

L'approche interculturelle, une nécessité actuelle

1re partie : Regard sur la situation des immigrants au Québec et sur leurs difficultés

Margot Phaneuf, inf., Ph.D.
Mars 2009, révision février 2013

« L'étranger n'est jamais simplement écartelé entre ici et ailleurs, maintenant et avant. Ceux qui se croient ainsi crucifiés oublient que rien ne les fixe plus là-bas et que rien ne les rive encore ici. Toujours ailleurs, l'étranger n'est nulle part ».

Julia Kristeva, *Étrangers à nous-mêmes*, Gallimard, Paris, 1988 : 21

Introduction

La culture est un ensemble de structures sociales et de manifestations intellectuelles, artistiques, religieuses incluant une langue commune, des valeurs, des traditions et des habitudes de vie qui définissent une civilisation, une société par rapport à une autre.

En raison de sa lourdeur informatique, ce document est présenté en trois parties. La première offre des informations générales concernant l'interculturalisme, les soins ouverts à cette réalité et les exigences qu'ils posent à l'infirmière. On y trouve également quelques connaissances sur le processus migratoire et les divers modes d'adaptation possibles pour les immigrants ainsi que des renseignements utiles pour connaître cette clientèle, ce qui est une condition importante dans une approche interculturelle. Cette partie apporte ainsi un éclairage réaliste sur l'état de santé des nouveaux venus, leur provenance, leur degré de scolarisation, l'âge des principales cohortes nouvellement arrivées, etc. Image¹

L'immigration, un phénomène avec lequel il nous faut composer

Avec les changements démographiques dans notre province et avec la mondialisation qui étend partout ses impératifs, les soins infirmiers doivent s'ouvrir à une réalité qui, bien qu'elle ne soit pas entièrement nouvelle, se fait de plus en plus pressante. Nos milieux de soins, particulièrement ceux des grandes villes, sont devenus des mosaïques culturelles avec les défis que cela suppose pour le personnel soignant. Comme l'écrit l'anthropologue Mikhaël Elbaz, la migration des peuples est un phénomène intimement lié à la destinée humaine. « Elle a constamment modifié la composition des peuples »² comme elle modifie en ce moment la dynamique de nos services pour nous inciter à une approche d'accueil plus ouverte. En effet, que ce soit au niveau de la clientèle ou du



¹.Julie Lee. *Escape to Freedom: The Journey of Hanah Lining*. École secondaire St. Aloysius, Gonzaga, Mississauga, (Ontario) Dans le Rapport annuel sur l'application de la Loi sur le multiculturalisme canadien 2006–2007. Partie 1 : Le Programme du multiculturalisme.

². Mikhaël Elbaz. *La migration, constante de civilisation*. Conférence : <http://www.cerium.ca/La-migration-constante-de>

personnel des établissements de santé, la couleur de la peau, les accents linguistiques et les éléments culturels sont multiples et variés avec tout ce que cela peut supposer de richesses, mais aussi de problèmes auxquels le monde de la santé doit faire face.

Multiculturalisme ou interculturalisme

Mais d'abord, se pose la question à savoir quel terme il nous faut privilégier : serait-ce multiculturalisme ou interculturalisme? Charles-Antoine Sévigny dans le devoir du 9 mai 2008³, écrivait : « Nous avons d'abord assisté à l'émergence du modèle multiculturel [...] en vue de parvenir à l'établissement de relations plus justes entre les groupes. Le multiculturalisme est cependant critiqué en raison du fait qu'il entraînerait le repli sur soi et la ghettoïsation des groupes culturels. Nous assistons aujourd'hui à un véritable ressac à l'endroit de ce terme ». Et, s'impose alors de plus en plus l'appellation « interculturalisme » que nous retenons.

Ce terme recèle en soi toute une richesse. Il recouvre entre autres, certaines valeurs qui doivent nous inspirer comme la détection et l'acceptation des particularités culturelles des personnes étrangères que nous rencontrons et les échanges professionnels que nous devons avoir avec elles dans un climat de dialogue, de reconnaissance mutuelle et de respect. C'est une espèce de « contrat moral » qui devrait s'étendre à toutes les sphères de la société, tout comme aux milieux de la santé.

Des soins qui tiennent compte des besoins interculturels

Sans glisser dans les non-sens soulevés lors des audiences traitant des accommodements raisonnables, nous devons être à l'écoute de ces malades comme nous le sommes pour les autres et même un peu plus, car ils sont plus vulnérables. Il nous faut les aider à comprendre notre système de soins et les assister dans leur difficile adaptation à nos valeurs concernant la santé, la prévention, la grossesse, l'accouchement, le soin des enfants et les mesures de traitements préconisées. Nous pouvons ainsi les soutenir dans leur processus d'intégration, sans laisser se dissoudre leur individualité dans une acculturation infructueuse pour eux et pour nous.

Pour faire face à cette réalité de l'immigration massive dans nos milieux et dans nos services de santé, il est important de comprendre cette clientèle fragile et de mettre sur pied des moyens adaptés. À travers l'histoire, les soins infirmiers ont toujours suivi la mouvance des découvertes médicales, des avancées technologiques et de l'évolution de la société, mais les changements actuels nous demandent en plus, d'être transculturellement compétentes pour répondre aux besoins des communautés immigrantes.

Développer une compétence interculturelle signifie de développer une approche qui les rejoint mieux dans leurs besoins de santé physique et psychologique et qui donne naissance à des stratégies d'intervention acceptables pour ces communautés. Toutefois, en dépit d'efforts remarquables et même si les services sont souvent présents, l'attitude d'écoute et de compréhension des soignantes n'est pas toujours au rendez-vous. On peut penser que cela découle d'un manque de connaissances de l'importance de cette réalité de l'immigration dans

³. Antoine Sévigny. *Multiculturalisme - Vers un renouvellement de l'interculturalisme québécois*. Le Devoir, 9 mai 2008 : <http://www.ledevoir.com/2008/05/09/188897.html> dans Rapport annuel sur l'application de la Loi sur le multiculturalisme canadien 2006-2007 <http://www.cic.gc.ca/multi/rpt/104-fra.asp>

nos grandes villes, d'une insuffisance de sensibilité aux conditions souvent difficiles des nouveaux venus et peut-être aussi malheureusement, de quelques préjugés. Des adaptations sont donc souhaitables de la part du personnel professionnel, mais ce changement ne peut se produire sans que nous nous intéressions de plus près à la réalité des immigrants, c'est-à-dire à leurs valeurs, à leurs cultures, à leurs habitudes de vie, à leurs besoins de santé, à leur situation en

« **La compétence interculturelle** se définit comme le développement d'une prise de conscience de notre propre existence, de nos sensations, de nos pensées et de notre environnement sans influence induite sur les personnes d'une autre origine tout en démontrant la connaissance et la compréhension de leur culture, en acceptant et en respectant leurs différences culturelles et en adoptant des soins congruents avec leur culture. »

Source : L., D. Purnell, B., J. Paulanka

général et à ce qui les rend particulièrement vulnérables en fonction de leur appartenance ethnique et de leur statut de personnes déplacées. Ces adaptations sont des conditions essentielles pour mieux les aider. (Définition ⁴).

