowerment implique :

- L'individu comme sujet humain ayant de plus en plus de maîtrise personnelle sur sa vie;
- Les groupes et les organisations où se retrouvent ces individus dans leur vie de tous les jours, dans les divers secteurs de vie, en particulier les milieux de travail, mais aussi les groupes de vie : famille, loisirs, associations;
- Les institutions et les mouvements sociaux, le niveau le plus élevé socialement d'empowerment étant celui d'une participation possible et réelle au cadre sociopolitique de la société, ce qui suppose l'existence de collectifs, voire de mouvements sociaux susceptibles de donner plein de sens à la vie démocratique.

⁴. Nous utilisons l'expression anglaise « empowerment » qui est difficilement traduisible en français.

Littéralement, l'empowerment est la « mise en pouvoir » d'acteurs sociaux appelés à une plus grande maîtrise de leur situation de vie.

⁵. Le chercheur principal était Jacques Rhume, appuyé d'un agent de recherche : Christian Tremblay. Roger Côté était l'organisateur communautaire responsable, au CLSC, du secteur associatif concerné. Alain Landry était le coordonnateur partenaire de la recherche. Celle-ci a fait l'objet d'une subvention du Fond québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), subvention : SR-4346

⁶. L'acteur est un terme fort utilisé en sociologie, comme celui d'agent. L'accent est alors mis sur l'agir objectif, sur l'acteur défini comme une composante d'une scène sociale à plusieurs, en relation avec les autres dans des fonctions et des « rôles » plus ou moins prédéfinis. L'acteur s'appuie, dans sa créativité même, sur la subjectivité qui le traverse. Dans la perspective du sujet développée ici, l'acteur social est inséparable de son enracinement subjectif, individuel ou collectif, il est sujet-acteur social.

Plusieurs processus psychosociaux sont au cœur du développement de l'empowerment individuel et collectif. Nous retenons en particulier le soutien social, l'inscription dans des activités productives (rémunérées ou non), la conscience critique, la construction identitaire et la mémoire historique, individuelle ou collective. Il est important de noter que ces processus visent plus spécifiquement à contrer directement les effets négatifs générés par la pauvreté et la précarité du statut social : isolement social, perte de l'estime de soi, sentiment d'impuissance et fragilité identitaire. Nous ne développons pas ici tous les éléments conceptuels qui ont étayé la recherche. Nous visons plutôt à restituer la mémoire et la construction identitaire recueillies comme récit de vie collectif.

Récit de vie, mémoire et construction identitaire

Le développement d'une conscience critique qui prend en compte les différences culturelles (liées à des différences de conditions socioéconomiques, de genre, d'âge, y compris les origines ethnoculturelles) met particulièrement en cause, dans le processus d'empowerment, le travail de la mémoire. Retracer sa trajectoire de vie, mais aussi ses projets passés et futurs est un élément constitutif de l'identité individuelle ou collective. Cette construction identitaire est fortement liée à toute mobilisation vers l'action. En parlant du mouvement de la promotion en santé au Canada et au Québec et du discours autour de l'empowerment et de la participation communautaire qui l'accompagne, Robertson et Minkler (1994) soulignent l'importance des « histoires » communautaires comme une caractéristique intrinsèque des communautés permettant aux gens « de se relier à leur histoire commune et à leur expérience individuelle pour retrouver une connaissance et une direction plus adéquates à leur orientation future ». Ces auteurs définissent la « communauté » en suivant les quatre critères de McKnight (1987, dans Robertson et Minkler, 1994). Ce sont : 1) une importance plus grande accordée aux « capacités » plutôt qu'aux déficiences; 2) un fonctionnement informel convivial; 3) l'existence de « récits » ou d'histoires communautaires; et 4) l'inclusion de moments de célébration comme de tragédie, marquant la fragilité de la vie de la communauté (Robertson et Minkler, 1994). La nature des histoires communautaires qui sont à la disposition de leurs membres serait un élément clé d'intégration, d'adaptation et de changement individuel et social. Rappaport (2000) signale la nécessité d'analyser de façon critique les histoires culturelles dominantes afin de « transformer des histoires d'horreur en histoires de joie ». Dans une perspective d'empowerment, ce processus de dévoilement de la réalité et de réflexion-action correspond au développement de la conscience critique et d'une identité positive.

Ces histoires racontées ne sont pas que des références ethnographiques. Les récits ou les histoires de vie visent à donner la parole aux personnes concernées pour qu'elles puissent raconter leur propre vécu, trouver du sens, faire connaître leur point de vue (Coulon, 2000; Bertaux, 1980; Rappaport, 2000, 1995). Les récits de vie jouent un rôle essentiel dans le développement psychosocial des personnes. Ils servent de base à la vie cognitive et émotive, ils sont des agents de mémoire. Ils produisent du sens, de l'émotion et soutiennent le processus de construction identitaire (Rappaport, 1995). Les récits de vie ou de pratique qui prennent en compte les différentes influences sociales et psychologiques dans la mobilité de leurs parcours géographiques, professionnels, familiaux, culturels et sociaux, permettent aux individus de développer une meilleure maîtrise de leurs projets de vie (Bertaux, 1980; de Gaulejac, 1987). D'autres auteurs ont cerné davantage les caractéristiques des trajectoires de personnes et de groupes immigrés dans des contextes divers d'émigration ou d'exil (Cognet, 1999; Montgomery *et al.*, 2000).

Le développement du récit de vie collectif et sa mise en forme publique sont une contribution notable dans le domaine. Un des principaux promoteurs des récits de vie collectifs en France, Patrick Brun (2000), insiste sur le caractère libérateur et thérapeutique de tels récits de vie. Il propose de faire le lien entre les récits personnels et collectifs au moyen des « témoignages » dans lesquels il s'agit de « témoigner par l'exposé qui en est fait de l'histoire d'une collectivité et de ses interactions avec les histoires de ses membres » (Brun, 2000). Il met l'accent sur le potentiel des récits collectifs écrits en tant que moyens pour « ...modifier l'image des plus pauvres que renvoie la société sur ceux qu'elle exclut et ceux-là mêmes qui en sont les victimes ont intériorisée au point de s'avouer coupables ». La monographie produite par le groupe s'adressera aux membres de la société excluante et transformera le regard que les exclus portent sur eux-mêmes (Brun, 2000) : elle deviendra ainsi un moyen d'action. Dans ce sens, souligne-t-il, les deux questions déterminantes dans un projet d'élaboration des récits de vie sont :

- Dans quelle mesure cette monographie aidera-t-elle les personnes à développer leur résistance à la misère, à construire une identité positive ?
- Jusqu'à quel point la publication du travail (c'est-à-dire le rendre public) contribuera-t-elle à la promotion collective du groupe concerné ?

Méthodologie

La reconstitution de l'évolution historique vécue par les membres de Multicaf s'est appuyée principalement sur les données produites en entrevue.

- Huit entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées auprès d'un premier groupe de participants, soit les premiers responsables ou des acteurs très actifs dans les premières années de Multicaf. Deux entrevues collectives ont ensuite réuni ces mêmes personnes pour confirmer et compléter ces rencontres individuelles. Ces entrevues ont eu lieu à l'été et à l'automne 2001.

- Quatorze entrevues individuelles ont été réalisées avec les principaux acteurs actuels de l'organisme, membres de la direction, membres du CA⁷, employés, membres usagers. Quatre rencontres avec le CA élargi (aux employés) ont permis de compléter et de valider les informations recueillies dans les entrevues individuelles. Ces entrevues ont été menées au cours de l'été et de l'automne 2002, celles de groupes furent poursuivies en 2003.

- Sept entrevues de type récits de vie individuels ont été faites auprès de membres usagers ou d'employés, pour illustrer des parcours individuels de vie des membres. Ces entrevues ont été réalisées au printemps et à l'été 2003.

La durée des entrevues individuelles était d'une heure en moyenne, les récits de vie étant plutôt d'une heure et demie. Les entrevues de groupes variaient de deux à trois heures.

Il y a eu également une analyse documentaire des principaux écrits produits par l'organisme (les bilans annuels d'activités, les rapports d'étude sur des activités particulières, la charte), ainsi que des articles de journaux ou autres documents publics.

⁷ Le conseil d'administration (CA) est défini comme une instance de premier plan dans la mode de gouvernance de toute institution, mais prend une signification particulière dans les organismes communautaires. En effet, il tient lieu très souvent de direction collégiale, où se mêlent des fonctions législatives et exécutives.

Le récit de vie collectif de Multicaf

Le récit du développement de l'organisme n'est pas sans rapport avec la forme d'un récit héroïque ou d'un conte. Il repose en premier sur un récit de fondation, porteur d'un projet généreux, visant à résoudre une situation difficile. Ce projet implique des acteurs importants qui peuvent être vus comme des héros, des leaders qui vont lutter pour réaliser un projet au départ incertain. Les obstacles sont nombreux à surmonter, mais le projet se développe et réussit. Toutefois, cette forme «héroïque», qui peut servir de force unificatrice pour les membres de Multicaf est sous-tendue par l'analyse plus critique faite par les acteurs eux-mêmes, accompagnés par les chercheurs, qui montre les faiblesses et les limites du projet.

La fondation et la mission de Multicaf

Le récit des fondateurs et le retour aux textes d'origine, mais aussi la référence aux détails des activités du début constituent un repère central dans le récit collectif. C'est une clé pour comprendre toute l'évolution de l'organisme. Rappelons quelques éléments de ce premier «cadre social» de la mémoire collective.

L'idée d'offrir un service de dépannage alimentaire aux résidents du quartier Côte-des-Neiges est initiée par des membres du groupe communautaire Projet Genèse (Genesis), en 1984. Notons que c'est bien là un nom d'association fort suggestif pour une fondation. Les membres de cet organisme communautaire travaillaient principalement à la défense des droits individuels et collectifs en offrant des services d'information, de conseils et de références. L'aide alimentaire est alors apparue comme un besoin criant dans le quartier.

Tous les intervenants (les fondateurs) rencontrés en entrevue ont insisté sur la triple mission de l'organisme Multicaf : 1) un service de base : fournir une aide alimentaire, 2) un soutien social : favoriser un milieu de vie pour les membres usagers, 3) de l'action sociale : conscientiser et mobiliser les gens du quartier pour lutter contre la pauvreté.

Un autre élément important de ce récit fondateur est la signification de la nomination d'origine, Multicaf. Le Comité sur le travail communautaire du Projet Genèse est à l'origine du nom «Multicaf», inspiré par l'aspect multiculturel du quartier, mais aussi par l'idée de «multitude», de diversité et d'ouverture à tous. Naissait déjà ce qui caractérise maintes pratiques actuelles de l'organisme, soit une visée de citoyenneté inclusive non seulement des gens d'origine immigrante, mais de personnes de différents statuts socio-économiques, voire souffrant de maladies mentales.

Ces deux éléments sont éclairants au moment des entrevues de groupe avec les membres actuels de Multicaf. La mission triple fait l'objet de nombreux commentaires et références sur les tensions entre ces trois volets de la mission et leur transformation. Par exemple, plusieurs vont noter la diminution des actions de conscientisation et d'action critique. Si la mobilisation critique était fort présente dans les premières années, elle se fait nettement plus discrète aujourd'hui. Mais la présence constante de plusieurs membres dans différents réseaux d'action -défense de logements sociaux, accès au travail, économie sociale et solidaire, accueil d'immigrants, etc.-, vient corriger cette impression de départ de moindre mobilisation. Comme le disent des membres du CA : au quotidien les luttes aujourd'hui sont moins autour de manifestations et de dénonciations, sauf au besoin. Mais elles le sont au cœur d'organisations plus instituées capables d'élaborer des positions et de négocier avec des décideurs politiques.

Une autre prise de conscience est faite autour du milieu de vie et de soutien des personnes usagères des services, devant la condition de vulnérabilité constatée de plusieurs types de membres usagers. C'est surtout en introduisant des données issues des récits de vie individuels que cette réflexion sera développée, touchant l'écoute, l'aide psychologique, le soutien personnel. Une norme collective très forte est alors exprimée, qualifiée de « pudeur », de réticence à entrer, tout au cours des relations quotidiennes dans la vie privée des gens, de les interroger sur le passé, d'écouter des récits de vie. Cette pudeur tient en partie au mode de relation lié à l'action communautaire axée sur la vie collective et les actions concrètes. Elle tient aussi à la difficulté d'aborder cette vie privée marquée de pauvreté, de rupture, de passés difficiles. Finalement, elle reflète les limites professionnelles de l'équipe. Une organisatrice communautaire de l'équipe dit faire de l'écoute et du soutien social, « mais il faudrait de l'aide psychologique spécialisée », ajoute-t-elle. « Nous ne sommes pas un groupe thérapeutique » commentent d'autres participants.

En contrepoint, tous reconnaissent la centralité qu'a prise la dimension « services alimentaires » de l'organisme, au point où plusieurs s'inquiètent de la diminution des deux autres volets de la mission, des activités de loisirs ou de soutien et l'action sociale. De fait, au cours des deux dernières années, Multicaf a ouvert de nouveaux types de services (repas pour les enfants de milieu défavorisé dans les écoles primaires et repas dans des résidences pour personnes âgées dépendantes). Comment assurer un mode de fonctionnement actif, participatif ou critique dans ces secteurs?

Ces tensions entre les trois orientations de l'action de Multicaf ne sont pas les seules mentionnées. Les membres participant aux entrevues disent leur fierté de porter ce projet d'ouverture à la différence ethnoculturelle ou sociale, dans un projet d'émancipation, de citoyenneté réelle pour tous. Mais ils font des références nombreuses à des périodes difficiles d'intégration. Par exemple, l'un rappelle cette période où les gens de même provenance ethnoculturelle se retrouvaient ensemble à côté d'autres groupes réunis de même façon. Un autre mentionne comment les femmes viennent peu à la cafétéria, et encore moins les jeunes enfants. Ce service est investi surtout par les hommes adultes. Un autre va souligner les tensions interpersonnelles au quotidien reliées aux différences de statut de membre salarié, bénévole, permanent. Les difficultés de santé mentale éprouvées par plusieurs sont une autre source de tension. Multicaf apparaît, au terme de ces constats, comme un défi d'intégration toujours à relever, même s'il est engagé largement dans une voie de réussite d'après les témoignages et les observations faites.

Une croissance spectaculaire et courageuse, sinon héroïque

Les pratiques et les activités de Multicaf, dans leur évolution historique, sur 20 ans ont fait l'objet d'un récit descriptif important, reposant sur les entrevues de la recherche et l'analyse documentaire, mais aussi sur l'observation de l'équipe de recherche. Un premier effet de ce portrait des réalisations, surtout chez les membres usagers du CA et les employés à statut précaire, était la fierté collective forte. Il convient d'évoquer ici quelques données qui éclairent cette réaction, reliée, tout d'abord, au contraste entre les débuts de Multicaf et son fonctionnement actuel.

Le 2 juin 1986, le service du repas du midi prit son envol. Les installations, les outils de cuisine étaient alors rudimentaires : une cuisinière et un réfrigérateur de format domestique, quelques tables, quelques chaises, un peu de vaisselle et de chaudrons récupérés ici et là. La distribution des paniers alimentaires et le service des repas prenaient place aux mêmes heures, dans une ambiance de convivialité que

permettait un achalandage alors modeste. En même temps s'organisait doucement le volet organisation communautaire de l'organisme, favorisé par l'embauche d'une personne spécialement dédiée à cette activité (une organisatrice communautaire). Multicaf était bel et bien lancé.

Les premières sources de financement étaient plutôt locales et prenaient la forme de dons en nature, c'est-à-dire d'approvisionnement en nourriture. Les fruiteries, les épiceries, les boulangeries et les restaurants du quartier avaient été sollicités par l'équipe de bénévoles et bientôt par les employés de Multicaf, formant un réseau d'approvisionnement auquel se sont tour à tour joints les hôpitaux du quartier qui offraient (et offrent toujours) leurs restes de la veille dûment conservés pour le repas du midi. À peu près tout le monde, des membres usagers aux bénévoles en passant par les employés de Multicaf, ont un jour participé à la collecte de nourriture, ce que l'on appelait «la tournée», en écumant en voiture les commerces et les institutions du quartier qui avaient accepté de donner des denrées alimentaires à la «bonne cause». (Extraits d'entrevues).

Nous retrouvons en 1988 deux employés permanents, un budget d'environ 50 000 dollars et une base complémentaire de bénévoles et de travailleurs à statut précaires financée par des programmes publics. Les premiers services, à cette époque consistent à servir des repas du midi dans un local restreint (une cinquantaine) et des paniers de nourriture sur une base mensuelle (environ 75). Pour compléter, mais ce n'est pas rien, plusieurs activités récréatives sont mises en place, et plusieurs participations à des manifestations dans les rues, dans des institutions pour dénoncer ou réclamer. Qu'est-ce qui permettait cela, retiennent les membres actuels? C'est le courage des fondateurs, la générosité des gens du milieu et la solidarité.

