

Problèmes sociaux et culturels des familles d'immigration récente

Perceptions des familles et des intervenants

Gisèle LEGAULT
École de service social de l'Université de Montréal
Sylvie FORTIN
Université de Montréal

INTRODUCTION

L'adaptation des immigrants est une question complexe qui préoccupe plusieurs niveaux de la société québécoise, du ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration (MCCI) aux organismes de santé et de services sociaux du réseau des Affaires sociales. Les Centres locaux de services communautaires (CLSC), responsables des services de première ligne de ce réseau, sont conscients des nombreux besoins de santé et sociaux de ces familles, tout particulièrement au cours de leurs premières années d'adaptation. Ils réalisent aussi les difficultés à rejoindre plusieurs de ces familles et à leur offrir des services appropriés, accessibles et culturellement compatibles.

Consciente de ces réalités, notre équipe¹ a effectué une recherche (Heneman *et al.*, 1994) sur les besoins prioritaires en santé et services

1. Notre équipe de recherche est constituée aussi de B. Heneman, S. Gravel et E. Alvarado. Collaboration de D. Groleau.

sociaux des jeunes familles immigrantes et sur les réponses du réseau à ces besoins. Notre recherche a été une entreprise conjointe de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, direction de la santé publique et de l'École de service social de l'Université de Montréal à laquelle trois CLSC de la région ouest de Montréal se sont associés dès le début. Ces établissements desservent des populations dont les concentrations multiethniques étaient respectivement, en 1986, de 35 %, 33 % et 41 % (Choinière, 1990).

La recherche, subventionnée par Santé et Bien-Être Canada visait les objectifs suivants : préciser le profil sociodémographique des familles récemment immigrées (moins de cinq ans), préciser leurs difficultés d'adaptation à travers l'identification des problèmes sociaux, culturels et de santé prioritaires qu'ils rencontrent, préciser leurs modes de résolution de ces problèmes à travers l'utilisation des réseaux formel et informel de services et finalement identifier les problèmes de disponibilité, d'accessibilité et de compatibilité culturelle des services offerts.

Nous avons exposé ailleurs (Legault et Fortin, 1994) notre cadre conceptuel et certains aspects de notre devis de recherche², nous nous concentrerons donc, dans cet article, sur la méthodologie utilisée, sur les principaux résultats des secteurs social et culturel et sur les implications d'une telle étude en termes d'intégration des immigrants et du rôle des agents d'aide à cette intégration.

DEVIS DE RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE

L'étude, de type exploratoire-descriptif, a été élaborée à partir du processus de résolution de problème tel que vécu par un échantillon de familles d'immigration récente de la région de Montréal ayant de jeunes enfants et tel que perçu par un échantillon d'intervenants œuvrant auprès de cette population.

Population à l'étude et échantillonnage

Familles

La population à l'étude a été constituée de familles récemment immigrées (moins de cinq ans), ayant au moins un enfant d'âge préscolaire

2. L'article cité traite, en plus du devis explicité ici, des variables à l'étude pour les familles et les intervenants. On s'y référera pour plus de détails.

(moins de cinq ans) et résidant sur les territoires des trois CLSC mentionnés. Afin d'établir cette population, nous avons demandé à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) de nous constituer un fichier de toutes les nouvelles inscriptions, entre juillet 1989 et juin 1992, de femmes adultes nées à l'extérieur du Canada et correspondant aux critères énoncés précédemment. Ce fichier comptait 1 890 familles. Le pourcentage d'acceptation à l'entrevue étant prévu très élevé en raison des objectifs de la recherche, un premier échantillon d'approximativement 380 familles était tiré. L'échantillonnage des familles s'est effectué de façon systématique à partir de la liste fournie par la RAMQ. Un total de 376 familles ont été choisies dans un premier temps. En raison du nombre imprévu de familles introuvables, soit 101, une deuxième série de familles a dû être choisie pour finalement obtenir 297 entrevues complétées. Le taux de refus de la population échantillonnée et rejointe a été de 15 %.

Intervenants

L'autre population à l'étude a été celle des intervenants œuvrant dans les trois CLSC associés à la recherche et dans les organismes communautaires voués à l'installation des familles immigrantes sur ces mêmes territoires. Avec l'objectif d'obtenir un nombre égal d'intervenants du secteur médical et social, 40 intervenants furent interviewés. Nous avons choisi aléatoirement des intervenants du réseau CLSC par strates où chaque strate a été définie par une combinaison CLSC/secteur (médical ou social) pour un total de 6 strates (3 CLSC x 2 secteurs par CLSC). Les intervenants du réseau communautaire furent aussi échantillonnés aléatoirement par strates définies par les CLSC car la catégorisation par secteur n'était pas possible dans le réseau communautaire.

Procédures de cueillette de données

Le répondant choisi a été la mère parce que nous la croyions la plus à même de traiter des sujets étudiés. Les entrevues ont été effectuées à domicile pour les familles et au lieu de travail pour les intervenants, elles ont eu respectivement une durée d'une heure et demie et d'une heure. Afin de couvrir l'ensemble des langues parlées par les familles composant notre échantillon, nous avons eu recours à 18 intervieweuses et à 3 interprètes. Plusieurs intervieweuses étant bilingues ou trilingues, le recours à des interprètes en a été considérablement réduit.

L'instrument de recherche a été le questionnaire construit essentiellement de questions fermées avec quelques questions ouvertes, dans le but de préciser certains contenus. Les questions étaient divisées en quatre sections portant sur le profil sociodémographique des familles et des intervenants, puis des données sur les secteurs santé, social et culturel.

Analyse et traitement des données

L'analyse des données a été faite à partir du construit théorique (tableau 1) où l'on retrouve la séquence de problèmes identifiés et priorisés et le cheminement de consultation à partir des personnes souhaitées, de leur disponibilité, de l'accessibilité des personnes effectivement consultées et de la compatibilité culturelle des services offerts. Mentionnons que l'analyse des données des familles et des intervenants s'est faite en parallèle afin d'effectuer une analyse comparative des perceptions des deux groupes. Les perspectives des unes et des autres diffèrent toutefois. Alors que les témoignages des familles sont liés à leur situation réelle au cours de l'année précédant l'entrevue (1992-1993), ceux des intervenants se basent sur une situation hypothétique se référant à l'ensemble de leur clientèle, par le biais de leur appartenance institutionnelle.

