

COLLOQUE
ETHNICITÉ, CITOYENNETÉ,
COMMUNAUTÉ :
LES ENJEUX DE L'INTERVENTION

*Organisé par le CLSC Côte-des-Neiges, Centre affilié
universitaire et son
Centre de recherche et de formation (CRF)*

LES 7 ET 8 JUIN 1999

*à l'École des Hautes Études Commerciales, 5255, avenue Decelles
à Montréal*

FENETRE SUR LES ACTIVITES DE RECHERCHE

MOT DE BIENVENUE DE MONSIEUR LORION

Au nom du CLSC Côte-des-Neiges et de son Centre de recherche et de formation, je suis heureux de vous accueillir à ce 2^{me} colloque organisé par le centre et intitulé « Ethnicité, Citoyenneté, Communauté : Les enjeux de l'intervention ». Je remercie l'école des Hautes Études Commerciales de l'Université de Montréal de nous recevoir.

Ce colloque s'inscrit dans la dynamique qui anime le CLSC Côte-des-Neiges et son Centre de recherche et de formation : l'intégration de la recherche et de l'intervention dans un contexte pluriethnique et migratoire. L'adéquation des besoins et des services offerts constitue une pierre angulaire de l'intervention dans le domaine des services sociaux et de santé de première ligne. À ce titre, le statut de centre affilié universitaire de notre établissement vient renforcer l'importance de la recherche dans les activités d'intervention.

Les thèmes du colloque « Ethnicité, Communauté et Citoyenneté » constituent des enjeux majeurs de l'intervention en milieu pluriethnique et migratoire, car ils soulèvent des questions particulières liées à ces trois sources d'appartenance sociale et culturelle. La diversité d'origine, de langue, de religion de la population ainsi que les difficultés d'un immigrant ou d'un requérant au statut de réfugié, exigent une sensibilité particulière de la part des intervenants. Cette sensibilité doit aller de pair avec la reconnaissance des droits et des responsabilités de chacun, reconnaissance qui fait partie de notre citoyenneté commune.

Cette réalité traduit l'importance que nous accordons à ces deux journées où intervenants et chercheurs, par leur témoignage et le partage de leurs expériences, contribueront à enrichir notre réflexion.

Je remercie tout spécialement les organisateurs de ces journées et souhaite à tous et à toutes un colloque stimulant et enrichissant.


Jacques Lorion

LE MESSAGE DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION DU CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION

Le CLSC Côte-des-Neiges, centre affilié universitaire et son Centre de recherche et de formation, nous convient, intervenants et chercheurs, à son 2^{ème} colloque dont le thème central est « Ethnicité, Citoyenneté, Communauté : Les enjeux de l'intervention ». Au Québec, et particulièrement dans la région montréalaise, l'intervention dans le domaine des services sociaux et de la santé soulève en effet des questions liées à ces trois sources d'appartenance sociale et culturelle.

Une part de plus en plus importante des interventions dans le secteur des services sociaux et de santé de première ligne est concernée par la dimension pluriethnique de la population. Que les intervenants remplissent leurs tâches au domicile de leurs clients, dans une clinique ou un établissement spécialisé, à l'école ou dans la communauté locale elle-même, ils doivent tenir compte du contexte pluriethnique dans leur pratique.

La diversité des populations, les difficultés liées à l'immigration ou à la revendication du statut de réfugié, les multiples identités en jeu dans les relations entre les intervenants et leurs clients, voilà quelques-uns des facteurs qui exigent une sensibilité de la part des intervenants. À des problèmes tels que la pauvreté, la violence conjugale et l'isolement, partagés par plusieurs et ce quelles que soient leurs origines, s'ajoutent les enjeux soulevés par l'ethnicité.

Ces enjeux se posent autour de la problématique de la citoyenneté « inclusive » respectueuse des différences ethnoculturelles et le désir de comprendre les processus de l'exclusion fondée sur ces mêmes différences. Il faut questionner nos pratiques d'intervention à l'égard de cette citoyenneté.

Dans le secteur des services sociaux et de santé, il y a actuellement une tendance très nette à l'engagement des communautés. Celles-ci sont parfois localisées sur un territoire, parfois fondées sur des particularités sociales ou économiques communes. Elles se basent encore sur des intérêts ou des besoins déterminés par l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle ou par certaines incapacités physiques ou psychologiques. Le lien ethnoculturel constitue une autre source d'appartenance communautaire.

Intervenants des réseaux public et communautaire et chercheurs, ce colloque nous invite à ouvrir de nouvelles pistes de réflexion, d'intervention et de recherche. Comment pouvons-nous tenir compte des dimensions ethnicité, citoyenneté et communauté dans l'intervention ? Comment ces dimensions nous permettent-elles de comprendre certaines difficultés dans les interventions ? Et surtout, comment pouvons-nous les mobiliser pour résoudre ces difficultés ? Ce sont là, en bref, les préoccupations que nous allons explorer dans les ateliers et les séances plénières.

TABLE DES MATIÈRES

<i>PROGRAMME</i>	6
<i>LES RECHERCHES EN RÉSUMÉ</i>	10
<i>La sociologie implicite des intervenants en santé et services sociaux dans un contexte pluriethnique</i>	11
<i>Proximité et Distance</i>	14
<i>Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux</i>	16
<i>The process of clinical encounter between patients and their doctors in the context of ethnic differences</i>	20
<i>Pratiques de soins et figures du lien. Des aidants et des services à domicile dans un contexte nouveau</i>	23
<i>Espace thérapeutique à la maison, applications en ethnopsychiatrie clinique</i>	28
<i>La perception des utilisateurs à l'égard des services de santé de première ligne dispensés en milieu pluriethnique</i>	30
<i>Facteurs influençant l'allaitement maternel en milieu pluriethnique avec un volet marrainage</i>	33
<i>Comportements de promotion de la santé des femmes sud-asiatiques immigrantes au Québec</i>	37
<i>Les pratiques traditionnelles affectant la santé physique et mentale des femmes : l'excision et l'infibulation, « situation actuelle et perspectives d'avenir »</i>	41
<i>Pratiques d'empowerment avec les femmes immigrantes</i>	44
<i>La prise en compte de la dimension de la multiethnicité dans les recherches sur la continuité des services inter-Établissements dans le contexte du congé précoce en obstétrique</i>	48
<i>Hyperémèse gravidique : variables biopsychosociales associées</i>	52
<i>Les profils de la pauvreté dans le quartier Côte-des-Neiges</i>	55
<i>Les mineurs non accompagnés : profils et trajectoires de jeunes réfugiés</i>	57
<i>L'impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale des enfants</i>	60
<i>Perceptions de mères récemment immigrées quant à leur rôle dans la promotion du bien-être psychologique de leurs enfants</i>	62
<i>La paternité dans un environnement culturel pluraliste</i>	65
<i>Évaluation des savoirs des familles immigrantes</i>	69
<i>Activité de diffusion des résultats de recherche, sessions de réflexion</i>	71
<i>Le traitement des demandes d'intervention clinique auprès des jeunes dans les écoles : enjeux interculturels et professionnels</i>	75
<i>Évaluation du processus d'implantation d'un programme transversal de santé mentale en émergence dans un CLSC : une approche communautaire de concertation et d'intervention ?</i>	79
<i>L'implantation d'équipes et d'activités de recherche dans les milieux de pratique: Une analyse de la politique de développement de la recherche sociale du CQRS</i>	82