Aujourd'hui, et la progression a été constante depuis, Multicaf embauche près d'une vingtaine de personnes, dont une dizaine d'employés «réguliers». Une vingtaine d'autres personnes participent à l'organisation. Le budget vient de dépasser le million de dollars, de diverses sources surtout gouvernementales (municipales, provinciales). Il y a toujours contribution «en nature» de divers donateurs et cette aide est nécessaire. Il y a surtout eu, et cela marque chaque fois la mémoire collective comme des repères de grands développements, l'obtention de locaux plus vastes et plus appropriés avec «une cuisine moderne et complète».

Cette croissance est somme toute spectaculaire, toutes proportions gardées et considérant qu'il s'agit d'une petite entreprise associative, sans but lucratif. Cette fierté ressentie, les membres l'expriment en signalant le courage des acteurs de cette croissance. S'il y a eu quelques figures centrales, particulièrement dans la coordination de l'organisme, c'est surtout la participation et la continuité dans les changements qui sont soulignées, puisque plusieurs équipes de direction se sont succédé, la dernière étant l'une des plus stables depuis cinq ans. Mais ceux qui arrivent s'investissent beaucoup quand ils sont là. C'est donc un modèle de leadership fort et en même temps provisoire qui semble se dessiner, un peu à l'image d'une partie de cette population changeante.

La croissance de l'organisme est aussi le résultat d'efforts constants pour maintenir des services par ailleurs toujours trop requis! Car voilà bien un type de «croissance» dont la signification est bien particulière. L'expansion est symptôme de besoins et de détresses accrus pour une population appauvrie. Malgré tout, seul un petit nombre est rejoint, soit

environ 10 % de la population visée (d'autres ressources ailleurs sont par contre possibles).
Quels sont les services offerts maintenant à Multicaf ?

Ce sont :

- Des repas du midi offerts à coût minime (environ 200 chaque jour) et des petits déjeuners (90).
- Des paniers de nourriture, mensuels : environ 750.
- Des dons de formules lactées pour jeunes bébés (une centaine de personnes).
- Des cuisines collectives (peu développées : une vingtaine de personnes).
- Des groupes d'achats collectifs de nourriture populaires (avec plus de 250 participants).
- Des repas pour des enfants du primaire (deux écoles actuellement)
- Des repas servis à domicile pour des personnes âgées (début du service).
- Des activités de loisirs : camps d'été, visites d'expositions, repas collectifs...

Services alimentaires et vie communautaire sont les activités centrales de Multicaf.

Les membres de Multicaf et le fonctionnement organisationnel

Une troisième dimension, que nous évoquons très brièvement, est l'image de Multicaf que le récit collectif a permis de dégager, dont la production finale, intégrée dans la recherche, d'une vidéo (forme DVD) présentée aux membres de Multicaf à l'automne 2005. Qui sont ces membres et quel est le mode de participation?

Dès le début de l'organisme, la charte de fondation précisait qu'une assemblée générale des membres est la base législative de l'organisation et un Conseil d'administration où les élus (bénéficiaires) en assemblée générale constituent la très grande majorité (6 sur 7). Des postes de représentants du milieu externe seront ajoutés au conseil d'administration. Celui-ci se compose présentement de 4 membres (bénéficiaires) élus à l'assemblée annuelle, d'un représentant des employés, du directeur de l'organisme et de trois représentants du milieu externe nommés par les membres élus à l'assemblée annuelle. La cafétéria, pluriethnique est le lieu de rassemblement le plus important des membres usagers, hommes, adultes. Les paniers alimentaires et les achats collectifs rejoignent plus de femmes et de familles, mais avec une participation plus restreinte. Les autres services sont plus individualisés. Dans tous les cas, la participation est centrée sur les services alimentaires. Une centaine de personnes, environ sont, à un titre ou l'autre, plus actives : comités, sorties, activités collectives. Il est à noter que le récit collectif fut porté par une trentaine de personnes, réunies autour du CA. Il est tout de même intéressant de voir que les assemblées générales annuelles réunissent près d'une centaine de personnes, ce qui est une bonne participation dans ce genre d'organisation.

Ce portrait d'un organisme d'aide alimentaire sous-tend toute la discussion forte autour de la mission de l'organisme où l'inquiétude demeure quant à l'avenir de la dimension plus sociale (action sociale) ou plus communautaire (milieu de vie) de Multicaf. La présence d'une population qui comporte plusieurs dimensions de vulnérabilité est au cœur de cette inquiétude. Nous abordons ce dernier point par l'apport particulier des récits de vie individuels dans la réflexion collective.

Parcours de vie, au cœur de Multicaf

Nous présentons ici un bref résumé des parcours de vie de sept participants rencontrés. Bien que tous les participants rencontrés aient été bien informés des objectifs et des thèmes préconisés par l'exercice des récits de vie, certains ont été réticents à remonter dans un passé allant loin au-delà de leur « époque MultiCaf ». Ainsi, nous n'avons pu recueillir de données sur l'enfance et la jeunesse de trois des sept personnes rencontrées. Parmi les quatre autres personnes, deux ont dit avoir connu une enfance en général heureuse, sans plus, alors que les deux autres ont simplement indiqué avoir traversé une enfance difficile, marquée par une situation familiale houleuse.

Participant A : Elle est née dans un pays de l'ex-URSS. Elle ne donne pas de renseignement sur l'enfance. Elle fait des études supérieures en sciences sociales à Moscou, se marie avec un Mexicain et, peu après, immigré au Mexique, où elle demeure plus de 10 ans. Elle a occupé un poste de professeure dans une université de Mexico, où naissent ses deux enfants. D'immigration récente à Montréal, elle est venue, officiellement, dans le but déclaré de fuir la pollution de Mexico, qui menaçait son état de santé.

Participant B : Il est né au Moyen-Orient. Il dit avoir vécu une enfance heureuse dans une famille nombreuse et bien nantie. Il fait des études supérieures à Londres, puis des études techniques en Californie où il se réfugie pour fuir des obligations militaires dans son pays d'origine alors en crise. Bientôt chassé par les États-Unis pour des raisons politiques, il immigré officiellement au Québec à la fin des années 1980. Il s'y marie et a un enfant. Après une période de quelques années prospères où il possède et gère son petit commerce, il procède à de « mauvaises et ambitieuses décisions » et fait faillite. Il perd tous ses avoirs et doit recourir à l'aide sociale.

Participant C : Il est né à Montréal. Il a connu une enfance difficile marquée par la « trahison » des parents et il fait état de lourds secrets de famille (violence). Il a fait de courtes études, perturbées par la maladie mentale. À l'âge adulte, le parcours de vie est jalonné de petits boulots peu valorisants et de périodes d'isolements marquées par la maladie mentale. Il n'a aucun contact depuis longtemps avec sa famille. Il vit de l'aide sociale.

Participant D : Il est né au Moyen-Orient. Pour des raisons politiques, il demeure très discret sur son passé dans son pays d'origine. Il a fait des études et pratiqué la médecine jusqu'à l'immigration au Canada. Il a connu une immigration « forcée », pour des raisons de survie (pays en crise politique). Il est arrivé à Montréal il y a environ dix ans et n'a pas de famille au Canada. Il vit de l'aide sociale.

Participant E : Il est né à Montréal. Il a connu une enfance difficile, marquée par la violence du père. Il évoque l'existence de lourds secrets de famille (abus). Il a fait des études secondaires, suivies plus tard par une spécialisation en hôtellerie. Son parcours professionnel est mouvementé : occupation de divers emplois perçus comme valorisants dans divers services publics puis dans les hôtels de la ville. Sa vie est aussi marquée par des problèmes de santé mentale (pas toujours reconnus ni traités), des épisodes de consommation d'alcool et de drogue. Il a vécu longtemps aux frontières de la légalité et du milieu interlope. Il fut chauffeur de véhicule jusqu'au moment où un accident grave le force à l'abandon du métier. Il vit de l'aide sociale. Il fait état aussi de liens importants avec des membres proches de la famille aujourd'hui décédés.

Participant F : Il naît et grandit à Montréal. Il ne parle pas de son enfance. Il a terminé des études secondaires, sans spécialisation. Il a occupé le métier de caméraman de nombreuses années. Après une vie active, une carrière prometteuse, des voyages, il perd son emploi pour des raisons qu'il affirme être politiques (il ne parle pas le français dans le « Québec du Parti québécois »). Ayant épuisé ses économies, il ne trouve pas d'autre emploi et, finalement, doit recourir à l'aide sociale. Il n'a pas de lien avec sa famille et vit seul.

Participant G : Il est né dans les Antilles, mais immigré à Montréal en très bas âge. Il est d'une famille nombreuse, monoparentale, qu'il dit heureuse et unie. Il a fait des études techniques qui ne le satisfont pas. Il a développé pendant ce temps un goût et des aptitudes pour le travail en alimentation. Après ses études, il a connu une situation difficile financièrement et a eu recours à l'aide sociale.

Soulignons quelques caractéristiques plus globales de ces récits. L'enfance est une période de vie qui a suscité peu de commentaires, certains ont même évité complètement le sujet. Ainsi, des sept participants rencontrés, seuls quatre ont accepté de remonter si loin dans leurs souvenirs. Cela dit, le thème n'en demeure pas moins potentiellement révélateur quant au parcours de vie des individus. D'abord, deux de ces quatre participants ont relaté une enfance difficile associée à un parcours de vie tumultueux. Dans ces deux cas, c'est surtout leur longue histoire de maladie mentale qui domine le récit.

Il est intéressant de noter que les trois personnes qui n'ont pas parlé de leur enfance sont aussi en perte de contact avec leur famille. Du côté des participants ayant évoqué une enfance heureuse, les ruptures qui les ont amenés à MultiCaf sont plutôt d'ordre économique, bien que deux personnes aient également vécu l'immigration au Canada plusieurs années auparavant.

Sur le plan des liens avec la famille, que nous venons d'évoquer, quatre participants ont affirmé ne plus avoir de contact avec leur parenté, bien que trois soient Montréalais de naissance. La quatrième personne ne voit plus sa famille parce celle-ci demeure dans son pays d'origine. Il semblerait ainsi que, pour quatre participants sur sept, les amis constituent probablement le seul soutien sur lequel compter en cas de besoin.

Les parcours scolaires poursuivis par les participants sont quant à eux des plus divers, allant de l'achèvement du secondaire aux études universitaires supérieures. Il est intéressant de constater que les trois personnes faisant état d'études avancées ont connu des ruptures déterminantes sur le plan de l'immigration et qu'aucune d'elles n'exerce sa profession au Québec.

C'est autour du type de ruptures ayant marqué les parcours de vie que nous pouvons dégager certains profils de la dynamique psychosociologique de nos répondants. Nous pouvons ainsi dégager trois profils types:

- Celui de l'immigrant qui doit tout reprendre à zéro ou presque;
- Celui de l'individu qui se retrouve sans travail et éventuellement endetté;
- Celui de l'individu aux prises avec des problèmes plus ou moins graves de santé mentale.

Ces trois catégories ne sont évidemment pas fermées et peuvent se recouper chez certaines personnes. Mais il s'agit de dominantes.

Il apparaît que Multicaf est donc un organisme qui représente une voie de solution pour des gens qui connaissent de grandes difficultés de vie, marqués par des ruptures de statut social.

Par ailleurs, ces témoignages permettent de dégager deux fonctions principales pour l'organisme Multicaf dans la vie de ses usagers et travailleurs. La première est d'être un lieu de transition accueillant; c'est un endroit où l'on passe pour éventuellement en repartir; dans la seconde, c'est un endroit d'appartenance stable, où l'on reste. Ainsi, parmi les individus rencontrés, quatre prévoient tôt ou tard quitter l'organisme, alors que les trois autres y seraient installés pour longtemps.

Une autre fonction, plus informelle, est remplie par Multicaf, soit celle d'être un lieu d'aide ou d'entraide en santé mentale. Pour certains participants, c'est un milieu accueillant, empathique et compréhensif pour les personnes souffrant de difficultés de santé mentale. Le participant C l'affirmait clairement : « Multicaf, c'est quasiment une thérapie! »

Retenons également la variété des motivations invoquées :

- il y a ceux qui tirent de leur présence à Multicaf surtout des bénéfices salutaires pour leur santé mentale et leur vie affective ;
- il y a ceux qui trouvent plutôt dans Multicaf un sens à leur travail et à leur engagement : celui d'aider les autres et de faire une différence dans leur communauté.

Bien entendu, ces deux positions sont des pôles extrêmes et il existe plusieurs positions intermédiaires possibles dans la population de Multicaf.

Le thème plus « social » des revendications, de la mobilisation pour des changements plus structurels est absent du discours de ces intervenants. Par ailleurs, il s'y retrouve un discours et des valeurs de type humanitaire, d'actions concrètes pour sortir de la pauvreté, sur une base individuelle et communautaire.

Cette partie de la démarche de recherche, du croisement des récits de vie individuels et du récit de vie collectif a permis de faire émerger le monde subjectif des membres de Multicaf, la diversité des situations, la fragilité ou la vulnérabilité de plusieurs. Cette diversité est bien présentée dans le document visuel élaboré collectivement à la fin de la recherche et éclaire la portée sociale ce récit. Il s'agit, oui, d'un récit « héroïque », mais c'est bien un héroïsme au quotidien aux frontières de l'exclusion.

Sociologie clinique⁸ du récit

Pour terminer cette réflexion, il convient de revenir sur un cadre plus général qui sous-tend la production d'une recherche ou d'une intervention comme celle que nous avons présentée. C'est pour l'essentiel une approche clinique.

Le terme «approche clinique» doit être compris ici dans un sens métaphorique, empruntant à la notion de clinique cette idée de la proximité et de l'engagement auprès des personnes («klinè», c'est être auprès du lit, pour aider une personne souffrante). Par analogie, une

⁸. Sociologie clinique, mais aussi psychosociologie clinique ou mieux encore, approche clinique en sciences humaines et sociales. Car, finalement, il s'agit davantage d'une position de recherche, en sociologie ou en psychosociologie, ou d'autres disciplines connexes et moins d'un champ disciplinaire *stricto sensu* dont il est question ici.

clinique du social, c'est intervenir avec les gens, les groupes sociaux dans le souci d'être utile, tout en utilisant des savoirs éprouvés. Cette approche de recherche et d'intervention est bien développée maintenant (Revault d'Allones *et al.*, 1989; Enriquez *et al.* 1993; de Gaulejac *et al.* 1993; Lévy, 1997). Nous en reprenons certaines caractéristiques pouvant correspondre au contexte de pratique des récits de vie collectifs.

Partenaires dans l'action

Une recherche clinique découle d'une demande sociale, demande portée par des représentants d'un groupe social demandeur, qui prend d'abord la forme d'une commande sociale de recherche, de formation, d'intervention. Par exemple, la commande de réaliser une recherche évaluative d'un programme ou d'une pratique ou d'intervenir pour changer une situation difficile à vivre.

Le fait de situer la demande et l'offre à l'intérieur d'un partenariat introduit une dimension particulière, institutionnelle. Les chercheurs ou les intervenants sont alors définis dans leur appartenance à une institution, un groupe ou un établissement et les demandeurs comme membres d'une association d'un organisme formel. Les liens sont ceux de partenaires qui partagent la responsabilité d'un projet commun.

Le projet de recherche ou d'intervention prend forme autour d'un «contrat», d'une entente traduisant les engagements et les intérêts entre les chercheurs ou les intervenants et les membres ou les représentants d'un organisme demandeur. Différents dispositifs sont alors mis en place pour concrétiser ces interactions : constitution d'un comité d'encadrement chercheurs, intervenants et membres de l'association, séances d'information aux membres de l'organisme aux diverses étapes d'un projet, discussion des résultats avec les principaux intéressés.

Une épistémologie pluraliste : l'échange ou la co-production des savoirs

Le rapport entre la théorie et la pratique, au cœur de l'approche clinique, repose sur un échange de savoirs particuliers et différenciés entre les acteurs concernés, savoirs qui ont leur légitimité propre, irréductibles l'un à l'autre, ce qui présuppose une épistémologie pluraliste. Sont ainsi mis en rapport un savoir scientifique et académique, porté principalement par les chercheurs, un savoir pratique et théorique professionnels, incarné surtout par les intervenants ou les gestionnaires, et un savoir d'expérience, compétence propre des autres participants, mais qui se retrouve aussi chez les chercheurs et les intervenants. Trois types de savoirs, trois types de discours qui s'entremêlent et se confrontent dans les moments de rencontres en groupe par exemple. Trois types de savoirs dont les frontières sont fluides et qui s'interpénètrent. Il convient d'insister un peu plus sur cette caractéristique d'une épistémologie pluraliste qui se traduit par une pratique d'échange des savoirs entre les sujets-acteurs sociaux concernés.

Une éthique émancipatoire

L'approche clinique en recherche et en intervention implique un cadre éthique et déontologique où sont définies les limites et les règles de la participation des acteurs : le volontariat, la liberté d'expression, la confidentialité des propos échangés entre les individus ou dans les groupes de rencontre. Au-delà de ces règles déontologiques classiques, une approche clinique introduit deux autres règles, en continuité avec la position éthique fondamentale que nous évoquions plus haut, soit l'ouverture démocratique des échanges

(tous peuvent s'exprimer et participer aux diverses phases de la recherche) et une visée «émancipatoire» (la recherche favorise l'expression d'une parole qui se traduit en une action susceptible de réduire les inégalités sociales).

