

Contributions de l'adaptation culturelle des services de première ligne à l'intégration des personnes issues de l'immigration

Lucienne Martins-Borges

Mariá Boeira-Lodetti

Stéphanie Arsenault

Marguerite Tousignant

Vitoria Nathalia Nascimento

Université Laval

FAITS SAILLANTS

- La connaissance des différents statuts migratoires et de leurs droits respectifs contribue à l'accès aux services;
- La formation sur les principes de l'intervention interculturelle permet de développer un sentiment de compétence culturelle chez les intervenants;
- Les conflits de valeurs peuvent constituer une impasse à la rencontre et à l'intervention interculturelles;
- Une réponse adéquate aux besoins exprimés par les usagers s'appuie sur l'adaptation des critères généraux d'accès aux services;
- Le sentiment de sécurité vécu par les usagers dans le réseau de la santé et des services sociaux contribue à leurs sentiments de sécurité et d'appartenance au sein de la société d'accueil.

PROBLÉMATIQUE ET ENJEU PRINCIPAL

Les services de première ligne constituent la porte d'entrée au système de soins. La culture, pour sa part, donne accès – comme une porte d'entrée – au système de la personne. Ce système, partagé par les membres d'un même groupe, permet de se reconnaître, de se différencier et d'établir des liens d'appartenance. Penser la place de la culture dans les services de première ligne signifie donc de penser la place de la personne dans un réseau de la santé et des services sociaux. Cette question de la culture traverse toutefois rarement nos pensées lorsque nous structurons notre offre de services en santé et en services sociaux, incluant la première ligne. Cela s'explique entre autres par le fait que nos services sont pensés par et pour le groupe majoritaire, et donc, par et pour les personnes partageant les mêmes repères culturels. Au Québec, ces savoirs s'articulent autour d'un système cohérent incluant les ordres professionnels, les manuels diagnostiques ainsi que les programmes universitaires et collégiaux. Cette cohérence délimite les champs de pratique. Pose-t-elle problème? En principe, non. Il s'agit d'une logique partagée entre diverses sphères de notre société, incluant les institutions. Pourquoi, alors, aborder cette question? Il faut le faire, car cette logique s'appuie, à des

Pour citer cet avis | Martins-Borges, L., Boeira-Lodetti, M., Arsenault, S., Tousignant, M. et Nascimento, V. N. (2025). Contributions de l'adaptation culturelle des services de première ligne à l'intégration des personnes issues de l'immigration (p. 167). Dans Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec. *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts*. https://api.vitam.ulaval.ca/storage/Recueil_IUPLSSS_2025.pdf

degrés divers, sur une vision du monde qui est partagée par les membres d'un même groupe. Cette logique fonctionne comme un code, comme une boussole qui oriente ce groupe. Ce code inclut des éléments objectifs, comme la langue, mais également des éléments plus subjectifs comme les conceptions de la santé, de la santé mentale, du bien-être, des soins et de ce qui est normal ou non.

Tout cela ne constituerait pas une préoccupation si nos sociétés n'étaient pas devenues si riches en diversité. Nous faisons ici référence aux personnes issues de l'immigration, plus particulièrement à celles dont la distance culturelle avec le Québec est importante. Ces personnes viennent d'un ailleurs géographique, mais surtout culturel, et portent en elles des façons différentes de voir la santé, le bien-être, les besoins et les réponses possibles à ces derniers. Nous pouvons dire que ces personnes possèdent une boussole différente, un code différent, influencés par leur culture fondatrice et leur vécu migratoire. Penser l'accès aux services de première ligne pour elles exige une prise en compte des éléments constituant leur humanité. Pourquoi sont-elles différentes si nous sommes tous des êtres humains ayant un corps et un monde psychique, ce dernier considéré comme un réservoir d'émotions, d'idées et de représentations du monde?

CONSTATS ET CONSÉQUENCES

Nos corps et nos mondes psychiques sont constitués d'une culture comportant des représentations singulières du monde. Prenons l'image d'une mère qui allaite son bébé. Il est possible d'inférer qu'au-delà d'offrir une réponse à un besoin physiologique de l'enfant, cette mère offre également une réponse aux besoins affectifs permettant au bébé de s'humaniser. Il est à noter qu'il s'agit, bien sûr, de deux besoins universels, à savoir la réponse au besoin physique – se nourrir – et psychologique – se sécuriser. Ce qui est spécifique est la façon de répondre à ces besoins. Celle-ci prend la forme proposée par la culture, dont la façon de toucher et de tenir ce bébé, de le nourrir, de partager des histoires et des chants, ainsi que toutes les interactions qui enveloppent ce moment. Un lien peut maintenant être fait entre cet exemple et les services offerts en première ligne : il y a l'offre de services, les traitements, mais surtout, la place qu'occupent les référents culturels dans toutes ces étapes.