Ce terme de compétence interculturelle suppose aussi que les infirmières doivent travailler auprès des immigrants avec compassion, respect pour la dignité et l'unicité de chaque individu.⁵ Mais que cachent ces mots dans la réalité de tous les jours? Sans aucun doute de grands défis en termes de compréhension de leurs croyances et de leurs habitudes de vie, de même qu'une confrontation parfois très déstabilisante avec nos valeurs scientifiques et nos méthodes de soins sophistiquées.

Les exigences des soins interculturels et le processus migratoire

Les soins interculturels supposent certaines exigences. Ils demandent d'abord une certaine connaissance

du processus migratoire dans ses diverses étapes. Il nous faut en effet réaliser que ces personnes déplacées, ont un passé, parfois normal, mais aussi souvent fait de misère, d'expériences de guerres, de violences de toutes sortes qui les ont marquées et qui interfère avec leur adaptation harmonieuse dans un nouveau pays. La méfiance et la peur accompagnent alors souvent leur venue chez nous. C'est la phase **prémigratoire**.

Le processus migratoire

L'immigration est un processus qui se fait en plusieurs étapes.

- **Phase pré migratoire** : vécu avant l'immigration, préparation et départ par nécessité ou par choix. Rupture sociale et affective.
- **Émigration** : voyage et arrivée dans le pays d'accueil. Choc culturel et climatique.
- **Phases post migratoires** :
 - installation : recherche de logement et de travail,
 - prise de conscience des différences sociales, culturelles, linguistiques, etc.
 - ajustement aux valeurs, aux mœurs locales.
 - Intégration : adoption de nouvelles valeurs et comportements.

⁴. Purnell L.D, Paulanka B. J. *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*. Philadelphia, Pa: FA Davis; 1998:1-7, dans Deborah L. Flowers. **Culturally Competent Nursing Care. A Challenge for the 21st Century**. <http://ccn.aacnjournals.org/cgi/content/full/24/4/48>

⁵. American Nurses Association. *Code for Nurses*. Washington, DC: ANA Publishing; 2001.

À cette première étape s'ajoute aussi **la préparation à l'immigration**. Le parcours migratoire est différent pour chacun. Ce départ est, pour les uns, désiré et préparé de longue date, alors que pour d'autres il est subi, obligé, par les aléas des catastrophes naturelles et des bouleversements politiques dans leur pays d'origine. C'est le fait des immigrants économiques et des réfugiés.⁶

La deuxième étape de ce processus est elle-même, soit l'arrivée des immigrants dans le nouveau pays avec ce que cela comporte de difficultés. Ce sont principalement les conditions de confort ou de misère au cours du voyage, la lourdeur administrative des procédures d'immigration à l'arrivée et le choc culturel et climatique des premiers moments.

La nécessité de choisir entre les anciennes et les nouvelles habitudes peut donner naissance à quatre modes d'adaptation différents :

- **l'assimilation** : abandon de l'identité culturelle et fusion dans la société majoritaire (exemple : le *melting pot* américain);
- **l'intégration** : fidélité à la culture traditionnelle et, simultanément, adoption de certaines valeurs sociétales dominantes (exemple : le modèle de « mosaïque culturelle » du Canada);
- **la séparation** : retrait auto-imposé de la société dominante tout en conservant son identité culturelle traditionnelle;
- **la marginalisation** : rejet par la société dominante, rejet des valeurs traditionnelles de sa culture et effritement de l'identité culturelle d'origine.

La troisième étape est **postmigratoire**. Elle comprend **l'installation**, la prise de conscience des difficultés, des différences sociales et culturelles de même que l'ajustement aux normes de la société d'adoption. Et finalement, parfois après très longtemps, vient la quatrième étape, c'est-à-dire **l'intégration** au milieu d'adoption. Les immigrants trouvent alors un équilibre. Tout en conservant plusieurs aspects de leur culture, ils sont conscients d'une certaine

Les soins interculturels se situent dans un processus dynamique de respect, d'interaction et d'échanges avec les immigrants où les intervenants de la santé doivent être sensibles aux différences d'ordre culturel, linguistique, d'organisation familiale et sociale, de leurs codes de conduite (reconnaissance de l'autorité, respect des parents, politesse, honneur, dignité, pudicité des femmes), de leur perceptions et interprétations traditionnelles des problèmes de santé et de leurs traitements.

distance avec les valeurs et les habitudes de leur pays d'origine. Ils adoptent plusieurs des valeurs et coutumes du milieu d'accueil et sont ainsi capables d'y vivre en harmonie. Il ne faut cependant pas minimiser la nostalgie et le deuil de séparation qu'ils peuvent vivre et qu'ils ressentent très longtemps. Des problèmes sont possibles à toutes les étapes du processus migratoire et ils viennent influencer sur l'adaptation de la personne et de la famille.⁷

Les différents modes d'adaptation à notre société

Dépendant de la manière dont le vécu pré-migratoire s'est produit, du déroulement sécuritaire ou menaçant du voyage d'arrivée, de la qualité d'accueil reçue à ce moment et des

⁶. Adapté de Adina Ungureanu : *Parcours migratoire et santé mentale des aînés immigrants* : <http://www.access.net/documents/File/Parcours%20migration%20final.ppt> .

⁷. Association canadienne pour la santé mentale. Filiale de Montréal. **Équilibre en tête : le processus migratoire** : <http://www.acsmmontreal.qc.ca/publications/articles/processmigratoire.html>

conditions de vie qui sont devenues les leurs après leur installation ici, les immigrants peuvent s'intégrer de différentes manières à notre société.⁸ Ils peuvent le faire de manière positive ou « plutôt » négative, ou comme cela arrive parfois, ne pas trouver le moyen de s'adapter et retourner dans leur pays d'origine ou se tourner vers d'autres horizons.

Cette intégration, lorsqu'elle se fait, peut prendre la forme d'une **assimilation** totale où les personnes sont noyées dans la culture dominante et laissent progressivement de côté leurs valeurs profondes et leurs habitudes. Ils peuvent même peu à peu oublier leur langue ou, s'ils la conservent, ils ne l'enseignent pas à leurs enfants et elle finit quand même par se perdre.

Ghettoisation : isolation d'une communauté culturelle qui se replie sur elle-même, sur ses valeurs, sa culture et se tient à l'écart de la société d'accueil.