Ces quelques principes entraînent une exigence de co-responsabilité, une exigence de reconnaître, entre les acteurs concernés, les contributions respectives dans l'interprétation, l'analyse et la diffusion des résultats de recherche ou d'intervention. Suivant les cas, et dans la mesure où s'affirme une véritable coproduction des savoirs, il est à prévoir des formes partagées ou différenciées de diffusion et de publication, suivant des modalités variables. Cette invitation à des modes d'expression et de production diversifiés, impliquant la participation des chercheurs, de praticiens et d'autres personnes est au cœur des stratégies de diffusion et de valorisation de la connaissance : ouvrages scientifiques, mais aussi des cahiers internes, des films ou vidéos, des colloques, des séminaires, etc.

Conclusion : l'empowerment collectif, un défi, encore et encore

Nous venons de dégager des indices certains d'empowerment individuel et organisationnel, mais demeure la question d'un partage plus grand d'une conscience critique collective et sociale, entre les «membres» de Multicaf. Plusieurs dimensions de l'expérience de Multicaf vont en ce sens.

La structure de gestion donne une place significative et c'est une constante depuis le début à une représentation des membres, des employés et du milieu socioéconomique externe, suivant un modèle de co-gestion communautaire.

Une culture de pluralisme culturel, d'accueil respectueux des personnes, de réalisme aussi permet un climat de soutien social intégrateur.

Le développement des services, les emplois sociaux créés, l'autonomie socioéconomique plus grande affirment le leadership de Multicaf comme entreprise d'économie sociale et solidaire.

Une présence jamais démentie de représentation dans les diverses associations communautaires du quartier, ou autres conseils ou tables de concertation, une participation ciblée aussi à différentes manifestations de luttes pour des droits sociaux et collectifs est un autre trait de l'histoire de Multicaf.

Ces éléments font état d'une conscience et d'une pratique sociale critique.

En même temps, la place importante du service alimentaire, de besoins élémentaires prédominants (la faim), de la solitude ou l'individualisme de beaucoup d'utilisateurs, des formes très différentes d'engagement des diverses catégories de membres ou d'utilisateurs sont d'autres dimensions qui font obstacle à une vision et à une action plus collective et communautaire, au sens fort des termes.

La complexité de la gestion des différences ethnoculturelles, linguistiques, de statut social, de santé mentale crée des exigences, qui sont souvent prioritaires pour des engagements d'action sociale.

L'empowerment collectif et organisationnel est ainsi limité par les conditions fondamentales qui ont présidé à la création de Multicaf : l'inégalité sociale et une situation socio-économique de dépendance. En effet, et c'est là le paradoxe de Multicaf, son existence et son succès sont à la mesure des conditions de pauvreté dans la population du quartier. Mais en même temps, l'action de Multicaf, qui a maintenu ce difficile équilibre entre service alimentaire, soutien social, éducation et action sociale, permet d'affronter positivement cette contradiction. C'est en aidant des gens à répondre de plus en plus ensemble à leurs besoins de base que devient possible une mobilisation plus générale pour une insertion sociale plus grande, une participation citoyenne plus réelle.

C'est à partir de ces considérations que Multicaf représente peut-être une forme d'action communautaire des plus complètes, gérant une diversité d'orientations et d'activités et les contradictions d'une gestion communautaire efficace.

Le récit de vie collectif fait partie du domaine plus large de l'approche autobiographique. Appliqué à la recherche, il donne à celle-ci une couleur particulière d'engagement et de complexité et s'inscrit dans une approche clinique du social. Le récit de vie collectif est le récit d'un collectif qui élabore une parole ensemble, en rapport avec son histoire vécue en tant que groupe ou collectif institué, qu'il s'agisse d'une histoire longue ou plus courte.

Références

Approche clinique en sciences humaines et sociales

- De Gaulejac, V. et Roy, S. (sous la direction de) (1993), *Sociologies cliniques*. Paris et Marseille : Desclée de Brouwer et Hommes et perspectives.
- Enriquez, E., Houle, G., Rhéaume, J. et Sévigny, R. (sous la direction de) (1993), *L'Analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal: Éditions Saint-Martin.
- Lévy, A. (1997), *Sciences cliniques et organisations sociales*, Paris : Presses universitaires de France.
- Revault D'Allones, C. et al. (1989), *La Démarche clinique en sciences humaines*, Paris : Dunod.

Émancipation et «empowerment»

- Berteau, G. et al. (2000). *Empowerment et femmes immigrantes*. Rapport de recherche présenté au Centre d'excellence pour la santé des femmes (CESAF), élaboré collectivement (auteurs en ordre alphabétique), Montréal.
- Centre d'excellence pour la santé des femmes (CESAF), Consortium Université de Montréal, *Plan de travail, phase 1. Projet d'empowerment des femmes : Conception, application et évaluation de l'empowerment*. Document de travail, 1^{er} avril 1999.
- Freire, P. (1974), *Pédagogie des opprimés*, Paris : Maspéro.
- Gutierrez, L. (1995), *Understanding the empowerment process : Does consciousness make a difference?* Social Work Research.
- Le Bossé, Y., Lavallée, M. et Herrera, M. (1996), *Le vécu d'empowerment en milieu communautaire : analyse des relations entre le contrôle perçu et différents indicateurs potentiels de l'empowerment personnel*, Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 31 : 62-90.

- Maton, K.I. et al. (1995), «*Organizational Characteristics of Empowering Community Settings: A Multiple Case Study Approach*», *American Journal of Community Psychology*, 23(5): 631-56.
- Ninacs, W. A (1996), *Le Service social et la pauvreté : de la redistribution des ressources à leur contrôle ?* Série essais et synthèses, Laboratoire de recherche, École de service social, Faculté des sciences sociales, Université Laval.
- Perkins, D.D. (1995), «*Empowerment Theory, Research, and Application*», *American Journal of Community Psychology*, 23(5): 569-579.
- Rhéaume, J., Côté, B., Berteau, G. et Dandurand, D. (2003), *Empowerment et femmes immigrantes*. Rapport d'activités d'un projet de transfert des connaissances.
- Wallerstein, N. et Bernstein, E. (1994), «*Introduction to Community Empowerment, Participatory Education, and Health*», *Health Education Quarterly*, 21(22): 141-148.

Récits de vie, mémoire collective et groupe

- Bertaux, D. (1980), «*L'approche biographique : Sa validité méthodologique, ses potentialités*», Cahiers internationaux de sociologie, vol. LXIX.
- Brun, P. (2001), *Émancipation et connaissance. Les histoires de vie en collectivité*. Paris : L'Harmattan.
- Brun, P. (2000). *ATD Quart monde et la constitution des histoires de vie en collectivité*.
- Cognet, M. (1999), «*Trajectoire de la différence des groupes ethnicisés : des Auvergnats aux Antillais*», *Revue européenne des migrations internationales*, 15(2) : 167-187.
- Coulon, M.J. et Le Grand, J.L. (2000), *Histoires de vie collective et éducation populaire : les entretiens de Passay*. Paris et Montréal : L'Harmattan.
- de Gaulejac, V. (1987, 1999), *La Névrose de classe*. Troisième édition revue et augmentée. Paris : Hommes et groupes éditeurs.
- de Gaulejac, V. (1994), *La Lutte des places*. Paris : Desclée de Brouwer, collection «Sociologie clinique».
- Klein, J. (1970) «*La vie intérieure des groupes*», Paris: E.S.F.
- Lewis, O. (1961, 1963), «*Les enfants de Sanchez. Autobiographie d'une famille mexicaine*». Traduction de Céline Zins Paris : Gallimard.
- Montgomery, C. et al. (2000), *Intervenir à l'égard de la pauvreté dans un quartier multiethnique*. Cahiers de recherche, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges.
- Pages, M. (1968, *La vie affective des groupes*, Paris, Dunod.
- Rappaport, J. (2000), «*Community Narratives: Tales of Terror and Joy*», *American Journal of Community Psychology*, 28(1).
- Rappaport, J. (1995), «*Empowerment Meets Narrative: Listening to Stories and Creating Settings*», *American Journal of Community Psychology*, 23(5).
- Robertson, A. et Minkler, M., (1994), «*New Health Promotion Movement : A Critical Examination*», *Health Education Quarterly*, 21(3): 295-312.
- Thomas, W.I et Znaniecki, F. (1998), *Le Paysan polonais en Europe et en Amérique. Récit de vie d'un migrant*. Traduction par Yves Gaudillat. Paris : Nathan. [Livre III, de l'œuvre originale en cinq volumes publiés aux Etats-Unis de 1918 à 1920].

Citoyenneté et soins de santé aux immigrants : les infirmières jouent-elles un rôle dans la construction de la citoyenneté des immigrants au Québec?

Marguerite Cagnet, sociologue, Équipe METISS, CRF, CSSS de la Montagne
Aline Bourgon, directrice des soins infirmiers, CSSS de la Montagne
Lorraine Bouvier, conseillère à la direction du soutien à domicile, CSSS de la Montagne
Lucille Dufour, responsable des soins infirmiers, CSSS de la Montagne
en collaboration avec les CII des CLSC Côte-des-Neiges et Parc-Extension

Si la citoyenneté est au cœur des débats politiques et semble un enjeu important pour nombre de chercheurs en sciences sociales spécialisés dans les relations interethniques, il n'est pas si clair qu'elle se pose de la même façon pour les professionnels de la santé qui exercent auprès des populations immigrantes. Les infirmières en santé primaire, comme d'autres intervenants de la santé et du travail social, sont sur la ligne de front dans l'accueil des immigrants. De par leurs actions d'éducation à la santé auprès d'eux, elles contribuent à diffuser des modèles relatifs à la façon de prendre soin de soi et de ses proches. Modèles qui sont indubitablement porteurs de normes et de valeurs propres à la société canadienne et, en deçà, à la société québécoise. Comme d'autres professionnels de la santé et du travail social, les infirmières participent, nolens, volens à la « fabrication » des nouveaux citoyens que doivent devenir tous les nouveaux arrivants. Comment cette question de la citoyenneté intervient-elle dans les interventions infirmières auprès d'usagers immigrants ? Quels en sont les enjeux au décours d'une relation de soin ? Quelles sont les représentations des infirmières quant à leur rôle dans l'intégration des immigrants au Québec ? Quelles en sont les incidences dans la pratique ?

Cet article reprend une réflexion menée à partir de ces questions avec un groupe d'infirmières et d'infirmiers exerçant en santé primaire à Montréal. Une version abrégée fut présentée lors du 72^e Congrès de l'association canadienne –française pour l'avancement des sciences (ACFAS) à l'Université du Québec à Montréal en mai 2004.

L'accroissement de la diversité ethnique au Québec comme ailleurs au Canada, l'accélération de l'immigration et, parallèlement, la possibilité offerte aux immigrants de maintenir des liens étroits avec leur société d'origine par les avancés technologiques en matière de télécommunications et le développement des transports, sont de plus en plus souvent dénoncés comme facteurs de fragilisation du lien citoyen, ainsi que pour souligner le manque d'investissement des nouveaux venus dans l'appartenance à la nation québécoise et canadienne. Au travers des discours des politiques, du sens commun mais également des scientifiques, les immigrants et les minorités ethniques sont devenus aujourd'hui les figures emblématiques de l'affaiblissement de la cohésion sociale (Helly et Van Schendel, 2001).

La transformation d'un immigrant et, *a fortiori* d'un réfugié (les motivations de ce dernier à l'émigration et les restrictions du choix du pays du refuge posent de façon centrale la question de la construction chez eux d'un sentiment d'appartenance au pays d'accueil) en citoyen est certes un processus complexe que nous avons d'ailleurs déjà explicité antérieurement (Cagnet et Saillant, 2003; Cagnet et Saillant, 2004; Saillant *et al.*, 2004;

Saillant *et al.*, 2005). Ce processus procède, entre autres, de la volonté et de la participation active d'acteurs nationaux et locaux qui travaillent à la re-territorialisation de l'immigrant dans un espace à la fois physique et social au moyen de la mise en œuvre d'actions et d'outils divers (cours de langue, aide à l'insertion en emploi, à l'accès au logement, jumelage, ect.) qui sont autant d'ingrédients nécessaires à la «transformation-fabrication» de l'immigrant en futur citoyen. Nous avons eu l'occasion de démontrer dans une récente recherche¹ (Cognet et Saillant, 2003) l'importance du rôle de «passeurs» que jouent les intervenants sociaux auprès des immigrants et réfugiés dans leur «transformation-fabrication» en nouveaux citoyens québécois et canadiens (à ce titre, les noms que se donnent certains organismes communautaires locaux sont tout à fait symboliques de cet aspect dans leurs missions. Ainsi nous avons par exemple le service d'accueil aux Néo-Québécois, celui aux Néo-Canadiens, etc.). Mais, si les intervenants sociaux et les organisations dans lesquelles ils oeuvrent, sont plutôt conscients de ce rôle et en affichent assez aisément la couleur, qu'en est-il des autres intervenants en santé et services sociaux de première ligne, dont chacun s'accorde à penser qu'ils constituent une des principales portes d'entrée en contact des immigrants avec les services publics, les instances sociales et administratives et plus largement avec la société civile de leur nouveau pays ?

La réflexion qui va suivre explore ce qu'il en est pour les infirmières exerçant en santé primaire. Elle fait suite à une commande du Centre de recherche et de formation du CSSS² de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension, qui à l'occasion du 72^e Congrès de l'ACFAS organisait un colloque sur le thème de la citoyenneté inclusive dans les pratiques d'intervention en contexte pluriethnique³ et nous avait conviées à présenter une communication sur ce thème en lien avec les pratiques infirmières. Nous reprenons donc ici le fruit d'une réflexion amorcée avec un groupe d'infirmières et d'infirmiers en santé primaire qui, aux fins de la communication, avaient été invités à s'interroger sur le sens de la citoyenneté dans leur pratique auprès d'immigrants. Plus précisément, le groupe avait à débattre du thème à partir de la question suivante : les infirmières en santé primaire ont-elles un rôle à jouer dans l'intégration des nouveaux arrivants et la «fabrication» de leur citoyenneté ?

Après avoir rapidement resitué le fondement du débat sur le lien citoyen au Québec et au Canada, nous explorons la contribution du groupe sur cette question. Nous centrerons notre article sur l'analyse des enjeux professionnels propres à éclairer les points de convergence et de divergence des participants.

1. L'immigration, la diversification ethnique et la cohésion sociale

Le Canada s'est constitué sur une histoire d'immigration de peuplement, ce qui entend que les individus invités à venir au Canada ne le sont pas pour travailler sur une période donnée avant de repartir dans leur pays d'origine ou pour d'autres horizons mais pour y fonder un foyer et donner le jour à de futurs Canadiens. L'entrée dans le XX^e siècle fut marquée par une volonté politique d'accroître et d'accompagner cette immigration. Le premier ministre

¹. Projet intitulé « L'Autre chez soi. Lien social, identités et significations des pratiques humanitaires auprès des réfugiés au Québec » sous la direction principale de F. Saillant et financé par le Conseil québécois de la recherche sociale (2002-2005).

². Centre de santé et service social.

³. Colloque C-430 « Citoyenneté inclusive : pratiques, savoirs et représentations dans les rapports praticiens-usagers dans l'intervention de première ligne en contexte pluriethnique » 72^e Congrès de l'ACFAS, *La Société des savoirs*, Montréal 10-14 mai 2004.

Wilfrid Laurier prédisait alors que ce siècle serait pour le Canada ce qu'avait été le XIX^e siècle pour les États-Unis. Il promeut un véritable programme politique où, à grand renfort de publicité, il essaie d'attirer les immigrants et leurs familles en offrant gratuitement des terres dans l'Ouest.

Entre 1900 et 1910, près d'un million d'immigrants franchirent l'Atlantique pour venir s'installer au Canada. Environ la moitié d'entre eux était originaire de Grande-Bretagne. Une forte proportion des autres venait d'Europe, principalement du Centre, de l'Est et du Sud. Si déjà, à l'époque, l'arrivée des immigrants n'allait pas sans poser des questions sur l'avenir de la société canadienne⁴, il demeure que cette volonté ne s'est pas démentie pour l'instant puisque la politique d'immigration au Canada favorise encore l'entrée de plusieurs milliers d'immigrants chaque année. Si la tendance a certes varié au cours du siècle, elle s'est néanmoins particulièrement réaffirmée lors de la dernière décennie puisque plus de 2 millions et demi d'immigrants ont été admis au pays entre 1991 et 2001 (dernières années censitaires). C'est le plus grand nombre d'immigrants ayant obtenu un droit d'établissement dans une décennie au cours des 100 dernières années. Pour la seule année 2001, le Canada accueillait 250 346 immigrants (tous statuts confondus). Au recensement de cette même année, les statisticiens estimaient que près d'un Canadien sur cinq était un immigrant (18,4 %). Bien évidemment, cette immigration se répercute en grande partie dans les provinces mais tout particulièrement en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec dans la mesure où Toronto, Vancouver et Montréal, mégapoles technologiques et industrielles, exercent une puissante attraction de la main-d'œuvre nécessaire à l'économie canadienne.

