

# العائلة حمالة

WA  
300  
C613f  
1997





# La famille comme protection

Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0606

# العائلة حماية

Enquête Santé Québec auprès de la  
communauté du Maghreb et  
du Moyen-Orient

RAPPORT DE LA PHASE 1 (ENTREVUES DE GROUPE)

May Clarkson et Isabelle Dahan

Santé Québec

# **SANTÉ QUÉBEC**

## **ENQUÊTE AUPRÈS DE LA COMMUNAUTÉ DU MAGHREB ET DU MOYEN-ORIENT RAPPORT DE LA PHASE 1**

**Direction de l'enquête :** May Clarkson

**Organisation et supervision** Jean-Yves Samson,  
**des discussions de groupes :** Groupe Léger & Léger Inc.

**Coordination de l'édition :** Claudette Lavallée

**Conception de la couverture :** Madeleine Eykel

**Mise en pages :** France Lacoursière et France Lozeau

Les commentaires et demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés à :

**Santé Québec  
1200, avenue McGill College  
Bureau 1620  
Montréal (Québec)  
H3B 4J8**

On peut obtenir des exemplaires de cette publication en s'adressant à Santé Québec.

**Citation suggérée :** Santé Québec; Clarkson, M.; Dahan, I. (1997). *La famille comme protection; Enquête Santé Québec auprès de la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient : rapport de la phase 1*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

**Dépôt légal :** Bibliothèque nationale du Québec, 1997  
Bibliothèque nationale du Canada, 1997

© Tous droits réservés Santé Québec, 1997

**ISBN :** 2-550-31760-2

# SANTÉ QUÉBEC

Créé en 1986, Santé Québec est un organisme dont la mission est de contribuer à la connaissance et à la surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise, à la faveur d'enquêtes sociales et de santé.

Au service de ses partenaires, Santé Québec est financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les régies régionales et leur direction de santé publique, le Bureau de la statistique du Québec et l'Association des hôpitaux du Québec. Le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Conseil québécois de la recherche sociale y contribuent également par le financement de programmes conjoints de subventions ou de soutien à la recherche.

Cherchant à répondre à leurs préoccupations, Santé Québec travaille en collaboration avec les décideurs, les planificateurs, les chercheurs et les intervenants de ces organismes et de nombreux autres, dont les universités, les CLSC, les centres jeunesse et Statistique Canada. Il peut ainsi compter sur des ressources parmi les plus compétentes du Québec.

L'Enquête Santé Québec auprès des communautés culturelles est la neuvième enquête réalisée par Santé Québec.

## LISTE DES ENQUÊTES COMPLÉTÉES DE SANTÉ QUÉBEC

- Enquête «Santé Québec 1987»
- Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire et la nutrition, 1990
- Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James, 1991
- Enquête québécoise sur les facteurs de risque associés au sida et aux autres MTS : la population des 15-29 ans, 1991
- Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans, 1992
- Enquête québécoise sur la santé mentale auprès des enfants et adolescents/es âgés de 6 à 14 ans, 1992
- Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992
- Enquête sociale et de santé, 1992-1993

## ***Table des matières***

Remerciements .....	vii
Avant-propos .....	ix
Introduction .....	1
Approche méthodologique .....	4
La conception de la santé .....	5
La conception de la maladie .....	7
Le processus thérapeutique .....	9
Face à un problème bénin .....	10
Face à un problème grave .....	12
Les problèmes sociaux .....	16
Pistes pour l'enquête quantitative .....	23
Faits saillants .....	25
Références bibliographiques .....	30
Annexes .....	31
Guide d'entrevue .....	33
Liste des membres du comité d'orientation de l'Enquête auprès des communautés culturelles .....	35

## Remerciements

En premier lieu, nous tenons à remercier les participantes et les participants aux discussions de groupe, qui ont bien voulu partager avec nous leurs perceptions et leurs expériences. Leur confiance nous honore et leur contribution nous enrichit.

Tous nos remerciements également à nos partenaires, sans lesquels cette première phase de l'enquête n'aurait pu se réaliser :

- ◆ le Centre d'études arabes pour le développement (Canada), à qui nous sommes redevables du recrutement des participants;
- ◆ le Groupe Léger et Léger Inc. et plus particulièrement Monsieur Jean-Yves Samson, responsable du projet, et Monsieur Louis Quintal, pour leur appui dans notre démarche, ainsi que Madame Noura Chamass, animatrice des trois entrevues de groupe;
- ◆ les membres du comité d'orientation de l'enquête (annexe), pour leur intérêt soutenu, leurs commentaires et leurs suggestions quant au contenu du guide d'entrevue;
- ◆ Madame Claudette Lavallée et Monsieur Daniel Tremblay, de Santé Québec, ainsi que Monsieur Pierre Montambault, du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour leur collaboration à la relecture et à la vérification du texte;

- ◆ Mesdames France Lacoursière et France Lozeau, de Santé Québec, pour leur grande disponibilité et la qualité de leur travail de mise en pages de la monographie.

Enfin, soulignons que ce projet a vu le jour en raison de l'intérêt manifesté par les organismes suivants, et grâce à leur contribution financière :

- ◆ le ministère de la Santé et des Services sociaux,
- ◆ le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration,
- ◆ la Régie régionale de Montréal-Centre,
- ◆ la Régie régionale de Laval,
- ◆ la Régie régionale de la Montérégie.



## *Avant-propos*

Une meilleure connaissance de l'état de santé et de bien-être de la population québécoise au moyen d'enquêtes, tel est le mandat de Santé Québec. Jusqu'à maintenant, neuf enquêtes ont permis d'amasser une somme considérable de renseignements qui permettent aux décideurs, aux planificateurs et aux intervenants de mieux agir pour la santé et le bien-être de tous.

Toutefois, les enquêtes menées jusqu'à maintenant ont laissé dans l'ombre la connaissance de la santé et du bien-être des communautés culturelles du Québec, particulièrement celles qui comptent des proportions importantes d'immigrants récents. C'est pour combler ce vide que le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié ce projet à Santé Québec.

Si l'objectif ultime est de mener une enquête semblable à celles que Santé Québec a réalisées auprès de l'ensemble des Québécois et des Québécoises, l'adaptation aux réalités et aux caractéristiques de différentes communautés culturelles, particulièrement d'arrivée récente, exigeait un fonctionnement par étapes. C'est le résultat de la première étape qui est consigné dans ce rapport. En effet, des groupes de discussion ont permis de cerner tant des contenus que des approches dont il faudra tenir compte dans la réalisation de l'enquête proprement dite. Il s'agit donc d'un rapport qualitatif (une première pour Santé Québec!) qui rend compte des groupes de discussion avec des personnes originaires du Maghreb et du Moyen-Orient, et qui fournit des renseignements dont il faudra tenir compte dans les autres étapes.