PRÉSENTATION DES AFFICHES	85
<i>Projet Répit</i>	86
<i>Enjeux locaux et enjeux de l'intervention auprès d'aînés dans un contexte pluriethnique</i>	87
<i>Parents Ressources</i>	88
<i>Projet de développement des compétences parentales et soutien familial</i>	88
<i>Intervention par quartier</i>	89
<i>The challenge of educating multi-ethnic populations</i>	91
<i>Centre d'excellence pour la santé des femmes - Consortium Université de Montréal</i>	92
<i>Colloque international sur l'action communautaire des années 2000 (CIAC 2000)</i>	93
<i>Vaccination against hepatitis A during an outbreak in a Jewish Orthodox Community</i>	94
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	95
ANIMATEURS, INTERVENANTS, CHERCHEURS, PRÉSENTATEURS ET RESPONSABLES DU COMITÉ ORGANISATEUR	97

PROGRAMME

LUNDI 7 JUIN 1999

8h00
FOYER HEC, 3^{EME} ETAGE

INSCRIPTION ET ACCUEIL

8h30
SALLE HEC 3073

MOT DE BIENVENUE
JACQUES LORION

—

OBJECTIFS DU COLLOQUE
VANIA JIMENEZ

9h00
SALLE HEC 3073

PLENIERE

WILLIAM SCHABAS
" ETHNICITE : DE L'AFFIRMATION A L'EPURATION "

CAMIL BOUCHARD
"VOUS AVEZ DIT 'COMMUNAUTE' ? COMMENT ÇA ? OU ÇA ?"

10h00
SALLE HEC 3073

PRESENTATION DES ATELIERS : OBJECTIFS ET FONCTIONNEMENT
JACQUES RHEAUME

IL Y AURA DES ATELIERS SIMULTANES SUR LES ENJEUX DE L'INTERVENTION EN MILIEU MULTIETHNIQUE SELON LE LIEU D'INTERVENTION : A DOMICILE, EN CLINIQUE / EN ETABLISSEMENT, A L'ECOLE, DANS LE QUARTIER. CES ATELIERS SE DEROULERONT DE 10H30 A 12H00 ET DE 13H30 A 15H00. LES PARTICIPANTS RESTERONT DANS LES MEMES ATELIERS PENDANT LES DEUX PERIODES (AVANT ET APRES-MIDI).

LES PARTICIPANTS SERONT INVITES A REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES A PARTIR DE LEUR EXPERIENCE DE RECHERCHE OU D'INTERVENTION :

QUELS SONT LES ENJEUX QUE POSE L'INTERVENTION EN MILIEU MULTIETHNIQUE SELON LE LIEU D'INTERVENTION ?

JUSQU' A QUEL POINT, D'APRES VOTRE EXPERIENCE D'INTERVENTION OU DE RECHERCHE, CONSIDEREZ-VOUS QUE LES GENS SONT SUJETS A UN TRAITEMENT DIFFERENTIEL – EN CE QUI CONCERNE L'ACCES AUX SERVICES OU DANS TOUT AUTRE ASPECT DE LEUR VIE QUOTIDIENNE – SUR LA BASE DE LEUR IDENTITE ETHNIQUE, LEUR ORIGINE NATIONALE, LEUR RELIGION OU LEUR LANGUE ?

Y A-T-IL DES CAS OU VOUS CONSIDEREZ QUE CE TRAITEMENT DIFFERENTIEL EST DANS L'INTERET DES POPULATIONS CONCERNEES ? Y A-T-IL DES RISQUES DE GHETTOISATION ? OU EST LA FRONTIERE ENTRE LE TRAITEMENT DIFFERENTIEL JUGE POSITIF (QUI VISE L'INCLUSION ET LE RENFORCEMENT DES DROITS) ET LE TRAITEMENT DIFFERENTIEL QUI EQUIVAUT A LA DISCRIMINATION ET QUI PEUT MENER A L'EXCLUSION ?

DANS CHAQUE ATELIER, IL Y AURA DES PRESENTATIONS FAITES PAR UN CHERCHEUR ET UN OU DEUX INTERVENANTS REpondANT AUX QUESTIONS POSEES A LA LUMIERE DE LEUR EXPERIENCE DE RECHERCHE OU DE LEUR EXPERIENCE CONCRETE D'INTERVENTION. LES AUTRES CHERCHEURS ET INTERVENANTS PRESENTS SERONT ENSUITE INVITES A TEMOIGNER ET A DISCUTER A PARTIR DE LEUR PROPRE EXPERIENCE.

10h10
FOYER HEC, 3^{EME} ETAGE

PAUSE SANTE / SESSION D'AFFICHES

10h30

1. ATELIERS THEMATIQUES SIMULTANES : " LES ENJEUX DE L'INTERVENTION EN MILIEU MULTIETHNIQUE : A DOMICILE, EN CLINIQUE / EN ETABLISSEMENT, A L'ECOLE, DANS LE QUARTIER ".

SALLE HEC 3064

1.A. LES ENJEUX DE L'INTERVENTION A DOMICILE

ANIMATRICE : GHISLAINE ROY
PRESENTATRICES : DEIRDRE MEINTEL
ANNICK LENOIR
MARGUERITE COGNET
BERNADETTE THIBAudeau
CHRISTIANE MYRE

- SALLE HEC 3066 **1.B. LES ENJEUX DE L'INTERVENTION EN CLINIQUE / EN ETABLISSEMENT**
ANIMATEUR : CARLO STERLIN
PRESENTATRICES : VANIA JIMENEZ
 NATHALIE DYKE
 MARIE-FRANCE HOULE
- SALLE HEC 3043 **1.C. LES ENJEUX DE L'INTERVENTION A L'ECOLE**
ANIMATEUR : JACQUES RHEAUME
PRESENTATEURS : JEAN-FRANÇOIS SAUCIER
 VIVA INY
 LINDA COLLIN
 MARGARET RUMSCHEIDT
- SALLE HEC 3044 **1.D. LES ENJEUX DE L'INTERVENTION DANS LE QUARTIER**
ANIMATRICE : FRANCE LECLERC
PRESENTATRICES : BILKIS VISSANDJEE
 MARIE-CLAUDE BAREY
 MARTIN LAVIOLETTE
 MARGUERITE ZAKA
- 12H00**
 SALON ETUDIANT HEC **DINER**
- 13H30**
POURSUITE DES ATELIERS THEMATIQUES : " LES ENJEUX DE L'INTERVENTION EN MILIEU MULTIETHNIQUE : A DOMICILE, EN CLINIQUE / EN ETABLISSEMENT, A L'ECOLE, DANS LE QUARTIER".
- 15H00**
 FOYER HEC, 3^{EME} ETAGE **PAUSE SANTE / SESSION D'AFFICHES**
- 15H15 A 16H30**
 SALLE HEC 3073 **PLENIERE : ÉCHO DES ATELIERS ET DISCUSSION**
ANIMATRICE : SUZANNE DESCOTEAUX
PRESENTATEURS : GHISLAINE ROY
 CARLO STERLIN
 JACQUES RHEAUME
 FRANCE LECLERC
- 16H45**
 FOYER HEC, 3^{EME} ETAGE **VIN D'HONNEUR**
LANCEMENT DES PUBLICATIONS DU CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION, CLSC COTE-DES-NEIGES