Cette adaptation peut aussi se faire sur le mode de l'**intégration**, c'est-à-dire, d'une façon plus conservatrice et équilibrée alors que les immigrants demeurent fidèles à leur culture traditionnelle tout en adoptant le mode de vie de la société d'accueil. Il y a aussi une troisième possibilité, la **séparation** où ils se replient et s'isolent de la culture dominante pour conserver leur identité culturelle. On peut alors observer une certaine **ghettoisation** où les personnes d'une même culture se

retrouvent entre elles, évitant les contacts avec les immigrants d'autres cultures ou avec les membres de la société d'accueil. Le quatrième mode d'adaptation est encore plus négatif. Il s'agit de la **marginalisation** qui est en réalité le rejet de la société dominante en même temps que l'effritement de l'identité et des valeurs culturelles d'origine. Cette dernière forme présente des risques d'asociabilité et même de criminalité.

Les soins interculturels

supposent :

- **une sensibilisation au processus migratoire ;**
- **certaines notions concernant les immigrants : état de santé, conditions économiques, scolarité, etc.**
- **une prise de conscience du contexte d'accueil de l'immigrant : difficultés de langue, de travail, de logement, préjugés, discrimination, etc.**
- **une compréhension satisfaisante des particularismes des immigrants : culture, valeurs, traditions, religions, superstitions, croyances face à la santé, etc.**
- **une certaine connaissance des comportements à adopter et à éviter;**
- **Une bonne capacité de créer des relations significatives avec des personnes différentes par la race, la couleur, la culture et la religion.**
- **Une volonté d'aider les arrivants à comprendre et à s'adapter à notre système de santé.**

Développer une compétence interculturelle

Prendre soin de personnes déplacées et développer une compétence interculturelle supposent de nombreuses connaissances. Il nous faut d'abord mieux connaître ces personnes auxquelles s'adressent nos interventions infirmières afin de pouvoir nous adapter à cette réalité différente. Quitter son pays pour refaire sa vie ailleurs implique de nombreuses difficultés d'adaptation et des stress peu communs qui ont des répercussions sur leur santé et que leurs

⁸. Berry et coll., 1986 dans Santé Canada. *Immigration et santé* : <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2001-0105-immigration/method-fra.php>

particularités culturelles, religieuses et linguistiques nous demandent de développer des approches particulières de soins si nous voulons répondre à leurs besoins.⁹

Acquérir une certaine connaissance des populations arrivantes

Il faut d'abord considérer avec attention ce phénomène complexe que représente la venue des nouveaux arrivants dans nos milieux. Nous ne pouvons pas les voir comme un bloc monolithique faisant contraste avec celui des Québécois de souche. Les immigrants proviennent de tous les horizons et ils appartiennent à des groupes très différents les uns des autres, avec leur langue, leur culture, leur religion dominante, leurs valeurs et, surtout pour nous, leurs croyances au sujet de la santé. C'est cette diversité et ce manque d'homogénéité des groupes qui compliquent la situation et qui plus est, on la retrouve à l'intérieur même des collectivités migrantes.¹⁰ Au-delà de certaines caractéristiques ethniques, chaque personne est différente. Il faut nous rappeler que ce ne sont pas des cultures que nous rencontrons, mais des êtres humains dans leur diversité et leur unicité. Le tableau qui suit fournit quelques indicateurs de réussite dans l'acclimatation des immigrants. Il nous montre que l'un des premiers facteurs à considérer est leur capacité d'avoir accès aux services, dont les services de soins sont une partie importante.

Indicateurs du niveau d'intégration

INDICATEURS OBJECTIFS

L'accessibilité aux services : pouvoir avoir accès aux mêmes services et bénéficier des mêmes droits que l'ensemble des citoyens et des citoyennes.

La compétence linguistique : pouvoir communiquer et travailler en français, langue commune au Québec.

L'accès à l'emploi : pouvoir obtenir et effectuer un travail de qualité en lien avec ses compétences et basé sur le principe de reconnaissance des acquis.

La participation citoyenne : pouvoir s'impliquer en tant que citoyen et citoyenne.

Ainsi, les premières années d'adaptation et d'intégration à un autre milieu représentent beaucoup d'attention et d'efforts afin de comprendre les rouages d'une nouvelle culture.¹²

INDICATEURS SUBJECTIFS

L'autonomie : en référence à la notion « d'empowerment ».¹¹

La reconnaissance : en référence au sentiment d'être accepté et reconnu par la société d'accueil.

Le sentiment d'appartenance : en référence au sentiment d'inclusion et d'appartenance à la société d'accueil.

Un regard réaliste sur la situation des immigrants au Québec

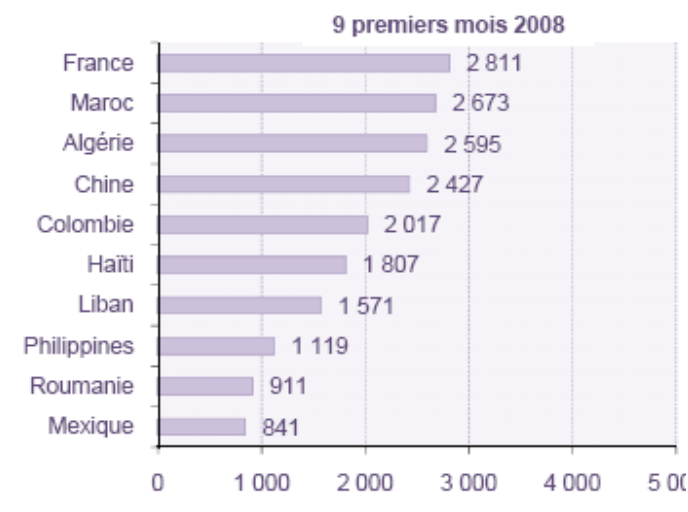
⁹. Santé Canada. *Vie saine* : <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/life-vie/stress-fra.php>

¹⁰. Statistiques Canada. *Les immigrants récents des régions métropolitaines : Québec — un profil comparatif d'après le recensement de 2001*
<http://www.cic.gc.ca/FRANCAIS/ressources/recherche/recensement2001/quebec/partieb.asp#tb10>

¹¹. Empowerment : c'est le fait de redonner du pouvoir à quelqu'un.