Fidèle à sa courte tradition, Santé Québec a mis sur pied un comité d'orientation formé de personnes de divers horizons, mais qui ont toutes en commun d'être impliquées dans des activités de planification ou de recherche concernant les communautés culturelles. Leur expertise a été mise à profit et continuera de l'être afin que l'enquête qui sera réalisée soit de la plus grande qualité possible et réponde aux besoins de ceux et celles dont le rôle est d'agir pour la santé et le bien-être de tous les Québécois, ceux en provenance des pays arabophones tout autant que les autres.

Je tiens à remercier tous les membres du comité d'orientation, la coordonnatrice du projet, Madame May Clarkson, son assistante Madame Isabelle Dahan, le personnel du Groupe Léger et Léger Inc. qui a réalisé les groupes de discussion et surtout, les personnes qui ont participé aux entrevues de groupe.

  
Daniel Tremblay  
Directeur

## Introduction

L'enquête Santé Québec auprès des communautés culturelles fait suite à une demande adressée à Santé Québec et au ministère de la Santé et des Services sociaux par l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité des soins en santé et en services sociaux (ACCÉSSS). Cette enquête vise à répondre à un besoin d'information sur l'état de santé et de bien-être d'immigrants récents de diverses origines, sur leur perception et leur utilisation des services sociosanitaires québécois et, plus particulièrement, sur les facteurs qui compliquent, pour eux, l'accès à ces services. On croit en effet que ce sont surtout les immigrants récents qui rencontrent des obstacles dans l'accès aux services (méconnaissance du français ou de l'anglais, manque de renseignements sur les services existants, etc.). En outre, l'adaptation à un nouveau milieu peut entraîner un stress particulier qui risque d'avoir des répercussions sur l'état de santé physique, mentale ou sociale.

Jusqu'à maintenant, on dispose toutefois de fort peu d'information statistique sur ces thèmes. L'enquête Santé Québec de 1987, première grande enquête sociale et de santé réalisée au Québec, avait bien suscité la publication d'une monographie consacrée aux «communautés culturelles», c'est-à-dire à «des personnes ayant immigré au Canada ou des personnes nées au Canada et de langue maternelle autre que le français ou l'anglais». Ce groupe comptait pour 11 % des répondants à l'enquête (3 448 personnes, réparties en 2 696 personnes immigrées et 752 allophones), soit une taille d'échantillon suffisante, si on les prenait dans leur ensemble, pour permettre la comparaison avec le groupe des Québécois d'origine. L'auteur de la monographie soulignait toutefois le manque de spécificité de l'analyse, alors que les «personnes immigrées» provenaient de 25 pays différents, et que les «allophones» parlaient

14 langues différentes! En outre, l'enquête ne rejoignait que les ménages où l'on trouvait au moins une personne âgée de dix-huit ans ou plus ayant une connaissance suffisante du français ou de l'anglais pour répondre aux questions; de ce fait, les immigrants qui ne parlaient pas suffisamment l'une ou l'autre de ces langues risquent d'avoir été sous-représentés.

C'est dans ce contexte, et en l'absence de données qui permettraient de rendre compte de la variabilité et de la spécificité des profils sociosanitaires et du recours aux services des diverses communautés culturelles, que le présent projet a été mis en oeuvre. Les objectifs spécifiques de l'enquête sont les suivants :

- ◆ fournir aux planificateurs, aux chercheurs et aux intervenants une source d'information permettant de faire des liens entre les conditions et habitudes de vie, les problèmes sociaux et de santé physique et mentale et les modes de consommation de services de certains groupes d'immigrants récents;
- ◆ identifier les problèmes sociosanitaires spécifiques liés à l'adaptation à un nouveau milieu, et les modalités de résolution de ces problèmes;
- ◆ identifier des secteurs prioritaires d'intervention;
- ◆ identifier les obstacles à l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les membres des communautés concernées par l'enquête.

Quatre groupes ethniques, parmi les plus nombreux à immigrer au Québec au cours des dernières années, ont été retenus pour l'enquête. Ce sont : les personnes en provenance des pays arabes d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient; les Haïtiens; les personnes provenant de la Chine populaire, de Hong Kong, de Taiwan ou de Macao; et enfin, les immigrants venus des pays hispanophones des Amériques.

Le processus d'enquête comportera trois phases, pour chacune des sous-populations retenues, soit : 1) trois entrevues exploratoires auprès de groupes de dix à douze personnes, visant à éclaircir certains concepts et à formuler des hypothèses de travail; 2) dix entrevues individuelles à domicile auprès d'informateurs-clés, afin de vérifier si la méthodologie et les thèmes habituellement traités dans les enquêtes générales de Santé Québec sont acceptables et si la formulation des questions est compréhensible; 3) pour le volet quantitatif de l'enquête, des questionnaires administrés par un interviewer auprès d'informateurs-clés dans un échantillon de ménages, et des questionnaires confidentiels remplis par toutes les personnes de quinze ans et plus dans chacun de ces ménages.

Dans chacun des cas, pour faciliter la communication, les entrevues se font dans la langue d'origine des immigrants, et autant que possible, par des interviewers qui proviennent de la même culture. Pour chaque groupe, les résultats de l'enquête sont recueillis, compilés et analysés séparément, de façon à tenir compte des différences culturelles. *Le présent rapport, basé sur les résultats de la première phase, porte uniquement sur la communauté du Maghreb et du Moyen-Orient.*

## *Approche méthodologique*

Le premier volet publié ici est de nature qualitative. Les principaux thèmes traités sont les suivants : la conception de la santé et de la maladie; les diverses façons de traiter les problèmes de santé, la perception des services de santé, la perception des problèmes sociaux ou familiaux et les solutions envisagées; quelques pistes pour l'enquête quantitative.

L'information a été recueillie par le biais de trois entrevues de groupe, l'une auprès de dix immigrants arabophones de longue date (plus de dix ans), hommes et femmes; une deuxième entrevue réalisée auprès de neuf femmes arabophones plus récemment immigrées et une troisième, auprès de douze hommes, également immigrants récents. Tous les thèmes mentionnés plus haut ont été abordés et discutés. Les groupes de discussion ont été animés par Madame Noura Chamass, pour le groupe Léger et Léger; les entrevues se sont déroulées majoritairement en arabe, bien que certaines personnes aient préféré à l'occasion s'exprimer en français. Le guide d'entrevue utilisé par l'animatrice est publié à la fin de ce rapport. La durée de chacune des discussions a été de plus de deux heures (de fait, la première entrevue, réalisée avec des immigrants de longue date, a duré trois heures et demie, et les participants auraient pour la plupart été prêts à poursuivre). Les opinions exprimées au cours de ces discussions sont rapportées ici le plus fidèlement possible, et soulèvent déjà des pistes intéressantes pour la recherche et l'intervention. Par ailleurs, nous avons pu apporter à l'occasion des renseignements complémentaires, des hypothèses ou certains éclaircissements, qu'on retrouvera généralement dans les notes en bas de page.