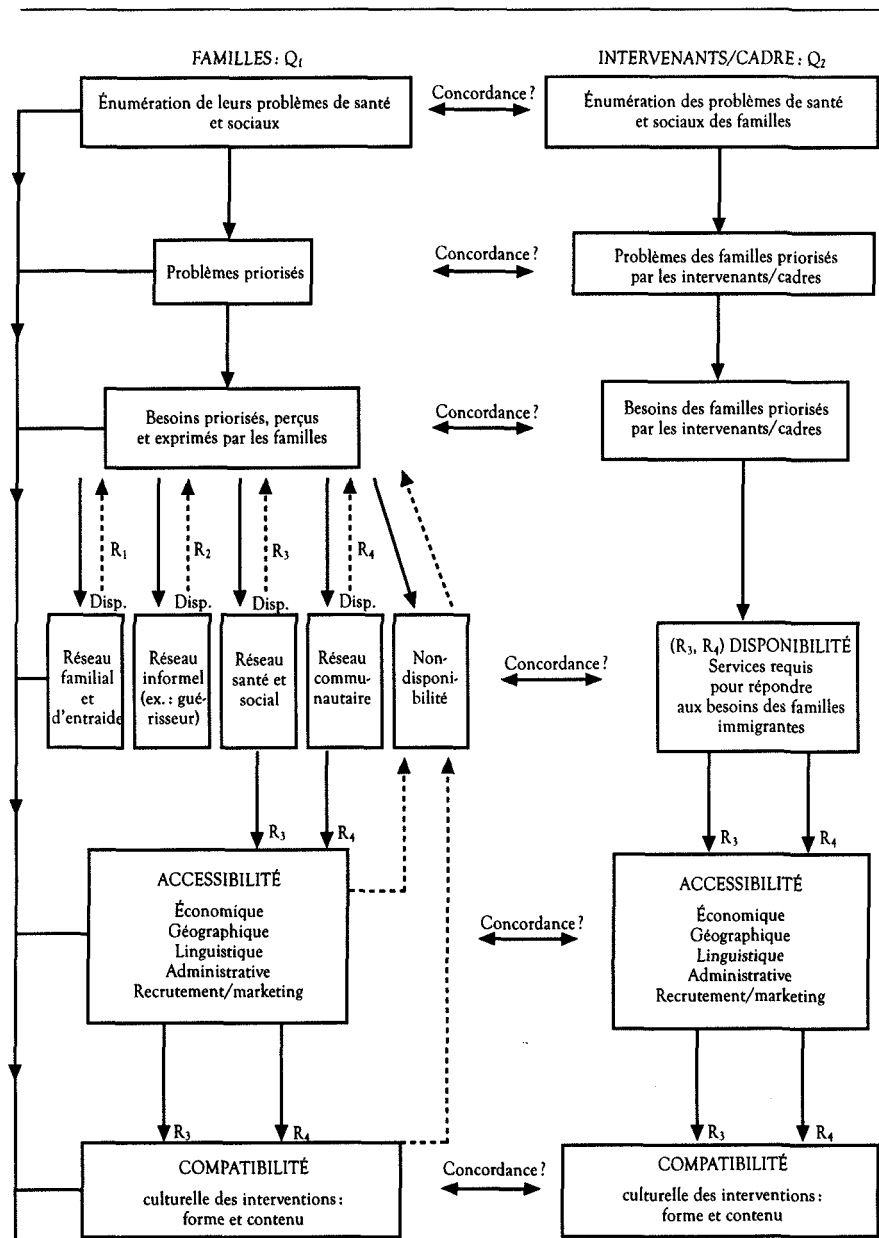
Nous nous sommes finalement servis du logiciel SPSS pour traiter nos données et ainsi obtenir des distributions de fréquences et des tableaux croisés.

PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES FAMILLES ET DES INTERVENANTS

Les familles rencontrées avaient de jeunes enfants (57 % des enfants répertoriés ont moins de cinq ans) et sont majoritairement arrivées au Québec au cours des quatre dernières années (87 % des répondantes et 66 % des conjoints). Leur départ du pays d'origine a été dans 75 % des cas planifié et parmi les raisons ayant motivé ce départ (les répondantes pouvaient choisir plusieurs raisons), la raison prioritaire, pour 53 % des familles, a été d'améliorer la vie future des enfants. Des raisons politiques sont invoquées dans 39 % des cas, et des raisons économiques, dans 29 % des cas. Ces familles sont d'origine urbaine dans 84 % des cas, elles ont le statut de résidents permanents et ont en moyenne 2,14 enfants. Les pays d'origine sont principalement le Liban pour 37 % des répondantes, le Salvador et le Maroc pour 5 %,

TABLEAU 1

Cadre



Adéquation

Q1: Questionnaire adressé aux familles

Q2: Questionnaire adressé aux intervenants

R: Réseau

la Syrie pour 4 % et l'Égypte pour 3 %. En termes de connaissances des langues officielles du pays d'accueil, 47 % des répondantes et 52 % des conjoints parlent couramment le français alors que 35 et 56 % respectivement parlent l'anglais. Les langues les plus couramment parlées à la maison sont l'arabe dans 48 % des cas, le français dans 21 %, l'espagnol dans 10 % et l'anglais dans 8 % des cas. Les répondantes sont majoritairement de religion chrétienne (63 %) et ont un niveau de scolarité élevé : 44 % ont plus de 13 ans d'étude et 69 %, plus de 11 ans. Il en est de même des conjoints (53 et 72 %). Alors que 24 % des répondantes sont sur le marché du travail, 61 % sont des travailleuses au foyer ; les conjoints sont, quant à eux, au travail dans 51 % des cas et chômeurs dans 34 % des cas. Ces familles ont finalement un niveau socioéconomique qui se situe sous le seuil de la pauvreté dans 78 % des cas³.

Les intervenants rencontrés sont majoritairement des femmes (33 sur 40). Elles se répartissent assez également entre le secteur santé et le secteur social et leur formation a été principalement en études infirmières et en travail social. Ce sont des professionnelles d'expérience (près de la moitié ont plus de 5 ans de pratique), rodées à la pratique auprès de clientèles immigrantes (65 % consacrent les trois quarts de leur temps à une clientèle immigrante). Elles ont un profil ethnoculturel varié et parlent plusieurs langues (40 %, deux langues et 20 %, trois langues et plus). Soixante-quinze pourcent d'entre elles ont reçu et 45 % continuent de recevoir une formation à la pratique interculturelle au moment de l'enquête.

PRIORISATION DES PROBLÈMES

Les choix méthodologiques de l'étude nous permettent d'obtenir des données représentatives quant aux problèmes des familles et quant à leurs modes de résolution. Il est ainsi possible d'inférer les résultats obtenus à la population des jeunes familles immigrantes des territoires concernés. Plus prudemment, l'inférence peut être faite à la population des jeunes familles immigrantes de la région de Montréal, tout en gardant en mémoire les particularités locales des CLSC impliqués, dont la surreprésentation de la population d'origine libanaise sur les territoires de ces CLSC.