MARDI 8 JUIN 1999

- 9H00**
 SALLE HEC 3073 **MOT DE BIENVENUE**
RAPPEL DES OBJECTIFS DU COLLOQUE
 VANIA JIMENEZ
- 9H15**
 SALLE HEC 3073 **PLENIERE : CONFERENCES SUR LA THEMATIQUE "ETHNICITE, CITOYENNETE, COMMUNAUTE : REGARDS VERS AILLEURS"**
HYAM SAMAHA-KAHI
 "EXPERIENCE DE LA GUERRE AU LIBAN"
PIERRE ANCTIL
 " IMMIGRATION DES CANADIENS FRANÇAIS VERS LA NOUVELLE-ANGLETERRE AU XIX^{EME} SIECLE : LES CHINOIS DE L'EST "
GILLES BIBEAU
 "RELIGIONS ET IDENTITES"
- 10H35**
 SALLE HEC 3073 **PRESENTATION DES ATELIERS : OBJECTIFS ET FONCTIONNEMENT**
 CHRISTOPHER McALL

10H45
FOYER HEC, 3^{EME} ETAGE

PAUSE SANTE / SESSION D'AFFICHES

11H00

2. ATELIERS THEMATIQUES SIMULTANES : " LES MOTS POUR LE DIRE "

TROIS ATELIERS SIMULTANES AURONT LIEU DE 11H00 A 12H00. LES ANIMATRICES/PRESENTATRICES PARTIRONT DES EXEMPLES CONCRETS AMENES PAR INTERVENANTS ET CHERCHEURS LORS DES ATELIERS DE LA VEILLE POUR FAIRE RESSORTIR L'IMPORTANCE DES MOTS QU'ON UTILISE : "ETHNICITE", "IMMIGRANT", "CITOYENNETE", "MINORITE / MAJORITE ", " IDENTITE ", " EXCLUSION / INCLUSION ". ÉCHANGES ENTRE PARTICIPANTS SUR LE SENS QU'ILS ACCORDENT A CES DIFFERENTS TERMES. PERSPECTIVES COMPARATIVES ET HISTORIQUES APORTEES PAR LES CHERCHEURS.

SALLE HEC 3043

PRESENTATRICES :
ATELIER 2.A.
JANINE HOHL

SALLE HEC 3044

ATELIER 2.B.
DEIRDRE MEINTEL

SALLE HEC 3064

ATELIER 2.C.
CATHERINE MONTGOMERY

12H00
SALON ETUDIANT HEC

DINER

13H30

3. ATELIERS THEMATIQUES SIMULTANES : " LES PISTES D'INTERVENTION EN MILIEU MULTIETHNIQUE "

IL Y AURA SIX ATELIERS SIMULTANES SUR LES PISTES D'INTERVENTION EN MILIEU MULTIETHNIQUE FACE AUX PROBLEMES ET ENJEUX SOULEVES DANS LES ATELIERS PRECEDENTS. LES PARTICIPANTS SERONT INVITES A REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES A PARTIR DE LEUR EXPERIENCE DE RECHERCHE OU D'INTERVENTION :

- QUELLES SONT LES DIFFERENTES PISTES D'INTERVENTION EN MILIEU MULTIETHNIQUE ?
- JUSQU'A QUEL POINT L'ACTION DANS LA COMMUNAUTE (DANS LE SENS LARGE DU TERME) PEUT-ELLE AGIR SUR L'EXCLUSION QUE VIVENT CERTAINES POPULATIONS POUR LES AIDER A SORTIR DE LA PAUVRETE, AVOIR ACCES AUX RESSOURCES, PARTICIPER A LA VIE PUBLIQUE, TROUVER UN EMPLOI ?
- Y A-T-IL DES NOUVELLES PRATIQUES D'INTERVENTION QUI EXISTENT (OU QU'ON POURRAIT INVENTER) POUR REALISER CES OBJECTIFS ?
- Y A-T-IL DES NOUVELLES PRATIQUES QUI SE SERVENT DES IDENTITES ETHNIQUES, DES ORIGINES NATIONALES, DES DIFFERENCES DE RELIGION ET DE LANGUE ET QUI AIDENT LES INTERVENANTS A REMPLIR LEUR MANDAT ?

CHAQUE ATELIER COMMENCERA PAR LA PRESENTATION D'UN INTERVENANT OU D'UN CHERCHEUR QUI APPORTERA UN EXEMPLE CONCRET D'UNE FORME D'INTERVENTION NOVATRICE. LES CHERCHEURS ET INTERVENANTS PRESENTS SERONT ENSUITE INVITES A PARTAGER LA DISCUSSION A PARTIR DE LEUR PROPRE EXPERIENCE.

SALLE HEC 3047

3.A. ANIMATRICE : JACQUELINE BAYREUTHER
PRESENTATEUR : JAMES BOAST
PROJET : "CLIGNOTANTS "

SALLE HEC 3049

3.B. ANIMATRICE : ELLEN ROSENBERG
PRESENTATRICE : JOCELYNE MARTIN
PROJET : "1,2,3 GO !"

SALLE HEC 3066

3.C. ANIMATEUR : JOSE ADOLPHO SEGURA
PRESENTATRICES : FRANCINE SAILLANT
MARILYN SILVERSTONE
PROJET : "PRATIQUES DE SOINS ET ECONOMIE SOCIALE "

SALLE HEC 3043

3.D. ANIMATRICE : BRIGITTE COTE
PRESENTATRICES : MARCELA TAPIA
GINETTE BERTEAU
MARIE-FRANCE THIBAudeau
SYLVIE MICHAUD
DANIELLE DURAND
ROUMIANA HARALEMPIEV
PROJET : "EMPOWERMENT "

SALLE HEC 3044

3.E. ANIMATRICE : MONIQUE LAPOINTE
PRESENTATRICES : ANNE LAURENCE FONTAINE
ANDREE LACHAINE
MARGARETTE SASSINE
GAËL JAUNASSE
CLAUDETTE FOREST

PROJET : "REPIT"

SALLE HEC 3064

3.F. ANIMATRICE : ELLEN MOSS
PRESENTATEURS : ROGER COTE
GILLES BEAUCHAMP
ZEENAT MACKWANI

PROJET (CIAC): "COLLOQUE INTERNATIONAL DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE"