## *La conception de la santé*

Dans le groupe des immigrants arabophones de longue date, on semble avoir une perception assez large, systémique, de la santé. Celle-ci est définie tout d'abord comme un état d'équilibre entre les dimensions physique et psychologique, auxquelles s'ajouterait, pour certains, la dimension spirituelle. On fait également un lien entre la santé et l'environnement physique et social; les facteurs économiques, les conditions de travail, le climat, la qualité de l'air, l'alimentation, les relations sociales et la vie familiale auraient une influence sur l'état de santé.

On souligne aussi qu'être en santé, pour un immigrant, c'est entre autres la capacité de faire face au changement et de s'adapter à une société nouvelle. On souligne également que les relations familiales et la responsabilité de la famille (surtout dans un contexte où on est isolé de la famille étendue, perçue comme traditionnellement très aidante) peuvent avoir un impact, particulièrement sur la santé psychologique.

Chez les femmes immigrantes récentes (groupe 2), on reprend en bonne partie les mêmes éléments : «être en santé c'est se sentir bien dans sa peau. C'est l'équilibre physique, psychologique et moral», «l'harmonie entre la personne et la société». On mentionne que sur le plan de la santé physique, le problème est généralement clair, concret, «la réponse est simple, il y a un problème et une médication par rapport à ce problème, et tous les humains sont pareils». Par ailleurs, plusieurs facteurs influencent la santé psychologique et entre autres, dans leur cas, les conditions d'immigration, le niveau d'intégration (ou la volonté de s'intégrer) dans la société d'accueil. Pour plusieurs de ces immigrantes récentes, le choc culturel (situation économique, sociale, culturelle et

politique différente, chômage, insécurité, différences marquées dans le mode d'éducation des enfants) entraîne du stress et de l'angoisse qui affectent la santé :

*On n'est pas compris par l'autre et on ne comprend pas l'autre, et il rajoute à notre angoisse; [ici] on parle tout le temps d'incendies, d'enfants violés... et on n'est pas habitué à ça (femme, groupe 2).*

On mentionne également la rigueur du climat québécois, autre facteur qui affecte la santé.

Alors que les femmes immigrantes récentes mettent l'accent sur les difficultés psychologiques liées à l'adaptation au nouveau pays, chez les hommes d'immigration récente, on insiste davantage sur le fait qu'il faut être en bonne santé physique et psychologique pour être fonctionnel, pour pouvoir travailler. Ils font par ailleurs des commentaires de cet ordre : «s'il n'y a pas de travail, la santé ne va pas bien»; «l'économie affecte la santé»; «les pauvres sont en moins bonne santé que les riches». L'un d'eux affirme que la santé est liée à la réussite, c'est-à-dire au fait d'accomplir un bon travail (sur le plan professionnel ou familial), de se sentir valorisé.



## La conception de la maladie

Dans les trois groupes, on tend à décrire tout d'abord la maladie à partir de symptômes physiologiques ou psychologiques : malaises, douleur, angoisse, fatigue corporelle. Dans le groupe des immigrants de longue date, un homme originaire du Maghreb décrit la conception québécoise de la maladie comme «mécanique», alors que chez lui, dit-il, la dimension psychosomatique est plus facilement acceptée. On affirme également que le fait d'être malade est plus acceptable dans la société maghrébine ou moyen-orientale qu'au Québec; la personne malade sera cajolée, on lui permettra de ralentir son rythme de travail... Par ailleurs, les opinions sur ce qui constitue une maladie, par opposition peut-être à un «état» de maladie,<sup>1</sup> diffèrent selon les participants. Une femme du premier groupe affirme par exemple que «la maladie est spécifique et permanente; la grippe n'est pas une maladie; si c'est temporaire, ce n'est pas une maladie mais un état». Un homme du même groupe renchérit, «la maladie, c'est permanent, chronique, un malaise de quelques jours n'est pas une maladie». Par contre, quelqu'un d'autre est d'avis que :

*Dans notre mentalité, dans notre culture, la maladie est un état psychologique dans lequel la personne se met, elle se convainc qu'elle est malade, elle décide qu'elle est malade (homme, groupe 1).*

---

<sup>1</sup> Cette notion se rapproche de la distinction effectuée par les anglophones entre *disease* et *illness*, nuance malheureusement difficile à traduire en français.

Un homme immigrant de longue date dit que la santé n'est pas facilement identifiable ou mesurable, mais que la maladie, elle, est mesurable. Par contre, un autre mentionne qu'on peut être malade sans le savoir. L'absence de symptômes ou de douleur ne signifie pas qu'on est en santé, dans le cas des problèmes cardiovasculaires par exemple : «on peut ne pas avoir de symptômes et faire tout à coup une crise cardiaque». Le médecin seul serait donc apte à nous dire si on est malade ou pas.

Chez les hommes d'immigration récente, la conception de la maladie est fortement associée (comme la conception de la santé) à la fonctionnalité et à la capacité de travailler. Certains mentionnent qu'on peut «être malade physiquement mais continuer à travailler, être productif mentalement, intellectuellement»; un autre homme souligne qu'à l'opposé, quelqu'un qui a des problèmes de santé mentale ou qui souffre d'une déficience intellectuelle peut être physiquement fort et travailler par exemple sur une machine, «on peut ne pas être bien psychiquement mais pouvoir travailler». Par ailleurs, la déqualification professionnelle, assez fréquente chez les immigrants,<sup>1</sup> peut avoir un impact majeur sur l'état de santé et/ou entraîner un stress dans les relations familiales qui pourra occasionner, comme on le verra plus loin, des problèmes sociaux.

---

<sup>1</sup> À cet égard, on donne l'exemple d'un architecte, qui travaille actuellement au Québec comme cuisinier.

## *Le processus thérapeutique*

Dans un premier temps, on a demandé aux participants de chacun des groupes de décrire ce qui représente pour eux des problèmes de santé bénins et des problèmes de santé graves. Dans le groupe des immigrants de longue date, ceci a donné lieu à une intéressante discussion sur la perception culturelle des problèmes de santé. Certains définissaient dès l'abord la maladie bénigne comme un problème de santé qu'on peut soigner et dont on ne meurt pas, et la maladie grave comme une maladie incurable et/ou mortelle. D'autres croient que certains problèmes bénins mal soignés peuvent évoluer et entraîner des problèmes plus graves. On mentionne la psychose maniaco-dépressive<sup>1</sup>, qui peut être contrôlée lorsque le malade prend ses médicaments, mais qui peut conduire au suicide si elle n'est pas traitée.