La culture est ainsi la base de l'humanité de la personne et est transmise dès les premiers liens d'attachement. Cette image de la mère avec son bébé permet donc d'avoir accès aux modalités de construction de l'attachement. C'est également la culture qui structure le fonctionnement psychique. En étant fondatrice, elle influence la façon dont la personne se définit, se perçoit et comprend la réalité. Malgré les constantes transformations qu'elle subit au fil du temps, cette culture demeure une source de vitalité et de sécurité permettant la compréhension du monde. D'une manière plus fonctionnelle, elle joue un rôle de médiation entre la personne et son environnement.

Si la construction de la personne est singulière à sa culture fondatrice, nous pouvons comprendre qu'il y a aussi une cohérence entre besoins et culture et, par conséquent, entre offre de services et culture. Et lorsqu'elle ne l'est pas, que se passe-t-il? La personne issue de l'immigration tend à se sentir non reconnue et incomprise. Et l'intervenant tend à se sentir impuissant. Par ce fait même, les besoins demeurent non répondus, certaines situations s'aggravent, les personnes sont constamment réorientées vers d'autres services, les dossiers sont fermés prématurément et, par conséquent, il se produit une

rupture des services auxquels elles ont droit. La réponse adéquate aux besoins doit être, donc, culturellement adaptée.

Nos recherches et nos expériences en intervention font ressortir quelques faits saillants sur l'adaptation culturelle des services de première ligne dans la région de Québec. Le premier élément concerne un manque de connaissances de la part des intervenants et des gestionnaires au sujet des différents statuts migratoires et des droits associés. Cela peut priver ces personnes de leurs droits en santé en ne les dirigeant pas vers des partenaires locaux, contribuant ainsi à leur marginalisation. Un exemple de cela est la méconnaissance des droits de santé des demandeurs d'asile via le programme offert par le gouvernement fédéral, le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).

La pratique de l'intervention, indépendamment de la profession, s'appuie sur des savoirs acquis tout au long de la formation et du développement professionnel. Or, ces savoirs sont peu influencés par les approches interculturelles. Les faibles expériences d'intervention auprès des populations issues de l'immigration placent les intervenants devant un sentiment d'insécurité, voire d'impuissance. Ce sentiment se traduit par une crainte de commettre des erreurs de pratique ou de déroger à la loi. Cela peut également contribuer au développement d'une méfiance vis-à-vis des approches interculturelles.

Lors des interventions, la rencontre avec la différence peut aussi faire émerger des réactions émotionnelles, souvent sous forme de conflits de valeurs. Ces conflits touchent à différentes sphères de la vie d'une personne et l'intervenant se voit confronté à des modèles méconnus ou inconfortables pour lui. La tendance naturelle est de les considérer comme inadaptés. Voici quelques thématiques entourant les chocs culturels : les méthodes éducatives, les habiletés parentales, la santé mentale, le développement attendu d'un enfant et l'attachement, l'alimentation, les rôles (homme-femme, enfant-adulte, aîné) et le rapport à la religion. Sans s'attarder à tous les effets des conflits de valeurs, la réponse aux besoins se voit fragilisée. Cela peut conduire à une suspension hâtive de l'intervention, à des conclusions diagnostiques erronées ou à des références inexacts à des programmes ou à des partenaires.

Quel est le lien entre ces réflexions et l'intégration de la personne immigrante au Québec? La santé constitue une sphère centrale de la vie d'une personne. Être en santé, se sentir en confiance avec les intervenants, savoir s'orienter dans le système lorsqu'un besoin devient présent et se sentir comprise et reconnue ne peut que contribuer au bien-être de la personne. Dans le cas des services de première ligne, il s'agit de questions de santé, mais également de besoins sociaux. La réponse adéquate à ces besoins est essentielle à l'adaptation des personnes à la société d'accueil. La santé et les services sociaux occupent donc une place aussi centrale dans l'intégration que l'apprentissage de la langue et l'accès à l'emploi et à l'éducation.

CONCLUSION ET RÉFLEXION

L'adaptation culturelle des services de première ligne à la population immigrante constitue, donc, une façon cohérente de penser leur intégration au Québec, car l'intégration va de concert avec les sentiments de sécurité et de rassurance. Le recours à l'interprète et celui à la médiation culturelle sont quelques-unes des interventions disponibles aux intervenants. Notre avis tient à soulever que cette adaptation est conditionnelle à l'adoption d'une posture de décentration chez les intervenants. Pour ces

derniers, elle contribue au développement du sentiment de compétence culturelle. Pour les personnes immigrantes, une réponse culturellement adaptée et sécuritaire contribue à la non-aggravation des situations, ainsi qu'à une reprise du cours de leur vie rompu par le déplacement. Si nous reprenons l'exemple de la mère qui allaite son bébé, il est possible d'identifier lorsque le besoin physiologique est comblé; il s'agit d'un critère objectif. Cependant, afin de savoir si les besoins affectifs sont comblés et si le lien d'attachement est sécurisant, il faut se référer à des codes culturels spécifiques. Pour cela, il est important d'accepter humblement que les nôtres – occidentalisés – ne sont pas toujours universels, d'où l'importance de la formation continue des intervenants et de l'adaptation culturelle des services offerts en première ligne.