3. Les seuils de pauvreté sont ceux du Conseil national de bien-être en 1992.

Problèmes sociaux prioritaires⁴

Comme nous l'indique le tableau 2, tant chez les familles que chez les intervenants, ce sont les problèmes reliés au travail (en trouver, remplir les conditions pour y accéder) qui dominent en termes de problèmes sociaux prioritaires. Les intervenants placent toutefois les problèmes financiers au premier rang des problèmes prioritaires. Il va de soi que ces deux types de problèmes sont fortement liés.

TABLEAU 2

Priorisation des problèmes sociaux par les familles et les intervenants

Problèmes sociaux priorités	Rang selon familles	Rang selon intervenants
Problèmes reliés au manque de travail	1	2
Problèmes de communication	2	4
Problèmes reliés à l'accès au travail	3	*
Problèmes financiers	4	1
Problèmes de logement	5	5
Problèmes de discrimination	6	*
Problèmes reliés au statut d'immigration	7	3

* Ces problèmes n'ont pas été priorisés

L'intégration socioéconomique des immigrants est un volet crucial de leur intégration globale, comme le soulignait le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration (MCCI, 1990) dans un document sur le sujet. Ce document vient expliciter en détail les dimensions de l'intégration des immigrants en lien avec la politique officielle du ministère. L'intégration d'abord présentée comme un processus à long terme et multidimensionnel est ensuite spécifiée en

4. Une liste de problèmes sociaux étaient incluse dans le questionnaire. À partir de cette liste, la répondante identifiait quels problèmes elle avait rencontrés au cours de la dernière année, pour ensuite préciser les deux qu'elle estimait prioritaires. Cette liste comprenait : des problèmes financiers ; des problèmes de communication au travail, dans les services, dans les commerces et les magasins ; des problèmes à trouver du travail ou des problèmes reliés aux conditions de travail, à la reconnaissance de diplômes étrangers, à la reconnaissance d'expérience antérieure de travail, à la déqualification professionnelle ; des problèmes reliés au statut d'immigration ; des problèmes à trouver un logement, reliés au coût, à la dimension ou aux conditions de ce logement ; des problèmes de discrimination/racisme autour de la recherche d'un travail, d'un logement, dans les services publics, dans les commerces et magasins, dans l'utilisation de l'anglais au Québec.

termes d'intégration socioéconomique, linguistique, culturelle, institutionnelle, personnelle, communautaire et sociale. L'intégration socioéconomique est présentée comme plus ou moins complexe selon les acquis prémigratoires et les obstacles structurels de la société d'accueil, tels une récession économique et un haut taux de chômage. Plusieurs des familles de notre échantillon se situent dans une phase d'adaptation fonctionnelle, associée aux premières années d'établissement dans un nouveau pays, elles y rencontrent donc des obstacles structurels tels que ceux mentionnés, tout en ayant, pour beaucoup, des acquis prémigratoires intéressants. C'est ce qui, croyons-nous, leur fait identifier et prioriser ce type de problème social.

Les familles de notre échantillon priorisent aussi certains problèmes que nous avons regroupés sous le vocable de problèmes d'accès au travail. Nous avons inclus dans cette catégorie les problèmes de non-reconnaissance de l'expérience de travail à l'extérieur du Canada, de déqualification professionnelle et de conditions de travail, faisant en cela référence à ce que Bibeau *et al.* (1992) désignent sous le concept d'organisation hiérarchisée du travail. Alors que dans notre échantillon 51 % des conjoints travaillent, 34 % sont en chômage. Peut-être le fait que les familles identifient et priorisent les problèmes de travail dans le secteur social est-il dû autant à un travail obtenu en deçà des compétences des individus qu'à l'absence de travail comme telle.

Il faut aussi noter que 62 % des répondantes sont travailleuses au foyer au Québec comparativement à 17 % au pays d'origine. Elles sont maintenant sur le marché du travail dans une proportion de 24 % contre 67 % dans le pays d'origine. Il y a donc, au Québec, une baisse de la présence des femmes sur le marché du travail qui peut, en partie, s'expliquer par la présence d'enfants d'âge préscolaire. Cette réalité, jumelée avec une possible insatisfaction liée au type d'emploi occupé ou un doute quant à la possibilité de trouver du travail, leur fait d'autant prioriser ce type de problème social.

Une deuxième constatation au chapitre des problèmes sociaux a trait à l'importance accordée par les familles de notre échantillon (deuxième rang de priorisation) autant que par les intervenants (quatrième rang) aux problèmes de communication. Comme le soulignaient Beiser *et al.* (1988, p. 29) « il est impossible de vraiment s'adapter à une culture si on n'en connaît pas la langue ». Ce rapport attirait l'attention sur ce type de problème estimant que de nombreux problèmes sociaux et de santé y sont directement attribuables, les individus ne maîtrisant pas l'une des deux langues ayant le sentiment d'être des marginaux plutôt que des membres à part entière de la société. Notre

échantillon comporte toutefois un pourcentage important de personnes (65 % des répondantes et 76 % des conjoints) qui maîtrisent soit l'anglais soit le français. Il est conséquemment paradoxal que les problèmes de communication soient priorisés au deuxième rang. Cela l'est moins pour les intervenants qui rencontrent une large clientèle d'immigrants et qui sont conséquemment à même d'observer ces difficultés sur une base continue. Peut-être trouve-t-on un facteur explicatif du côté des familles lorsqu'on observe que la langue la plus souvent parlée à la maison est l'arabe (dans 48 % des cas). Renaud *et al.* (1993) observent, tout comme nous, qu'après trois ans, la langue la plus fréquemment utilisée à la maison est pour 67 % des cas la langue maternelle, autre que française ou anglaise. Le français n'est la langue la plus souvent parlée que par 21 % des familles de l'échantillon. Un autre facteur non négligeable est la politique linguistique du Québec, axée sur le français comme principale langue de communication. Pour les familles qui ne parlent pas ou peu le français, le fait de vivre à Montréal peut être source de difficultés. Ainsi, bien que parlant l'une des deux langues de la société d'accueil pour un pourcentage élevé d'entre elles, les familles demeurent sans doute peu habiles et mal à l'aise de le faire.

Nous voudrions finalement commenter le fait que les intervenants priorisent au troisième rang les problèmes reliés au statut d'immigration alors que les familles ne les placent qu'au septième rang. Les intervenants font sans doute référence aux statuts d'immigration fréquents des années 1980 et 1990 soit les statuts de la catégorie famille et ceux de requérants au statut de réfugié. Ces catégories, typiques de l'immigration des récentes années et probablement sur-représentées dans les clientèles (Labelle, 1989), donnent lieu à différents problèmes dont les intervenants sont conscients telle la situation de dépendance dans laquelle sont placés les ressortissants de la catégorie « familles » et les démarches multiples auxquelles doivent se soumettre les requérants au statut de réfugiés sans oublier le peu de mesures sociales auxquelles ces catégories ont accès pendant ce temps.