Par ailleurs, certains estiment que dans certains cas, c'est la société dans laquelle on vit qui détermine si une maladie est grave ou non. On mentionne à titre d'exemple la bilharziose<sup>2</sup>, perçue comme un problème relativement bénin dans les pays où elle existe à l'état endémique, mais qu'on considérerait au Québec comme un problème grave.

---

<sup>1</sup> Troubles bipolaires, selon la définition du DSM-IV.

<sup>2</sup> Maladie parasitaire humaine des régions sub- et intertropicales, occasionnée par un ver trématode (bilharzie ou schistosome) dont le vecteur est un mollusque d'eau douce. On distingue trois types principaux de bilharziose (urinaire, intestinale ou hépatique).

---

Dans le groupe des hommes immigrants récents, on pense qu'une maladie est grave quand le corps et l'esprit ne peuvent la combattre, et quand elle conduit à la mort. On insiste beaucoup sur le rôle des facteurs psychologiques pour combattre la maladie :

*Quand on ne lutte plus, on est plus affecté; la volonté peut arrêter l'évolution de la maladie; si on perd la volonté de vivre c'est dangereux, car la maladie prend le dessus (homme, groupe 3).*

## *Face à un problème bénin*

L'interviewer a demandé ensuite aux participants quel comportement ils adopteraient pour traiter un problème de santé bénin. Chose intéressante, dans les trois groupes et tant chez les hommes que chez les femmes, les exemples donnés spontanément par les participants concernaient à peu près toujours les enfants :

*Le soutien moral, la présence de la famille sont ce qui est le plus important. Si un enfant est malade, on dort à côté de lui (homme, groupe 3).*

*Pour de petits problèmes comme la grippe, on soigne avec de l'aspirine, du tempra... des herbes, des tisanes, des médicaments traditionnels... Un bec, un bisou! La tendresse! L'encouragement! Le réconfort moral est très important (homme, groupe 1).*

*Le croyant peut lui lire des versets, d'autres peuvent raconter des histoires pour divertir l'enfant (homme, groupe 3).*

*Avec les enfants, on va directement chez le médecin ou le pédiatre, on ne prend pas de risque; pour les adultes, on peut d'abord se soigner seul, puis voir un médecin au besoin (homme, groupe 3).*

*Lorsqu'un enfant a 40° de fièvre, ici, on dit de donner du tylenol et d'attendre quarante-huit heures, et si ça ne passe pas, d'amener l'enfant. J'étais choquée, dans notre pays, le pédiatre dit d'amener l'enfant tout de suite chez lui (femme, groupe 2).*

Dans chacun des trois groupes, on dit utiliser des remèdes traditionnels pour traiter les problèmes bénins, «car c'est lié à notre culture». On utilise particulièrement des tisanes, des épices et des herbes (citron et miel pour le rhume, menthe pour les crampes, cumin pour les vomissements, thym, anis...). Plusieurs estiment que ces produits naturels sont préférables aux médicaments chimiques :

*La semaine dernière, j'avais beaucoup de température, le médecin m'a donné de la codéine, ça met complètement à plat (femme, groupe 2).*

Par ailleurs, dans certains cas le rejet de l'approche «occidentale» à la santé peut sembler un peu extrême :

*On vit dans une société où le microbe est présent dans la vie de tous les jours, le microbe est beaucoup plus «inventé» qu'ailleurs et ça fragilise l'enfant. Beaucoup de gens vont chez le médecin pour peu et plus ils y vont plus ils vont y aller, parce qu'ils se sentent fragilisés. Les deux approches de la santé ne sont pas du tout les mêmes. Les approches modernes sont trop médicamenteuses. Mon fils s'est coupé, il voulait une piqûre*

*contre le tétanos; moi j'avais un clou dans le pied, je l'ai arraché et j'ai continué, j'ai mis un peu de terre (homme, groupe 3).*

Par rapport à l'utilisation des services, chez les immigrants de longue date, plusieurs mentionnent spontanément avoir recours à Info-Santé ou s'adresser au CLSC, où «on trouve des infirmières très gentilles». Certaines femmes immigrantes récentes disent également avoir recours au CLSC ou à Info-Santé : «l'infirmière te dit quoi faire, elle a l'expérience» (femme, groupe 2). De façon générale, on remarque une bonne connaissance et l'utilisation des services de santé québécois (hôpital, clinique médicale, CLSC ou autres) tant chez les immigrants de longue date que chez les femmes immigrantes récentes, alors que les hommes immigrants récents se contentent de mentionner la possibilité de voir un médecin pour des problèmes relativement bénins ou d'aller à l'urgence des hôpitaux pour les problèmes plus graves.

## *Face à un problème grave*

Dans le groupe des immigrants de longue date, on a interprété l'expression «problème grave» en l'associant à des problèmes aigus (crise cardiaque, etc.) plutôt qu'à des conditions chroniques. Les principales ressources auxquelles on mentionne qu'on aurait recours dans un tel cas (évanouissement, crise cardiaque...) seraient le 9-1-1 (pour avoir une ambulance), Info-Santé ou l'urgence des hôpitaux (mais on essaierait de réconforter la victime en attendant l'intervention des professionnels). Certaines personnes du groupe ont suivi des cours de secourisme et disent qu'elles pourraient donner les premiers soins.

Dans le groupe des hommes immigrants récents; on dit que pour un problème grave, on s'adressera automatiquement à un médecin et au besoin à un spécialiste. Toutefois, pour un cas vraiment urgent, on se rendrait directement à l'hôpital. Un homme mentionne qu'on peut aussi se rendre dans un CLSC pour une urgence, sauf que ce n'est pas ouvert le soir.

