

Équipe METISS : contributions à une praxis interculturelle dans le domaine de la santé et des services sociaux

Par **Catherine Montgomery**

Ce texte raconte l'émergence d'une équipe de recherche s'intéressant à la thématique de l'interculturel dans les services sociaux et de santé de première ligne. Implantée dans un établissement de santé depuis près de 20 ans, l'équipe a dessiné des contours de ce qu'on peut appeler une praxis interculturelle (Sorrells, 2013), c'est-à-dire, une conception de l'interculturel appliquée à la pratique. Bien plus qu'une histoire de recherche, c'est une histoire de personnes, de valorisation des savoirs et d'une façon de penser l'interculturel différemment.

Les établissements de santé et services sociaux jouent un rôle important dans le processus d'intégration des personnes migrantes par les soins de santé, les services psychosociaux et autres formes d'accompagnement. Malgré ce fait, l'accessibilité des services à des personnes migrantes était peu problématisée au Québec avant les années 1990 même si, dans les faits, la diversité était déjà la réalité dans plusieurs quartiers à Montréal (Roy & Montgomery, 2003). Au Centre local de services communautaires (CLSC) Côte-des-Neiges, un établissement de santé et de services sociaux situé dans un quartier marqué par une forte concentration de nouveaux arrivants, s'interroger sur la spécificité des interventions en contexte de diversité n'était pas une question théorique, mais plutôt un véritable enjeu de terrain : adapter ou non les interventions, prendre en compte ou non la spécificité des parcours migratoires, utiliser ou non les interprètes ? À quelques kilomètres de distance du CLSC Côte-des-Neiges, des chercheurs à l'Université de Montréal s'intéressaient à cette même problématique, mais à travers des lunettes scientifiques. C'est ce contexte d'un double intérêt terrain-théorie qui a favorisé l'émergence d'un petit groupe de praticiens et de chercheurs désireux de formaliser un partenariat pour réfléchir à la

spécificité de l'intervention interculturelle en santé et services sociaux.

Cette aventure de partenariat a mené à la création d'une équipe de recherche dédiée à ce thème dans les années 1990 et qui prendrait, en 2003, le nom de l'équipe METISS – Migration, Ethnicité et Interventions en Santé et Services sociaux. C'est l'histoire de cette équipe, et notamment l'évolution de sa réflexion sur le thème de l'intervention interculturelle, qui est l'objet du présent article. Après un bref retour sur le contexte entourant l'émergence de l'équipe METISS, nous nous intéresserons aux assises qui ont alimenté sa conception de l'interculturel.

Équipe METISS : une histoire de proximité

Les années 1990 constituaient une période particulièrement propice pour réfléchir aux contours de l'interculturalisme dans le réseau de la santé et des services sociaux en raison de l'entrecroisement de trois influences. Sur le plan politique, le gouvernement du Québec venait d'adopter, en 1990, un énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration, intitulé *Au Québec pour bâtir ensemble*. Même s'il ne s'agissait pas de la première fois que le gouvernement s'exprimait à ce sujet¹, ce document se démarquait par sa vision axée sur des actions visant à lutter contre les inégalités et d'accès aux institutions publiques, y compris les établissements de santé et de services sociaux. Sur le plan institutionnel, ce mouvement vers l'action était également au cœur de la mission des Centres locaux de santé communautaire (CLSC), établissements de première ligne en santé et services sociaux voués à des approches de proximité avec les populations locales. Au CLSC Côte-des-Neiges² en particulier, l'établissement d'accueil de l'équipe METISS, était situé dans un quartier caractérisé par une forte concentration de

1 *Autant de façons d'être Québécois*, Plan d'action du gouvernement du Québec à l'intention des communautés culturelles, Québec, ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration, 1981.

2 Devenu depuis Centre de Santé et de Services sociaux (CSSS) de la Montagne et maintenant Centre Intégré Universitaire de Santé et Services sociaux (CIUSSS) Centre Ouest de l'Île de Montréal.

nouveaux arrivants; de ce fait, les approches de proximité nécessitaient une sensibilité particulière à cette réalité. Aux contextes politiques et institutionnels s'est ajoutée une troisième influence : la mise en place d'un nouveau programme de recherche par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), devenu aujourd'hui le Fonds Recherche Québec – Société et Culture (FRQ-SC). Le CQRS avait pour objectif de financer des recherches ayant une pertinence directe pour des politiques et des pratiques sociales. En 1992, l'organisme subventionnaire a créé un programme novateur pour les équipes de recherche travaillant en partenariat avec les milieux de pratique visés par la *Politique de la santé et du bien-être (PSBE)*, soit la politique ministérielle dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'une des thématiques prioritaires de cette Politique était l'intégration sociale des populations vulnérables, dont les populations immigrantes faisaient partie (Deslauriers, 1992).