Ces problèmes reliés au statut d'immigration viennent plus loin dans l'ordre de priorisation des familles en raison, croyons-nous, de leur statut particulièrement stable d'immigrants reçus ou de citoyens. En effet, on note que 95 % des répondantes et 97 % des conjoints ont ces statuts.

Problèmes culturels prioritaires⁵

Tel qu'en témoigne le tableau 3 nous retrouvons, dans les problèmes priorités par les familles, une polarisation autour des enfants et des mères. Les intervenants, par contre, priorisent davantage des problèmes qui relèvent d'une dynamique de couple.

TABEAU 3

Priorisation des problèmes culturels par les familles et les intervenants

Problèmes sociaux priorités	Rang selon familles	Rang selon intervenants
L'isolement et l'ennui	1	1
La garde des enfants	2	6
Le manque d'argent	3	7
Modalités d'éducation et de loisirs des enfants	4	10
Le manque de travail et de formation au travail	5	*
Les rapports hommes-femmes	6	2
Le partage des tâches dans les soins, l'éducation des enfants et la conduite du ménage	*	3
Le manque de soutien de la parenté	*	4
La violence conjugale	*	5

* Ces problèmes n'ont pas été priorités

L'isolement et l'ennui sont au premier rang des problèmes culturels priorités tant par les familles que par les intervenants. L'isolement est toutefois fréquemment mentionné comme problème des femmes en général (Guberman *et al.*, 1993). Néanmoins les immigrantes se distinguent par le fait qu'elles méconnaissent souvent les services auxquels elles peuvent recourir, ou alors elles hésitent à le faire car elles perçoivent ces problèmes comme relevant de la sphère privée d'autre part singulièrement rétrécie par la perte du réseau de

5. Tout comme les problèmes sociaux, une liste des problèmes culturels était incluse dans le questionnaire. Cette liste comprenait : des problèmes reliés à l'utilisation de la nourriture disponible en société d'accueil ; des problèmes vestimentaires reliés au changement des saisons ; des problèmes de garde des enfants ; des problèmes reliés à un contexte défavorable au développement des enfants ; des problèmes reliés à la socialisation des enfants ; des problèmes de discipline des enfants en société d'accueil ; des problèmes reliés à la présence ou à l'absence de la parenté ; des problèmes d'isolement ; des problèmes reliés à des rapports hommes-femmes différents ; des problèmes reliés à un non-partage des tâches concernant la conduite du ménage et le soin et l'éducation des enfants ; des problèmes reliés au travail à l'extérieur du foyer de la femme ; des problèmes reliés aux croyances religieuses des familles.

soutien à la suite de la migration (Alvarado et Gravel, 1991 ; Duval, 1991).

Les familles priorisent ensuite les problèmes reliés à la garde des enfants (deuxième rang, sixième rang pour les intervenants). Pour certaines, le problème de la garde des enfants relève d'une question financière et pour d'autres, le recours à une gardienne non parente n'est pas acceptable. L'absence de la famille élargie implique une perte quant aux soins à donner aux enfants (Alvarado et Gravel, 1991 ; Legault et Lafrenière, 1992) et une augmentation des tâches dévolues aux mères (Meintel *et al.*, 1985). Ainsi, les préoccupations liées aux enfants sont prioritaires pour les familles au cours des premières années d'autant plus que ces enfants sont jeunes.

Les modalités d'éducation et de loisirs des enfants sont au quatrième rang des problèmes priorisés par les familles. Certaines familles craignent l'influence de la société d'accueil dans l'éducation de leurs enfants, d'autres évoquent plutôt le manque de loisirs pour eux. Sachant que pour 54 % des familles, la recherche d'un meilleur futur pour les enfants était la ou une des raisons ayant motivé le projet migratoire, il devient plus aisé de comprendre ces appréhensions ; les familles découvrent en effet un contexte peut-être moins favorable à l'éducation de leurs enfants que ce qu'elles imaginaient. Même si ces préoccupations ne sont pas uniques au Québec, la situation des jeunes et leurs problèmes de décrochage scolaire, de violence et de drogues peuvent inquiéter sinon alarmer certaines familles immigrantes.

Les intervenants, pour leur part, placent ces préoccupations au dixième rang. Outre cette disparité dans l'importance accordée à la problématique des modalités d'éducation, les intervenants s'interrogent alors davantage sur la confrontation des modèles de relations parents-enfants, sur les modalités de discipline, sur l'éducation des enfants en général. Legault et Lafrenière (1992) associent ces attitudes à la notion de choc culturel intervenants-clients pouvant mener à des situations d'incompréhension interculturelle.

Les intervenants attachent d'autre part beaucoup d'importance aux rapports hommes-femmes puisqu'ils les placent au deuxième rang des problèmes culturels prioritaires. Les familles ne mentionnent pas ce type de problème. Elles s'expriment plutôt en termes de difficultés de couple ou familiales et ces problèmes arrivent au sixième rang des problèmes culturels prioritaires. De la même façon, les intervenants priorisent (au troisième rang) le non-partage des tâches reliées à l'éducation des enfants et à la conduite du ménage alors que les familles ne le retiennent pas comme problème prioritaire. Ce type de problème se retrouve au dix-huitième rang des problèmes les plus fréquemment

identifiés par les familles. La question de la violence conjugale est aussi une préoccupation chez les intervenants alors qu'elle n'est pas citée par les familles.

Cette priorisation de la part des intervenants témoigne de leur sensibilisation à la dynamique des couples immigrants et au phénomène de la violence faite aux femmes, thèmes abondamment traités dans les écrits (Beaulieu et Concha, 1988 ; Legault et Rojas-Benavente, 1988 ; Freire, 1989 ; Barudy, 1992). Cette sensibilisation peut être associée au mouvement féministe occidental des dernières décennies. Les intervenants de notre échantillon étant majoritairement des femmes, peuvent avoir été impliquées dans ce mouvement pour elles-mêmes et pour leurs clientes, et de ce fait, être davantage préoccupées de notions d'égalité dans les rapports hommes-femmes. Cette priorisation présuppose toutefois une remise en question et une renégociation des rôles sociaux dans le couple de la part des jeunes familles immigrantes. Nos données ne nous permettent pas de soutenir ou d'infirmer une telle remise en question même si, comme le sous-tendent les écrits, les problèmes conjugaux sont fréquents chez les jeunes familles immigrantes (Duval, 1991 ; Juteau, 1991). La sphère privée se limitant souvent au conjoint et aux jeunes enfants, on comprendra que le climat familial puisse être source de tensions favorisant l'émergence de conflits conjugaux et parentaux.