Dans le groupe des femmes immigrantes récentes, on énumère divers recours possibles; demander conseil à une infirmière dans un CLSC ou une clinique, appeler le 9-1-1, aller à l'urgence... Toutefois, les femmes de ce groupe sont les plus critiques et les plus méfiantes par rapport à l'urgence des hôpitaux :

*Je ne leur fais plus confiance, il vaut mieux mourir chez soi qu'aller à l'urgence. J'ai amené un ami à l'urgence, il perdait connaissance et revenait à lui... On a attendu dix heures, il était pratiquement mourant et on l'a rentré après dix heures d'attente car je me suis engueulée avec eux.*

*Il faut aller à l'urgence mais en appelant l'ambulance... Tu débourses 70 \$, mais tu rentres sans attendre.*

*L'urgence ici est très problématique par rapport aux enfants, question de confiance et d'angoisse. On te donne la trouille... [Pour mon enfant], j'ai attendu d'aller chez moi [dans le pays d'origine] et j'attendrai le diagnostic de mon pédiatre de là-bas. S'il me dit ne fais pas l'opération, je ne la fais pas car j'ai eu des surprises énormes... C'est très lié à la compétence du médecin, il y a énormément de gens incompetents sauf qu'ils sont tellement protégés.*

*Il y a peu de médecins à l'urgence, et des stagiaires en plus, ce ne sont même pas des médecins (femmes, groupe 2).*

Cette méfiance face à l'urgence au Québec, particulièrement lorsqu'elle met en cause la compétence du personnel, peut être liée en partie à des facteurs culturels puisque, comme le dit une de ces femmes, «on a une culture et une façon de voir la médecine très différentes et chez nous, l'urgence c'est la solution pour tous les problèmes». Par ailleurs, les urgences des hôpitaux québécois rencontrent assez souvent des problèmes de surpopulation, les médias en parlent beaucoup, et, comme le dit une autre de ces femmes, «le problème de l'urgence concerne tout le monde, pas juste les Arabes».

Quelques questions de l'entrevue portaient sur le type de médecin (particulièrement en ce qui concerne l'origine ethnique et le sexe) que l'on préfère consulter. Dans chacun des trois groupes, on dit accorder peu d'importance au sexe du médecin, si ce n'est que certaines femmes préfèrent avoir un gynécologue de sexe féminin (sans en faire une obligation absolue) et que, de la même façon, certains hommes disent qu'ils se sentiraient plus à l'aise avec un médecin de sexe masculin pour discuter de problèmes «d'ordre andrologique». Les principaux critères de choix d'un médecin seraient sa réputation et sa compétence. On souhaite aussi avoir un médecin qui a du savoir-vivre, c'est-à-dire qui prend du temps avec son patient, qui répond aux questions et personnalise les relations de façon à ce qu'on se sente à l'aise avec lui.

Par ailleurs, alors que les hommes immigrants de longue date interviewés privilégient pour la plupart le recours à un médecin d'origine arabe, cette attitude est beaucoup moins fréquente chez les participantes :



*Je préfère les médecins arabes, peu importe leur pays d'origine, parce qu'ils sont plus près de nos vérités, ils connaissent nos maladies et ils connaissent notre culture.*

*Le médecin arabe connaît notre langue, nos habitudes et notre nourriture. La nourriture chez nous est plus grasse, le kebbé, les lentilles sont lourdes pour l'estomac et le médecin arabe sait cela.*

*Je vais en priorité au CLSC, mais je privilégierais un médecin arabe si c'était possible. Je ne tiens pas à me faire dire que le harissa donne des brûlements d'estomac... [rires]. L'accueil est très important, le médecin arabe prend le temps de te saluer... Ici c'est comme du «fast food». Avec un médecin arabe, on peut plus facilement discuter, le contredire, et il accepte la critique. De plus, le médecin arabe part avec un bagage inégal par rapport aux autres... et je pense qu'il est important d'aider ma communauté (hommes, groupe 1).*

*Si j'ai le choix entre deux médecins je ne choisirai pas celui d'origine arabe, car je n'aime pas la ghettoïsation.*

*J'ai déjà consulté un médecin d'origine égyptienne et j'ai trouvé son attitude très arrogante, il considère le malade comme un inférieur (femmes, groupe 1)<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> À titre d'hypothèse, on peut se demander si la possibilité de «discuter et de contredire le médecin» n'est pas surtout un privilège masculin (ou de personne de classe aisée), et si l'attitude perçue comme «arrogante» n'est pas liée davantage à la relation entre les sexes (ou par rapport au statut social) qu'à la relation médecin-patient.

Par contre, chez les immigrants récents des deux sexes, ceux ou celles qui ont de la difficulté à s'exprimer en anglais ou en français préféreraient consulter un médecin arabe, « parce qu'il faut qu'on se comprenne » :

*On prend le médecin qu'on nous conseille car on est nouveau au pays... et s'il est compétent, on le garde. S'il parle arabe et a la même compétence que les autres, je choisis l'Arabe car je peux m'exprimer davantage (homme, groupe 3).*

De façon générale, les participants aux groupes estiment qu'il est préférable d'avoir un médecin de famille :

*Celui que je peux voir régulièrement, qu'il soit disponible de façon à suivre le dossier de la famille (homme, groupe 3).*

*D'après notre culture, c'est très rassurant d'avoir un médecin de famille (femme, groupe 2).*

## ***Les problèmes sociaux***

Le groupe des immigrants de longue date souligne, en tout premier lieu, que les dernières vagues d'immigration en provenance des pays arabophones (depuis les années 1980) comprenaient un bon nombre d'intellectuels et de cadres très scolarisés, qui s'attendaient à trouver ici des postes équivalents à ce qu'ils avaient dans leur pays d'origine; or, particulièrement dans le contexte socioéconomique actuel, c'est rarement le cas. Non seulement y a-t-il déqualification sur le plan professionnel,

mais dans certains cas, les gens n'arrivent pas à trouver du travail et doivent avoir recours à l'aide sociale. Selon certains, c'est alors «la descente aux enfers» : querelles familiales, espoirs déçus et dépression.

Ces perceptions semblent confirmées par les immigrants récents, hommes ou femmes :

*La recherche d'emploi est différente, ce n'est pas le même processus, il faut se vendre. C'est difficile, ce n'est pas dans notre culture de vanter ses compétences, de dire qu'on est la meilleure, qu'on est faite pour ce travail.*

*L'équivalence c'est déjà un problème d'intégration. [Sur le plan de la formation] on nous recule de trois ou quatre ans. J'ai fait une maîtrise en France, on me met au niveau d'une troisième année universitaire ici.*

*Si c'est la femme qui fait vivre la famille c'est un gros problème car c'est une diminution de l'homme. [...] On est venu pour améliorer notre vie. Ici, non seulement il n'y a pas de travail mais les gens courent et non seulement on ne peut les rejoindre mais ils nous ont liés et nous disent : «vous nous rejoignez ou non?» Pourquoi toute cette pression, pourquoi amène-t-on tous ces gens, s'il y a récession? (femmes, groupe 2);*

*Le père chez nous est le maître de la maison, ici la femme [...] trouve parfois un travail avant son époux, ça peut causer des problèmes et même un divorce.*

*Le statut social et les finances chutent quand on immigré. Réduisez les moyens d'une famille et vous favorisez des problèmes comme la drogue, l'alcool, l'éclatement de la famille (hommes, groupe 3).*

Par ailleurs, même ceux qui travaillent déplorent l'insécurité et l'instabilité dans l'emploi : «un vendredi, on peut me dire... merci et bonjour».