Si le Canada fut longtemps le territoire privilégié de l'émigration européenne de l'Ouest, à ce jour, les immigrants sont de plus en plus nombreux à venir des autres régions du monde. L'accélération de la diversité des pays sources est reliée d'une part au recul constant des pays traditionnellement pourvoyeurs (ceux de Europe de l'Ouest), à la baisse globale des origines européennes parallèlement à une augmentation rapide des originaires des pays d'Asie et du Moyen-Orient (entre 1991 et 2001, les ressortissants de ces pays constituaient déjà 58 % du total des immigrants au Canada⁵). Les proportions correspondantes étaient de 15 % pour l'Europe, de 9 % pour l'Afrique et de 6 % pour l'Amérique centrale, l'Amérique du Sud et les Caraïbes. Ces répartitions peuvent quelque peu différer d'une province à l'autre. À ce titre, le fait français au Québec donne lieu à une plus forte immigration des régions du monde où le français est soit la langue d'origine, soit la langue de colonisation.

1.1. La diversité ethnique montréalaise

Pour sa part, la province de Québec, accueille 13 % des nouveaux arrivants et 9 sur 10 d'entre eux s'installent à Montréal. Avec 26 % d'immigrants, Montréal est la fois numériquement et proportionnellement la première ville d'accueil du Québec. Pour l'ensemble de la région métropolitaine, la population immigrante compte pour 18 %. Les principaux pays d'origine des immigrants sont l'Italie (12 %), Haïti (7 %), la France (5 %), le Liban, le Viêt-Nam et la Chine (4 %). Cette répartition reflète les diverses vagues d'immigration historique mais ne correspond plus aux régions d'origine des immigrants récents. Entre 1996 et 2001, si la France, avec un taux de 7 % du total des pays de provenance, était encore dans les cinq pays qui avaient le plus contribué à l'immigration, elle était devancée par l'Algérie (9 %) et la Chine (8 %) et se voyait talonnée par Haïti (5 %) et le

⁴. Le gouvernement Laurier souleva néanmoins de plus en plus souvent la critique des Canadiens anglais au sujet de la « qualité » des immigrants qui s'établissaient dans l'Ouest du pays.

⁵. La République populaire de Chine était le premier pays d'origine en importance avec un contingent de 32 300 nouveaux immigrants au Canada. Venaient ensuite l'Inde (25 800), les Philippines (11 300) et le Pakistan (8 400).

Maroc (5 %). Des 32 000 nouveaux immigrants qui se sont installés à Montréal au cours de l'année 2001, 33 % venaient d'un pays d'Afrique ou du Moyen-Orient et 28 % d'un pays d'Asie ou du Pacifique. La Chine est devenue le premier pays pourvoyeur d'immigrants montréalais (11 %) ; le Maroc, l'Algérie et Haïti sont toujours également très fortement représentés.

Ce nouveau profil ethno-démographique des sociétés canadienne et québécoise n'est pas sans poser un certain nombre de questions sociales et culturelles tant dans l'ici et maintenant, qu'en regard de l'avenir. La perception d'un accroissement de la diversité ethnique et les questions qui ont été débattues sur la place publique ces dernières années en matière de différences culturelles ont généré des discussions animées dans les milieux politiques et scientifiques quant à la cohésion sociale dans ces sociétés. Ainsi que le rappellent Helly et Van Schendel (2001), la diversification croissante de la population canadienne pose la question des formes du lien collectif entre les individus constituant une société étatisée. Dans ces formes, au-delà de l'appartenance nationale, c'est la citoyenneté, la forme du lien citoyen, qui est prioritairement interpellée. Mais la conception de la citoyenneté varie et elle montre en particulier que les mouvements sociaux des 30 dernières années en réinterrogent la conception libérale classique. La notion est devenue polymorphe.

1.2. Le lien citoyen dans la cohésion sociale

Au vu de la recension de la littérature effectuée par Helly et Van Schendel (2001), il appert que la conception de la citoyenneté évolue au fil des événements historico-politiques et a connu depuis la deuxième guerre mondiale des inflexions considérables. Au lendemain des événements de cette guerre, en particulier l'holocauste, l'anéantissement de populations civiles et la destruction des économies européennes, la notion d'appartenance nationale fait place à une nouvelle conception du lien collectif. L'exercice de la citoyenneté ne se limite plus aux droits civils et politiques, mais engage désormais les droits sociaux et le droit à la prospérité économique.

Dans la pensée libérale la plus formaliste, la citoyenneté se limite à la garantie des libertés individuelles et au droit de vote. Labelle et Salée (1999), de leur côté, stipulent que, dans le modèle libéral classique, l'appartenance politique et sociale à l'État-nation repose sur quatre principes : l'égalité entre les citoyens, l'engagement sacré du citoyen pour l'État-nation, l'ancrage de l'individu dans la communauté nationale et la participation démocratique liée à la résidence. Cette appartenance est unique (chaque personne doit appartenir à un seul État) et socialement conséquente (les individus ont des droits mais également des responsabilités et des obligations). Dans ce modèle, la double ou multiple citoyenneté est *a priori* inconciliable. La citoyenneté conçue ici sur un mode juridicopolitique est définie comme la forme première du lien collectif. Faire partie d'une société ce serait, précisent Helly et Van Schendel (2001), « participer de l'État, instance de représentation des intérêts des individus et instance de protection de leurs droits. Le lien citoyen fonderait la représentation de l'inclusion au sein d'une société au nom d'un statut juridique et des droits et obligations qu'il comporte (voter, payer des impôts, obéir à la loi, voir ses droits garantis par l'État) ».

La remise en question de ces conceptions classiques de l'appartenance nationale et du lien citoyen est directement liée aux changements à la fois démographiques (augmentation, accélération et diversification des flux migratoires, ampleur des migrations humanitaires), structurels (organisations internationales monétaires, politiques, militaires, sanitaires et humanitaires) et économiques (mondialisation des échanges économiques, restructuration de la production et de la main-d'œuvre, restructuration des mouvements sociaux avec le déclin syndical et politique, montée des inégalités sociales) qui ont marqué les trois dernières décennies du XX^e siècle. Elle rend compte d'une préoccupation pour les processus qui, aux yeux des politiciens et des chercheurs, réduisent la cohésion sociale et provoquent une perte

de sens du lien citoyen, et se symptomatisent par l'émergence d'une population n'ayant pas ou plus le sens de la responsabilité sociale au sein de laquelle les immigrés et les minorités ethniques aux côtés des assistés et des décrocheurs font les têtes d'affiche. Mais les premiers apparaissent comme doublement responsables dans la mesure où ils sont vus comme participant de façon active au développement d'identités diasporiques transnationales ou supranationales favorisant l'engagement dans l'appartenance à des instances et des institutions de mêmes niveaux au détriment de l'appartenance nationale⁶. Ces perceptions président au débat et alimentent de nouvelles conceptions du lien citoyen et de l'appartenance nationale.

Au-delà d'une citoyenneté juridico-statutaire, Helly et Van Schendel (2001) repèrent trois autres conceptions : a) *la conception libérale réformatrice*. Selon les auteurs, cette conception, qui met l'accent sur le devoir de solidarité sociale de tout citoyen et la prise en considération de la différenciation culturelle de la société civile, a soutenu les États providence de l'après-guerre et les politiques de pluralisme culturel adoptées à partir des années 1970; b) *la conception néolibérale* qui en droite ligne du courant libéral classique réaffirme l'entière responsabilité de chacun quant à sa condition économique et sociale et le caractère essentiellement privé des différences culturelles; c) *la conception républicaine* enfin, qui adhère aux principes du respect des libertés et de la privatisation des particularismes. Elle repose sur le caractère inaliénable de la souveraineté populaire face aux instances judiciaires et aux groupes de pression, et sur la réduction des inégalités sociales, notamment par voie de programmes de redistribution de l'État-providence. Cette conception conçoit le vote et la participation à la vie politique comme le devoir des citoyens pour qui l'intérêt public, l'allégeance à l'État et à ses institutions doivent l'emporter sur leurs préférences et leurs intérêts personnels.

Au cours des années 1980, la conception de la citoyenneté subit une nouvelle inflexion sous la réactivation du sentiment nationaliste face aux nouveaux profils sociodémographiques des immigrants et aux revendications des minorités ethniques. La question du droit de vote des immigrants a ouvert l'idée d'une citoyenneté locale qui autoriserait un engagement et une participation active dans les enjeux sociaux qui animent la vie d'un quartier, d'une ville, d'une région. Cette question pose l'articulation diversités-droits-devoirs comme enjeu de la tension entre une conception civique et une conception ethnique de la nation.

Ce débat invite à réfléchir au processus d'inclusion, aux rôles que jouent les individus de la société dite d'accueil dans ce processus, en particulier dans les grandes villes où la pluriethnicité redéfinit le vivre ensemble au moyen de relations au quotidien marquées, entre autres, par les disparités socio-économiques et les inégalités sociales y compris dans le domaine de la santé qui ici nous intéresse particulièrement. Sans nous attarder sur les aspects épistémologiques qui soutiennent cet intérêt, soulignons quand même que l'incidence de la diversité «ethnoculturelle» sur les questions afférentes à la santé est dans la société canadienne liée à la gestion formelle de cette diversité caractérisée dans la politique du multiculturalisme. Adopté comme politique officielle du Canada en 1971, le multiculturalisme est, en 1982, enchâssé dans la constitution comme élément de la Charte canadienne des droits et libertés et traduit peu après par une loi⁷. Si pour beaucoup le multiculturalisme vise d'abord à préserver la cohésion sociale et à désamorcer le mouvement

⁶. La nouvelle Loi sur la citoyenneté canadienne déposée en décembre 1998 est une tentative de réponse à cette préoccupation. En cela elle est conforme à la tendance suivie par la plupart des États occidentaux face à ce qui est perçu comme un affaiblissement du lien citoyen et de l'appartenance nationale. Elle vise à lier l'accès à la citoyenneté à une durée de séjour au Canada afin que les futurs citoyens connaissent le pays, en partagent les valeurs et développent un sens d'appartenance.

⁷. Loi sur le multiculturalisme canadien (L.R., 1985) modifiée en 1988.

d'indépendance québécois, il n'en demeure pas moins que cette politique se prononce en faveur du maintien et de la valorisation de « la diversité culturelle et raciale de la société canadienne et se traduit par la liberté, pour tous ses membres, de maintenir, de valoriser et de partager leur patrimoine culturel, ainsi qu'à sensibiliser la population à ce fait » et s'engage « à reconnaître l'existence de collectivités dont les membres partagent la même origine et leur contribution à l'histoire du pays, et à favoriser leur développement⁸ ». Or, la dimension pluriethnique d'une société et le modèle politique dans lequel s'inscrit sa gestion se répercutent sur l'ensemble des activités sociales. Celles qui concernent la santé, pas plus que celles des autres espaces sociaux, ne peuvent s'en exclure.

2. La citoyenneté en question dans les interventions de santé

Si la citoyenneté semble être un enjeu important pour nombre de chercheurs en sciences sociales spécialisés dans les relations interethniques et est aujourd'hui au cœur des débats politiques, qu'en est-il dans les milieux de la santé et des services sociaux qui oeuvrent à la fois auprès des populations immigrantes venues d'horizon les plus divers et au sein des collectivités culturelles favorisées par le multiculturalisme ? Les infirmières, comme d'autres professionnels exerçant en santé primaire, sont sur la ligne de front dans l'accueil des immigrants. De par leurs actions d'éducation à la santé auprès d'eux, elles contribuent à diffuser des modèles relatifs à la façon de penser sa santé, de prendre soin de soi et de ses proches. Modèles qui sont indubitablement porteurs de normes et de valeurs propres à la société canadienne et, en deçà, à la société québécoise. Comme d'autres professionnels de la santé et du travail social, les infirmières participent, *nolens, volens* à la « fabrication » des nouveaux citoyens que doivent devenir tous les nouveaux arrivants, et ce, quels que soient leurs parcours antérieurs, les raisons qui ont motivé leur émigration de leur pays d'origine et leur demande d'immigration au Québec ou au Canada.

Comment cette question de la citoyenneté intervient-elle dans les interventions infirmières auprès d'usagers immigrants ? Quelles sont les représentations des infirmières quant à leur rôle dans l'intégration des nouveaux arrivants et la "fabrication" de leur citoyenneté ? Quels sont les enjeux de cette question au cours d'une relation de soin ? Quelles en sont les incidences dans la pratique ? Ce sont ces quelques questions qui ont posé le point de départ de la réflexion menée avec un groupe de quinze infirmières et infirmiers exerçant en santé primaire en CSSS à Montréal. Le groupe s'est réuni à trois reprises entre mars et avril 2004. Chacune des rencontres a duré deux heures. Les entrevues ont été enregistrées et ont fait l'objet de synthèses. Lors des deuxième et troisième rencontres la discussion a été relancée à partir de la synthèse des discussions antérieures. Les deux premières auteures du présent article ont joué le rôle d'animatrice et ont assuré le travail de synthèses aux niveaux intermédiaire et final.

2.1. Les infirmières en santé primaire et la citoyenneté

La première réaction du groupe face à cette question fut du genre : « La citoyenneté... Bof ! L'infirmière, l'immigrant, le citoyen, les notions de citoyenneté, le lien social, c'est du vocabulaire de sociologues. Est-ce que l'on a ce souci-là quand on intervient ? ». Comme telle *a priori*, la notion de citoyenneté pour les infirmières⁹ renvoie au statut formel sur le territoire canadien, soit autrement dit une « citoyenneté de papier ». Le patient a-t-il ou non la

⁸. Loi sur le multiculturalisme canadien [L.R., 1985, ch. 24 (4^e suppl.)]. Loi sur le maintien et la valorisation du multiculturalisme au Canada [1988, ch. 31, sanctionné le 21 juillet 1988]. Article 3 - Politique canadienne du multiculturalisme - Déclaration, alinéas a et d. <http://www.canlii.org/ca/loi/c-18.7/art3.html>

⁹. Dans la littérature scientifique sur ce groupe professionnel, il est coutumier de conserver le genre féminin en dépit de la présence de participants masculins dans le groupe, la surreprésentation numérique historique des femmes dans ce métier l'emportant sur la règle grammaticale française.

citoyenneté canadienne ? Est-il oui ou non en règle sur le territoire ? sont les premières questions que les infirmières associent à la notion et qui sous-tendent une autre interrogation en matière de droits et d'accès aux soins, aux médicaments, aux services de santé. Dans un premier temps, les infirmières prêtent peu d'importance à la notion de citoyenneté, mais s'attardent à la notion de soins proprement dite. Ces premières réactions dans la réflexion sur les rapports que les infirmières entretiennent avec la notion de citoyenneté, et sur les enjeux qui y seraient impliqués, ont conduit le groupe à réfléchir à la place, et plus précisément au statut même de l'infirmière et à son rôle dans la chaîne thérapeutique.

S'il est clair qu'au cours d'une trajectoire thérapeutique divers acteurs vont intervenir directement auprès du patient (médecins, infirmières, auxiliaires infirmières, diététistes, etc.) il est tout aussi clair que chacun ne joue pas le même rôle, ne prend pas la même place, ne se voit pas attribuer les mêmes tâches, etc. La façon dont la question de la citoyenneté prend *a priori* plus ou moins de sens dans la pratique infirmière ne peut se poser et se comprendre en dehors de cette distribution des rôles dans la chaîne thérapeutique. Elle paraît renvoyer à la fois à l'histoire de la profession, à la façon dont se sont constitués son champ de compétence et les limites de son champ d'action, à la dynamique qu'elle entretient avec les autres groupes professionnels, en particulier avec les médecins, et à son évolution dans l'histoire plus large du système de santé qui durant ces dernières décennies est passé d'un modèle hospitalocentriste à une santé dite «communautaire».

Plus que le terme de citoyenneté, ce sont les notions de **droits aux soins** et **d'équité** qui paraissent *a priori* pertinentes pour les infirmières en santé primaire et c'est sous ces deux aspects qu'émergent des questions relatives à l'exercice concret de la citoyenneté des usagers. À partir de là, la réflexion amorce d'autres horizons où se dessinent trois dimensions de référence : **la loi, le règlement institutionnel, l'usage**. C'est au carrefour de ces trois dimensions que se situe la question de la citoyenneté pour les infirmières. Autrement dit, quand la question se pose, elle se pose d'abord en terme législatif : la personne qui me demande des soins est-elle, oui ou non, en droit d'attendre ces soins ? Si la réponse à cette question est négative ou un tant soit peu floue, l'infirmière va se référer au règlement de son institution : soit ce que l'administration ou ses supérieurs autorisent formellement, et se trouvent du coup sous leurs responsabilités. Néanmoins ces deux univers de référence coexistent dans la pratique infirmière avec la possibilité d'une certaine marge de manœuvre que nous appellerons *l'usage*, soit les façons de voir et de faire du groupe de pairs en conformité avec les valeurs professionnelles et les compétences exprimées en matière de jugement clinique, jugement qui confère responsabilité et autonomie dans l'action. Au-delà de la loi et des règlements administratifs, ce sont les valeurs qui tranchent et justifient l'action et que révèlent de façon très évidente les histoires de cas de personnes en besoin de soins mais qui, pour une raison ou une autre, n'ont pas tous leurs papiers et pour lesquelles *a priori* la loi et le règlement ne prévoient pas de prise en charge.