C'est donc à l'intersection entre ces trois influences – l'énoncé de politique en matière d'intégration et d'immigration, la volonté institutionnelle d'un CLSC implanté dans un quartier à forte concentration immigrante et l'adoption d'un nouveau programme de financement de la recherche – que s'est formée la première équipe de recherche sociale intéressée par les questions d'interculturalisme dans le domaine de la santé et des services sociaux. Créée au CLSC Côte-des-Neiges en 1993, cette première équipe avait pour titre l'*Équipe Services sociaux et de Santé en milieu pluriethnique*. Il s'agissait d'une initiative amorcée par trois personnes : un directeur général d'établissement, Jacques Lorion, un médecin de famille, Vania Jimenez, et un chercheur de l'Université de Montréal, Robert Sévigny. Dès sa création, cette équipe a épousé une vision de collaboration entre les administrateurs, les praticiens et les universitaires, qui fournirait les premiers jalons de ce qui deviendrait la configuration de l'actuelle équipe, dont le nom METISS fut adopté à proprement parler à partir de 2003 (www.equipemetiss.com). Aujourd'hui l'équipe METISS jouit d'un partenariat entre l'Université-du-Québec-à-Montréal et le CIUSSS Centre-ouest-de-l'Île-de-Montréal, où elle est partie intégrante de l'Institut Sherpa, soit l'Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles (<http://sherpa-recherche.com/sherpa/>). Depuis les débuts, et en collaboration avec l'Institut Sherpa et d'autres

partenaires, l'équipe METISS constitue un observatoire privilégié des enjeux d'intervention sociale et de santé en contexte de diversité et de migration, inscrit dans le prolongement des réalisations de la première équipe subventionnée des années 1990. Cette histoire riche s'est tissée surtout autour de personnes – chercheurs, praticiens, décideurs, usagers, organismes communautaires – venant de différents horizons de pratique et de recherche. C'est aussi dans ce sillage interdisciplinaire que s'est formée une façon de penser l'interculturalisme dans le contexte spécifique de la santé et des services sociaux.

Le mouvement entre approches culturalistes et interculturelles

Jusqu'aux années 1990 aux États-Unis et, par ricochet, au Canada, la question de l'interculturel dans le domaine de la santé et des services sociaux a surtout été abordée sous un angle culturaliste. Du point de vue de l'intervention, le culturalisme avait pour but de former les intervenants à reconnaître des traits et caractéristiques, dits « culturels », qui seraient généralisables à travers l'ensemble d'un groupe provenant d'un même pays ou région du monde. Ces généralisations étaient présentées sous forme de faits objectifs pouvant être mémorisés – tel groupe est comme ceci, tel groupe est comme cela – et qui seraient applicables en intervention tel un modèle ou recette (Montgomery et Agbobli, 2017; Cohen-Emerique, 2011). Cette façon de penser l'ethnicité en fonction des traits et caractéristiques fixes a été largement remise en cause dans les années 1990 au profit de perspectives permettant d'appréhender l'ethnicité plutôt comme une forme de construction sociale dont les contours sont dynamiques et changeants (Juteau, 1999).

Les approches constructivistes invitaient à réfléchir à la spécificité des parcours de vie des personnes migrantes et à l'effet du croisement des identités, des statuts sociaux et des rapports de force sur leurs expériences. *L'Énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration* (1990)³ faisait également écho à cette perspective en insistant sur les inégalités sociales et l'adoption de mesures permettant

3 <http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/ministere/Enonce-politique-immigration-integration-Quebec1991.pdf>

d'améliorer les conditions de vie des populations. L'équipe METISS et les autres constituants de l'Institut Sherpa se sont alimentés des perspectives constructivistes, qui demeurent tout aussi pertinentes aujourd'hui. Au-delà de cette allégeance de base, la conception de l'interculturel dans les travaux METISS s'est aussi précisée autour de quelques principes directeurs influencés par le contexte spécifique du domaine de la santé et des services sociaux, notamment en fonction du l'intersection de l'interculturel avec les droits à la santé et au bien-être, l'approvisionnement de l'altérité dans la relation de soins et la valorisation des savoirs formels et informels dans l'espace clinique.