D'autres problèmes sont liés au choc culturel, aux importantes différences perçues entre la culture d'origine et la culture d'accueil. On reproche particulièrement à cette dernière la décadence sociale, l'éclatement des familles :

*Il y a une décadence sociale, pas de famille, isolement, éclatement des familles... La famille et l'amitié ont un sens différent ici, la décadence sociale et des valeurs amène une fatigue morale... Nous avons des schèmes de valeurs, donc on peut voir et comparer, on refuse de rentrer là-dedans et ça nous crée des malaises psychologiques.*

*La conception de la liberté diffère ici et là-bas, ici c'est plus matérialiste (groupe 1).*

*La famille est dans un état lamentable dans cette société et les lois d'ici accentuent cette dislocation (homme, groupe 3).*

Certains déplorent entre autres la «perte du pouvoir du père» et les problèmes occasionnés par le fait que les enfants soient exposés, dans la société d'accueil, à des schèmes totalement différents de ceux des parents :

*L'homme oriental est le maître de la famille. Ici, le petit enfant appelle son père par son prénom, chez nous on dit «Père», on a du respect pour la personne plus âgée (homme, groupe 1).*

*C'est la perte du pouvoir du père qui [normalement] dirige, conseille, prend les rênes pour décider. Ici, lorsque le père réveille l'enfant le matin pour aller à l'école et que l'enfant ne se lève pas, il n'a pas le droit d'utiliser la force avec lui. Il ne veut pas aller à l'école, il ne va pas à l'école! (homme, groupe 1).*

*Ici, il y a discussion entre enfants et pères, ils sont arrivés à un degré d'indépendance où ils considèrent qu'ils peuvent décider de leur avenir. On n'est pas habitué, nous notre avenir était lié à nos parents, ils nous guidaient.*

*Les enfants menacent les parents d'appeler la police quand les parents les grondent. On les éduque comme ça [ici], si vos parents vous grondent ou vous frappent, appelez le 9-1-1 (hommes, groupe 3).*

On exprime donc une certaine difficulté à préserver, chez les enfants, la culture et les valeurs arabes, dans un monde tout à fait différent. En outre, particulièrement dans le groupe des femmes immigrantes récentes, on mentionne que l'intégration rapide des enfants à leur nouveau milieu tend à rendre les parents, en réaction, plus stricts et conservateurs, parce que, dit-on, «l'imitation rapide d'un mode de vie avant de le comprendre cause parfois des problèmes»<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Dans le même groupe (femmes immigrantes récentes), on ajoute que certains hommes arabes, insécurisés par le nouveau milieu, deviennent plus conservateurs et plus religieux et imposeront par exemple le port du voile à leur femme au Québec, alors qu'ils ne l'auraient pas fait dans le pays d'origine.

Ce «déséquilibre par rapport à l'autorité» est perçu comme déplorable, non seulement dans les relations parents-enfants, mais aussi, de façon plus générale, dans la relation entre enfants et adultes puisque, dit un homme immigré de longue date, «un enfant, c'est l'enfant de tout le monde» :

*J'ai appris à être responsable. Dans mon pays, si je vois par exemple un enfant qui fume, je lui dis : ôte ta cigarette, et je peux l'engueuler. Ici, si je vois un enfant québécois dans la rue faire quelque chose de mal [et que je lui dis], il me répond : C..., T..., ça ne te regarde pas... Ça me rend malade, mais oui, absolument (homme, groupe 1).*

On déplore également l'isolement, l'absence de liens communautaires, la perte du soutien de la famille étendue, tous perçus comme des facteurs déterminants de problèmes sociaux :

*Dans nos pays, il y a des barrières sociales qui empêchent le jeune homme d'en arriver à l'alcoolisme... Il y a la mère, la soeur, la tante, il y a une censure sociale. Quand il vient ici, il a plus d'indépendance et avec les problèmes de solitude, d'exil, c'est la drogue ou l'alcool... (homme, groupe 3).*

*[Ici] Lorsqu'on fait face à la monoparentalité c'est difficile car nous avons reçu une éducation très différente, se séparer ici c'est complètement différent. On a été élevées à penser que c'est l'homme qui a certaines responsabilités, on évolue dans le cadre d'une famille, on se donne corps et âme à la famille et on se retrouve du jour au lendemain toute seule, responsable unique et là tu ne te permets plus*

*d'être malade car tu es la seule source de revenu familial. Tu as la responsabilité de la famille à 100 %, aucune espèce de soutien à l'extérieur car il n'y a pas la famille [étendue], c'est catastrophique sur le plan physique et psychologique (femme, groupe 1).*

*[Dans la culture arabe], les parents âgés restent avec nous mais ici, les maisons ne sont pas assez grandes. C'est un problème social et financier. Il n'y a rien dans le système pour nous aider, le système est individualiste (femme, groupe 1).*

Parmi les problèmes sociaux possibles, on mentionne également dans les trois groupes la violence conjugale, que certains associent à d'autres problèmes tels que le stress économique, le changement de statut de la femme, la drogue ou l'alcool. Certains hommes pensent qu'il faut distinguer entre la «violence» et ce qu'ils appellent la «nervosité». À titre d'exemple, un homme immigrant récent dit que s'il se fâche, crie et donne de grands coups de poings dans les murs, c'est de la «nervosité» et non de la violence à l'égard d'une personne (enfants, père, mère ou épouse).

Lorsqu'on rencontre des problèmes d'ordre social, quelles sont les solutions préconisées? De façon générale et dans chacun des trois groupes, on dit que pour des problèmes d'ordre familial, on cherchera en premier lieu à les régler à l'intérieur de la famille, puis au besoin, on s'adressera à des ressources spécialisées (si elles sont perçues comme adéquates). Toutefois, si le problème ne se règle toujours pas, le retour au pays d'origine, avec son réseau de soutien et ses valeurs, sera parfois considéré comme la seule solution :

*Si un enfant prend de la drogue, c'est que le milieu dans lequel il vit n'est pas bien. Si c'est le commencement, je l'envoie tout de suite dans un petit village chez lui [pays d'origine], il faut qu'il sorte de son milieu et qu'il voie qu'il y a d'autres gens qui l'aiment, grand-mère, tante, etc. La drogue, ça compense un manque affectif. Quelqu'un de la famille peut l'aider, j'aurais recours à la famille (homme, groupe 1).*

*Si un enfant prend de la drogue... Je discute avec lui et peut-être avec un couple d'amis très proches, pour être plus objective. Le problème se règle dans la cellule familiale. On n'a recours à la drogue ou à l'alcool que si on a un problème, donc il faut voir quel est le problème et si je n'y arrive pas, je l'emmène chez un psychologue. Si on ne règle pas en famille, on a recours aux centres spécialisés. Les familles arabes sont très vigilantes pour l'éducation des enfants, on surveille leur comportement, on fouille leur cartable pour voir s'il y a de la drogue... Si ça ne se règle pas, c'est le retour au pays (femme, groupe 2).*