¹². Immigrer dans Lanaudière. *Impact du processus migratoire* :
<http://www.immigrationlanaudiere.org/index.jsp?numPage=53&menu=2>

Il faut donc considérer le milieu des immigrants avec attention et réalisme afin de mieux



comprendre la population à laquelle nous devons prodiguer des soins. Pour ce faire, il nous faut examiner certains facteurs tels que l'état de santé à l'arrivée, les comportements de santé, les taux de consultation des professionnels de la santé, l'âge, le taux de scolarité et le niveau économique, de même que la connaissance des langues française ou anglaise. Ce sont tous ces facteurs qui conditionnent l'intégration à la société et influent sur la conjoncture des contacts des immigrants avec les services de soins. Nous devons aussi comprendre leurs coutumes, leurs valeurs et leurs inquiétudes face à un

système de santé obéissant à des règles différentes de ce qu'ils connaissent. Nous accueillons chaque année au Québec plus ou moins 40,000 nouveaux venus. Aussi est-il important de bien saisir l'influence de cet apport sur nos milieux de santé et sur les soins infirmiers.¹³

La provenance des arrivants et leurs difficultés d'intégration

Pour comprendre cette réalité, il est utile de réaliser que ces nouveaux arrivants proviennent d'horizons très différents, allant de contrées en émergence, très défavorisées sur le plan des soins de santé, à des pays occidentaux très développés.¹⁴ Pour les premiers, les différences avec nos valeurs et notre système de soins sont si nombreuses et, pour nous si nébuleuses, que notre incompréhension nous fait parfois glisser dans le préjugé en supposant que ces émigrants ne sont mus que par la superstition et par des connaissances archaïques et caractérisées par leur manque de gratitude pour ce que nous pouvons faire pour eux. Convaincues de la supériorité de nos moyens, nous ne comprenons pas nécessairement la désaffection de certains malades et leur volonté de retourner à des pratiques traditionnelles. Nous oublions que, pour eux, ces soins étaient la norme dans leur pays d'appartenance et que de s'y dérober constitue non seulement une inquiétude importante sur le plan médical, mais aussi une désaffection sociale majeure. Prenons par exemple l'allaitement maternel : « dans beaucoup d'autres pays, les seins ont d'abord et avant tout une fonction pratique et peuvent être exposés aux regards des passants. L'allaitement en public est un geste parfaitement naturel qui n'incommoder pas les femmes de ces pays ». ¹⁵ Aussi, une immigrante de ces contrées comprend-elle difficilement que dans notre culture, par ailleurs aux mœurs plutôt libres, elle ne puisse donner le sein à son bébé au restaurant ou dans un grand magasin.

Dans les relations des immigrants avec le personnel soignant, toutes les sphères touchant l'être humain, soit la maladie, la prévention la naissance, l'accouchement, l'allaitement, le soin des enfants, le soin des plaies, le vieillissement, l'agonie et la mort, peuvent être impliquées. Ces

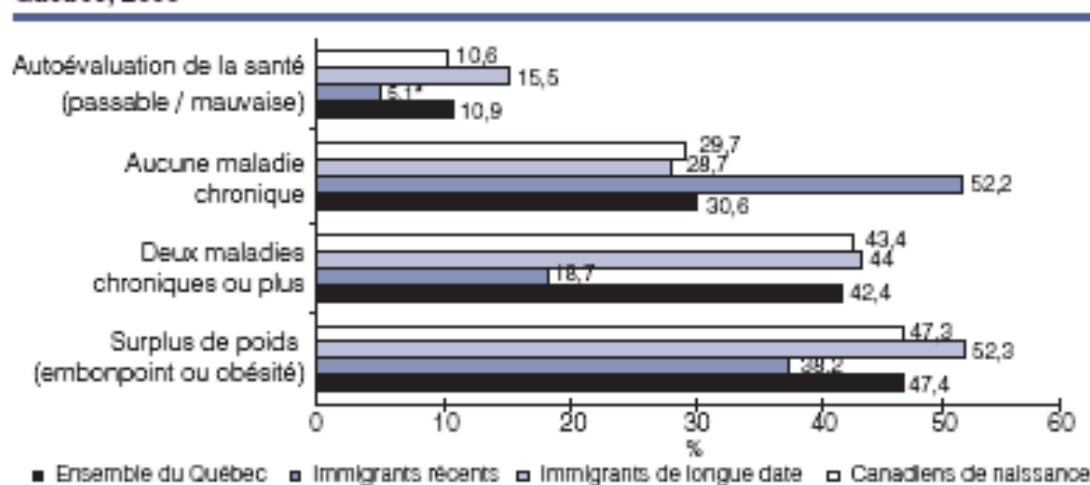
¹³. Zoom santé juin 2008 *Caractéristiques de santé des immigrants du Québec : comparaison avec les Canadiens de naissance*. Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé Institut de la statistique du Québec : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom_sante_juin08.pdf

¹⁴. Idem

¹⁵. *Allaitement, culture et attachement* : http://www.attachmentcrosscultures.org/francais/valeurs/bfeed_culture_f.pdf

relations peuvent aussi opposer des connaissances ancestrales à nos interventions, créant alors chez les soignantes comme chez les soignés, une incompréhension, un stress et une insécurité supplémentaires. Par exemple, là où voyons une complication physiologique, un asiatique peut croire à une intervention maléfique et, là où nous voulons appliquer un traitement rationnel, il peut plutôt réclamer des herbes ou des cérémonies rituelles pour se soigner et se montrer désespéré de ne pas les obtenir. Autre exemple : une femme africaine, dépourvue de tout dans son pays où les soins aux accouchées sont à peu près inexistantes, peut, en dépit de soins efficaces, se plaindre très fort du peu de chaleur dans les relations avec les soignantes d'ici et du manque du soutien de sa famille élargie absente à cause de la distance et de la pauvreté.

Figure 1
Indicateurs d'état de santé selon le statut d'immigration, population de 18 ans et plus, Québec, 2005



L'état de santé des arrivants et la consultation des services de soins

Un préjugé assez courant chez nous est de croire que les immigrants viennent surcharger nos services de santé et se faire soigner à nos frais. Comme tout le monde, il leur arrive bien sûr d'être malade, mais les statistiques démographiques du Québec démontrent qu'en particulier, les cohortes récemment arrivées sont généralement en meilleure santé que les Canadiens de naissance (voir figure 1).^{16, 17}

Il faut aussi ajouter, du moins pour ceux arrivés depuis quelques années seulement, ce que l'Institut des statistiques du Québec nous révèle. Leurs habitudes de santé sont en général plus saines que celles de la majorité des Québécois et que, bien qu'ils aient un médecin de famille dans une proportion légèrement supérieure à celle de la majorité des Québécois, leur taux de consultation des professionnels de la santé ne le dépasse pas (voir figure 2).¹⁸