Droits à la santé et au bien-être : vers une citoyenneté inclusive

Bien que les droits à la santé et au bien-être soient considérés comme étant universels dans les systèmes de santé québécois et canadiens, jusqu'au milieu du vingtième siècle les besoins spécifiques des populations migrantes étaient peu pris en compte dans les institutions publiques de santé. Seules quelques organisations philanthropiques et entreprises privées s'intéressaient au sort de ces populations (Roy & Montgomery, 2003). Aujourd'hui, l'égalité d'accès aux services est inscrite dans la Loi sur les services de santé et les sociaux au Québec⁴, dont les articles 2.5 et 2.7 font mention spécifique de particularités ethnoculturelles et linguistiques en invitant les établissements à

Tenir compte des particularités géographiques, linguistiques, socio-culturelles, ethno-culturelles et socio-économiques des régions (Article 2.5);

Favoriser, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec (Article 2.7);

Malgré ces garanties, la présence d'inégalités importantes, en termes d'accessibilité et d'adéquation des services, persiste (Battaglini, 2010). Pour cette raison, documenter et combattre ces inégalités est devenue un

4 <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-4.2>

pôle de cohérence traversant l'ensemble des travaux de METISS depuis sa création. Au milieu des années 2000, cet objectif était exprimé sous le vocable d'une citoyenneté inclusive dans laquelle

...les pratiques d'intervention en santé et service social en milieu pluriethnique y sont appréhendées comme des éléments déterminants de la construction de la citoyenneté et d'un vivre ensemble, mais en même temps sont enchâssés dans un maillage complexe de systèmes sociaux qui l'encadrent. [Programmation METISS 2004-2008].

La vision privilégiée par cette citoyenneté inclusive était englobante. Le maillage de systèmes sociaux référerait autant au rôle des institutions publiques et communautaires œuvrant directement en santé et services sociaux, qu'au rôle des instances qui forment et règlementent les corps professionnels (universités et cégeps, ordres professionnels, syndicats) et celui des systèmes politiques et juridiques (ministères, lois et politiques sociales) qui encadrent les relations interculturelles sur le plan sociétal. En trame de fond, les recherches METISS démontraient la prédominance de thématiques liées à la précarité des conditions de vie et de santé des personnes migrantes, soient les atteintes de droits, les obstacles systémiques rencontrés par les individus et les groupes dans l'accès aux soins, le racisme, les préjugés et la discrimination. D'autres recherches s'intéressaient aux stratégies de lutte aux inégalités, notamment en ce qui concerne l'empowerment dans l'intervention, le renforcement des liens de sociabilité et l'action communautaire. Ces thématiques ont été investies dans de nombreux projets s'intéressant aux problématiques spécifiques à certaines populations, comme les femmes immigrantes, les besoins de santé des hommes immigrants, les jeunes réfugiés séparés de leurs parents, les personnes âgées immigrantes, les populations LGBTQ, les travailleurs temporaires et ceux lésés en matière de santé et de sécurité au travail, ainsi que la précarité de certains groupes spécifiques de professionnels de la santé.

L'interculturel dans la relation de soins : vers une éthique de l'altérité

La santé et le bien-être sont façonnés par divers milieux, comme la famille, le travail et les relations sociales en général. Néanmoins, l'espace clinique à proprement parler constitue l'un des rares milieux dédiés spécifiquement au bien-être des personnes. Cet espace, que ce soit dans les établissements de santé ou d'autres organismes d'accompagnement, se caractérise notamment par la rencontre entre les intervenants et les usagers. Pour Rhéaume (2007, 2010), directeur de l'équipe METISS jusqu'en 2008, l'idée de l'espace clinique déborde le champ strictement médical pour désigner plus largement toute relation d'aide entre un « soignant » et un « soigné » qui vise à atténuer une souffrance liée à la santé physique ou au bien-être social. Malgré sa vocation de « soigner », l'espace clinique est néanmoins traversé par les mêmes tensions et rapports d'altérité que l'on retrouve dans la société en général (Fortin, 2013; Vissandjée, et.al 2014; Cloos, 2012). Ainsi, comme dans tout autre milieu, on peut y trouver des manifestations d'exclusion, des préjugés, des stéréotypes. Tendre vers une éthique de l'altérité dans la relation de soins impliquerait de rendre visibles ces tensions, tout en proposant des stratégies visant à les atténuer (Cognet et Montgomery, 2007).