*Dans un cas de violence familiale, il vaut mieux chercher de l'aide auprès des familles de la même communauté. Parce que quand j'ai cherché de l'aide dans les institutions, je ne l'ai pas trouvée. À l'hôpital, le service social me réfère à la police et au centre d'hébergement. La femme arabe ne met pas son mari en prison... donc ça fait peur à la femme (femme, groupe 2, intervenante sociale).*

*Quand il y a des problèmes sociaux, il y a comme un certain mur qui nous empêche d'aller essayer de régler ces problèmes, surtout les cas de drogue, d'alcool ou de prostitution. Ce sont des problèmes sociaux qui ont dans nos pays des garde-fous (homme, groupe 3).*



*Ici, on va voir un psychologue, c'est très différent, là-bas, la tension se dégage dans des fêtes, des mariages, des séances de «hadra»<sup>1</sup>, etc. (femme, groupe 2).*

*J'essaierais de comprendre le problème mais je ne peux le régler en profondeur, il y a des instances qui font ce travail social, des spécialistes [...] Je ne sais pas où sont ces centres spécialisés mais ils existent, ce serait souhaitable de pouvoir acheminer ces informations aux familles arabes (homme, groupe 3).*

## ***Pistes pour l'enquête quantitative***

Dans chacun des trois groupes, on croit que pour des questions touchant l'état de santé des membres de la famille, la mère pourrait être l'interlocuteur à privilégier (bien que certains estiment que le père et les enfants adultes devraient également être consultés).

Parmi les sujets tabous ou délicats à aborder, on mentionne la sexualité (problèmes sexuels, maladies sexuelles, virginité de la fille...), les disputes dans la famille, la violence conjugale ou celle faite aux enfants, l'inceste, l'adultère, l'avortement, l'alcoolisme et la drogue. Certains mentionnent qu'on ne parle pas des problèmes de santé physique ou mentale :

---

<sup>1</sup> Danse rituelle relevant de la transe, organisée par une personne pour commémorer l'anniversaire d'une guérison ou encore pour marquer son entrée dans un cycle thérapeutique particulier. Tous ceux qui se sentent diversement menacés par des troubles mentaux y participent sans invitation spécifique. (Source : Boughali, Mohamed (1988), p. 222-223).

*On ne parle pas des maladies, cancer, sida, dépression... Non seulement on ne parle pas des maladies mentales ou psychologiques, mais on ne les accepte pas. [Dans la culture arabe] on est solidaire et sociable. La famille, les enfants vivent cette sociabilité et n'ont pas le même tempérament que les enfants d'ici, ils ne se cloîtent pas seuls dans leur chambre (femme, groupe 2).*

La dignité de la personne et la réputation de la famille sont très importantes pour les Arabes. On pourrait cacher le fait d'avoir recours à l'aide sociale ou de n'avoir rien à manger, parce qu'on a honte, tant face aux personnes de sa propre culture que devant celles de la culture d'accueil : «on agit toujours par rapport à un regard occidental posé sur nous» (femme, groupe 2).

Une femme immigrante récente mentionne aussi que «la religion peut devenir un espace de violence» :

*Le mari va chercher de l'aide ou du confort dans la religion. Par exemple, un couple moderne d'origine marocaine, le mari est universitaire... Ils habitent dans le quartier Côte-des-Neiges où il y a beaucoup de femmes voilées, et cette femme a été obligée de porter le voile ici par son mari, alors qu'au Maroc, ils vont à la plage [en maillot de bain]... (femme, groupe 2).*

العائلة  
حماة

FAITS  
SAILLANTS

## Faits saillants

Parmi les faits saillants des entrevues auprès d'immigrants du Maghreb et du Moyen-Orient, on peut retenir les points suivants :

- ◆ Les personnes interviewées ont pour la plupart une conception holistique de la santé, perçue comme ayant des dimensions physiques, psychologiques, sociales et spirituelles. Il s'agit également d'une conception dynamique puisqu'on souligne que la santé, pour un immigrant, c'est aussi la capacité de faire face au changement et de s'adapter à une société nouvelle.
- ◆ Parmi les femmes immigrantes récentes, plusieurs mentionnent le choc culturel et la difficulté de s'adapter à une culture et à des valeurs très différentes des leurs comme un facteur d'angoisse et de stress qui peut affecter la santé.
- ◆ Chez les hommes immigrants récents, parmi les facteurs pouvant influencer l'état de santé, on met davantage l'accent sur la dimension économique (capacité de travailler, valorisation professionnelle et prospérité).
- ◆ Une constante observée dans chacun des trois groupes, c'est l'importance qu'on accorde à la famille. Les immigrants originaires d'un pays de culture arabe se sentent très «responsables» de leur famille, de leurs enfants; ici, par ailleurs, ils sont privés du soutien traditionnellement apporté, dans leur pays, par les membres de la famille étendue.

- ◆ De façon générale, les immigrants de longue date des deux sexes ainsi que les femmes immigrantes récentes sont assez bien informés en ce qui concerne les services de santé, voire les services sociaux, offerts au Québec. On ne retrouve pas le même niveau d'information (ni la même préoccupation face à divers problèmes sociaux) dans le groupe des hommes immigrants récents<sup>1</sup>.
- ◆ La déqualification professionnelle, assez fréquente chez les immigrants d'origine arabe<sup>2</sup>, peut avoir un impact majeur sur l'état de santé, entraîner un stress dans les relations familiales et occasionner divers types de problèmes socioaffectifs.
- ◆ Une autre source de problèmes perçus serait le déséquilibre par rapport à l'autorité masculine : perte du pouvoir du père (et conflit intergénérationnel lié aux différences de valeurs entre deux cultures), mais aussi, dans certains cas, conflits conjugaux liés à une indépendance accrue de la femme, au travail féminin, aux lois québécoises<sup>3</sup>, etc.

---

<sup>1</sup> Peut-on poser comme hypothèse que ces hommes perçoivent la santé, la maladie et les problèmes sociaux en général comme relevant davantage du champ de préoccupation et d'action des femmes?

<sup>2</sup> Bon nombre de ces immigrants récents sont très scolarisés et ont une formation professionnelle poussée, mais il ne leur est malheureusement pas toujours facile de trouver de l'emploi dans leurs champs de spécialisation.

<sup>3</sup> À titre d'exemple, un homme immigrant récent manifeste la crainte que sa femme le quitte parce qu'ici, dit-il, elle aurait droit à l'aide sociale.