SOURCES SUGGÉRÉES

- Agic, B., McKenzie, K., Tuck, A. & Antwi, M. (2016). Appuyer la santé mentale des réfugiés au Canada – Commission de la santé mentale du Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016_-_sante_mental_des_refugies_0.pdf
- Ahmed, S., Shommu, N. S., Rumana, N., Barron, G. R. S., Wicklum, S. & Turin, T. C. (2016). Barriers to Access of Primary Healthcare by Immigrant Populations in Canada: A Literature Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(6), 1522-1540. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0276-z>
- Arsenault, S. (2020). Mieux comprendre l'accueil des réfugiés pris en charge par l'État dans les régions du Québec à travers le regard des intervenants qui les accompagnent. *Édiqscope*, 14. [https://www.ediq.ulaval.ca/sites/ediq.ulaval.ca/files/uploads/EDIQSCOPE_No14%20\(VF\).pdf](https://www.ediq.ulaval.ca/sites/ediq.ulaval.ca/files/uploads/EDIQSCOPE_No14%20(VF).pdf)
- Boeira Lodetti, M. (2023). *Les expériences d'intégration des réfugiés syriens à Québec* [thèse de doctorat, Université Laval]. CorpusUL <http://hdl.handle.net/20.500.11794/133663>
- Kirmayer, L. J., Weinfeld, M., Burgos, G., du Fort, G. G., Lasry, J. C. & Young, A. (2007). Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(5), 295-304. <https://doi.org/10.1177/070674370705200504>
- Martins-Borges, L., Fortin, M.-E., Boeira-Lodetti, M., Arsenault, S., & Langlois, L. (sous presse). Le mandat temporaire de la Clinique santé des réfugiés de Québec en contexte de crise sanitaire : une réponse aux iniquités d'accès aux soins des personnes à statut migratoire précaire. *Recherches sociographiques*.
- Martins-Borges, L., Boeira-Lodetti, M., Hamel-Genest, V., Fortin, M.-E., Robert, G., Arsenault, S., & Langlois, L. (2023). L'Adaptation des services à la Clinique santé des réfugiés de Québec: Une réponse aux impacts de la pandémie de COVID-19 chez les personnes réfugiées. *Refuge: Canada's Journal on Refugees*, 39(1), 1–15. <https://doi.org/10.25071/1920-7336.41040>
- Moro, M.-R. & R. (2023). Faire famille(s) aujourd'hui. Approche transculturelle. Dans : S. Monzani et N. Rizzo (Eds.), *Les parentalités contemporaines: Regards croisés systémique et psychanalytique* (p. 145-155). ESF Sciences humaines. <https://shs.cairn.info/les-parentalites-contemporaine--9782710145936-page-145?lang=fr>

- Ourhou, A., Bergeul, S. & Habimana, E. (2023). Les facteurs qui entravent l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire. *Revue québécoise de psychologie*, 44(1), 103–126. <https://doi.org/10.7202/1100439ar>
- Pocreau, J.-B. & Martins Borges, L. (2006). Reconnaître la différence : le défi de l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 31(2), 43–56. <https://doi.org/10.7202/014802ar>
- Pocreau, J. B., & Martins-Borges, L. (2017). Le réfugié, ce migrant non volontaire: Répercussions psychiques et médiation de la culture. Dans S. Grondin (Ed.), *La psychologie au quotidien* (3e éd.). Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.1515/9782763732534-009>
- Pouliot, S., Gagnon, S. & Pelchat, Y. (2015). La formation interculturelle dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux : constats et pistes d'action (publication no 2076). *Institut national de santé publique du Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2076>
- Rachédi, L. et Taïbi, B. (Eds.) (2019), *L'intervention interculturelle* (3e éd). Chenelière éducation.
- Wylie, L., Corrado, A. M., Edwards, N., Benlamri, M., & Murcia Monroy, D. E. (2020). Reframing resilience: Strengthening continuity of patient care to improve the mental health of immigrants and refugees. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 6979. <https://doi.org/10.1111/inm.12650>

Cet avis a été produit dans le cadre d'une démarche de mobilisation des connaissances des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux du Québec (IUPLSSS du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et VITAM – Centre de recherche en santé durable du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale). Il a été publié dans : *Des soins et services de première ligne au Québec informés par la science : un recueil d'avis d'expertes et d'experts.*

Cette initiative visait à dresser un état de situation des soins et des services de première ligne au Québec en regroupant les avis scientifiques de nombreux chercheurs et chercheuses dans le domaine.