Dans les travaux de METISS, ces tensions ont surtout été appréhendées à partir des approches en intervention et communication interculturelle (Legault et Rachédi 2008; Cohen Émerique 2011; Montgomery et Bourassa, 2017). Dans ce cadre, la rencontre clinique est perçue comme étant le produit de l'interaction entre les acteurs en présence. L'équipe s'intéressait tout particulièrement à la dyade intervenant-client et la façon dont les cadres de référence de chacun influent sur la relation de soins en fonction des statuts et valeurs différenciés, liés entre autres, à l'origine, au genre, à la profession, à la classe sociale, aux valeurs religieuses et ainsi de suite. Bien que la situation d'interaction soit au cœur de ces analyses, les approches tiennent compte aussi de l'influence potentielle d'éléments de contexte extérieur, comme les codes et règles institutionnelles, les codes professionnels ou encore les politiques sociales. À partir de ce qui est dit ou non dit, ou à partir de

gestes ou d'autres indices, ces approches permettent de dépister des filtres ou barrières à la communication pouvant nuire à la relation de soins. Ces différences, cependant, peuvent aussi servir de clefs pour faciliter l'établissement d'une bonne relation de soins. Cette façon de penser la relation de soins dans l'espace clinique a inspiré plusieurs projets METISS portant, par exemple, sur la relation patient-médecin et l'interprétariat. Ces approches ont aussi contribué au développement de plusieurs outils de valorisation utiles pour la pratique, telles l'élaboration de pictogrammes pour soutenir les interventions dans des situations marquées par la barrière linguistique et, fierté particulière de METISS, la mise sur pied de formations interculturelles pour les intervenants et gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux au début des années 2000. Ces formations, sous la direction de Spyridoula Xenocostas pendant plus de 15 ans, sont encore existantes aujourd'hui.

L'interculturel au croisement des savoirs

Étant une équipe de recherche implantée dans un milieu de pratique, METISS est sensible à la valorisation des différents types de savoirs qui s'y croisent : le savoir issu de l'expérience du terrain des intervenants, le savoir gestionnaire et administratif, le savoir expérientiel des usagers de services et le savoir théorique issu en partie de la documentation universitaire. Faire de la recherche en milieu de pratique implique la capacité d'être à l'écoute et de valoriser ces différentes formes de savoirs, de façon non hiérarchisée, les reconnaissant comme étant différentes, mais aussi complémentaires (Rhéaume, 2007, 2010; Montgomery, Xenocostas, Jimenez, 2014).

C'est notamment dans la rencontre clinique que se côtoient, au jour le jour, des savoirs et pratiques implicites des différents acteurs (Rhéaume, 2007). La mention de l'implicite ici renvoie à l'idée que l'intervention repose sur différentes formes d'expertise, sans que celles-ci soient nécessairement formalisées ou explicitées. Les savoirs d'intervention sont issus en partie des connaissances apprises sur les bancs de l'université (savoirs formels), mais reposent aussi de façon significative sur des expertises acquises sur le terrain (savoirs pratiques ou acquis en

cours de l'action) ou même simplement dans la vie quotidienne (savoirs expérientiels) (Racine, 2000; Schön, 1994). Ainsi, les savoirs mobilisés dans l'intervention représentent une sorte de bricolage qui se renouvelle sans cesse en fonction des expériences concrètes de l'intervention. C'est aussi dans le prolongement de cette idée que nous pouvons parler de ce que Sorrells (2013) nomme une « praxis interculturelle »; c'est-à-dire, la construction de savoirs interculturels développés dans et à travers la pratique. Loin d'être statiques, les savoirs interculturels, tout comme d'autres types de savoirs d'intervention, s'enrichissent et évoluent en fonction des situations rencontrées.

Dans le cadre des travaux METISS, on s'intéressait notamment à documenter comment les intervenants donnent un sens à leur travail d'intervention, expérimentent et produisent de nouvelles façons de faire et développent des pratiques porteuses de changement. Cerner cette créativité dans l'intervention, c'est aussi accorder une écoute particulière aux solutions et stratégies développées sur le tas. Pour ce faire, les travaux de l'équipe ont accordé une place importante aux méthodologies axées sur la réflexivité, comme les récits de pratique, les capsules vidéo et les blogues. La documentation de cette réflexivité est transformée, à son tour, en apprentissages transférables à d'autres milieux au moyen d'outils permettant de mieux apprivoiser le rapport à l'Autre, comprendre ce qui fait la différence entre les expériences réussies et moins réussies dans l'intervention interculturelle, et désamorcer les tensions, les jugements et les partis-pris. Dans la rencontre clinique, les savoirs des intervenants ont nécessairement leur corollaire dans ceux des usagers avec qui ils sont en interaction. Ceux-ci sont façonnés, entre autres, par leurs expériences migratoire, familiale, culturelle et transnationale. Être à l'écoute de l'Autre, comprendre sa façon de concevoir et d'exprimer sa situation et ses besoins implique nécessairement une ouverture à reconnaître et valoriser ces savoirs. À cette fin, les travaux des membres de METISS ont exploré divers thèmes, comme la transmission intergénérationnelle des valeurs et pratiques familiales, les valeurs religieuses, et les savoirs liés à différents moments du cycle de vie, de la naissance, au décès et deuil. Cette compréhension fine des savoirs expérientiels a également fait l'objet de guides de pratique et de formations ayant pour but de les rendre utiles pour les intervenants.