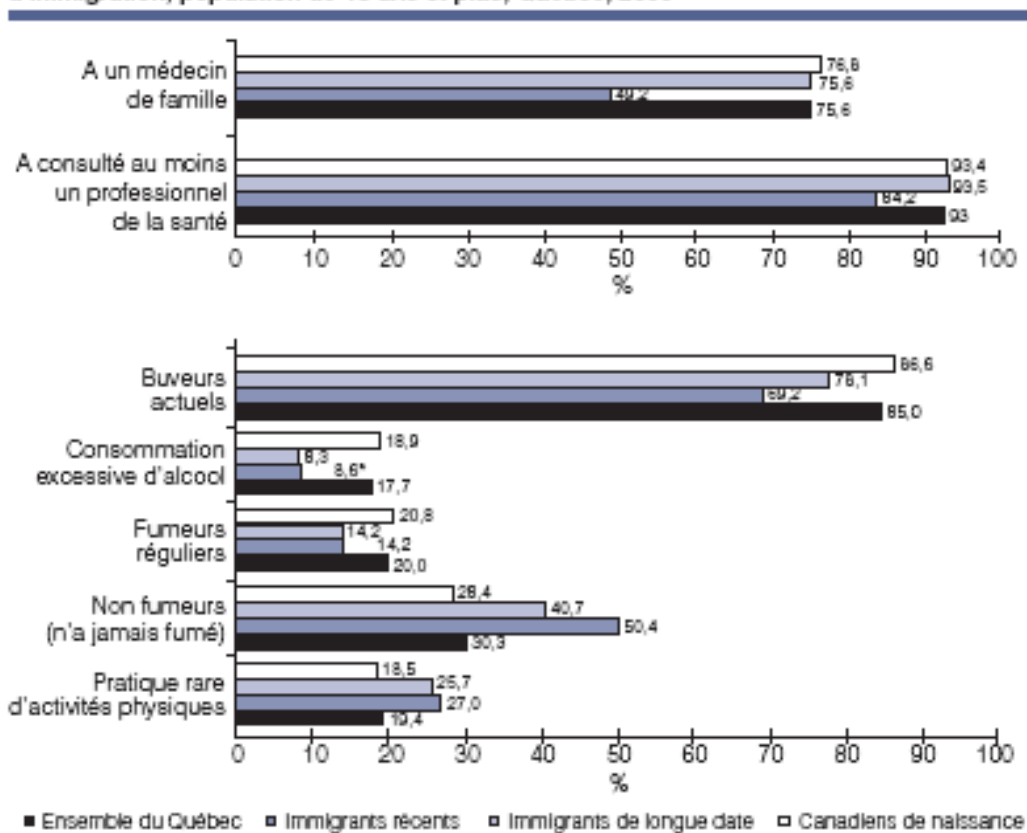
¹⁶. Statistiques Canada *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*. Cycle 3.1.

¹⁷. Zoom santé juin 2008 Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé Institut de la statistique du Québec. *Caractéristiques de santé des immigrants du Québec : comparaison avec les Canadiens de naissance* http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/zoom_sante_juin08.pdf

¹⁸. *Bulletin statistique sur l'immigration permanente au Québec*. 3e trimestre et 9 premiers mois 2008 <http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/BulletinStatistique-2008trimestre3-ImmigrationQuebec.pdf>

De plus, les comportements de santé des immigrants sont généralement moins à risque, puisque parmi eux, les taux de fumeurs, de gros buveurs et d'obèses demeurent inférieurs à ceux de

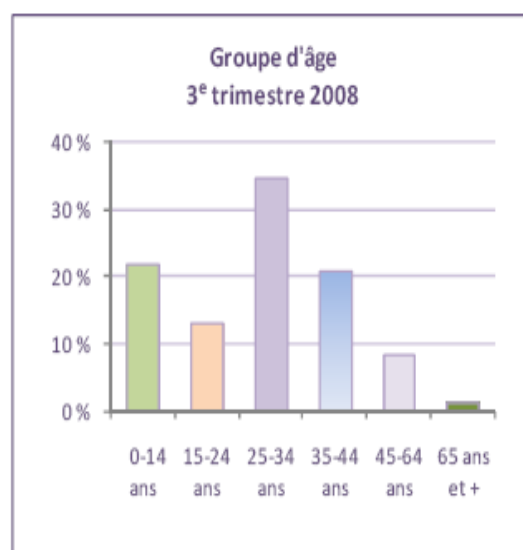
Figure 2
Indicateurs d'utilisation des services de santé et d'habitudes de vie selon le statut d'immigration, population de 18 ans et plus, Québec, 2005



l'ensemble du Québec. Ces indicateurs d'utilisation des services de santé et d'habitudes de vie sont très révélateurs et nous incitent à réviser nos impressions faussées par les vagues antérieures d'immigrants venus dans notre province. Ces constatations nous offrent un portrait global où ne figurent cependant pas les problèmes particuliers à certains groupes ethniques tels que le sida, le diabète, etc.

Les groupes d'âge

Comme le tableau qui suit le démontre, la majorité des immigrants sont jeunes et se situent dans les groupes d'âge inférieurs à 44 ans. Ceci suppose un état de santé favorable, mais laisse aussi prévoir certains besoins liés à la maternité et à l'enfance, surtout que 61 % de ces immigrants sont des femmes.¹⁹ Les générations



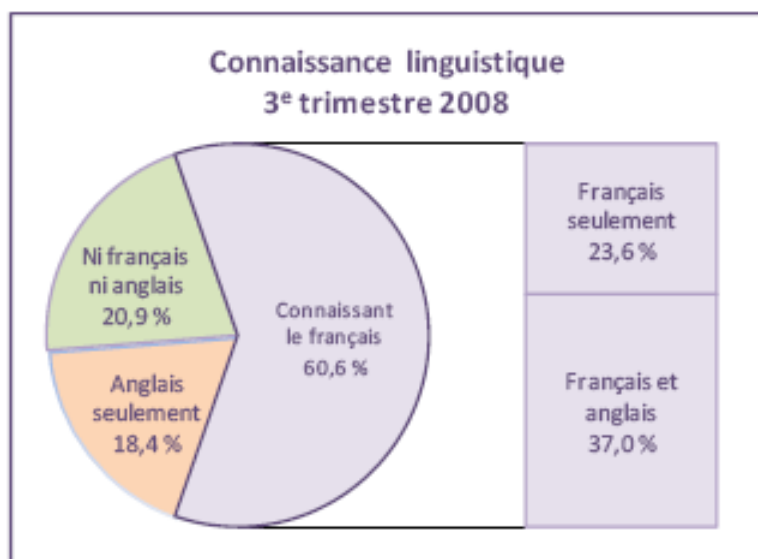
¹⁹. Idem

plus âgées sont en petit nombre, que viennent cependant grossir les aînés appartenant aux vagues antérieures d'immigration et qui, eux, souffrent de problèmes de santé bien présents et après quelques années, en proportion assez semblables à ceux des citoyens québécois de souche.

Le niveau de scolarité

Un autre facteur important à considérer pour comprendre la société dans laquelle nous vivons et la clientèle à laquelle nous dispensons des soins est le niveau de scolarité des immigrants et leur préparation à entrer dans la force active de la province. Cet élément nous permet de mieux saisir les difficultés de compréhension et d'adaptation de ces personnes, leurs limites linguistiques possibles et les obstacles à prévoir, non seulement pour leur intégration dans la société, mais aussi pour leur consultation des services de santé et particulièrement pour les soins infirmiers.