15H00

FOYER HEC, 3^{EME} ETAGE

PAUSE SANTE / SESSION D'AFFICHES

15H15

SALLE HEC 3073

PLENIERE : "ÉCHO DES ATELIERS ET DISCUSSION"

ANIMATEUR : JACQUES RHEAUME
PRESENTATEURS : JACQUELINE BAYREUTHER
ELLEN ROSENBERG
JOSE ADOLPHO SEGURA
BRIGITTE COTE
MONIQUE LAPOINTE
ELLEN MOSS

PLENIERE (SUITE) "ETHNICITE, CITOYENNETE, COMMUNAUTE : LES ENJEUX ET PISTES D'INTERVENTION ET DE RECHERCHE"

PRESENTATEURS : SUZANNE DESCOTEAUX
CHRISTOPHER MCALL

16H30 A 17H00

SALLE HEC 3073

CONFERENCE DE CLOTURE

PRESIDENT DE SEANCE
JACQUES LORION

CONFRENCIER :
ROBERT SEVIGNY

*Les recherches en
résumé*

LA SOCIOLOGIE IMPLICITE DES INTERVENANTS EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DANS UN CONTEXTE PLURIETHNIQUE

Jacques Rhéaume

Robert Sévigny

Gilles Houle

Christopher McAll

Louise Tremblay

Gloria Moreno

Marielle Rozier

INTRODUCTION

Les intervenants construisent des savoirs par et dans leurs pratiques. Quels sont leurs savoirs sur l'ethnicité ? Comment en parlent-ils ? Qu'est-ce qui caractérise les interventions en milieu pluriethnique ? Ce sont ces questions qui ont donné lieu à la recherche actuelle sur la sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique. La majorité des auteurs qui se sont penchés sur la question de l'intervention dans ce contexte mettent l'accent sur les difficultés de ce type d'intervention. Cette recherche se propose de cerner les dimensions pluriethniques de l'intervention en abordant les embûches, mais aussi en reconnaissant les savoirs des intervenants.

La notion de sociologie implicite proprement dite s'inscrit dans le domaine de la sociologie de la connaissance et porte plus spécifiquement sur le rapport de la théorie à l'action. Cette notion déborde le cadre strict des interactions interpersonnelles, tel qu'on le privilégie le plus souvent dans des études fondées sur l'interactionnisme symbolique, l'ethnométhodologie ou la science-action. Elle inclut ce niveau de connaissance, mais elle comprend aussi l'ensemble des concepts par lesquels les praticiens interprètent et donnent sens aux autres dimensions de leur pratique (organisationnelles, institutionnelles, sociétales).

OBJECTIFS

L'objectif général de cette recherche est de faire l'analyse de la sociologie implicite d'intervenants œuvrant en milieu pluriethnique. Son premier objectif spécifique est d'ordre épistémologique : rendre explicite les savoirs informels des intervenants sur le contexte social de leur pratique, ce qui permettra d'en dégager les présupposés théoriques et les orientations pratiques. Un deuxième objectif en découle : mettre en relief les connaissances développées par les intervenants concernant les dimensions pluriethniques de leurs interventions.

CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIE

La présente étude est en lien avec les questionnements théoriques déjà mis en relief par Jacques Rhéaume et Robert Sévigny (1985, 1987, 1988) sur les intervenants dans le champ de la santé mentale. L'hypothèse en était que tout intervenant se réfère au moins implicitement à une

connaissance du social qui sous-tend son intervention et lui donne un sens (Sévigny 1983, 1993a). Ainsi, tout intervenant est confronté à la nécessité de s'interroger sur ses pratiques dans le but de s'ajuster à la mouvance du social, de définir ce pourquoi il intervient, au nom de quoi il intervient. Il est ainsi amené à prendre conscience des normes et valeurs ambiantes et à se situer par rapport à celles-ci (Rhéaume 1990, 1992, 1993a, 1993b; Sévigny 1991a). Ces recherches ont permis de développer une grille heuristique comprenant six thèmes d'une sociologie de l'intervention que nous présenterons plus loin. En outre, ces questionnements rejoignent les travaux sur l'épistémologie pratique de Gilles Houle (1993a, 1993b, 1993c).

Par ailleurs, cette étude s'appuie sur un corpus de connaissances plus spécifiques sur le contexte pluriethnique de l'intervention. Les difficultés vécues dans ce rapport particulier qu'est la rencontre entre un intervenant et un client immigrant ont en effet été l'objet de nombreuses études. Par le jeu de leurs expériences professionnelles, les intervenants ont développé des compétences, des habiletés, un savoir pratique à propos de cet aspect de leurs interventions (McAll, Tremblay et Le Goff 1997). La reconnaissance d'un savoir implicite acquis tout au long d'une pratique ne fait pas l'unanimité dans la littérature. Dunn (1987) et Longres (1981) évoquent l'ethnocentrisme et l'existence des préjugés personnels de l'intervenant. Au Québec, Boucher (1991) énumère les particularités suivantes de la pratique en milieu pluriethnique: ambiguïté de la relation et de la communication, complexité et nouveauté des problèmes, inconfort envers la différence, risques éthiques et déontologiques des actions inhabituelles, isolement professionnel des ressources et des théories. Cohen-Émerique (1984) identifie les principaux segments culturels, source d'incompréhension et de chocs vécus par des interlocuteurs de différentes cultures, lors d'une consultation professionnelle: la perception de l'espace et du temps, les différences dans la structure familiale, les différences dans les codes d'échange interpersonnels, les différences dans les interactions intervenant-client dans un contexte professionnel.

La recherche sur la sociologie implicite des intervenants se fonde principalement sur une approche compréhensive et interprétative. Elle porte sur une population provenant de quatre CLSC ayant une clientèle pluriethnique. L'échantillon regroupe de 20 à 30 intervenants (travailleurs sociaux, médecins, infirmières scolaires ou en maintien à domicile) œuvrant dans divers programmes ou services. Chaque personne a répondu aux questions qu'on lui posait en entrevue semi-dirigée. L'entrevue se déroule en deux temps. Une première entrevue, d'une durée d'une heure et demie, a lieu au CLSC où travaille l'intervenant. Puis, deux semaines plus tard, une deuxième entrevue, elle aussi d'une heure et demie, permet à l'intervenant de reprendre ou d'élaborer certains points abordés dans la première.

ANALYSE DES PREMIERS RÉSULTATS

L'analyse des entrevues s'effectue selon un schéma d'analyse inspiré de la grille heuristique mise au point par Rhéaume et Sévigny (1988) :

- A. Conception de l'ethnicité.
- B. Conception de l'intervention en contexte pluriethnique.
- C. Encadrement organisationnel et professionnel de l'intervention en rapport avec l'ethnicité;
- D. Systèmes sociaux d'appartenance.
- E. Rapport de l'intervention avec la société globale.
- F. Identité ethnique personnelle.