- ◆ Les services sociaux québécois semblent perçus, de façon générale, comme peu ou mal adaptés à la réalité arabe. On préfère de beaucoup régler les problèmes à l'intérieur de la famille et dans le respect de la culture, et c'est pourquoi on préconise le retour au pays d'origine, avec son réseau de soutien et ses valeurs, lorsqu'on rencontre un problème qu'on n'arrive pas à régler ici même.
- ◆ La dignité de la personne et la réputation familiale sont très importantes pour les Arabes. De ce fait, on pourrait refuser de répondre aux questions portant sur certains sujets, parmi lesquels la sexualité, les conflits familiaux, l'adultère, l'avortement, l'alcoolisme, la drogue, la pauvreté ou le recours à l'aide sociale.
- ◆ Certains de ces thèmes (consommation d'alcool ou de drogue, suffisance du revenu) pourront être traités dans le questionnaire autoadministré. Il faut toutefois s'assurer de l'absolue confidentialité des renseignements recueillis, non seulement par rapport à l'interviewer (qui n'a pas accès à ces renseignements) ou à Santé Québec (qui ne traite pas des données nominales), mais aussi par rapport aux autres membres de la famille.
- ◆ Lors de la phase quantitative de l'enquête, il faudra porter une attention particulière aux thèmes suivants :
  - ▶ Connaissance des services sociosanitaires québécois (selon le sexe et selon la date d'arrivée au pays);
  - ▶ Famille et soutien social (y inclus : correspondance, appels téléphoniques, etc. avec des proches dans le pays d'origine);
  - ▶ Travail et déqualification professionnelle;
  - ▶ Exploration de divers facteurs de stress possibles (climat, chômage, différences culturelles, etc.).

## *Références bibliographiques*

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition (DSM-IV), Washington, DC.

Boughali, Mohamed (1988). *Sociologie des maladies mentales au Maroc*, Éd. Afrique Orient.

Cousineau, D. (1989). *Les communautés culturelles et la santé, ça va?* Monographie No 5, Enquête Santé Québec 1987, ministère de la Santé et des Services sociaux, Publications du Québec, Québec.

# العائلة حماية

ANNEXES



## Guide d'entrevue

Brève introduction, présentation de Santé Québec, de Léger et Léger, et présentation de l'animatrice.

... Comme on vous l'a déjà mentionné, on va parler aujourd'hui de la santé. Tout d'abord, j'aimerais savoir ce que c'est, pour vous, que la santé? [Explorer].

Que signifie «être en santé»?

Et la maladie, qu'est-ce que c'est?

Qu'est-ce qu'on entend par «être malade»?

Y a-t-il des problèmes de santé qui ne vous semblent pas très graves? Donnez des exemples.

Y a-t-il des problèmes de santé qui vous inquiéteraient davantage? Donnez des exemples.

Si vous, ou quelqu'un de votre foyer, avez un problème bénin comme... [reprendre les exemples], qu'est-ce que vous faites?

Explorer : Qui soigne?... De quelle façon?... Médicaments traditionnels?... Médicaments du commerce?

Si vous, ou quelqu'un de votre foyer, aviez un problème plus grave comme... [reprendre les exemples], qu'est-ce que vous feriez?... Quelle serait votre première réaction?... Et ensuite?

Explorer : va-t-on consulter?... Qui?...

A-t-on recours à des thérapeutes traditionnels? Dans quel contexte?

A-t-on recours à la médecine occidentale? Dans quel contexte?

A-t-on recours à une combinaison des deux? Dans quel contexte?

Si on doit consulter un médecin, a-t-on des préférences? Si oui, à qui va-t-on s'adresser de préférence? Explorer : médecin de même origine ethnique que soi, ou non? Homme, ou femme? Pourquoi?

Si on a recours au système de santé québécois, quelle sera la porte d'entrée dans le système? En d'autres termes, à qui s'adressera-t-on en premier lieu?

En dehors des problèmes de santé, on rencontre parfois d'autres types de problèmes, d'ordre familial, ou social, ou avec l'environnement... Pouvez-vous donner des exemples?

Si vous, ou quelqu'un de votre foyer, aviez des problèmes comme... [reprendre les exemples], qu'est-ce que vous feriez?

Quelle serait votre première réaction?... Et ensuite? Explorer : va-t-on consulter? Qui? Pourquoi?

Si, dans le cadre d'une enquête, on voulait s'informer sur l'état de santé de chacun des membres de votre famille, à qui, dans la famille, devrait-on s'adresser en premier lieu? Qui serait le plus à même de nous informer?

D'après vous, dans la communauté arabe, y a-t-il des sujets qu'on préfère ne pas aborder dans le domaine de la santé, des habitudes de vie ou des problèmes sociaux... même si on sait que l'information restera absolument confidentielle? Explorer au besoin : la consommation d'alcool, par exemple? Les sentiments, les émotions? La santé mentale? La sexualité? Les idées suicidaires?

## ***Liste des membres du Comité d'orientation de l'Enquête auprès des communautés culturelles***

- ◆ Madame Mireille Baillargeon  
Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration
- ◆ Madame Carmen Bellerose  
Direction de la santé publique de la Montérégie
- ◆ Madame Lorraine Caouette  
Bureau de la Statistique du Québec
- ◆ Madame May Clarkson  
Service de la recherche, ministère de la Santé et des Services sociaux
- ◆ Monsieur Serge Chevalier  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
- ◆ Madame Isabelle Dahan  
Communauté arabophone
- ◆ Monsieur Pascual Delgado  
Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les  
Services sociaux
- ◆ Madame Rosemay Eustache  
Communauté haïtienne

- ◆ Madame Sylvie Gravel  
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
- ◆ Madame Betty Guedj  
Service de l'évaluation des politiques et des programmes, ministère de la Santé et des Services sociaux
- ◆ Madame Isabelle Hemlin  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
- ◆ Monsieur Marc-Léo Laroche  
Accès aux services aux communautés culturelles, ministère de la Santé et des Services sociaux
- ◆ Madame Claudette Lavallée  
Santé Québec
- ◆ Madame Rose-Marie Mayetela  
Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services sociaux
- ◆ Monsieur Jean Renaud  
Centre d'études ethniques, Université de Montréal
- ◆ Madame Tran The Nghi  
Communauté chinoise
- ◆ Monsieur Daniel Tremblay  
Santé Québec
- ◆ Madame Bilkis Vissandjée  
Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal

A 11,925  
Ex.2

E-1078

Clarkson, May  
Dahan, Isabelle et al.

AUTEUR Santé Québec

La famille comme protection : enquête  
Santé Québec auprès de la communauté  
du Maghreb et du Moyen-Orient  
(rapport de la phase I)

DATE D'EMPRUNT	NOM DU LECTEUR	DATE DE RETOUR

A 11,925  
Ex.2



Gouvernement du Québec  
Santé Québec