L'infirmière fait œuvre de soins, mais aussi d'éducation et il est vital qu'elle réalise dans quelle mesure les relations avec ces clientèles risquent de poser certains problèmes de compréhension des consignes de traitements et aussi par conséquent, de suivi thérapeutique à domicile. Cependant, de manière générale, les nouveaux arrivants sont très instruits. Au Canada, « En 2007, 37 % ou 1,2 million d'immigrants du principal groupe d'âge actif, soit ceux âgés de 25 à 54 ans, avaient un grade universitaire, comparativement à seulement 22 % des personnes de ce groupe d'âge nées au Canada. La différence était encore plus prononcée chez ceux ayant immigré entre 2002 et 2007. Plus de la moitié de ces immigrants, soit 320 000, avaient un grade universitaire. »²⁰ Ces chiffres nous permettent de combattre l'idée préconçue assez répandue, à savoir que beaucoup d'immigrants sont analphabètes. Il demeure cependant que des sujets appartenant à des vagues antérieures d'immigration sont moins scolarisés et c'est encore la situation aujourd'hui, particulièrement dans les groupes de réfugiés et d'immigrants économiques.



La langue parlée

Bon nombre d'immigrants proviennent de pays où la langue française est courante, d'autres sont plutôt issus de contrées où la langue anglaise est dominante; il demeure que 20,9 % des immigrants récents ne parlent ni le français ni l'anglais.²¹ Cela laisse supposer de grandes difficultés d'intégration à la société québécoise, mais aussi des problèmes importants pour les soins. En effet, comment

peuvent-ils alors être informés des services de santé disponibles et de leurs voies d'accès? Même

²⁰. Statistiques Canada. *Étude : Les immigrants sur le marché du travail canadien : analyse selon la région où le plus haut niveau de scolarité postsecondaire a été atteint* <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080718/dq080718b-fra.htm>

²¹. *Bulletin statistique sur l'immigration permanente au Québec*. 3^e trimestre 2008 : <http://www.micc.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/BulletinStatistique-2008trimestre3-ImmigrationQuebec.pdf>

les démarches très simples du quotidien risquent de devenir compliquées pour eux. Que l'on pense par exemple, aux allées et venues nécessaires pour l'alimentation, pour l'achat de médicaments grand comptoir dans les pharmacies, aux démarches pour trouver du travail ou un logement ou encore pour faire soigner un enfant. Et, pour nous soignantes, comment comprendre ce dont souffrent ces personnes, comment répondre à leurs besoins lorsque la langue n'est pas un véhicule valable de communication? Et, comment faire de l'enseignement concernant la prévention, la maladie ou le traitement, dans ces conditions?

La santé mentale des arrivants

Les familles nouvellement arrivées au Québec vivent dans des conditions de fragilisation sur le plan de la santé mentale. Il nous faut comprendre le contexte de survie dans lequel ces communautés évoluent. En plus de vivre des difficultés d'adaptation à un nouveau pays où ils sont séparés de leur réseau de soutien naturel, les nouveaux arrivants doivent s'adapter à un environnement social, politique, culturel et linguistique complexe, qui leur est inconnu. De plus, leur vulnérabilité à tous les plans les contraint à accepter, pour survivre, des conditions de travail souvent proches de l'exploitation.

Il ne faut pas oublier la discrimination, les bouleversements et l'effritement des familles inhérents à ces déplacements migratoires. De plus, ces immigrants doivent faire face à toutes ces difficultés, sans pouvoir compter sur le soutien économique et moral de leurs proches et ils doivent trop souvent les affronter, sans celui des ressources de soins de santé et de services sociaux, car ils ne les connaissent pas très bien ou s'ils en sont conscients, ils les trouvent peu adaptés à leur réalité. Bien qu'ils ne souffrent pas plus de troubles de santé mentale que les natifs canadiens,²² le stress auquel ils sont soumis les rend vulnérables au découragement, à l'anxiété et à la dépression.

L'incongruence culturelle est l'une des expériences difficiles des immigrants. On peut la définir comme étant le sentiment de confusion que vit une personne immigrante qui se sent en désaccord avec ses propres valeurs, sans être en harmonie avec celles de son pays d'accueil.

Certains immigrants sont plus fragiles. Ainsi, « Les sujets appartenant à des minorités visibles sont plus nombreux à être sous-estimés au travail et à gagner des salaires inférieurs ce qui contribue au sentiment de désenchantement qui accompagne leur établissement au Canada ».²³ Aussi, « la perception de la discrimination est présente dans toutes les communautés étudiées et elle est associée de façon négative à la santé mentale ».²⁴

L'un des plus grands problèmes est celui des jeunes « qui vivent plus souvent que les natifs des conflits de valeurs [...] Ces conflits peuvent mener à la rupture familiale, mais surtout à des sentiments de rejet de leur culture d'origine et à une image négative de soi et des autres ».²⁵ Ils ne savent plus se retrouver et ressentent fortement ce qu'on appelle l'incongruence culturelle. Cependant, la réponse la plus dangereuse est l'intériorisation de l'image

²² *Immigration et santé*. Santé Canada :

<http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2001-0105-immigration/method-fra.php>

²³ *Immigration et santé*. Santé Canada :

<http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/wp-dt/2001-0105-immigration/method-fra.php>

²⁴ Hanna Malewska-Peyre. *L'identité négative chez les jeunes immigrants*. Santé mentale au Québec :

http://rsmq.cam.org/smq/santementale/article.php?id_article=170¶m=b#

²⁵ . Idem

dévalorisée de soi qui peut conduire à divers excès, tels que la marginalisation que nous observons dans certains quartiers sensibles des grandes villes.

La santé mentale des femmes appartenant à des communautés ethnoculturelles

La santé mentale des femmes est souvent plus sollicitée par la migration dans un autre pays. En plus des stress liés au déplacement et aux difficultés économiques, beaucoup parmi elles vivent les tensions propres à la grossesse, car un nombre important d'entre elles arrive au pays en âge d'avoir des enfants. Selon les statistiques du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 37 % des immigrantes sont âgées de 25 et 34 ans.²⁶

De plus, « la nature exigeante et contraignante des soins aux nourrissons, avec laquelle certaines femmes doivent composer sans le soutien d'un conjoint ou de leurs parents, peut déclencher des symptômes dépressifs ». À ceci s'ajoutent d'autres stress dont, l'ignorance de

Les principales difficultés des femmes



- Le manque d'indépendance par rapport à la famille et au mari.
- La difficulté de trouver du travail en raison de :
 - la non reconnaissance des diplômes;
 - la rémunération inférieure;
 - la non connaissance de la langue;
 - le secteur des services où elles sont souvent reléguées.
- Les tâches familiales harassantes.
- Les problèmes liés à la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, les soins du bébé.
- La violence familiale et sexuelle.
- Les traditions maritales et sexuelles de leur culture d'origine.

la langue et des pratiques médicales locales, mais surtout les séquelles du passé prémigratoire de certaines d'entre elles qui peuvent avoir subi des traumatismes graves, dont la torture, le viol ou le décès d'êtres chers.²⁷

Il faut aussi comprendre que les femmes des communautés ethnoculturelles vivent souvent en vase clos et dépendent complètement du noyau familial. Elles sont

fréquemment victimes de plusieurs formes de discrimination (sexuelle, raciale, violence conjugale, etc.) et doivent assumer, parfois seules, toutes les responsabilités de la famille. Ceci crée un stress supplémentaire à cette catégorie de population. Il faut aussi penser à leur découverte de ce qu'est la perception du rôle de la femme, dans leur pays, en comparaison avec celle du pays d'adoption. Comment éviter chez elles un sentiment de frustration?