Cette grille permet de comprendre la complexité des savoirs des intervenants en rapport avec les principaux enjeux de l'intervention. Ceux-ci sont parfois de l'ordre des théories, des méthodes et des pratiques concrètes, parfois de l'ordre social ou politique. En même temps, ces enjeux deviennent souvent très personnalisés et intimes : on n'intervient pas seulement "en dehors de soi" et les situations d'apparence plus techniques, ont parfois des résonances personnelles.

Le travail sur le terrain n'est pas encore terminé mais déjà certains savoirs très spécifiques émergent à propos par exemple de :

- la communication;
- le rôle complexe de l'interprétariat;
- le rôle de l'intuition dans la compréhension de l'autre;
- le décodage des représentations culturelles de la santé et des soins;
- l'impact de l'expérience d'immigration sur le stress et l'anxiété;
- les conflits intergénérationnels;
- les tensions psychologiques associées au rôle d'intervenant en milieu pluriethnique;
- la diversité des intervenants eux-mêmes quant à leur propre origine ethnique, à leurs conceptions de leur responsabilité professionnelle par rapport à l'ethnicité, à leurs options socio-politiques, etc.;
- les dangers soit, d'ethniciser tous les problèmes soit, d'occulter entièrement la place de l'ethnicité.

Cette étude s'inscrit dans l'ensemble des études du Centre de recherche et de formation portant sur les enjeux de l'intervention en milieu pluriethnique.

PROXIMITÉ ET DISTANCE¹

*Christopher McAll
Louise Tremblay
Frédérique Le Goff*

INTRODUCTION

Les intervenants dans le domaine de la santé et des services sociaux sont confrontés quotidiennement non seulement à un ensemble de problèmes et de conditions qui font l'objet de l'intervention, mais aussi à une diversité de populations qui sont affectées par ces problèmes ou conditions. A Montréal, cette diversité prend des dimensions variées et changeantes : diversité en termes de pays et de régions d'origine, de langue, de croyances religieuses, de statut socio-économique, d'âge et de sexe. Quel est le poids mis par les intervenants sur ces différentes dimensions quand il s'agit d'expliquer les problèmes dans l'intervention ou auxquels font face les personnes et d'intervenir en conséquence ?

OBJECTIFS DU PROJET

Dans un contexte où on a voulu modifier les façons de faire dans les services de santé et les services sociaux pour tenir compte de la nouvelle pluriethnicité de la population - notamment en ce qui concerne l'accessibilité de ces services - nous avons voulu sonder les intervenants quant à leurs propres perceptions des problèmes. Nous nous sommes demandés s'il y aurait une variabilité dans les perceptions selon le type et le lieu de l'intervention, ayant comme hypothèse de travail que les difficultés ou obstacles de nature linguistique, ethnique ou culturelle devraient être plus présents comme facteurs explicatifs dans le discours des intervenants quand il s'agit d'interventions en profondeur.

MÉTHODOLOGIE

La méthode utilisée s'inspire de recherches antérieures effectuées par le chercheur principal et son équipe portant sur l'utilisation des langues en milieu de travail. Il s'agit de la reconstruction de la journée du travail. Nous avons demandé à 29 intervenants du CLSC Côte-des-Neiges - auxiliaires familiaux, infirmières, intervenants psychosociaux et médecins - de nous présenter les cas qu'ils avaient rencontrés dans les heures précédant l'entrevue. Cette méthode a l'avantage de faire porter l'entrevue sur des cas récents et de permettre à l'interviewé de narrer les événements de manière détaillée. Les interviewés ont ainsi présenté en détail 133 cas non présélectionnés. L'analyse a porté sur ces cas. Avant publication, les résultats ont été discutés lors

¹ - Projet subventionné par Patrimoine Canada.

d'une table ronde organisée par le CLSC et cette discussion a été incorporée dans le volume publié, *Proximité et distance*.

RÉSULTATS

Contrairement à ce que suggère notre hypothèse de départ, le poids explicatif accordé par les interviewés aux facteurs ethniques, culturels ou linguistiques dans l'intervention - soit en ce qui concerne les problèmes qui se sont posés dans l'intervention elle-même, soit en rapport avec les problèmes que vit la personne qui a fait l'objet de l'intervention - n'augmente pas avec la profondeur de l'intervention. Au contraire, dans les cas où des interviewés ont fait référence à l'identité ethnique ou à la barrière culturelle ou linguistique pour «expliquer» ces deux types de problèmes, il s'agissait surtout d'interventions qui se distinguaient par leur brièveté et la méconnaissance de la clientèle. Plus l'intervention a été de longue durée et plus l'intervenant a eu le temps de connaître la personne (surtout quand il s'agit de la dernière en ligne d'une succession d'interventions auprès de la même personne), plus l'intervenant fait intervenir une diversité de facteurs explicatifs relevant des différentes dimensions auxquelles nous avons fait référence plus haut : par exemple, problèmes économiques, rapports avec un conjoint violent, problèmes de logement. Cette diversification des facteurs explicatifs, qui relève d'une meilleure connaissance du dossier et du rapport de confiance qui a le temps de s'établir entre intervenant et client, ne vient pas remplacer les explications ethniques, culturelles ou linguistiques, mais vient les nuancer en ajoutant un ensemble d'autres dimensions.

LIEN AVEC LE THÈME GÉNÉRAL DU COLLOQUE

Ces résultats nous ont amenés à suggérer que le risque d'avoir recours à des stéréotypes ou à des étiquettes (et de contribuer ainsi à une certaine stigmatisation des populations) peut diminuer si les intervenants ont la possibilité et le temps de faire un véritable suivi de la clientèle. Les pressions en termes de temps et de charge de travail peuvent avoir l'effet contraire. Ce projet suggère ainsi que la «citoyenneté» des uns, c'est-à-dire, leur capacité de faire valoir leurs droits en tant que citoyens - en termes d'équité, d'accessibilité, et de non-discrimination - peut être affectée par la manière dont est organisé le travail des intervenants.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET RELATIONS INTERETHNIQUES DANS LE TRAVAIL DES AUXILIAIRES FAMILIAUX²

*Deirdre Meintel
Marguerite Cognet
Annick Lenoir-Achdjian*

Les chercheuses s'intéressaient initialement aux auxiliaires parce qu'ils constituent la catégorie d'intervenants où les immigrants (surtout des femmes) sont les plus nombreux. Par ailleurs ce sont eux qui passent le plus de temps auprès des clients, et qui, parce qu'ils administrent des soins aux domiciles des clients, constituent le lien le plus soutenu entre le CLSC et la communauté.