Pour interpréter cette divergence de priorité de problèmes culturels, nous nous interrogeons sur les réalités dont font état les intervenants et les familles. Les problèmes mis de l'avant par les intervenants seraient-ils davantage des problèmes éprouvés par les familles à un moment plus lointain de leur séjour au pays d'accueil, ou ces problèmes seraient-ils considérés comme secondaires par les familles, compte tenu des embûches quotidiennes qu'elles doivent affronter, ou encore ces problèmes seraient-ils considérés comme faisant partie de la sphère privée ? Nous pouvons expliquer finalement cette divergence de priorisation par le fait que les intervenants s'expriment en fonction de la clientèle qu'ils côtoient alors que les familles traduisent une vision populationnelle.

CHEMINEMENT DES FAMILLES POUR LEUR PROBLÈME PRIORITAIRE

Le tableau 4 résume le cheminement des familles pour leur problème prioritaire des secteurs social et culturel. Le taux de non-consultation pour les problèmes sociaux est de 41 % alors qu'il s'élève à 54 % pour les problèmes culturels. Lors des consultations effectuées, les familles

vont d'abord et davantage vers le réseau formel⁶ pour le secteur social alors qu'elles recourent plutôt au réseau informel pour le secteur culturel. C'est donc dire qu'il y a concordance, chez les familles, entre le réseau d'appartenance des premières personnes souhaitées⁷ et celui des personnes effectivement consultées.

TABLEAU 4
Cheminement des familles pour leur problème prioritaire

Cheminement des familles ayant priorisé un problème	Secteur social	Secteur culturel
Aucune consultation	41 % (104)	54 % (106)
Consultation dans réseau formel seulement	36 % (91)	17 % (34)
Consultation d'abord dans réseau informel pour ensuite consulter dans réseau formel	5 % (12)	3 % (6)
Consultation dans réseau informel seulement	15 % (37)	25 % (50)
Données manquantes	3 % (7)	1 % (2)
Total	100 % (251)	100 % (198)

Il faut aussi noter que lorsqu'il n'y a pas eu de consultation pour un problème jugé prioritaire par la répondante, ce problème est demeuré non résolu dans un nombre élevé de cas. Cette proportion est de 49 % pour le secteur social et de 60 % pour le secteur culturel. Considérant que pour le secteur social, les problèmes prioritaires sont liés au manque de travail, aux problèmes financiers et de communication et que pour le secteur culturel ils sont liés à l'isolement et à l'ennui, et à la garde des enfants, ces proportions de non-résolution de problèmes peuvent s'avérer inquiétantes.

PRÉFÉRENCES DE CONSULTATION

Les difficultés de disponibilité et d'accessibilité aux services sont traitées de façon indistincte dans plusieurs études (Valdez *et al.*, 1993 ; Legault et Lafrenière, 1992 ; Urrutia-Rojas et Aday, 1991 ; Hulka et

6. Dans notre enquête le réseau formel de services comprenait l'ensemble des services professionnels offerts avec la carte d'assurance-maladie du Québec de même que les services publics. Il comprenait également des professionnels qui, sans être des services publics, relevaient du réseau formel de services tels que les dentistes, les avocats, les psychologues, etc... Quant au réseau informel, il s'agissait essentiellement de parents, d'amis ou de non-professionnels.

7. Les familles avaient la possibilité de se prononcer sur deux personnes de leur choix, quant à une consultation pour leur problème prioritaire.

Wheat, 1985). Dans notre étude, nous les avons traitées séparément en nous enquérant d'abord des préférences de consultation des familles pour leurs problèmes sociaux et culturels prioritaires. Les intervenants se sont également exprimés sur ces préférences quant aux problèmes qu'ils estimaient prioritaires pour les familles.

De manière générale les familles souhaitent majoritairement recourir au réseau formel pour leurs problèmes sociaux. Les intervenants sont du même avis en proportion plus élevée. Pour le secteur culturel, alors que les familles souhaitent consulter surtout des personnes du réseau informel, les intervenants croient toujours que des personnes du réseau formel sont souhaitables quoique en proportions moins affirmées que pour le secteur social.

Pour leur problème social prioritaire (le travail, la communication, le manque d'argent, le logement), 64 % des familles qui se sont prononcées souhaitent consulter le réseau formel, *i.e.* un agent ou un conseiller en emploi ou une institution d'enseignement. Les intervenants estiment aussi que les familles souhaitent majoritairement (75 %) recourir au réseau formel, en privilégiant toutefois les intervenants communautaires et les travailleuses sociales, c'est-à-dire des intervenants travaillant dans les établissements où ils travaillent eux-mêmes.

Le pourcentage de personnes ayant priorisé un problème social mais n'ayant souhaité consulter personne est de 32 %. Cette tendance s'accroît davantage lorsqu'on considère le secteur culturel. En effet, près de la moitié des familles (47 %) qui ont priorisé un problème culturel ne souhaitent consulter personne pour ce problème⁸. Pour ce qui est de leurs problèmes prioritaires du secteur culturel, c'est-à-dire l'isolement et l'ennui, la garde des enfants, le manque d'argent et de travail et les modalités d'éducation des enfants, les familles souhaitent consulter majoritairement le réseau informel (65 %). D'après les intervenants, les familles souhaiteraient et consulteraient toujours davantage le réseau formel (59 %), *i.e.* une garderie, un agent ou un conseiller, une travailleuse sociale pour les problèmes culturels qu'eux priorisent, *i.e.* l'isolement et l'ennui, les rapports hommes-femmes inégalitaires, le non-partage des tâches, le manque de soutien de la parenté et la violence conjugale.

Si, dans ce secteur, la disparité entre les intervenants et les familles est frappante, elle se comprend en regard des problèmes

8. Quarante-sept pour cent (47 %) des familles qui ont priorisé un problème culturel ne souhaitent consulter personne. Nous avons vu que cette proportion s'élève à 54 % lorsqu'on considère les personnes souhaitées et non consultées de fait.

priorisés par les uns et les autres. Ainsi les familles qui priorisent l'isolement et l'ennui, la garde des enfants, les modalités d'éducation et de loisirs sont des familles récemment immigrées qui souhaitent discuter de ces problèmes avec des membres de la famille, des voisins, des amis car ils ont l'habitude de consulter leur réseau (informel) pour ce type de problèmes. De la même façon les intervenants, en raison du type de problèmes culturels qu'ils priorisent, auront tendance à suggérer une consultation du réseau formel car, pour eux, ce réseau est le plus susceptible d'aider les familles avec ces problèmes.

ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES SOCIAUX⁹

La disparité familles-intervenants est frappante en ce qui a trait au pourcentage de personnes du réseau formel ayant présenté des difficultés d'accessibilité. Ces dernières sont présentes dans 29 % (secteur social) et 32 % (secteur culturel) des cas pour les personnes consultées du réseau formel, alors que, selon les intervenants, elles sont présentes respectivement dans 72 % et 59 % des cas. S'exprimant ainsi, il nous semble que les intervenants ont largement intégré les contenus et critiques des différentes études et analyses portant sur l'accessibilité des services aux communautés culturelles (Lebel, 1986 ; Kein *et al.*, 1987 ; Bisailon, 1988 ; MSSS, 1990). Peut-être sont-ils aussi plus sévères et exigeants que les familles quant à leurs services qu'ils ne jugent pas assez accessibles (Glampson et Goldberg 1976).

Pour le secteur social en particulier, nous ajouterons que les services auxquels les familles affirment accéder sans difficultés ne sont pas des services sociaux comme tels puisqu'il s'agit des services reliés à l'immigration, à l'emploi, à l'aide sociale ou aux institutions d'enseignement. On pourrait toutefois concevoir ces services comme des services sociaux au sens large et se réjouir du fait que les familles les perçoivent comme accessibles.

Lorsqu'on s'attarde aux difficultés d'accessibilité et qu'on les compare à l'aide du tableau 5, on constate que ce sont les raisons administratives qui dominent pour le secteur social et les raisons linguistiques pour le secteur culturel. On peut penser que ces dernières sont celles qui correspondent au pourcentage des répondantes qui ne parlent ni le français ni l'anglais couramment, soit 19 % et 24 %. On

9. En relation avec l'accessibilité aux services, notre enquête n'a porté que sur les difficultés d'accessibilité aux personnes du réseau formel. Pour ce qui est des personnes du réseau informel de services, seule leur disponibilité a été notée.

est assez près des pourcentages de 29 % et 32 % des répondantes ayant expérimenté des difficultés d'ordre linguistique dans l'accessibilité aux services. La prédominance de ce type de raisons pour le secteur culturel s'explique sans doute par la complexité des problèmes de ce secteur, complexité qui nécessite plus qu'une maîtrise de l'une des deux langues de la société d'accueil pour les exprimer.

Quant aux raisons administratives qui dominent dans le secteur social, elles réfèrent aux démarches à faire, aux horaires, aux rendez-vous à prendre. Ce sont là des domaines dont plusieurs services sociaux sont conscients et qu'il importe de souligner en termes d'améliorations souhaitables. L'étude de Waxler-Morrison *et al.* (1990) mentionne également les difficultés linguistiques, bureaucratiques et de pauvreté dans l'accès aux services.

TABLEAU 5

Difficultés d'accessibilité des personnes consultées du réseau formel

Raisons (réponses multiples)	Secteur social		Secteur culturel	
	Familles	Intervenants	Familles	Intervenants
Économiques	7 % (6)	19 % (15)	21 % (6)	14 % (8)
Géographiques	13 % (11)	1 % (1)	—	5 % (3)
Administratives	33 % (29)	30 % (24)	11 % (3)	11 % (6)
Linguistiques	17 % (15)	25 % (20)	32 % (9)	34 % (19)
Manque d'information	8 % (7)	15 % (12)	7 % (2)	21 % (12)
Autres raisons	22 % (19)	9 % (7)	29 % (8)	14 % (8)
Total	100 % (87)	100 % (79)	100 % (28)	100 % (56)

La question de l'accessibilité aux services sociaux et de santé est à l'évidence complexe et plusieurs domaines doivent être touchés pour l'améliorer. À titre d'exemple, nous citons diverses rubriques, identifiées par le CSSMM¹⁰ en 1990, à examiner pour une meilleure accessibilité des services : les mandats, objectifs et rôles des organismes, les structures et le fonctionnement, les politiques et programmes, l'organisation des services, la formation, la sensibilisation et le perfectionnement des intervenants, l'accueil et l'adaptation des services, l'embauche. Tous ces domaines, croyons-nous, doivent être abordés dans une perspective de changement organisationnel qui rende les services sociaux accessibles.

10. Document de référence pour la préparation du plan d'action du CSSMM à l'intention des communautés culturelles (1990).

COMPATIBILITÉ DES SERVICES SOCIAUX

Les perceptions des familles et des intervenants quant à la compatibilité des services de santé et des services sociaux sont divergentes en plusieurs points, la vision des intervenants étant plus critique¹¹.

Difficultés d'interprétation et de communication¹²

Bien qu'au chapitre de l'accessibilité des services (secteur culturel), les familles aient placé au premier rang les difficultés linguistiques, ces mêmes services ne semblent pas pour autant incompatibles puisque les familles manifestent très peu (9 % dans le secteur social et 6 % dans le secteur culturel) le besoin de recourir à un interprète lors des consultations¹³. Serait-ce que les familles estiment qu'elles peuvent ou doivent se débrouiller sans interprète ? Les intervenants soutiennent d'autre part massivement (77 %) que les familles ont besoin d'un interprète lors des consultations. Dans leur étude, Waxler-Morrison *et al.* (1990) déplorent que plusieurs intervenants sous-estiment la capacité des familles à comprendre et à s'exprimer en anglais. Nous nous interrogeons sur ce phénomène à la fois contradictoire et généralisé. Les intervenants auraient-ils à ce point intégré les recommandations quant à l'accessibilité linguistique des services qu'ils surestiment la nécessité de services d'interprétariat ou peut-être se sentent-ils plus adéquats et compétents professionnellement s'ils peuvent s'assurer les services d'un interprète.

Il reste qu'un écart important existe entre notre échantillon, où le tiers des répondantes parlent peu ou pas le français ou l'anglais, et leur opinion quant au besoin d'un interprète. Peut-être les services existants offrent-ils déjà des services d'interprétariat satisfaisants ou encore les professionnels maîtrisent-ils les langues d'usage des répondantes. Nous

11. Mentionnons que les intervenants se sont prononcés sur la comptabilité des services pour les deux secteurs combinés alors que les familles l'ont fait de manière distincte. Il en résulte un commentaire global de la part des intervenants, et de ce fait moins nuancé.
12. Ces difficultés réfèrent au besoin d'un interprète, à la disponibilité de cet interprète et aux problèmes reliés au processus d'interprétation.
13. Toutefois, lorsqu'un interprète était souhaité, celui-ci était souvent non disponible et lorsqu'il l'était, les répondantes disent avoir éprouvé des difficultés d'interprétation dans la majorité des cas. Notons toutefois qu'il s'agit ici d'un nombre très restreint de cas. Par exemple dans le secteur culturel, 6 % (3/50) des répondantes ont déclaré avoir eu besoin d'un interprète et de ce nombre, dans 67 % (2/3) des cas, un interprète n'était pas disponible.

pourrions aussi faire l'hypothèse que la clientèle utilisatrice des services a plus de difficultés linguistiques que la population de l'échantillon.