C'est par exemple ce cas que l'une des infirmières relate au sujet d'une jeune femme en détresse qui est amenée au CSSS par quelqu'un de sa communauté. Elle est dans son huitième mois de grossesse et n'a jamais eu de suivi prénatal car, en raison de sa situation illégale sur le territoire, elle craint la dénonciation. L'infirmière l'a rassurée et lui a donné des coupons pour participer au programme OLO¹⁰. Elle lui a trouvé un médecin qui pourrait suivre la fin de sa grossesse. C'est également le cas d'un patient sidéen pour qui, en dépit de sa situation irrégulière, l'infirmière facilitera au mieux l'accès aux soins. La question se pose

¹⁰. Œuf-Lait-Orange. OLO est un programme qui offre aux femmes enceintes et ayant un faible revenu (aide sociale, petit salaire, chômage, prêts étudiants, sans revenu, etc.) la possibilité d'obtenir gratuitement des œufs, du lait, du jus d'orange, un supplément de vitamines et minéraux. Après l'accouchement, le programme OLO peut se poursuivre pendant quelques mois.

avec acuité dans le cas d'une vieille dame qui n'a pas les moyens de payer et pour laquelle l'infirmière se sent très mal de refuser un soin qui ne lui prendrait qu'une quinzaine de minutes. Mais c'est aussi le cas de ce patient tuberculeux en situation illégale qui, parce qu'il n'est pas «compliant»¹¹ et démontre une certaine agressivité, est finalement signalé par l'infirmier aux services de l'immigration...

Une des infirmières interpelle ses collègues sur le poids des valeurs face à l'altérité culturelle : « Est-ce que, si ça touche mes valeurs profondes, je serais moins accommodante ? » Au delà de la loi et de la règle formelle, c'est tout l'espace de l'éthique, des valeurs professionnelles et personnelles qui est ici mis en jeu. Ainsi que l'illustre assez bien l'un des propos tenus lors des rencontres du groupe : « Dans notre vie professionnelle, il y a les lignes directrices qui nous guident, il y a les gestionnaires qui nous guident, il y a les programmes et il y a nous qui nous guidons. » C'est là, au quotidien de la pratique, que la notion d'équité, une des valeurs fortes du groupe, vient questionner celle du droit et du juridique. C'est le nœud de la rencontre parfois difficile entre **l'égalité et la légalité**. Et quand les infirmières se demandent si elles doivent donner ce soin à celui-ci ou à celle-là, si celui-ci est aussi bien soigné que celui-là, si elles ne devraient pas faire plus pour celle-ci, au nom de quoi, c'est bien sur ce nœud qu'elles achoppent et qu'au besoin elles travaillent.

2.2. Les valeurs comme déterminants de l'action

Les exemples précédents montrent bien que, si ce sont les valeurs qui constituent les ressorts essentiels de l'action, les décisions n'en sont pas pour autant prises aussi facilement et simplement. Comme l'ont répété à plusieurs reprises des membres du groupe de réflexion, une infirmière peut se sentir tiraillée. Tiraillée entre le droit et l'équité, tiraillée entre le droit collectif et le droit individuel, tiraillée entre son idéal, ses idéologies et la contrainte d'une certaine réalité, tiraillée aussi entre son devoir et ses croyances, tiraillée entre les idéologies du système et ses idéologies personnelles, etc. La liste des sources potentielles de tension est longue, mais elle est sans doute d'autant plus longue que la place et l'influence des valeurs dans les interventions de la santé sont trop souvent laissées dans l'ombre et rarement discutées.

Nous avons cherché à approfondir la question des valeurs avec le groupe en posant la question des déterminants de l'action dans les diverses situations rapportées telles que celles des exemples précités. Au nom des valeurs justifiant telle orientation plutôt que telle autre, ce sont des mots comme *compassion, respect, pitié, éducation, responsabilité, responsabiliser, humanisme, contrainte, adaptation, générosité, abus, prévention, promotion, empowerment, patience, autonomie, empathie, apprentissage, équité (réduire les écarts), advocacy, dignité* qui émaillent le débat montrant sans doute assez clairement que les valeurs qui déterminent l'action infirmière renvoient à des univers de référence diversifiés. À tout le moins, ces univers nous semblent en partie s'apparenter aux deux traditions organisationnelles dans lesquelles est né et s'est construit le groupe des infirmières.

La première des deux est sans aucun doute celle du monde religieux et du caritatif où est né le métier. Les valeurs de la générosité, de la pitié et de la compassion y sont le credo essentiel qui a soutenu si longtemps l'idée de la **vocation** infirmière (Knibiehler *et al.*, 1984). La deuxième, quoique postérieure, est présente depuis suffisamment longtemps pour avoir très largement imprégné l'exercice infirmier mais plus encore tout le champ de la santé puisqu'il s'agit de l'organisation de la santé publique qui se met en place sur le plan tant

¹¹. Anglicisme qui a pénétré la langue française au cours des années 1980 et s'y est très vite répandu. En général, cette notion de compliance renvoie en grande partie à la notion d'observance mais inclut un échelon dans le rapport d'obéissance attendue de la part du soigné face à toute prescription (entendue au sens large) posée par le soignant.

structurel qu'idéologique dans le tournant du XVII^e au XVIII^e siècle¹² et acquiert ses lettres de noblesse avec la révolution pastorienne qui va façonner son visage moderne en particulier dans le développement d'un modèle contractuel de prévention (Dozon, 2001). Or, la santé publique dans son aspect tant curatif que préventif ou promotionnel est historiquement ancrée dans un exercice de mise aux normes des individus et de leurs corps. D'autres l'ont dit et démontré avant nous (à commencer par Canguilhem), la santé publique a défini son mandat sur la définition et la délimitation du normal et du pathologique (Canguilhem, 1966). Inscrite dans une logique d'ordre social, elle est porteuse d'une idéologie productrice de représentations classant malades et maladies à partir du contrat moral que les individus, devenus citoyens responsables de l'entretien de leur santé, sont supposés avoir intégré et qui, en vertu de ce contrat, stigmatisent les comportements dits «à risque» soit tout écart à la norme. À ce titre, rappelons que l'étymologie du mot «prévenir», issu du latin judiciaire *praevenire*, signifie *citer le prévenu en justice*. Le prévenu aujourd'hui est figuré par l'individu qui ne se conformerait pas à la bonne conduite en matière de santé. Jugé responsable, il peut-être coupable (Lecorps et Paturet, 1999). Nous trouvons là une des formes de contrôle de la vie même que Foucault annonçait comme la naissance du biopouvoir, une gestion anatomo-politique des corps (le dressage des corps) et une biopolitique de la population (la gestion des processus biologiques)¹³ (Foucault, 1976).

Les infirmières, sorties des couvents pour entrer dans la santé publique, se sont du même coup transformées en agent de celle-ci, *véhicule relais obligé* de ses valeurs où l'on reconnaît entre autres l'éducation, la responsabilité, la contrainte, l'observance, la compliance. L'exercice infirmier, qui intègre pleinement des missions d'éducation à la santé, à sa promotion et à sa prévention, prend part inévitablement à ce travail de mise ou de maintien aux normes des corps et des esprits. Or, ces *valeurs* acquises au cours de la socialisation au métier, dans la formation et le partage de l'expérience avec les pairs, forment le socle de la culture professionnelle et organisationnelle. Ces *valeurs* influencent le travail du soin, la relation à l'autre, orientent et justifient l'action dans la mesure où, implicitement ou explicitement, elles constituent autant de repères de ce qui **doit être** et de ce qui **doit se faire**. Dans ce sens-là, les infirmières intègrent un rôle éminemment politique, qu'elles en soient conscientes ou non.

2.3. La dimension politique de la pratique infirmière

Les soins infirmiers sont bien plus que des actes techniques, ce sont des actes politiques au sens le plus pur du terme, soit celui des choses qui concerne la *polis*, l'organisation de la société, celle de la vie de la cité¹⁴. Ainsi que le disait l'une des infirmières du groupe : « Nous sommes des individus politiques ». Tout acte infirmier s'inscrit dans le registre du social et traduit l'engagement de celui qui le pose dans la gestion même de la vie au sein d'un projet

¹². Non pas que des modèles de prévention ne préexistaient pas, mais plutôt parce les modèles et le système qui se mettent en place alors vont organiser la santé publique autour du savoir médical et des données épidémiologiques.

¹³. Ces deux dimensions ne se présentent pas pour Foucault comme une simple succession, mais comme des croisements de processus. Le pouvoir, pour prendre en charge la vie, a besoin de nouveaux procédés. Les nouvelles technologies du pouvoir se situent en effet en deçà du pouvoir de la souveraineté : le pouvoir est de moins en moins pouvoir de faire mourir, de plus en plus droit d'intervenir pour faire vivre. Foucault insiste donc sur le caractère inopérant du pouvoir qui se borne à régir le corps économique et politique d'une société s'accroissant démographiquement et s'industrialisant. Il fait apparaître la nécessité pour le pouvoir d'une double accommodation pour assurer le contrôle sur des processus qui lui échappaient.

¹⁴. Le mot politique provient du grec ancien *TA POLITIKA* qui signifie littéralement « Les choses qui concernent la POLIS (CITE) ». La politique, en soi, n'est rien d'autre que l'instrument privilégié, identifié par l'être humain dans son histoire pour organiser rationnellement la société complexe où il vit.

de société. Dans ce sens-là, l'infirmière joue bien effectivement un rôle dans l'intégration des immigrants, du moins dans la fabrication des nouveaux canadiens. Un rôle qui passe en premier lieu par l'information et l'éducation.

Ce point acquis, la question découlant est : comment le faire au mieux ? Ainsi que le remarquaient plusieurs infirmières, conscientes des enjeux relationnels qu'impliquent une telle dimension : « Être ouverte à l'autre c'est facile à dire mais pas facile à faire ! » « Jouons nous notre rôle vraiment ? ». « Comment apprendre le sens de l'autre et entrer dans une réalité acceptable pour tout le monde ? » Réflexion faite, le rôle d'aide à l'intégration que les infirmières pourraient jouer auprès des immigrants leur apparaît non seulement plus important qu'à première vue, mais également moins bien balisé.

L'idée que les soins se dispenseraient dans un espace social qui, au nom de l'universalité, serait areligieux, apolitique et asexué est un mythe avec lequel les infirmières ont encore maille à partir. Adhérer à ce mythe, croire que l'infirmière n'a pas à prendre position, c'est entretenir une vision techniciste du métier¹⁵ qui consiste à limiter le champ d'expertise des infirmières à la seule exécution du soin, comme s'il pouvait s'abstraire des conditions sociales dans lesquelles il est prescrit et exécuté. Cette vision s'oppose à une vision politique du métier au sens où nous l'avons mentionné précédemment soit, l'idée que tout acte de soin infirmier, dans son fond et dans sa forme, exprime une façon pour l'acteur de s'engager dans sa société. Présentes, les dimensions politiques, religieuses, culturelles, économiques recèlent des valeurs qui orientent les interventions en santé. Il est fondamental et urgent d'essayer de les reconnaître et de comprendre comment elles influencent les pratiques infirmières.

3. Les univers de référence des valeurs de la pratique infirmière

Les discussions dans le groupe de réflexion ont, à plusieurs reprises, laissé entendre des dissonances dans le concert de ces valeurs héritées du religieux et du modèle de santé publique. Si la dimension techniciste de la pratique infirmière laisse croire depuis longtemps – et d'aucuns s'en accommodent parfaitement – que le groupe est homogène, tout comme sa pratique et les valeurs qui la fondent –humanisme et respect ne font-ils pas consensus sans pourtant que chacun ne sache très exactement ce qu'abritent de telles notions?– la dimension politique, au contraire agit comme un révélateur de l'hétérogénéité dans le corps infirmier. Il semble que parfois les valeurs qui s'ancrent dans les traditions du métier entrent en conflit avec celles plus personnelles de l'individu qui, comme infirmière ou infirmier, n'en est pas moins porteur d'autres identités et expériences sociales. C'est un homme ou une femme, un Québécois ou un immigrant, un fils de commerçant aisé ou la fille d'une domestique étrangère, un convaincu du socialisme ou un ardent défenseur du capitalisme, etc. À ces divers titres, les valeurs professionnelles et organisationnelles de chaque infirmière pourront se teinter des diverses couleurs de leurs autres valeurs, seront pondérées ou au contraire amplifiées.

La relation entre un usager des services de santé et un professionnel de santé, quelle que soit la nature des besoins du premier (soins infirmiers, soins médicaux ou autres), est toujours une relation inégalitaire entre un demandeur dans lequel nous ne sommes pas sûres que l'on voit toujours un citoyen et un donneur qui a le pouvoir, toujours un peu effrayant, de décider de donner ou de ne pas donner. Nous irions d'ailleurs jusqu'à dire que les diverses appellations de patient, malade, bénéficiaire, client ou autre non seulement ne changent rien à cela, mais ces substantifs qui servent à étiqueter un usager et tout autant à codifier la relation entre lui et les soignants, sont plutôt à entendre comme les signes implicites de la

¹⁵. Ici cette notion de techniciste n'a rien à voir avec une différence de formation entre les infirmières dites «techniciennes» titulaires d'un diplôme collégial et celles qui auraient un baccalauréat ou une maîtrise.

négarion de sa citoyenneté, ou du moins de sa mise en retrait au profit de l'instauration du pouvoir soignant. Et c'est pour cette raison essentielle que les questions éthiques, qui émergent sous la forme des valeurs évoquées tout au long de cet exposé, constituent le véritable enjeu des soins et appellent un débat de fond impliquant tous les acteurs concernés (usagers, praticiens, cadres, formateurs et décideurs).

Finalement, si les débats du groupe repris ici semblent mettre quelque peu en retrait la question de la citoyenneté, ils rendent pourtant compte du fait que les réflexions et les pratiques infirmières (que celles-ci en soient plus ou moins conscientes) sont prises entre les différentes conceptions que nous avons évoquées plus haut. La question du droit d'accès aux soins en matière de légalité s'ancre bien dans la perception juridico-statutaire alors que celle de l'équité et de l'égalité face aux soins, à la santé rend bien davantage compte d'une conception républicaine et du devoir de l'État, voire d'une conception libérale réformiste. Pour autant quand les infirmières abordent la question des valeurs et celle de la confrontation des différences soutenue par la perception de certains écarts culturels, leur conception de leurs pratiques et de la relation clinique sont aux prises avec les conceptions civique ou ethnique de l'appartenance à la nation.

Pour conclure, nous dirons qu'en soi, ce n'est pas un problème que des conceptions de la citoyenneté co-existent, pas plus que diverses valeurs organisationnelles, professionnelles ou personnelles, soient sous-jacentes aux interventions infirmières ; en revanche on ne peut sans risque, éviter de confronter ces conceptions et ces valeurs dans la discussion et la réflexion, voyant dans le débat une pratique salutaire destinée à examiner les normes et les conditions dans lesquelles on les prescrit.

Le passage d'un exercice de soins infirmiers sur un mode hospitalocentriste à celui d'un exercice en santé communautaire, *a fortiori* dans un contexte de forte immigration et de mondialisation marquée par une accentuation des inégalités sociales et économiques, où les situations à la marge sont plus probables, où l'exclusion se conjugue bien souvent avec les assignations ethnico-raciales, confronte inévitablement l'infirmière aux enjeux éthiques de la pratique. Si, par le passé, l'exécutante des ordonnances médicales intervenait dans la chaîne thérapeutique dans un temps et en un lieu où les questions de droits et d'équité étaient le plus souvent réglées par d'autres, l'infirmière en santé primaire d'aujourd'hui est de plus en plus souvent sur la première ligne au sens littéral du terme, exigeant d'elle toujours plus de responsabilités, d'autonomie, de jugement clinique mais aussi de jugement sociocritique. La qualité de son engagement repose sans aucun doute sur la conscience et la mise en débat des conceptions et des valeurs personnelles, professionnelles, organisationnelles qui orientent ses actions.

Bibliographie

Canguilhem, G. (1966), *Le Normal et le pathologique*, Paris, PUF.

Cognet, M. et F. Saillant (2003, 19-23 mai), *Les Représentations de l'humanitaire et du communautaire chez des intervenants auprès de réfugiés de 5 régions du Québec*. Paper presented at the 71^e Congrès de l'ACFAS - Savoirs partagés, Université du Québec à Rimouski.

Cognet, M. et F. Saillant (2004, 25-28 mars), *Représentations des réfugiés et de l'humanitaire sur le Web : la citoyenneté en question*. Paper presented at the 7^e Conférence nationale Metropolis - L'immigration et l'intégration au cœur des débats : recherches, politiques et pratiques, Montréal.

Dozon, J.- P. (2001), «Quatre modèles de prévention», dans Didier Fassin (dir.), *Critique de la santé publique*, Paris, Balland, p. 23-46.

Foucault, M. (1976), *Histoire de la sexualité - La volonté de savoir* (Vol. 1), Paris, Gallimard.

Helly, D. et N. Van Schendel (2001), *Appartenir au Québec : citoyenneté, nation et société civile : enquête à Montréal, 1995*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Knibiehler, Y., V. Leroux-Hugon, O. Dupont-Hess et Y. Tastayre (1984), *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Paris, Hachette.