PROBLÉMATIQUE

L'étude avait le projet d'explorer les éventuelles incidences d'une multiethnicité réciproque entre auxiliaires familiaux et clientèle; à savoir si elle émergerait comme facteur constitutif des représentations de Soi et de l'Autre et par voie de conséquence sous quelles modalités elle pouvait être activée dans les relations - soit sous la forme de problèmes (communication, compréhension des actes ou thérapeutiques, interprétations des symptômes, etc.) ou sous, celles plus positives, d'alliances, de médiateurs à la relation, de vecteurs d'entraide, d'échanges et solidarités. Par ailleurs, d'autres facteurs sont apparus comme susceptibles d'avoir un poids déterminant sur les pratiques professionnelles des auxiliaires et sur leurs relations avec les clients comme avec leurs collègues ou les autres professionnels avec qui ils sont appelés à travailler. Ces facteurs pourraient être à même d'aviver ou au contraire de pondérer le poids de l'ethnicité. Ainsi d'une part on peut considérer les niveaux de formation. Depuis la création des CLSC, les exigences en termes de formation pour les auxiliaires familiaux et sociaux ont été modifiées. Du fait qu'aucun diplôme et formation ne soient officiellement requis, on constate une certaine hétérogénéité dans les niveaux de formation. Un grand nombre d'auxiliaires élaborent alors leur savoir directement sur le terrain. Cette situation les rapproche des gens de métiers qui acquièrent leur savoir-faire au travers des expériences concrètes, qui puisent des modèles tant dans les expériences professionnelles que personnelles. D'autre part, à l'intérieur même du groupe "auxiliaires" il faut distinguer les différentes possibilités de carrière qui ouvrent elles-mêmes sur des positions statutaires différenciées susceptibles de modifier le recours à l'ethnicité.

² - Le projet est le fruit de contacts amorcés par Deirdre Meintel, anthropologue (Université de Montréal, Groupe de Recherche Ethnicité et Société, CRF) et Annick Lenoir, étudiante de doctorat en anthropologie (Université de Montréal) avec les auxiliaires familiaux/familiales en 1996. Marguerite Cognet, sociologue française et stagiaire postdoctorale au GRES s'est jointe au projet en 1997 et a participé aux phases ultérieures du terrain, aux analyses, et à la rédaction du rapport (sous presse). L'enquête a été réalisée avec l'appui financier du Centre de Recherche et de

Concrètement dans l'état actuel de nos travaux, on constate que les auxiliaires négocient plus ou moins bien leur identité professionnelle selon leur trajectoire de carrière et selon les territoires du travail les conduisant à des implications particulières et différenciées dans les relations et les activités qui s'effectuent d'un côté au domicile des clients et de l'autre au CLSC.

Encore peu de recherches ont été faites sur les auxiliaires familiaux et sociaux ou sur des catégories d'intervenants similaires même si le développement des programmes de Maintien à domicile fait du travail des auxiliaires familiaux et sociaux une des composantes fondamentales des soins de santé. Par ailleurs, la population des personnes dépendantes, en perte d'autonomie ou à risque (personnes âgées, malades mentaux) occupe une part de plus en plus importante de la clientèle. Les résultats des premières études - y compris la nôtre - ainsi que ceux établis par des travaux ayant des objets similaires nous confirment que les auxiliaires à domicile constituent une population très intéressante en ce qui a trait à l'exploration de la dimension ethnique dans le rapport au travail, les relations socioprofessionnelles, la constitution des savoirs pratiques, la construction des identités professionnelles et la dynamique des trajectoires de carrière.

MÉTHODOLOGIE

L'étude pilote s'appuie sur un corpus de données recueillies en plusieurs étapes entre l'automne 1996 et juin 1998. Au total 40 séquences d'observations directes et 24 entretiens semi-directifs ont été réalisés. Les pratiques professionnelles et la dynamique des relations ont été observées dans deux contextes de travail bien précis : au sein du CLSC et au domicile des clients. Les entrevues ont été effectuées en deux phases de la recherche :

1. Une première série d'entretiens a été réalisée en octobre 1997. À partir des notes de terrain, une série de questions ouvertes a été élaborée et abordée avec les auxiliaires lors d'entrevues d'une heure en moyenne. La participation à ces entrevues s'est faite sur la base du volontariat, après une sollicitation générale en réunion d'équipe. Leur ancienneté au CLSC Côte-des-Neiges était variable. Certains étaient déjà là lors de la formation de pré-CLSC (il y a plus de 15 ans), alors que les autres étaient arrivés depuis moins de 5 ans (leur embauche est une conséquence directe du virage ambulatoire). Dans ce groupe était représenté des chefs d'équipe, des auxiliaires-évaluateurs et des auxiliaires. Les entrevues portaient sur trois thèmes généraux que nous reprenons dans l'analyse des résultats : le parcours professionnel, le travail en soi, les relations développées dans le cadre du travail. Différents sous-thèmes - l'expérience de travail (niveau de satisfaction), la perception du travail, les liens entre la profession et la vie personnelle - ont permis d'enrichir les réponses.

2. La seconde série d'entrevues s'est déroulée en juin 1998. À cette étape de la recherche, un rapport préliminaire a été soumis à l'ensemble des auxiliaires et chefs de programme. L'objectif de ces entretiens était alors de solliciter des commentaires à partir du contenu de ce rapport.

La prise en considération des réactions des acteurs concernés par l'étude (avis, commentaires, critiques) est intéressante. Elles viennent fournir des éléments complémentaires à la recherche, donner des éclaircissements susceptibles de nuancer les analyses ou/et de vérifier les hypothèses. Ce matériau participe de la collecte des données même s'il en est une forme originale. Plus qu'un droit de réponse, il s'agit de prendre en compte les réactions de chacun au produit de la recherche.

RÉSULTATS DE LA RECHERCHE-PILOTE

Le travail : une autonomie encadrée

Le travail des auxiliaires demande beaucoup d'habileté manuelle et psychologique (bien nettoyer, faire attention aux clients, lui faire accepter les soins, etc.) où le savoir pratique acquis par l'expérience joue un rôle important. L'autre aspect de leur tâche, plus bureaucratique, fait appel à d'autres qualités, telles que le sens de l'observation, l'articulation sur le plan écrit et oral (rédiger des notes pour le rapport, assister aux réunions et rapporter ses observations).

Il arrive que les auxiliaires rendent des services hors de leurs tâches ou qui n'ont pas fait l'objet d'une discussion préalable (couper les cheveux, sortir les poubelles, etc.) mais qui instaurent une relation de confiance rendant plus aisé le travail à effectuer. Si dans la plupart des cas ce système fonctionne bien, certains problèmes sont évoqués lors des entrevues : les clients peuvent ne plus distinguer les services qui leur sont dus de ceux qui leur sont offerts gracieusement par certains. Ils peuvent alors se croire en droit d'attendre, voire d'exiger, que tous les auxiliaires leur apportent la même prévenance.

Globalement les auxiliaires sont assez unanimes pour dire qu'ils aiment leur métier. Ils se présentent comme des gens de terrain, pour qui la satisfaction au travail passe avant tout par le contact direct. Ils et elles soulignent la communication et la variété dans le travail (contacts, soins à apporter, lieux d'exercice), le plaisir de rendre service aux gens et aux aînés en particulier.

Trajectoires personnelles et professionnelles

Les itinéraires des auxiliaires interviewés sont de trois types :

- *Nés ailleurs et déjà formés à l'arrivée.* Pour ces premiers, la migration a eu une conséquence directe sur leur cheminement de carrière, soit une modification dans le type de travail effectué dans le secteur de santé (et plutôt à la baisse). Dans ces cas, l'embauche au CLSC fait suite à une série de petits emplois assumés pour survivre.