Difficultés reliées aux relations humaines

Les intervenants sont, encore une fois, plus critiques que les familles quant à la qualité des relations humaines lors des consultations. Nous référons, en relation avec ces difficultés, au temps insuffisant accordé lors des consultations, au fait de n'avoir pu consulter un intervenant(e) de la même culture ou parlant la même langue que soi ou encore au fait d'avoir été dérangé par des différences d'âge ou de sexe entre soi et l'intervenant(e) lors des consultations. Les intervenants ont-ils à nouveau intégré une critique des services que les familles ne semblent pas partager? Certains écrits nous incitent à considérer le niveau d'éducation comme un élément déterminant de ces critiques. Dans une étude française (Leloup *et al.*, 1989) portant sur les opinions des familles immigrantes à l'égard des services des institutions sanitaires, les auteurs ont pu noter que les familles immigrantes, issues de milieux défavorisés, avaient des opinions plus sévères. Les familles de notre échantillon, ayant un niveau élevé d'éducation, soit se tirent mieux d'affaire soit sont tolérantes et flexibles face aux services offerts.

Par ailleurs les écrits sont éloquentes sur les avantages et les inconvénients reliés au fait d'appartenir à la même culture ou de parler la même langue que celle des clients (Welin et Ervin, 1991; Lebel, 1986). Certains clients préfèrent consulter un membre de leur communauté, estimant qu'ils pourront s'exprimer davantage et mieux se faire comprendre. Certains autres préféreront au contraire consulter quelqu'un qui n'appartient pas à leur communauté craignant que leurs problèmes circulent dans la communauté ou qu'ils soient jugés.

Peu d'études ont traité simultanément de ces divers facteurs de compatibilité des services (âge, sexe, explications quant à la nature et au traitement des problèmes) si ce n'est l'étude de Flakerud (1986) en association avec les services de santé mentale prodigués à certaines communautés culturelles aux É.-U. La principale limite de cette étude réside dans le fait qu'il n'existe pas de pondération validée des différents facteurs énumérés, pondération qui permettrait de construire un indice de compatibilité culturelle des services.

En ce qui a trait aux différences d'âge et de sexe en tant que facteurs perturbateurs lors des consultations, on note que peu ou pas de répondantes affirment avoir été dérangées par ces facteurs; d'après les intervenants, au contraire, l'âge de l'intervenant dérangerait les clientèles immigrantes dans 53 % des cas, et le sexe, dans 85 % des cas.

Cet écart de perceptions est possiblement lié au contexte dans lequel se situent répondantes et intervenants.

Difficultés reliées au jugement professionnel¹⁴

Les remarques et commentaires précédents valent également pour les questions portant sur le jugement professionnel. La vision des intervenants est, encore une fois, plus sévère que celle des familles et va dans le même sens que celle rapportée par l'étude menée auprès de plusieurs intervenants par la Table de concertation auprès des réfugiés (1984). Dans cette étude, les auteurs déplorent la méconnaissance des services, le mauvais acheminement des cas, la compétition entre les services et la sous-utilisation des organismes communautaires.

CONCLUSION

En conclusion, deux types de remarques se dégagent de façon assez claire et évidente de l'étude soit : 1) des remarques ayant trait à la composition sociodémographique des jeunes familles ; 2) des remarques spécifiques reliées aux secteurs social et culturel.

D'un point de vue sociodémographique, les jeunes familles immigrantes rencontrées correspondent, si l'on se fie aux énoncés de nos politiques d'immigration, quasi en tout points, au profil d'immigrants recherché. Ce sont de jeunes familles, ayant de jeunes enfants, avec un niveau d'éducation enviable et des habiletés à intégrer le marché du travail à partir d'occupations compatibles occupées au pays d'origine. Ce sont aussi des familles ayant une bonne connaissance du français. Or on observe que ces familles « idéales » éprouvent de nombreux problèmes d'adaptation et d'intégration au cours de leurs premières années au Québec : ces familles sont pauvres et la moitié d'entre elles ne réussissent pas à intégrer le marché du travail. Ces deux constatations, forcément très corrélées, ne peuvent entraîner que déception voire humiliation. La vulnérabilité ainsi créée ne peut que mettre en péril le nouveau projet de vie de ces familles.

Faut-il en conclure qu'il y a hiatus entre nos politiques d'immigration et la concrétisation de ces politiques auprès de familles précises ? Réussirons-nous à garder et à intégrer, avec tout leur potentiel, ces familles qui correspondent si bien au profil recherché ? Les services

14. Ce type de difficultés réfère essentiellement à une solution proposée qui correspond au problème présenté.

de santé et sociaux ne réussissent d'autre part que partiellement à répondre à leurs besoins immédiats? Les mandats de ces services ne devraient-ils pas être élargis pour apporter des réponses plus satisfaisantes aux familles récemment immigrées? Ceci nous amène au deuxième point.

Nous dirions d'emblée que les jeunes familles immigrantes éprouvent des problèmes que l'on retrouve dans l'ensemble de la population, et à ce titre, ces problèmes n'ont rien de particulier. Ils le sont toutefois par leur ampleur et par la menace qu'ils constituent à l'intégration de ces familles.

En relation avec l'identification des problèmes, nous avons été frappées par le fait que les familles, dans le secteur culturel, priorisent surtout les problèmes de manque de socialisation de leurs jeunes enfants et l'absence de contexte favorable à leur développement. Or les intervenants mentionnent des problèmes reliés à la dynamique du couple et à l'isolement des mères comme problèmes prioritaires. Cette différence de perception des problèmes entre les intervenants et les familles est d'ailleurs l'un des traits saillants de notre étude.

Que faut-il en conclure? Que des programmes susceptibles de répondre aux problèmes mentionnés doivent être des programmes qui visent prioritairement les enfants tout en ayant une dimension qui permette d'impliquer les mères et leurs problèmes spécifiques. Ces programmes, centrés sur les enfants et leur développement, donneraient aux mères une occasion de socialisation et d'ouverture leur permettant de mieux se familiariser avec les mécanismes, les ressources et l'univers culturel de la société d'accueil.