Lecorps, P. et J.-B. Paturet (1999), *Santé publique. Du biopouvoir à la démocratie*, Rennes, École nationale de santé publique (ENSP).

Saillant, F., M. Cognet, É. Adam-Vézina et M. Charland (2004), «L'humanitaire : pratiques et représentations des intervenants auprès de réfugiés au Québec», *Le Jumelé*, p. 3.

Saillant, F., M. Cognet et M. Richardson (2005), «Représentations de l'accueil et de l'humanitaire dans les sites Internet des organisations transnationales, nationales et locales reliées à l'intervention auprès des réfugiés», *Anthropologica*, vol. 47, no.1, p. 115-128.

Représentations de la relation à l'autre dans l'intervention interculturelle : quand la différence passe par le tiers

Louise Tremblay, UQAM, département des communications, UQAM
Michèle-Isis Brouillet, département des communications, UQAM
Jacques Rhéaume, département des communications, UQAM
Marie-Emmanuelle Laquerre, département des communications, UQAM

Dans ce texte, nous ferons état de résultats de notre recherche sur la communication et l'interprétariat dans l'intervention médicale et psychosociale de première ligne. Nous avons cherché, entre autres, à définir les perceptions respectives des acteurs de l'intervention interculturelle à la suite d'une intervention en présence d'un interprète. Comment chacun perçoit-il l'autre dans l'intervention? Comment perçoit-il son rôle? La situation d'intervention à domicile joue-t-elle sur la construction de leurs représentations?

Pour arriver à communiquer avec une personne immigrante ne parlant ni français ni anglais, beaucoup d'intervenants font appel à des interprètes. L'interprétariat modifie 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. L'interprète, passerelle entre les individus et les cultures, permet à la communication de s'établir, de se maintenir et apporte les ajustements nécessaires pour maximiser la compréhension des interlocuteurs.

Dans la littérature, on distingue les interprètes formels des interprètes informels. Les interprètes formels sont des professionnels de l'interprétation. Les interprètes informels sont des volontaires : amis ou membres de la famille des usagers, employés bilingues de l'institution ou bénévoles de la communauté. L'impartialité, la confidentialité et le non-filtrage d'informations, entre autres, sont des règles pour l'interprète formel. Quelles sont les représentations des intervenants relativement à la situation d'intervention avec interprète?

Introduction: une contextualisation de la recherche

Les difficultés de communication reliées à la présence d'une barrière linguistique sont celles qui sont le plus souvent évoquées par les intervenants des organismes publics, parapublics et communautaires en ce qui a trait à l'intervention auprès des immigrants (Guberman et Maheu, 1994). Le recours à des interprètes est, dans plusieurs cas, nécessaire pour permettre la communication (Corsellis, 2000). En contexte pluriethnique, les intervenants de la santé et des services sociaux sont en effet souvent aux prises à cette barrière linguistique, puisqu'ils ne peuvent s'exprimer dans la langue de leurs clients et ces derniers ne parlent ni l'anglais ni le français, les langues de travail en usage au Québec. Pour arriver à communiquer avec ces personnes, les intervenants font appel à un membre de la famille, un ami, un voisin (interprète informel) ou à un interprète provenant de la Banque interrégionale d'interprètes (interprète professionnel). La présence de ce troisième acteur dans la communication transforme le modèle dyadique habituel intervenant-usager en modèle triadique intervenant-usager-interprète.

La présence d'un interprète, professionnel ou informel, influence le contexte de pratique des intervenants qui doivent tenir compte de cette troisième personne dans l'interaction.

L'interprétariat semble d'ailleurs correspondre à une véritable modification de leur pratique, car il met en cause certains aspects de la relation professionnelle établie entre l'intervenant et son client (Rosenberg, 2005 ; Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000; McAll, Tremblay et Le Goff, 1997). Bien que, comme dans toute interaction intervenant-usager, les différences sociales de classe, de sexe, d'âge, d'éducation, de religion jouent un rôle important dans l'interaction qui est établie, la présence d'un interprète modifie la dynamique interactionnelle puisque à la relation intervenant-usager s'ajoutent les relations intermédiaires intervenant-interprète et interprète-usager (Rechtman, 1997).

McAll, Tremblay et Le Goff (1997) ont rapporté la difficulté des intervenants à travailler avec des interprètes : plusieurs considéraient en effet comme « incommode » la présence du tiers au cours de l'échange. Bien que l'interprète assure, en général, la compréhension des échanges, sa présence introduit *de facto* un biais certain dans la relation intervenant-usager. Par ailleurs, l'intervention avec interprète est plus longue, et, comme elle implique plus d'une personne, elle occasionne des démarches supplémentaires (pour fixer un rendez-vous, par exemple) (Tremblay, Brouillet, Rhéaume et Laquerre, 2005 ; Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000).

L'introduction d'un interprète complique de plus la tâche de l'intervenant. Il ne peut plus s'appuyer sur la spontanéité des échanges pour établir le contact. En outre, le fait de passer par une tierce personne affecte également sa capacité d'empathie. Enfin, la présence de l'interprète peut sembler menaçante pour l'intervenant soit parce qu'elle le place dans une situation de dépendance, soit parce qu'elle induit parfois une perte de contrôle de l'intervention ou soit parce qu'elle apprend d'une personne moins qualifiée qu'elle sur le plan professionnel.

Intervenir en cabinet ou dans le bureau d'un intervenant en soins de santé et de services sociaux et intervenir au domicile du client sont deux choses fort différentes. Cet écart s'accroît en situation de rencontre interethnique puisque l'intervention se fait dans le territoire de l'utilisateur et que l'intervenant doit se mouler à ce contexte et adapter sa pratique (Tremblay, Brouillet, Rhéaume et Laquerre, 2005). Plusieurs recherches ont porté sur l'interprétariat dans la communication patient-médecin (Rosenberg, 2005) ou patient-infirmière (Vissandjée *et al.*, 1998).

Le thème de la communication entre un intervenant, un interprète et une personne d'origine immigrante en contexte de soins à domicile a été peu abordé.¹ Il nous est apparu important de l'étudier. Par ailleurs, nos travaux antérieurs sur l'utilisation du langage et des langues dans l'intervention (McAll, Tremblay et Le Goff, 1997) ainsi que ceux portant sur la sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique (Rhéaume, Sévigny et Tremblay, 2000) ont démontré que la question de la communication et de l'interprétariat était centrale pour les intervenants. Nous avons donc observé différents professionnels de la santé et des services sociaux en action (Richard et Lussier, 2005) pour examiner et comprendre le fonctionnement des situations de communication intervenant-usager-interprète à domicile.

1. Méthodologie

Dans notre recherche sur l'intervention à domicile avec interprète, nous avons privilégié une méthodologie qualitative mixte qui repose sur une analyse clinique et inductive, axée sur la pratique et fondée sur la praxéologie (St-Arnaud, 1995), démarche structurée visant à rendre

¹. Les rares ouvrages traitant de cette question soulignent, entre autres, que les services ne sont pas ou sont mal adaptés aux besoins particuliers des communautés ethnoculturelles (Samaoli *et al.*, 2000; Guberman et Maheu, 1994; Conseil des aînés, 2001).

l'action consciente, autonome et efficace. Elle s'inscrit dans la science-action, qui désigne respectivement « un savoir issu de l'action et utilisable dans l'action, une interaction axée sur l'autodétermination et un mode de pensée scientifique dans l'action » (St-Arnaud, 1995).

Nous avons opérationnalisé notre démarche de recherche à partir de deux approches complémentaires, soit une analyse des interventions avec interprètes et une étude de la perception des intervenants et des interprètes. Notre analyse est donc fondée sur *cinq observations d'interventions à domicile* impliquant des *interprètes professionnels* et des *interprètes informels*, qui ont été enregistrées (sur bande audio). Les *intervenants* et les *interprètes* ont été ensuite interviewés sur leur intervention. Tout de suite après l'intervention, les personnes interviewées pouvaient en effet plus directement y référer (cf. Tremblay, Brouillet, Rhéaume et Laquerre, 2005 ; McAll, Montgomery, Tremblay et Teixeira, 1998 ; McAll, Tremblay et Le Goff, 1997).

Dans les entrevues *semi-dirigées* avec les intervenants, nous avons mis l'accent sur l'objectif de l'intervention, leur perception de l'interprétariat dans l'intervention et sur leur vision du rôle de chacune des parties dans la discussion. L'analyse de l'interaction a permis de dégager le cadre de significations des locuteurs et d'observer leurs stratégies communicationnelles et relationnelles.

Nous avons, par la suite, organisé deux entrevues de groupe, une avec des intervenants du programme de maintien à domicile et l'autre, avec des interprètes professionnels. Notre but était alors de cerner, d'une manière plus générale, les perceptions et les représentations de ces deux types de professionnels en ce qui a trait à leur propre rôle et au type de relations qui s'établit entre les partenaires en situation d'intervention à domicile nécessitant un interprète.

Les intervenants et les interprètes ont beaucoup parlé de l'interprétariat dans leur pratique. En plus des entrevues, deux groupes de discussion ont été menés, l'un avec des intervenants du programme de maintien à domicile, en CLSC (CSSS), et l'autre avec des interprètes professionnels. Ce qui nous a permis de mettre en perspective et de valider la perception des personnes interviewées et celle d'autres intervenants.

Ce va-et-vient entre la situation concrète d'intervention et les perceptions nous a permis de mieux comprendre la situation d'intervention en présence d'une tierce personne et de mettre en lumière certains éléments. Nous en verrons ici quelques-uns, relatifs aux représentations des intervenants.

Particularités de l'intervention à domicile

Nous avons voulu voir si le territoire de l'intervention a une incidence sur la communication et l'interprétariat. Car intervenir à domicile, c'est intervenir selon des règles ou des normes autres que celles du cabinet ou du CLSC, qui sont les normes du client, non de l'intervenant. Le contexte de l'intervention à domicile est très variable : il n'y a pas de contexte fixe, comme celui du cabinet, par exemple. Les interlocuteurs de la communication en triade doivent donc se modeler au contexte de l'intervention, ce qui ne veut pas dire qu'ils ne peuvent pas agir sur ce contexte pour favoriser la communication, au contraire. Pour les intervenants et les interprètes, en entrevue post-intervention et en entrevue de groupe, le territoire instaure aussi un cadre plus familier, de proximité, qui appelle l'établissement d'une relation.

Au domicile, l'intervenant a par ailleurs accès au milieu de vie du client, à son territoire. Dans ce contexte, par exemple, l'établissement d'un lien social est important — quelle que soit la culture. Le client «accueille» l'intervenant dans son «royaume», pour reprendre le terme utilisé par une intervenante pour caractériser l'intervention à domicile. Offrir un verre de jus

ou un café, par exemple, est une de ces règles qui contribue à établir — ou à maintenir — ce lien. L'intervention à domicile est, de plus, axée sur la famille, c'est-à-dire que la présence d'aidants naturels pendant l'intervention fait partie de la réalité de la pratique.

L'intervenant, à domicile, est tributaire du contexte physique de l'intervention et des bruits: l'intervention peut en effet avoir lieu dans le salon ou la cuisine; le téléphone peut sonner; la télé être ouverte. D'autres personnes que le client et l'aidant peuvent être présentes. Par exemple, l'intervention avec la cliente d'origine sri-lankaise de notre terrain s'est déroulée au salon. Outre la cliente, l'interprète et l'intervenante, étaient présentes la fille de la cliente et ses huit enfants. On est loin de la triade intervenant-interprète-client. L'intervenant doit se mouler à ce contexte et adapter son intervention. Comment les intervenants perçoivent-ils cette situation? Quelles en sont leurs représentations?

2. Les intervenants et leurs représentations de la situation d'intervention à domicile avec interprète

Dans nos entrevues post-observation et dans l'entrevue de groupe, les intervenants insistent sur les caractéristiques de l'intervention à domicile en affirmant qu'elle possède un caractère bien particulier comparativement au travail en milieu institutionnel. Ils soutiennent que la place attribuée à la famille ainsi que l'importance accordée aux dimensions humaines, sociales et psychologiques sont des caractéristiques tributaires des soins à domicile. Écouter, rassurer et établir une relation de confiance deviennent souvent des conditions fondamentales de la pratique à domicile au point où ces dimensions ont parfois tendance à prédominer sur les soins physiques. L'accent sur la relation leur fait préférer l'interprète naturel ou informel.

La présence d'aidants naturels est considérée comme une des caractéristiques fondamentales des soins à domicile, car leur intervention est centrée sur la famille. Cette présence des aidants favorise, de plus, grandement le travail des intervenants, puisque ceux-ci considèrent qu'ils sont une source précieuse de renseignements concernant l'utilisateur. Ils s'entendent d'ailleurs tous pour dire que les aidants naturels sont en majorité leur source principale d'information. Leur présence vient cependant modifier la dynamique de la rencontre et complexifier l'intervention, puisque, dans ces cas, les intervenants ont pour tâches additionnelles d'informer les aidants naturels sur la condition du patient, de les rassurer et de les aider à trouver les ressources dont ils ont besoin.

Les intervenants à domicile mentionnent que la clientèle complètement allophone est plutôt rare dans leur pratique. Lorsque des cas se présentent, soit ils réussissent à se débrouiller par signes avec l'utilisateur, soit ils font appel aux services d'un interprète informel ou d'un interprète professionnel.

Les intervenants affirment que, dans la plupart des cas, ils sont en mesure de communiquer par quelques mots ou par des gestes avec les usagers qui ne peuvent s'exprimer en anglais ou en français (ou toute autre langue parlée par l'intervenant). C'est pourquoi ils mentionnent que l'impression, le ressenti, les expressions des usagers, le toucher et la compréhension par les signes deviennent très importants puisqu'ils leur permettent de développer une compréhension minimale avec les usagers.

Certaines interventions nécessitent cependant absolument la présence d'une personne qui assure la traduction. Que ce soit pour une première rencontre, un questionnaire à remplir, une évaluation de l'état de santé, un cas de détresse psychologique ou un besoin d'information, l'intervenant n'a d'autre choix que de recourir à une tierce personne lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité d'obtenir l'information désirée directement de l'utilisateur.

Les intervenants mentionnent toutefois qu'en situation d'allophonie de l'utilisateur, il est presque de mise de compter sur la présence d'un aidant naturel qui assurera la traduction, et ce, sans que la demande soit faite par les intervenants. Il arrive cependant que l'intervenant se présente au domicile de l'utilisateur et qu'il se trouve dans l'impossibilité de communiquer avec lui en raison de la barrière linguistique et de l'absence d'un interprète. L'intervenant devra alors trouver lui-même une solution. C'est pourquoi la règle, en maintien à domicile, comme le dit l'un d'entre eux, c'est la débrouillardise : c'est à l'intervenant de trouver, dans la famille, très souvent, une personne qui jouera le rôle d'interprète.

Dans le programme de Maintien à domicile d'où proviennent les intervenants que nous avons observés, on recourt plus souvent à des membres de la famille qu'à des interprètes professionnels (si l'on compare à l'utilisation habituelle des interprètes professionnels dans les services courants du CLSC, par exemple). Préférant utiliser les aidants naturels, les intervenants à domicile vont développer diverses stratégies pour faire appel à leur service plutôt que de demander l'aide d'un interprète professionnel. Ils vont, par exemple, téléphoner aux enfants à leur travail ou demander aux usagers si une amie ou un voisin peut venir faire la traduction.

L'interprète informel, un allié essentiel; l'interprète professionnel, en dernier recours

Les intervenants à domicile nous ont fait part des raisons pour lesquelles ils font appel aux aidants naturels, c'est-à-dire des membres de la famille, des amis ou des voisins, plutôt qu'à des interprètes professionnels.

L'aidant naturel se révèle un *allié essentiel* de l'intervenant en soins à domicile: sa présence ou du moins sa participation à l'intervention fait partie intégrante de la philosophie des soins à domicile. En raison des multiples fonctions que les intervenants lui attribuent, on comprend les motifs pour lesquels ils préfèrent que cet aidant soit celui qui assure la traduction. Cette fonction d'interprète est d'ailleurs vue comme un complément aux autres rôles de l'aidant et n'est pas considérée par les intervenants comme sa fonction principale.

Les intervenants reconnaissent toutefois que les aidants naturels ont des limites lorsqu'ils font office de traducteurs. Sans parler de «désavantages», ils reconnaissent, entre autres, que la valeur de la traduction est en fonction du degré de contrôle de la langue véhiculaire chez l'aidant, ce qui rend parfois la qualité de la transmission du message incertaine. Les intervenants sont impuissants devant ce fait, puisque, faute de comprendre les propos de l'utilisateur et de l'aidant, ils ne peuvent s'assurer de la validité de la traduction ou de la façon dont les informations ont été transmises et rapportées. Les intervenants reconnaissent aussi qu'une interprétation faite par un membre de la famille laisse souvent peu de place à l'utilisateur.

La reconnaissance de ces désavantages possibles n'empêchera toutefois pas les intervenants d'avouer que l'utilisation d'interprètes professionnels se présente comme une situation de *dernier recours* en soins à domicile.