La fragilité familiale et sociale de la femme immigrante la rend particulièrement vulnérable à la violence sexuelle qui reflète la perception qu'ont ces sociétés de la sexualité et de ses tabous. Dans plusieurs communautés culturelles, la sexualité ne trouve sa légitimité que par le mariage et la reproduction et n'a de justification que par le plaisir masculin. De plus, l'appartenance de ces

²⁶. *Les difficultés des femmes immigrantes et de leurs enfants*. Émission #89 Jeudi 28 février 2008 <http://pilule.telequebec.tv/pages/Categorie-de-sujets-dun-emission/dossier-de-la-semaine.aspx?emission=163&date=2008-02-28>

²⁷. Sword, W., Watt, S. et Krueger, P. (2006). « *Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women* ». JOGNN, 35, p. 717-727 dans *La santé mentale des immigrantes enceintes*. http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/PsyQc_Dossier_2_Zelkowitz_Mai07.pdf

femmes à des sociétés où elles n'ont que très peu de droits, rend encore plus difficile leur sensibilisation par les intervenants de la santé, à la violence sexuelle ou conjugale.



Elles ne connaissent pas les normes québécoises et canadiennes en matière de violence sexuelle et elles ignorent les lois susceptibles de les protéger, la nature des comportements pénalisés par la loi et les recours possibles. De plus, elles sont souvent réfractaires à une intervention extérieure, car pour elles la violence sexuelle appartient à la sphère intime, du couple et de la famille. Comme plusieurs d'entre elles ne parlent pas les langues qui ont cours ici, elles ne sont pas non plus, informées des ressources d'aide qui sont disponibles. Vivant dans l'isolement, sans être intégrées au marché du travail, elles sont économiquement dépendantes de leur époux et dans ce cas, la dénonciation ne peut être envisagée.

Les jeunes filles de ces communautés sont également des victimes sans voix qui, souvent par désir d'être acceptées dans leur groupe culturel ou par crainte de représailles, acceptent de se soumettre à des relations sexuelles exigées par la violence.²⁸

Le mariage forcé

Plusieurs femmes qui arrivent ici ont subi un mariage forcé et plusieurs jeunes filles immigrantes doivent subir le même sort. Dans plusieurs communautés asiatiques, moyennes orientales ou africaines, le mariage est imposé aux deux conjoints, mais c'est surtout pour la jeune fille qu'il est obligatoire. Cette alliance est organisée par les parents, avec un membre de leur communauté dont l'épousée n'a la plupart du temps jamais vu. Au nom de la tradition, elle doit s'y conformer en raison des pressions familiales, des menaces et du chantage émotif. Très souvent, des jeunes filles mineures sont victimes de ce mélange de religion, d'habitudes traditionnelles, d'intérêts économiques ou de désir des parents de conserver un lien culturel avec leur lieu d'origine. Au Canada, la pratique du mariage forcé est désapprouvée et constitue une violation des droits de la personne en vertu des conventions internationales.

La mutilation des organes génitaux de la femme (MOGF)

Certaines arrivantes ont subi ou subissent encore et même ici, des mutilations des organes génitaux. Ces excisions sont généralement effectuées à froid, sur la fillette avant la puberté. Elles consistent à supprimer en partie ou en totalité les organes génitaux externes et, dans certaines cultures, ce qui est encore plus grave, à fermer complètement l'orifice vaginal par une ligature

²⁸. Linda MacLeod et Maria Y. Shin. *Comme un oiseau sans ailes*. Dans Santé Canada. Spécialement pour vous - immigrants : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/females_f.html

(infibulation) dans le but d'empêcher la pénétration. Cette pratique relève de la tradition, mais elle est souvent faussement vue comme une obligation religieuse.

La mutilation se pratique surtout en Afrique, mais on l'exerce aussi dans plusieurs autres parties du monde, où vivent entre autres, des communautés musulmanes. Au Canada, le Code criminel

Les mutilations sexuelles féminines (MSF), recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou la lésion des organes génitaux féminins pratiquée pour des raisons culturelles ou religieuses ou pour toute autre raison non thérapeutique.
*Organisation mondiale de la Santé : *Description des mutilations sexuelles féminines.*

interdit non seulement la MOGF, mais aussi le transport d'une fillette à l'étranger pour y subir une telle intervention.²⁹ Ces mutilations augmentent sensiblement les risques de difficultés lors de l'accouchement et aussi celui que les bébés soient plus exposés à des risques mortels. Parmi les complications graves de l'accouchement figurent notamment les risques de césarienne, de forte hémorragie après la naissance et d'hospitalisation prolongée. Chez les femmes qui ont subi la forme extrême de mutilation, le risque de césarienne est en moyenne de 30 % supérieur par rapport à celles qui n'ont subi aucune mutilation. De même, le risque d'hémorragie au cours de la période post-partum est de 70 % plus élevé.³⁰

Plusieurs raisons sont évoquées pour ces mutilations :

- Garantir la chasteté avant le mariage
- Faciliter le mariage des jeunes femmes
- Diminuer le risque de nymphomanie
- Réduire l'activité sexuelle de la femme et empêcher la masturbation
- Améliorer et faciliter l'hygiène personnelle
- Accroître la fertilité
- Maintenir la région génitale lisse pour des raisons esthétiques
- Enlever les obstacles aux rapports sexuels que constituent de très grandes lèvres.
- Resserrer le vagin pour accroître le plaisir sexuel des hommes
- Être acceptée à titre de membre à part entière de groupes sociaux, tribus, ordres religieux, etc.
- Respecter/se conformer à des obligations religieuses
- Accorder aux femmes le droit de prendre la parole à des réunions publiques
- Entrer dans les mosquées dans le cas de certaines collectivités
- Obtenir le droit d'hériter
- Éviter de faire honte à la famille.³¹

Selon la sociologue Aoua Ly, il est même question qu'avec l'arrivée des immigrants, des mutilations génitales aient lieu dans les pays occidentaux et même ici au Canada.³² D'après

²⁹. *La mutilation des organes génitaux féminins* http://www.justice.gc.ca/fra/pi/rs/rap-rep/1995/dt95_15-wd95_15/p3.html

³⁰. Organisation mondiale de la santé. *Une nouvelle étude montre que la mutilation génitale féminine expose les mères et les bébés à des risques majeurs à l'accouchement* <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr30/fr/index.html>

³¹. *La mutilation des organes génitaux féminins* http://www.justice.gc.ca/fra/pi/rs/rap-rep/1995/dt95_15-wd95_15/p3.html

³². Johanne Lauzon. *Canada. L'émigration des mutilations sexuelles*. Syfia info : <http://www.syfia.info/index.php5?view=articles&action=voir&idArticle=804>

Amnistie internationale, des médecins d'origine africaine pratiqueraient l'excision et l'infibulation dans des pays industrialisés. La demande existe, car des parents souhaitent maintenir la tradition. Mais, plus fréquemment, sous de fallacieux prétextes, la famille procède à ce rituel en envoyant les fillettes dans leur pays d'origine pendant les vacances scolaires.