Terminons par cette idée créatrice d'intégration issue de nos contacts avec les familles, soit un jumelage précoce familles immigrantes-familles de la société d'accueil qui permettrait un accompagnement régulier et soutenu des nouvelles familles au cours de leurs premiers mois. Ces jumelages existent déjà sur une petite échelle, il y aurait lieu de les amplifier, d'en réactiver d'autres et surtout d'en trouver les modalités les plus prometteuses. Il y aurait lieu, à travers ces jumelages, de favoriser la création de liens positifs entre nouveaux arrivants et citoyens de la société d'accueil à partir de critères précis. Ces jumelages auraient aussi l'avantage de favoriser un processus dans les deux sens c'est-à-dire une adaptation réciproque de la société d'accueil et des nouveaux arrivants.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALVARADO, E. et S. GRAVEL (1991), *Problèmes de stimulation et de développement des jeunes enfants issus de familles latino-américaines du quartier Côte-des-Neiges*, DSC Sainte-Justine.
- BARUDY, J. (1992), « Migration politique, migration économique : une lecture systémique du processus d'intégration des familles migrantes », *Santé mentale au Québec*, vol. XVII, n° 2, p. 47-70.
- BEAULIEU, A. et M. E. CONCHA, (1988), *Les Latino-américains au Québec, portrait des familles de Côte-des-Neiges*, CLSC Côte-des-Neiges et Association des immigrants latino-américains de Côte-des-Neiges.
- BEISER, M. et al. (1988), *Puis... la porte s'est ouverte. Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*. Rapport du groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada.
- BIBEAU, G. et al. (1992), *La santé mentale et ses visages*, Un Québec pluri-ethnique au quotidien, Boucherville, Gaëtan Morin.
- BISAILLON, H. (1988), *Accessibilité des services sociaux du CSSMM aux communautés culturelles de son territoire*, Document de travail, CSSMM.
- CHOINIÈRE, R. (1990), *La situation démographique et socioéconomique de la population du Montréal métropolitain : principaux résultats du recensement de 1986 par CLSC et DSC*, Regroupement de départements de santé communautaire du Montréal métropolitain.
- DUVAL, M. (1991), *Être mère au foyer et récemment immigrée à Montréal*, Institut québécois de recherche sur la culture.
- FLASKERUD, J. H. (1986), « The Effects of Culture-compatibility Intervention on the Utilization of Mental Health Services by Minority Clients », *Community Mental Health Journal*, vol. 22, n° 2, p. 127-141.
- FREIRE, M. (1989), *The Experiences of Refugee Families. Multiculturalism and Health Care : Realities and Needs*, Proceedings of the Canadian Council and Multicultural Health, 1st National Conference, Toronto, mars-avril, p. 95-96.
- GLAMPSON, A. et M. GOLDBERG (1976), « Post Seebomh Social Services : The Consumer's Viewpoint », *Social Work Today*, n° 8, p. 9-14.
- GRES (1992), « Immigration et relations ethniques au Québec : un pluralisme en devenir », dans G. Daigle et G. Rocher, *Le Québec en jeu*, Montréal, PUM, p. 451-481.
- GUBERMAN, N. et al. (1993), *Un mal invisible. L'isolement des femmes*, Montréal, Remue-ménage.

- HENEMAN, B., G. LEGAULT, S. GRAVEL, S. FORTIN et E. ALVARADO (1994), *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*, École de service social, Université de Montréal et Direction de la santé publique de Montréal, Rapport de recherche.
- HULKA, B. S. et J. R. WHEAT (1985), « Patterns of Utilization ; The Patient Perspective », *Medical Care*, vol. 23, n° 5, p. 438-459.
- JUTEAU, F. (1991), « Divorce and the Migration Process among Salvadorians in Montreal », dans S. P. Sharma, M. Ervin et D. Meintel (édit.), *Immigrants and Refugees in Canada*, University of Saskatchewan, p. 282-293.
- KEIN, D. A. et M. GARON, (1987), *Programmes d'accès à l'égalité et accès des minorités aux services publics*, Commission des droits de la personne du Québec, Rapport de recherche.
- LABELLE, M. (1989), « Immigration, main-d'œuvre immigrée et société d'accueil : réalités et contradictions », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 2, n° 2, p. 106-122.
- LEBEL, B. (1986), « Les relations entre les membres des communautés culturelles et les services sociaux et de santé », *Canadian Ethnic Studies*, vol. XVII, n° 2, p. 79-89.
- LEGAULT, G. et E. ROJAS-BENAVENTE (1988), « Femmes immigrantes et travail social : une recension des écrits », *Service social*, vol. 37, n°s 1 et 2, p. 176-196.
- LEGAULT, G. et M. LAFRENIÈRE (1992), *Femmes, migrations, interventions : une rencontre interculturelle*, École de service social, Université de Montréal, Rapport de recherche.
- LEGAULT, G. et S. FORTIN (1994), « Adaptation-intégration des jeunes familles immigrantes : Cadre théorique et devis de recherche », *Intervention*, n° 99, p. 49-62.
- LELOUP, M. et al. (1989), « Les enfants issus de l'immigration et les institutions sanitaires et sociales », *Migrations-Santé*, p. 58.
- MEINTEL, D. et al. (1985), « La nouvelle double journée de travail des femmes immigrantes au Québec », *Revue internationale d'action communautaire*, vol. 14, n° 54, p. 33-44.
- MCCI (Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration) (1990), *L'intégration des immigrants et des Québécois des communautés culturelles : document de réflexion et d'orientation*.
- MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (1990), *Accessibilité des services aux Communautés culturelles. Orientations et plan d'action. 1989-1991*, Bureau des services aux communautés culturelles.

- RENAUD, J. *et al.* (1993), *Trois années d'établissement d'immigrants admis au Québec en 1989: Portrait d'un processus*, Collection Études Ethniques, n° 5, MCCI.
- TABLE DE CONCERTATION AUPRÈS DES RÉFUGIÉS (1984), *La santé mentale des réfugiés*.
- URRUTIA-ROJAS, X. et L. A. ADAY (1991), « A Framework for Community Assessment: Designing and Conducting a Survey in a Hispanic Immigrant and Refugee Community », *Public Health Nursing*, vol. 8, n° 1, p. 20-26.
- VALDEZ, R. B. *et al.* (1993), « Insuring Latinos Against the Cost of Illness », *JAMA*, vol. 269, n° 17, p. 889-894.
- WAXLER-MORRISON, N., J. ANDERSON et E. RICHARDSON (édit.) (1990), *Cross-cultural Caring, A Handbook for Health Professionals in Western Canada*.
- WELIN, L. et A. M. ERVIN (1991), « Refugee Clients and Social Service Agencies: Some Aspects of Cross-cultural Misunderstanding », dans S. Sharma, A. Alexander, A. M. Ervin et D. Meintel (édit.), *Immigrants and Refugees in Canada*. University of Saskatoon, p. 178-184.
- WILKINS, R. (1985), *Données sur la pauvreté de la région métropolitaine de Montréal*, DSC Hôpital Général de Montréal.