Plusieurs intervenants affirment en effet ne jamais avoir fait appel à ces services ou confirment que leur utilisation se fait en de rares occasions. Voici les motifs qu'ils évoquent:

- la problématique d'intervention ne nécessite pas l'utilisation d'un interprète professionnel;
- un membre de la famille peut faire la même chose;
- il y a plus de chaleur quand c'est un membre de la famille;
- ils ont peur de brimer la vie privée du client;

- ils sentent une réticence de l'aidant naturel face à l'utilisation d'un interprète professionnel.

En situation d'interprétariat professionnel, les intervenants affirment que les clients ont tendance à établir un lien plus fort avec l'interprète qu'avec l'intervenant, ce qu'ils n'apprécient pas. Une certaine méfiance envers le professionnel se dégage — ils ont peur d'être jugés, ne savent pas comment intervenir avec un interprète. Certains parlent aussi des contraintes organisationnelles de leur institution (d'ordre bureaucratique ou budgétaire) qui ne favorisent pas le recours aux interprètes professionnels.

Les intervenants ont cependant mentionné que l'utilisation d'un interprète professionnel est préférable dans certaines situations, notamment lorsqu'ils doivent écarter le réseau ou lorsque l'intervention touche au domaine affectif ou cognitif. Ils reconnaissent aussi que l'interprète professionnel comporte certains avantages relatifs aux points suivants:

- celui-ci fait preuve de plus de neutralité comparativement à un membre de la famille;
- il favorise l'expression des émotions chez le client;
- sa présence assure une meilleure communication intervenant-client.

Quant aux perceptions qu'ont les intervenants des interprètes professionnels, ceux-ci sont considérés, par les intervenants interviewés, comme des instruments dont la seule fonction est d'assurer la compréhension entre l'intervenant et l'utilisateur. Les émotions ou les opinions de l'interprète professionnel n'ont, pour les intervenants, pas leur place, alors que celles-ci sont encouragées chez l'interprète informel.

Interprétariat et qualité de l'intervention: la perception des intervenants

Les intervenants reconnaissent l'existence de difficultés et de contraintes reliées à l'existence d'une barrière linguistique et à la présence d'un interprète, que celui-ci soit professionnel ou informel. Ces facteurs, selon eux, viennent modifier leur intervention à cause des raisons suivantes:

- ils se trouvent dans l'impossibilité d'avoir un accès direct aux propos de l'utilisateur;
- ils constatent la difficulté ou l'impossibilité de vérifier les informations auprès de l'utilisateur;
- ils doivent assumer une durée plus longue de l'entretien, puisqu'ils prennent plus de temps pour clarifier, s'assurer et aller chercher la réponse de l'utilisateur.

Ces contraintes ont des conséquences non négligeables sur la qualité de l'intervention ainsi que sur la façon d'interagir des intervenants. Ceux-ci nous ont en fait affirmé qu'en situation d'intervention avec interprètes ils avaient des difficultés à aborder les émotions au point d'évacuer certaines questions. Ils disent aussi ne pas avoir tendance à pousser leur entretien en profondeur en présence d'une tierce personne, ce qui les amène à abandonner la dimension psychosociale et à s'en tenir à l'objectif initial de la rencontre.

Nous pouvons poser l'hypothèse que l'intervention à domicile en présence d'un interprète diminue la qualité de l'intervention en ce qui a trait à la relation qui s'établit entre l'intervenant et l'utilisateur. Les difficultés ou les contraintes reliées à la barrière linguistique et à la présence d'un interprète, que celui-ci soit informel ou professionnel, sont, donc, pour les intervenants, des obstacles de taille qui entravent le développement de la relation intervenant-utilisateur. L'impossibilité de pouvoir communiquer clairement ou directement avec le client représente

pour eux un obstacle considérable, puisque la dimension relationnelle occupe une place fondamentale dans les soins à domicile.

Conclusion

Dans notre recherche, nous avons soulevé des pistes, qu'il reste à explorer davantage. Ainsi, intervenir en présence d'un tiers, un interprète professionnel ou naturel, ne va pas nécessairement de soi. Le fait d'intervenir à domicile ajoute à la complexité de la situation.

On peut penser que le recours à un interprète professionnel est la meilleure solution pour franchir la barrière linguistique et celle qui pose le moins de problèmes sur le plan éthique. Mais l'interprète informel, membre de la famille, joue des rôles essentiels qui ne peuvent être joués par un interprète professionnel. Il est un informateur riche, donne des renseignements utiles sur la situation, peut assurer une familiarité dans les rapports. Il est engagé: il peut faire partie du problème et de la solution. Si l'ambiguïté de ses rôles est bien clarifiée, il est une richesse pour l'intervenant.

Notre recherche souligne l'existence d'une distance linguistique, d'une barrière à franchir, entre le client et l'intervenant. Mais il y a aussi une distance professionnelle entre l'intervenant et l'interprète. Nous avons senti un besoin de rencontre ou d'interaction entre les professionnels de la santé et des services sociaux et les professionnels de l'interprétariat. Certains commentaires des intervenants et des interprètes, en entrevue post-intervention ou en entrevue de groupe, traduisent en effet une méconnaissance des uns et des autres et témoignent d'un besoin de formation à la situation d'intervention avec interprète.

Par ailleurs, notre recherche a posé des défis éthiques aux chercheurs que nous sommes. Ainsi, avons dû, pour avoir accès à l'intervention à domicile, construire une relation, bâtir une confiance d'abord avec les intervenants qui nous donnaient accès à leur intervention et acceptaient d'être accompagnés et observés. Nous devons en outre trouver le moyen de nous intégrer sans perturber l'intervention. Cette démarche terrain ne peut se faire sans cette confiance, cette ouverture préalable. La collaboration des intervenants à notre recherche s'est donc montrée essentielle. Ainsi, pour faciliter le contact avec les clients, ce sont les intervenants qui ont contacté la personne, l'informaient de la recherche et obtenaient son consentement lors d'une rencontre précédant l'intervention observée.

La mise sur pied du terrain a été une étape longue. En effet, ce n'est pas toutes les situations d'intervention qui peuvent se prêter facilement à l'observation; une intervention d'une ergothérapeute dont l'objectif est de vérifier le confort de la dame au sortir du lit et ses besoins d'assistance est, sur le plan éthique, plus ouverte à l'observation qu'une intervention d'un travailleur social dont l'objet est le placement de la cliente! Par ailleurs, il a fallu aussi obtenir le consentement des personnes visitées par les intervenants; elles devaient en effet nous accueillir chez elles. Il nous a donc fallu prévoir, comme ces personnes ne parlaient ni français ni anglais, des lettres d'information sur la recherche en plusieurs langues. Car il était important, pour nous, que les gens aient accès à l'information sur la recherche dans leur langue maternelle.

Bibliographie

Conseil des aînés (2001), *La réalité des aînés québécois*, Québec, Les Publications du Québec.

Corsellis, A. (2000), «Turning Good Intentions into Good Practice. Enabling the Public System to Fulfill their Responsibilities», in Roda P. Roberts, Silvana E. Carr, D. Abraham et A. Dufour (sous la direction de), *The Critical Link 2 : Interpreters in the Community : Selected Papers from the Second International Conference on Interpreting in Legal, Health and Social Services Settings*, Vancouver, 19-23 mai 1999. Amsterdam et Philadelphie, John Benjamins : 89-102.

Guberman, N. et Maheu, P. (1997), *Les Soins aux personnes âgées dans les familles d'origine italienne et haïtienne*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage.

McAll, C., Montgomery, C., Tremblay, L. et Teixeira C. (1998), *La Conquête de l'espace : langues et territoires dans l'industrie aérospatiale montréalaise*, Rapport de recherche, département de sociologie, Université de Montréal.

McAll, C., Tremblay, L. et Le Goff F. (1997), *Proximité et distance. Les défis de la communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*, Montréal, Éditions Saint-Martin.

Rechtman, R. (1997), «Transcultural psychotherapy with Cambodian Refugees in Paris », *Transcultural Psychiatry*, vol. 34, n. 3, 359-375.

Rhéaume, J., Sévigny, R. et Tremblay L. (2000), *La Sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique*. Rapport de recherche présenté au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. Série de publications du Centre de recherche et de formation, n. 6, CLSC Côte-des-Neiges, 170 p.

Richard, C. et Lussier M.-T. (sous la direction de) (2005), *La Communication professionnelle en santé*. Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique, 840 p.

Rosenberg, E. (2005), «*Les Patients accompagnés*», in Richard, C. et M.-T. Lussier (sous la direction de), *La Communication professionnelle en santé*, Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique, 503-528.

Samaoli, O., Linblad, P., Amstrup, K., Patel, N., et Mirza, N. R. (2000), *Vieillesse, démence et immigration. Pour une prise en charge des personnes âgées migrantes en France, au Danemark et au Royaume-Uni*, Paris, L'Harmattan.

St-Arnaud, Yves (1995). *L'interaction professionnelle. Efficacité et coopération*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 223 p.

Tremblay, L., Brouillet, M.-I., Rhéaume, J. et M.-E. Laquerre (2005), *La Communication avec interprète dans l'intervention à domicile*. Rapport de recherche, Montréal, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges, 90 p.

Vissandjée, B., Ntetu, A. L., Courville, F., Breton, E. R. et M. Bourdeau (1998). «*L'interprète en milieu clinique interculturel* », *L'Infirmière canadienne*, vol. 94, n. 5, 36-42.

NOTES DE TERRAIN

L'après-tsunami : une expérience internationale d'intervention psychosociale

Brigitte Larose, travailleuse sociale, CSSS de la Montagne

Depuis mon expérience à titre de travailleuse sociale auprès des personnes revendiquant le statut de réfugié, je rêvais d'aller aider ces gens dans leur milieu de vie, dans leur pays d'origine. Profitant de la fin prévisible de mon contrat de travail au CLSC Côte-des-Neiges, j'ai décidé de tenter ma chance et de soumettre ma candidature au sein de l'organisation Médecins sans frontières (MSF). Des amies infirmières parties auparavant en mission m'avaient expliqué que cette organisation recherche parfois des travailleurs sociaux pour certains projets en santé mentale. J'ai donc entamé le processus de sélection qui comprend plusieurs étapes, soit assister à une soirée d'information, répondre à un questionnaire préentrevue, soumettre son curriculum vitae accompagné d'une lettre de motivation et, enfin, participer à l'entrevue de sélection d'une durée d'environ 3 heures! Ensuite, mon dossier a été dirigé vers le service des placements. À partir de ce moment-là, je devais être disponible pour partir rapidement en mission sans savoir au préalable à quel endroit je serais affectée. Tout ce que je savais était que MSF est présent dans plus de 80 pays et que les missions proposées dépendent des ouvertures sur le terrain. C'était une période d'attente très exaltante et en même temps très stressante : à la fébrilité du départ (ma place était réservée pour une semaine de formation «prédépart» en humanitaire), s'ajoutait le sentiment d'être disponible pour l'inconnu!

Fin décembre, la tragédie du tsunami ayant affecté plusieurs régions d'Asie du Sud et du Sud-Est, a précipité mon départ. Ainsi, j'ai été appelée à la fin de janvier 2005 pour intervenir au sein d'un projet d'urgence en santé mentale auprès des victimes du Tsunami au Sri Lanka avec MSF Suisse. Je devais partir d'urgence deux semaines plus tard, car les gens sur le terrain avaient besoin de moi sur-le-champ, par conséquent, je n'ai pas pu assister à la formation «prédépart». J'ai terminé mon contrat au CLSC le 4 février et je me suis envolée pour la Suisse pour mon mini-debriefing de 3 jours avec MSF le 5 février. Je suis arrivée au Sri Lanka le 9 février, soit 1 mois et demi après le tsunami, pour une mission qui a duré environ 3 mois. Au mois de mai, j'ai été transférée en Indonésie afin d'intervenir au sein d'un projet similaire en santé mentale auprès des victimes du tsunami.

Dans la première partie de cet article, j'essaierai de restituer mes notes de terrain de cette expérience humanitaire. Dans la deuxième partie, je vous expliquerai mon intervention psychosociale après une catastrophe naturelle. Dans la troisième partie, je tenterai une réflexion comparative entre l'intervention psychosociale en CLSC et l'intervention psychosociale sur le plan international.

Introduction

Le tsunami du 26 décembre 2004 a fait plus de 225 000 morts en quelques heures en Asie du Sud et du Sud-Est. Cette crise humanitaire soudaine a soulevé plusieurs enjeux. L'état d'urgence a créé une couverture médiatique gigantesque provoquant une immense

générosité provenant de la communauté internationale. Il y a eu un processus d'identification mondiale et, conséquemment, la présence de plusieurs organisations humanitaires.



Le contexte d'intervention

L'intervention a eu lieu dans un contexte géopolitique de tension et de guerres civiles. Au Sri Lanka, un conflit interethnique opposant la majorité cingalaise à la minorité tamoule, dure depuis plus de 20 ans. Dans le cas de l'Indonésie, et plus précisément dans la province d'Aceh sur l'île de Sumatra, le conflit oppose les rebelles du Mouvement Aceh libre (GAM) au gouvernement depuis plus de 30 ans¹. Au Sri Lanka, mon projet était situé dans le sud du pays où il n'y avait pas de problèmes de guerre. En Indonésie, il était situé sur une île où il n'y avait pas de rebelles, contrairement au reste du pays où il y avait des mesures de sécurité à respecter.

Les projets d'interventions auxquels j'ai participé ont été déterminés en fonction des besoins propres à chaque pays. Par exemple, au Sri Lanka, notre équipe avait le mandat de construire des abris semi-permanents et d'offrir de l'aide psychosociale aux familles déplacées. Par conséquent, je travaillais dans la zone des terrains de reconstruction en collaboration avec le logisticien de l'équipe. C'est un peu comme si je travaillais à domicile dans un village avec un professionnel de la construction. Les rôles de chacun étaient bien délimités et définis. Ce travail d'équipe a favorisé la création d'un lien de confiance avec la communauté.

Sur l'île de Simeulue, en Indonésie, le travail de MSF comprenait plusieurs projets incluant un projet de prévention épidémiologique, un projet en santé mentale auprès des familles déplacées (dans lequel j'étais engagée), la construction de centres de santé temporaires ainsi qu'un projet de purification de l'eau. Contrairement à mon expérience au Sri Lanka, les projets étant dans différentes zones. Je suis intervenue la plupart du temps seule dans le village. Le projet psychosocial fut plus lent à débiter et à prendre forme en partie en raison de la difficulté à travailler en équipe.

En général, les équipes de MSF sont interdisciplinaires et intersectorielles. Par exemple, en Indonésie, notre équipe était composée d'un logisticien, d'un administrateur et de personnel

¹. Un accord de paix, sous forme de protocole d'accord entre le gouvernement indonésien et le Mouvement pour l'Aceh libre (GAM) a été signé en date du 15 août 2005.

médical et psychosocial. En plus, nous étions secondés par des employés locaux. Plus particulièrement au Sri Lanka, je me souviens avoir eu à défendre les besoins psychosociaux lors d'une discussion enflammée avec le logisticien et l'administrateur au sujet des orientations du projet en santé mentale. Je devais affirmer mes opinions professionnelles tout en étant ouverte aux autres suggestions provenant de personnes qui ne travaillent pas directement dans le domaine psychosocial.

Nous travaillions également en interdisciplinarité avec les organismes non gouvernementaux (ONG) et les ONG internationaux (ONGI). Ainsi, au Sri Lanka, notre équipe ne comptant pas d'infirmière ou de médecin en raison de l'absence de besoin à ce niveau, nous devions collaborer étroitement avec le système médical local. J'ai dû expliquer à plusieurs reprises la raison pour laquelle il n'y avait pas de médecin dans notre équipe de Médecins sans frontières. Il y avait même une blague qui circulait prétendant que j'étais le « médecin social » de l'équipe! Par ailleurs, nous avons un partenariat avec Clown sans frontières qui est venu faire des spectacles au sein de la communauté des personnes déplacées. Au Sri Lanka, même les moines sont venus assister au spectacle !

L'intervention psychosociale en urgence humanitaire

En quoi consistait vraiment le travail social auprès des personnes déplacées ? L'objectif principal était d'aider les gens à reconstruire leur vie. Pour ce faire, nous accompagnions les personnes ayant des problèmes de santé mentale, ainsi que l'ensemble de leur communauté, en stimulant leurs mécanismes de survie. Nous aidions les gens à surmonter cet événement traumatique ainsi que les dommages physiques et les problèmes d'adaptation liés aux conditions de vie précaire. De plus, nous avons mis en place un système de référence médicale pour les personnes ayant un besoin d'aide individuelle. Il est important de mentionner qu'avant mon arrivée une psychologue de MSF est venue sur les lieux de la catastrophe et a soumis une proposition de projet. Mon travail consistait à mettre en place ce qu'elle suggérait et à l'adapter au fur et à mesure que les besoins du milieu changeaient. Cette psychologue me supervisait par téléphone toutes les semaines; elle était une ressource et un soutien importants même si la communication téléphonique n'était pas toujours très bonne.

Au Sri Lanka et en Indonésie, MSF préconisait l'approche communautaire. Les chefs ou lesdits « leaders » de la communauté étaient sollicités car le lien de confiance établi avec eux était essentiel à l'intervention psychosociale. De plus, en tant que représentants du village et détenteurs d'une autorité morale et symbolique, le travail ne pouvait être possible sans leur participation ou leur accord. Je les ai rencontrés à plusieurs reprises afin de leur expliquer le projet et de connaître leurs besoins et attentes. Le travail psychosocial en pays étranger nous a permis de développer un lien privilégié avec les gens de la communauté, ce qui est plus difficile à obtenir lors de voyages en tourisme.