Ainsi, « chaque année, dans le monde, plus de deux millions de fillettes sont victimes de MGF et 120 millions de femmes de toutes nationalités sont confrontées à des problèmes de santé physique et mentale liés à ces pratiques. La mobilité mondiale de la population a fait voyager cette pratique jusqu'ici : elle se confirme chaque jour, entre autres, par des accouchements qui nécessitent la désinfibulation (section des sutures et ouverture de l'orifice du vagin) ou par la découverte de fillettes excisées ». ³³ Par l'attention à cette réalité, par l'information, par l'enseignement fait aux femmes, aux familles et au besoin, par l'alerte des autorités médicales, l'infirmière peut contribuer à éradiquer cette plaie terrible ou au moins, à en limiter les dégâts. ³⁴

Conclusion

Les données qui précèdent sont bien parcellaires par rapport à la situation des nouveaux venus au Québec. De plus, en raison de la diversité de leur origine, de leur culture particulière, leur vécu peut être différent et il faut nous méfier des stéréotypes voulant que des réponses identiques puissent être apportées à leurs difficultés. Cependant, ces quelques détails sur leur condition d'arrivée et d'insertion dans notre société permettront peut-être une meilleure connaissance de leur réalité et une sensibilisation à la nécessité d'une plus juste adaptation de nos soins à leurs besoins. André Gide écrivait « L'intelligence c'est la faculté d'adaptation » et comme le monde qui nous entoure avec sa mouvance continue, nous devons nous adapter à ce contexte interculturel et à ses exigences.

Une deuxième et une troisième parties viennent se joindre à celle-ci et la complètent. Le premier volet y ajoute des notions de particularismes culturels qui nuisent à l'adaptation des immigrants à nos soins, même s'ils sont ouverts à une approche interculturelle. Le troisième volet traite de la communication avec les personnes immigrantes et de quelques notions d'approche de soins adaptées à leur réalité.

Bibliographie/webographie

- . Abbara, Aly. *Description des mutilations sexuelles féminines*.
- . American Nurses Association. *Code for Nurses*. Washington, DC: ANA Publishing; 2001.
- . Association canadienne pour la santé mentale. Filiale de Montréal. *Équilibre en tête : le processus migratoire*.
- . Berry et coll., 1986 dans Santé Canada. *Immigration et santé*.

³³. OIIQ, *Forum des femmes africaines. L'excision : un problème encore bien réel*. Le Journal, mars/avril 2004, Volume 1 Numéro 4 : <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Journal/vol1no4/ap03.htm>

³⁴. Abbara, Aly. *Description des mutilations sexuelles féminines* : http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/mutilation_sexuelles_feminines.html

- . Centre de ressources. Fiche no 2. *Allaitement, culture et attachement*
- . Citoyenneté et Immigration Canada, *Rapport annuel sur l'application de la Loi sur le multiculturalisme canadien 2006–2007.*
- . Elbaz, Mikhaël. *La migration, constante de civilisation.* Conférence.
- . Immigrer dans Lanaudière. *Impact du processus migratoire.*
- . Institut de la Statistique du Québec. Zoom santé 2008 *Caractéristiques de santé des immigrants du Québec : comparaison avec les Canadiens de naissance.* Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé Institut de la statistique du Québec.
- . Lauzon, Johanne. *Canada. L'émigration des mutilations sexuelles.* Syfia info.
- . Lee, Julie. *Escape to Freedom: The Journey of Hanah Lining.* École secondaire St. Aloysius, Gonzaga, Mississauga, (Ontario) Dans le Rapport annuel sur l'application de la Loi sur le multiculturalisme canadien 2006–2007. Partie 1 : Le Programme du multiculturalisme.
- . Malewska-Peyre, Hanna. *L'identité négative chez les jeunes immigrants.* Santé mentale au Québec.
- . MICC, Direction de la recherche et de l'analyse prospective, *Bulletin statistique sur l'immigration permanente au Québec.* 3e trimestre et 9 premiers mois, 2008.
- . Ministère de la Justice. *La mutilation des organes génitaux féminins.*
- . Ministère de la Justice. *Représentation des immigrants et des demandeurs du statut de réfugié.*
- . OIIQ, *Forum des femmes africaines. L'excision : un problème encore bien réel.* Le Journal, mars/avril 2004, Volume 1 Numéro 4.
- . Organisation mondiale de la Santé. *Une nouvelle étude montre que la mutilation génitale féminine expose les mères et les bébés à des risques majeurs à l'accouchement.*
- . Purnell L.D, Paulanka B.J. *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach.* Philadelphia, Pa: FA Davis; 1998:1–7, dans Deborah L. Flowers. *Culturally Competent Nursing Care. A Challenge for the 21st Century.*
- . Santé Canada. *Immigration et santé.*
- . Santé Canada. *Vie saine.*
- . Sévigny, Antoine. *Multiculturalisme - Vers un renouvellement de l'interculturalisme québécois.* Le Devoir, 9 mai, 2009 2008.
- . Statistiques Canada. *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes.* Cycle 3.1.
- . Statistiques Canada. *Les immigrants récents des régions métropolitaines : Québec - un profil comparatif d'après le de 2001.*
- . Statistiques Canada. *Étude : Les immigrants sur le marché du travail canadien : analyse selon la région où le plus haut niveau de scolarité postsecondaire a été atteint.*

. Sword, W., Watt, S. et Krueger, P. (2006). « *Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women* ». JOGNN, 35, p. 717-727 dans *La santé mentale des immigrantes enceintes.*

. Téléquébec.tv : *Les difficultés des femmes immigrantes et de leurs enfants.* Émission #89 Jeudi 28 février 2008.

. Ungureanu, Adina : *Parcours migratoire et santé mentale des aînés immigrants.*

Tous les documents ci-haut ont été consultés pour la dernière fois le 20 février 2009.