Conclusion

L'histoire de l'équipe METISS est celle d'une belle aventure de rapprochement entre les milieux universitaires et d'intervention, entre la théorie et la pratique. L'idée d'une praxis interculturelle renvoie à la capacité d'arrimer les considérations conceptuelles à des situations concrètes de l'intervention en contexte de diversité, d'être à l'écoute des tensions et ouvert à l'expression de différentes formes de savoir. C'est aussi s'investir pour ensuite transformer les apprentissages sous forme de guides, de formations ou encore des espaces réflexifs de dialogue. C'est en quelque sorte agir pour qu'une citoyenneté inclusive en matière de santé et bien-être ne soit pas seulement un idéal à atteindre, mais aussi de l'ordre du possible.

Références

- Battaglini, Alex. 2010. *Les services sociaux et de santé et contexte pluriethnique*. Montréal : Saint-Martin.
- Cloos, Patrick. 2012. « La racialisation de la santé publique aux États-Unis : entre pouvoir sur la vie et droit de laisser mourir », *Global Health Promotion*. En ligne: <http://ped.sagepub.com/content/19/1/68.abstract>.
- Cognet, Marguerite et Catherine Montgomery (Dir.). 2007. *Éthique de l'Altérité. Culture, santé et services sociaux*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Deslauriers, Jean-Pierre. 1992. « Nouveaux programmes de subvention du Conseil québécois de la recherche sociale: commentaires », *Nouvelles pratiques sociales* 5(2): 157-162. En ligne: <https://www.erudit.org/fr/revues/nps/1992-v5-n2-nps1963/301182ar.pdf>
- Fortin, Sylvie. 2013. « Conflits et reconnaissance dans l'espace social de la clinique : Les pratiques cliniques en contexte pluraliste », *Anthropologie et Sociétés* 37(3): 179-200.
- Juteau, Danielle. 1999. *L'ethnicité et ses frontières*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Legault, Gisèle et Lilyane Rachédi. 2008. *L'intervention interculturelle*. Montréal : Gaëtan Morin.

Montgomery, Catherine et Caterine Bourassa-Dansereau. (Dir). 2017. *Mobilités internationales et intervention interculturelle. Théories, expériences et pratiques*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Montgomery, Catherine et Christian Agbobli. 2017. « Mobilités et intervention interculturelle : conceptualisations et approches », dans C. Montgomery et C. Bourassa-Dansereau (Dir), *Mobilités internationales et intervention interculturelle. Théories, expériences et pratiques*, pp 9-30. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Montgomery, Catherine, Spyridoula Xenocostas et Vania Jimenez. 2014. "Cultural Encounters : an intervention-research approach for working with immigrants in the community, dans J. Fritz et J. Rhéaume (Dir), *Essentials for Community Intervention : Clinical Sociology Perspectives from around the World*, pp. 95-110. New York : Springer.

Racine, Guylaine. 2000. *La production de savoirs d'action chez des intervenants sociaux*. Paris : L'Harmattan.

Rhéaume, Jacques. 2007. « Au coeur de la sociologie clinique: sujet charnel, lien social et acteurs sociaux », dans L. Mercier et J. Rhéaume (Dir), *Récits de vie et sociologie clinique*, pp.61-87. Québec : Presses de l'Université Laval.

Rhéaume, Jacques. 2010. « L'expérience de recherche au CSSS de la Montagne : la perspective de la sociologie clinique », *Cahiers METISS*, vol. 5(1), 19-36.

Roy, Ghislaine et Catherine Montgomery. 2003. « Practice with Immigrants in Quebec », dans A. Al-Krenawi and J. Graham (Dir), *Multicultural Social Work in Canada*, pp. 122-146). Toronto : Oxford University Press.

Schön, Donald Alan. 1994. *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Les Éditions Logiques.

Sorrells, Kathryn. 2013. *Intercultural Communication. Globalization and Social Justice*. Los Angeles : Sage Publications.

Vissandjée, Bilkis, Marguerite Cognet, Sylvie Fortin, Jonathan Kuntz. 2014. « Relever les défis de la diversité en contexte interculturel par une pratique clinique responsable », dans D. Alaoui et A. Lenoir, *L'interculturel et la construction d'une culture de la reconnaissance*, pp. 167-188. Montréal : Groupéditions.