La majorité des interventions s'effectuait en groupe auprès des femmes et des enfants. Les hommes étaient plus difficiles à rejoindre en raison de leur manque de disponibilité car ils avaient repris leur travail (pêcheurs ou agriculteurs). Nous avons effectué des interventions auprès des enfants en utilisant des médiums tels que la photographie et le dessin afin de faciliter l'expression d'émotions reliées au traumatisme vécu et au deuil. Ce travail a donné lieu à une exposition de photographies qui eut un immense succès auprès de la communauté. Les enfants étaient fiers de leurs créations. Ce fut très révélateur de voir les résultats : une fleur qui grandit à travers les débris de maison, des portraits de membres de la famille, une pierre tombale, un abri semi-permanent construit par MSF, etc. Ces images furent importantes pour eux car elles leur ont permis d'exprimer ce qui leur était significatif après le tsunami.

De plus, nous avons effectué des groupes d'entraide et de soutien auprès des femmes de la communauté ainsi que des groupes d'éducation au sujet du Tsunami et des tremblements de terre. En Indonésie, à la suite du tremblement de terre du 28 mars 2005, l'île de Simeulue s'est élevée d'environ un mètre. À certains endroits sur la plage, il y avait des champs de coraux morts car la mer s'était éloignée en raison du changement de dénivellation. Lors de l'intervention de groupe, certaines personnes nous ont confiés avoir peur que le tsunami revienne sans avertir. Ils croyaient que la mer allait revenir à son point initial. Ils n'étaient pas au courant de la transformation de leur île depuis le tremblement de terre. Le travail consistait, entre autres, à éduquer la population et à leur fournir l'aide psychosocial nécessaire leur permettant de comprendre davantage leur situation.

La formation du personnel local est également un aspect important de l'aide humanitaire. J'ai eu à former des responsables de camps de personnes déplacées afin qu'ils soient outillés dans leur nouveau rôle. Ces personnes étaient des victimes du tsunami qui avaient perdu plusieurs membres de leurs familles. L'approche locale mise de l'avant consistait à outiller ces gens afin qu'ils développent un sentiment d'utilité et de compétence auprès de leur communauté, ce qui les aidait dans leur deuil respectif. Selon plusieurs participants, cette façon de faire les aidait à se sortir de leur identité de victime et à se sentir plus actifs dans leur communauté.



Notons qu'un aspect important est de tenir compte des expertises locales afin d'inventorier adéquatement les besoins et de développer des pratiques d'interventions adaptées aux réalités locales. Cette valorisation des savoirs locaux vise également à équilibrer le rapport de pouvoir entre le Blanc-intervenant-expert et la personne locale-de couleur-victime. Par exemple, à plusieurs reprises, les locaux m'ont perçue comme un expert malgré leur capacité élevée à trouver des solutions appropriées à leurs problèmes. Le fait de travailler au sein d'une organisation humanitaire nous positionne parfois en situation d'autorité. Il appartient donc à chacun de redonner le pouvoir aux gens locaux tout en prenant soin de leur fournir les connaissances dont ils ont besoin.

Réflexion

Cette expérience de travail au sein d'une culture différente m'a permis de réfléchir à ma pratique d'intervention auprès de personnes immigrantes en CLSC et de l'adapter au besoin. Je me souviens d'une intervention avec un couple qui avait perdu ses deux enfants lors du tsunami. Leur ayant demandé un endroit plus confidentiel pour intervenir, nous nous sommes installés sous leur tente. En peu de temps, les voisins sont venus nous rejoindre pour nous écouter. Je me suis sentie irritée par ce comportement qui pour moi était une intrusion tandis qu'eux agissaient simplement selon leurs codes sociaux. J'ai découvert que leur concept de vie privée était bel et bien différent. Aujourd'hui, dans notre réseau de santé et de services sociaux, je réalise qu'il est important d'intervenir en respectant les codes sociaux tout en prenant soin d'expliquer les raisons sous-jacentes au concept de confidentialité.

Revenue au Québec, j'ai pu dégager plusieurs forces de l'intervention psychosociale humanitaire sur le plan international. L'autonomie dans le travail nous apporte de grandes possibilités de créativité. Le manque de moyen nous oblige souvent à faire preuve d'imagination dans nos interventions. En raison des défis inattendus, les apprentissages sont multiples. La participation active de l'interprète dans l'intervention est aussi une force importante. Durant mes deux missions MSF, l'interprète m'informait des codes sociaux à respecter, des expressions et me traduisait aussi les émotions que je n'avais pu percevoir. Je crois qu'à l'étranger comme au Québec, la collaboration avec l'interprète est essentielle, car ce dernier est une source d'informations pertinentes relatives à la culture du client. En dernier lieu, l'approche communautaire de groupe a permis d'offrir de l'aide aux gens, de créer des liens plus forts au sein de la communauté ainsi que de permettre un partage d'expériences mutuelles.

Les défis vécus lors de mon intervention en contexte humanitaire ont été le manque de supervision clinique, la difficulté d'intervenir individuellement et en privé, la continue

promiscuité avec l'équipe de travail et l'incontournable importance de prendre le temps de comprendre le contexte social et culturel du pays avant d'y appliquer les méthodes d'interventions occidentales.

J'aimerais maintenant vous parler de ma réalité quotidienne à titre de travailleuse sociale au Service d'aide aux réfugiés du Montréal métropolitain (SARIMM) au sein du CLSC Côte-des-Neiges et terminer sur un parallèle avec mon expérience d'intervention avec MSF. Au SARIMM, nous intervenons auprès des personnes revendiquant le statut de réfugiés ainsi qu'avec les immigrants au statut précaire. Nous accompagnons ces gens qui ont vécu une situation extrême ou de stress post-traumatique lors d'une immigration non volontaire. Nous favorisons leur intégration et leur adaptation à leur nouvelle société d'accueil, leur filet social et leur réseau d'aide étant à reconstruire. Le suivi psychosocial vise également à assister ces gens qui vivent des pertes liées à la migration ainsi qu'au choc culturel qu'ils expérimentent à différents niveaux. Notons que le travail s'effectue principalement de manière individuelle.

Quant à mon expérience d'intervention avec Médecins sans frontières, elle s'est effectuée auprès de personnes ayant été déplacées de leur milieu de vie en raison d'une catastrophe naturelle. Notre intervention visait également l'accompagnement des gens ayant vécu une situation extrême ou de stress post-traumatique, mais cette fois-ci lors d'une relocalisation non volontaire à l'intérieur de leur pays. Les victimes ayant perdu plusieurs membres de leurs familles n'avaient pas, en plus, à s'adapter à un nouveau pays, une nouvelle culture. Cette expérience m'a permis de réaliser que c'était l'intervenant, dans cette situation, qui devait s'intégrer et s'adapter à la société. C'est lui qui vivait le choc culturel et qui devait se tisser un réseau social, apprendre les codes sociaux du pays afin de parvenir à vivre et à travailler au quotidien.

Conclusion

Mon intervention psychosociale au Sri Lanka et en Indonésie, la complicité avec les gens de ces deux pays et le fruit de mes réflexions sur mes apprentissages et mes nouvelles forces ont enrichi mon travail d'intervenante au sein du SARIMM.

J'aimerais terminer en soulignant que cette expérience m'a enrichie professionnellement et personnellement et m'a permis de prendre conscience des conditions de vie difficiles de certaines populations. Le choc culturel que j'ai vécu m'a fait réfléchir sur mes valeurs et mes priorités et a augmenté ma sensibilité aux cultures différentes. Travailler à l'étranger nous permet de comprendre davantage ce que nos clients vivent ici au quotidien durant les premières années de leur migration. Je souhaite de tout cœur une expérience semblable à tout intervenant qui a envie de se dépasser et de découvrir des forces qui lui étaient jusqu'alors inconnues.

Citoyenneté dans l'action communautaire. Une étude de cas: Multicaf

Jacques Rhéaume, Roger Côté et Alain Landry

Cet article présente les résultats d'une étude visant à faire un bilan critique d'un organisme communautaire (une association sans but lucratif) montréalais œuvrant en milieu défavorisé à offrir des services d'aide alimentaire à une population vivant dans la grande pauvreté. Cette recherche utilisait le récit de vie collectif comme approche principale. Cette recherche évaluative s'est appuyée sur un cadre d'analyse fondé sur la notion « d'empowerment ». Le développement d'une conscience critique qui prend en compte les différences culturelles met particulièrement en cause, dans le processus d'empowerment, le travail de la mémoire.

Citizenship in Community Action. A Case Study: Multicaf

Jacques Rhéaume, Roger Côté et Alain Landry

This article presents the research results of a study whose objective is to produce a critical assessment of a Montreal community group (a non-profit organisation) situated in a disadvantaged neighbourhood providing food bank services to a population living in great poverty. The principle approach used in this study centers on the collective life narrative. The notion of "empowerment" provides the basis for the analytical framework of this evaluative research. The development of a critical conscience which takes into account cultural differences can specifically call into question the process of memory in the course of empowerment.

Citoyenneté et soins de santé aux immigrants : les infirmières jouent-elles un rôle dans la construction de la citoyenneté des immigrants au Québec?

Marguerite Cognet, Aline Bourgon, Lorraine Bouvier, Lucille Dufour,
en collaboration avec les CII des CLSC Côte-des-Neiges et Parc-Extension

Les infirmières en santé primaire, comme d'autres intervenants de la santé et du travail social, sont sur la ligne de front dans l'accueil des immigrants. Par leurs actions d'éducation à la santé auprès d'eux, elles contribuent à diffuser des modèles relatifs à la façon de prendre soin de soi et de ses proches. Ces modèles sont porteurs de normes et de valeurs propres aux sociétés canadienne et québécoise. Comme d'autres professionnels de la santé et du travail social, les infirmières participent, *nolens, volens* à la «abrication» des nouveaux citoyens que doivent devenir tous les nouveaux arrivants. Comment cette question de la citoyenneté intervient-elle dans les pratiques infirmières ? Quels en sont les enjeux au cours d'une relation de soin ? Quelles sont les représentations des infirmières quant à leur rôle dans l'intégration des immigrants au Québec ? L'article livre la réflexion d'un groupe d'infirmier autour de ces questions et élabore une analyse de leurs représentations.

Citizenship and Healthcare for Immigrants: Do Nurses Play a Role in the Construction of a Citizenship Identity Among Quebec Immigrants?

Marguerite Cognet, Aline Bourgon, Lorraine Bouvier, Lucille Dufour,
in collaboration with the CII of CLSC Côte-des-Neiges and Parc Extension

Primary care nurses, like other frontline health and psychosocial professionals, are the first to welcome immigrants. Nurses contribute in transmitting models regarding the ways in taking care of oneself and one's family through health education actions toward immigrants. Such models are bearers of norms and values proper to Quebec and Canadian societies. Like other health and psychosocial professionals nurses participate whether they like it or not in the "fabrication" of new citizens, an identity which all newcomers must one day assume. How does the question of citizenship intervene in nursing practice? What issues emerge as the healthcare relation unfolds? What representations do nurses hold in relation to their role in integrating immigrants in Quebec? This article delivers the reflections of a group of nurses with regard to these questions and elaborates an analysis of their representations.

Représentations de la relation à l'autre dans l'intervention interculturelle : quand la différence passe par le tiers

Louise Tremblay, Michèle-Isis Brouillet, Jacques Rhéaume et Marie-Emmanuelle Laquerre

L'interprétariat modifie 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. L'interprète, passerelle entre les individus et les cultures, permet à la communication de s'établir, de se maintenir et apporte les ajustements nécessaires pour maximiser la compréhension des interlocuteurs. Dans une recherche sur la communication et l'interprétariat dans l'intervention médicale et psychosociale de première ligne, nous avons tenté, entre autres, de distinguer les perceptions des acteurs de l'intervention interculturelle à la suite d'une intervention en présence d'un interprète. Cet article restitue ces analyses.

Representations of the Relation with the Other in a Intercultural Intervention: When Differences are Transmitted by the Third Party

Louise Tremblay, Michèle-Isis Brouillet, Jacques Rhéaume et Marie-Emmanuelle Laquerre.

Interpretation modifies the practice of practitioners in a pluriethnic context since it calls into question certain aspects of the professional relationship established between the practitioner and the client. The interpreter, the bridge between individuals and cultures, allows for communication to be established, maintained and adjusted when necessary in order to maximise comprehension. Within the context of a research study on communication and interpretation in front line medical and psychosocial intervention, we sought to identify, among other factors, the perceptions of different actors involved in an intercultural intervention following an intercession where an interpreter was present. This article presents this analysis.

L'après-tsunami : une expérience internationale d'intervention psychosociale

Brigitte Larose

Cet article publié en notes de terrain rend compte d'une expérience psychosociale dans le contexte de l'assistance humanitaire internationale apportée aux victimes du tsunami. La description de l'intervention ouvre sur une réflexion en deux temps : 1) la spécificité du travail social auprès de victimes d'une catastrophe naturelle; 2) la réflexivité d'une expérience d'intervention psychosociale dans le contexte de l'assistance humanitaire internationale sur le travail quotidien auprès de populations immigrantes et possiblement réfugiées, dirigées vers les services sociaux dans le contexte québécois.

The After-Tsunami : An International Experience in Psychosocial Intervention

Brigitte Larose

This article published in the field notes section describes a psychosocial experience in the context of international humanitarian aid given to Tsunami victims. The description of the intervention induces a reflection on two levels: 1) the specificity of social work in relation to victims of a natural catastrophe; 2) a self-reflection with regard to the pertinence a psychosocial intervention experience within the context of international humanitarian aid on the day to day work among immigrant, and possibly refugee, populations referred to Quebec social services.

Recommandations aux auteurs

Les articles soumis pour publication dans les *Cahiers de METISS* sont évalués par un comité de lecture (le responsable du numéro et un lecteur externe). Les manuscrits ne doivent pas avoir déjà été publiés et ne doivent pas être présentés parallèlement à une autre revue. En revanche, la rédaction des *Cahiers de METISS*, ne contraint pas à l'exclusivité des analyses et des données publiées qui pourront, en autant que les auteurs le souhaitent, être reprises pour d'autres publications.

Les articles soumis sont à adresser à la rédaction de la revue à l'adresse suivante :

Les Cahiers de METISS
Centre de recherche et de formation
CSSS de la Montagne
5700, chemin de la Côte-des-Neiges, 5^e étage
Montréal (Québec) H3T2A8

Présentation des manuscrits

Tous les articles sont soumis sous format électronique. Ils sont écrits à interligne double, numérotés en bas de page, à droite et ne doivent pas excéder 8000 mots incluant les notes de bas de page et les références bibliographiques.

Tous les articles doivent être accompagnés d'un résumé d'un maximum de 800 mots et de 5 mots clés dans les deux langues officielles (français et anglais). Le titre doit également être traduit dans les deux langues.

Le ou les auteurs doivent indiquer leurs noms, prénoms, institutions, affiliations, courriers électroniques. Ils doivent également joindre une notice biographique de 5 lignes maximum.

Notes, références et bibliographie

Les notes sont insérées en bas de page. Les références bibliographiques sont insérées dans le corps du texte (Poutignat & Streiff-Fénart, 1995). Si la référence compte plus de 2 auteurs, elle est insérée comme suit : (Kang et al., 2003). La bibliographie est annexée à la fin de l'article au format APA, à interligne double selon les règles suivantes :

- **Livre**
Poutignat, P., et J. Streiff-Fénart (1995), *Théories de l'ethnicité*, Paris: Presses universitaires de France.
- **Article**
Castro, A., et P. Farmer (2003), «Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante», *Anthropologie et Sociétés* : 27(2), 23-40.
- **Texte dans un ouvrage collectif**
Taboada-Leonetti, I. (1997), «Stratégies identitaires et minorités: le point de vue du sociologue» dans C. Camilleri (dir.), *Stratégies identitaires* (2^e ed., p. 43-84). Paris: Presses universitaires de France.
- **Rapports de recherche et documents de travail**
Hyman, I. (2001), *Immigration et santé* (Série de documents de travail sur les politiques de santé). Ottawa: Santé Canada, Unité de communication de la recherche sur les politiques.

Les auteurs dont les articles sont retenus pour publication (en l'état ou après correction s'il y a lieu) doivent envoyer à la rédaction une copie électronique enregistrée sous format électronique Word ou RTF.

Les auteurs dont les articles ne sont pas retenus sont informés par courrier de la rédactrice en chef.

Les Cahiers METISS sont disponibles sur le site Internet du Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne et en version imprimée, à tirage limité. Les publications sont garanties par un numéro ISSN.

www.clsscote-des-neiges.qc.ca/fr/crf/EquipeMetiss.aspx

**Centre de santé et de services sociaux
de la Montagne**



CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION

5700, ch. de la Côte-des-Neiges
5^e étage
Montréal, Québec
H3T 2A8

Tél. : 514 731-8531, poste 2340
crf_clsccdn@ssss.gouv.qc.ca



CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE
AFFILIÉ À L'UNIVERSITÉ MCGILL