- *Nés ailleurs et formés au Québec.* Pour ceux-ci, la trajectoire est relativement linéaire. Ils sont arrivés jeunes au Québec et se sont dirigés vers le métier d'auxiliaire assez tôt. Ils s'y trouvent bien et n'ont pas l'intention d'en partir. Leur orientation professionnelle répond au choix de travailler dans le secteur social et sanitaire.
- *Non migrants formés au Québec.* Ces derniers entrent au CLSC plus âgés. Ils ont souvent exercé divers petits métiers avant une période de chômage qui les décide à suivre une formation destinée à structurer leur vie professionnelle.

Ethnicité et culture

Souvent les auxiliaires se réfèrent à des expériences communes (immigration, pays d'origine en commun, langue, références culturelles, etc.) pour établir un bon rapport avec le client. Le plus souvent il est avantageux pour un auxiliaire de travailler chez un client parlant la même langue. Le contact est plus aisé à établir. L'instauration d'un climat de confiance s'en trouve facilitée. Mais selon les auxiliaires, cette proximité linguistique, peut aussi présenter des effets inverses; le travail peut devenir plus difficile, le client ayant des attentes plus élevées.

Sur le territoire du CLSC, si les origines communes et le partage d'une même langue ou d'autres traits culturels peuvent occasionner des rapprochements, les auxiliaires donnent priorité à la solidarité sur la base de l'appartenance professionnelle.

CONCLUSION

C'est dans la relation au client et à son entourage que les auxiliaires trouvent un espace d'autonomie et de valorisation. En dépit de certaines difficultés que rencontre l'auxiliaire familial, il "aime son travail". La sensation de "se rendre utile" donne sens à toute son action et au-delà, à son engagement professionnel. Les expériences positives exprimées par les auxiliaires en relation avec leur clientèle, sont maximisées par le partage de moments uniques, intenses, généralement caractérisés par l'aspect exceptionnel du moment comme d'aider un client en phase terminale. Dans ces expériences hors du commun l'auxiliaire a le sentiment de vivre une relation extrêmement satisfaisante sur le plan personnel et professionnel. L'expression de la reconnaissance d'un client ou de sa famille constitue à ses yeux la preuve de son effective utilité.

Les auxiliaires constituent le pont entre le CLSC et la population, puisqu'ils (elles) sont les intervenants qui ont le contact plus durable et le plus intime avec les clients. En même temps, le recours aux services du CLSC représente une forme de participation civile (la "citoyenneté" au niveau du quotidien) de la part des familles immigrantes. Ce thème aura une place importante dans les recherches futures de l'équipe.

THE PROCESS OF CLINICAL ENCOUNTER BETWEEN PATIENTS AND THEIR DOCTORS IN THE CONTEXT OF ETHNIC DIFFERENCES

*Ellen Rosenberg
Rémi Guibert*

RÉSUMÉ

Because of ongoing migration between countries, health care encounters are increasingly likely to involve a patient and a physician from different cultural groups.

Provision and receipt of good care in this context poses important challenges. Physicians are faced with patients from a large number of counties (150 in the territory of CLSC Côte-des-Neiges), and from cultures very different from that of mainstream North America.

Both partners in the clinical encounter have important insights that can be used to help patients and physicians change their perceptions and behaviours to improve care. Physicians working in neighbourhoods with large numbers of immigrants have developed techniques to improve the quality of care they provide to non-Canadian-born patients. As the new arrivals disperse over the country, physicians everywhere in Canada will need to learn these techniques. Patients can provide perspectives on these encounters, as well as on their help-seeking activities outside of the doctor's office, and in their countries of origin.

This study elicited the experiences of physicians and patients in cross-cultural clinical encounters. The physicians have extensive experience in cross-cultural care.

METHODS

We interviewed 25 family physicians with a diversity of cultural backgrounds, and practice experience. Half of them had affiliations with a medical school and, therefore, supervised physicians-in-training. 16 were born in Canada. They had been in practice from 5 to 25 years. 25 of the 27 family physicians contacted participated. All 28 of 29 patients referred by family doctors, nurses and community organizations participated. 5 patients were born in Canada. They ranged in age from 25 to 77, and had been in Canada from 2 to 50 years.

Physicians and patients each completed one semi-structured interview, lasting 1-1½ hours, in English or French. The interviewer asked subjects to describe their ethnic and cultural origins, migration and work history, religion, and education. Subjects were also asked to describe 2 "critical incidents": a difficult and an easy encounter involving a patient/doctor from an ethnic background different from their own. We insisted that the informants use their own definition of "difficult" and "easy". Subjects were asked to describe each encounter in their own words.

All 4 researchers reviewed the interviews and identified themes.

RESULTS

How important is ethnic difference ?

1. Three major issues were elicited from both patients and physicians :
 - the language barrier;
 - appropriate patient behaviour;
 - the context of care.
2. Physicians took special care to check their comprehension of the patient and the patient's comprehension of them. Several physicians noted the particular difficulty of providing good care for psychological issues whether there was a language barrier. Physicians were also frustrated by what they perceived to be the lack of accuracy of some translators. Translators were perceived to pose a threat to confidentiality at times.
3. Some patients preferred to consult a physician from their own language group when they felt it was particularly important that they make themselves understood, or when they wanted to feel more « at home ».
4. The issues of appropriate patient behaviour during the medical consultation was raised only by doctors. Patients who complained about physician behaviour did not attribute the behaviour to the ethnic differences. They complained about physicians who spent very little time with them and provided few explanations. Some patients attributed these behaviours to the difficult working conditions imposed on physicians by the government.
5. Physicians had difficulty negotiating treatment plans with patients who had perceptions of their illness and its treatment that were very different from those of the physician. Some physicians also expressed frustration about patient behaviours concerning appointments. Missing appointments, bringing several family members along to be examined, and requests for preferential treatment were all discussed.
6. Visits in walk-in clinics were more difficult for patients and physicians than those by appointment. Difficulties occurred because of unfamiliarity with one another and the pressure of time.

What Strategies do patients and physicians use in interethnic encounters ?

1. Physicians and patients discussed strategies to :
 - collect information;
 - respond to the patient's emotions;
 - to educate and influence behaviour.

2. As discussed above, both physicians and patients perceived a language barrier to present an important obstacle in the task of data collection, and, therefore, in their diagnostic task.
3. Physicians were aware of differences in norms of social expression that made it particularly difficult for them to assess the patient's emotional state and to know what would be acceptable to say to patients from cultural backgrounds different from their own. They, therefore, proceeded more slowly and carefully. Some physicians explicitly asked patients to help them to understand. Physicians tended to have a high index of suspicion of psychological problems in recent immigrants. They expected that the many changes in their lives would be the source of difficulties.
4. Patients felt emotionally better after seeing a physician who listened to them and allayed their fears. If they failed to obtain this, they changed physicians.
5. Physicians not only explained about illness to patients. They also took it upon themselves to explain the workings of the health care system, and to facilitate access to services. Some also felt the need to explain certain civil rights : those of women and children. Patients, on the other hand, describe learning about the health care system and finding good physicians through their lay networks.

CONCLUSION

In this study we have described some of the complex ways in which ethnicity and culture play a role in encounters between doctors and patients, and we have characterized the strategies used by participants in order to achieve the possible quality of care.

PRATIQUES DE SOINS ET FIGURES DU LIEN : « DES AIDANTS ET DES SERVICES À DOMICILE DANS UN CONTEXTE NOUVEAU »³

*Eric Gagnon
Francine Saillant
Robert Sévigny*

*Catherine Montgomery
Steve Paquet*

LES OBJECTIFS

La réforme du système de la santé et des services sociaux a eu comme conséquence importante une délégation accrue de soins, de plus en plus nombreux et diversifiés, à la « communauté » (famille, groupes communautaires, services privés). Dans le contexte social et économique actuel, il devenait impérieux de mieux connaître ce que la communauté offre et peut offrir comme soins, et surtout les changements dans la relation de soin que la *délégation* entraîne. *Ce projet de recherche visait à accroître notre connaissance des pratiques diversifiées de soins dispensés par des aidants qui ne sont ni des proches, ni des employés des services publics, et les conditions dans lesquelles ces pratiques s'effectuent.* Mais cette connaissance ne pouvait se limiter à un inventaire des besoins et des ressources. Les soins, entendus ici dans leur sens le plus large d'entretien du corps et de soutien psychologique (bains, repas, etc.) (Saillant, 1992), présupposent et favorisent des formes de relations sociales. L'organisation des services et la manière de les dispenser soulèvent une série de questions qui touchent à cette relation : qui a les qualifications, la volonté ou l'obligation de prendre soin, de « s'occuper de l'autre » ? De qui relève l'assistance aux personnes dépendantes, à qui veut-on la confier ? Ces questions posent le problème du lien social, soit, des *conditions d'établissement de différentes formes de relations et d'interdépendances dans les soins* (motivations, conditions matérielles, confiance et dépendance, reconnaissance des compétences et des besoins, etc.).

Ces questions acquièrent une pertinence nouvelle avec les mesures prises par l'État québécois visant à soutenir l'économie sociale. Dans cette perspective, la délégation d'une partie des soins aux services communautaires et privés vise non seulement à fournir des services adéquats, mais la création d'emplois valorisants, le renforcement des solidarités, la diminution de l'exclusion et de l'isolement (CSF, 1995; Comité d'orientation et de concertation sur l'économie sociale, 1996). C'est à l'émergence de *nouveaux aidants* (nommés aussi intervenants) que conduisent la délégation de soins et les mesures d'Économie sociale : à côté de l'aide dispensée par la famille, les services publics et les professionnels de la santé, différents soins seront dispensés par des travailleurs rémunérés ou bénévoles, dans des organisations communautaires ou privées,

³ - Recherche financée par le CQRS et le PNRDS

nouvelles et diverses. Le champ qui nous occupe comprend à la fois des nouveaux aidants (agences privées, entreprises d'économie sociale), mais aussi les «anciens» (bénévolat traditionnel, groupes communautaires) qui peuvent voir leurs pratiques et leur organisation se modifier. *Le projet a ainsi pour objectifs de mieux connaître 1) les différents types d'organismes et leurs aidants; la formation et les tâches des aidants, leurs différents statuts et conditions de travail; 2) les formes de liens possibles ou nécessaires dans l'établissement de la relation de soin et les conditions à l'établissement de cette relation, en fonction du type d'organisme, des clientèles et des milieux où se dispensent les soins.*

LA MÉTHODE

Près de 120 entrevues ont été menées auprès de responsables d'organismes (bénévoles, économie sociale et privés), d'aidants travaillant dans ces organismes et d'usagers de ces services. La recherche fut menée dans différentes régions du Québec : à Montréal dans le quartier Côte-des-Neiges (milieu pluriethnique), à Québec (milieu urbain monoethnique) et en Chaudière-Appalache (milieu rural et petites villes).

DES PRÉOCCUPATIONS ET DES ENJEUX

L'étude porte sur une réalité en pleine transformation. En mettant l'accent sur les *conditions d'exercice de la relation de soin*, elle permet d'éclairer les *enjeux* que pose l'apparition de nouveaux aidants dans la réorganisation du système de santé et des services sociaux.

Dans nos entrevues s'exprime une préoccupation générale quant au maintien ou à l'amélioration de la **qualité des soins**. Comment va-t-on préserver la qualité des soins ? Qui va assumer ces soins, dans quelles conditions ? Une préoccupation centrale qui touche autant les intervenants, les travailleuses, que les responsables d'organisme.

1^{er} enjeu : la place des services publics et celle des services privés. Quel soutien de l'État est nécessaire au maintien de cette qualité et de cette accessibilité ? Quelle équité dans la distribution des services et leur accès ?

2^{ème} enjeu : quelle relation et quelle coordination entre les différents organismes, entre les entreprises et les services publics ? Enjeu qui concerne les organismes, mais aussi les usagers qui font affaire avec plusieurs organismes.

La question de la qualité des soins va bien au-delà de l'accessibilité financière. Elle pose la question de la qualification des aidants et intervenants, ainsi que celle de leurs conditions de travail et leur statut. Cette question se pose avec d'autant plus d'acuité que l'on veut faire de la réinsertion sociale avec l'économie sociale.

3^{ème} enjeu : quelle valorisation du travail à domicile, quelle identité professionnelle, quelle organisation du travail

4^{ème} enjeu : avenir des emplois féminin, impacts sur les femmes

Mais la qualité des soins va encore bien au-delà des questions organisationnelles. La relation entre l'aidant et l'usager prend une place considérable lorsque l'on est à domicile, dans la sphère intime et privée et que les services s'échelonnent parfois sur des années. C'est une dimension du travail et de la qualification des emplois.

5^{ème} enjeu : conditions d'une bonne relation dans les soins à domicile

6^{ème} enjeu : la place des nouveaux aidants dans l'univers domestique et leur relations avec la famille. L'impact sur les liens sociaux et l'espace privée. Le partage des responsabilités entre individus, familles et intervenants dans notre société

Ces préoccupations et enjeux vont du nouveau mode d'intervention de l'État aux dimensions relationnelles et intimes des soins. Entre ces deux pôles (macro et micro sociologiques), il y a une continuité : les politiques contribuent à transformer les rapports domestiques et les liens sociaux ou encore doivent s'y ajuster. Ces questions et préoccupations ne peuvent se comprendre et trouver réponses que mises en perspective.

ÉLARGIR LA COMPRÉHENSION ET LA RÉFLEXION SUR LES ENJEUX.

Il importe de réinscrire les enjeux les plus immédiats et pressants dans un ensemble de changements plus vastes et une perspective historique, si nous voulons mieux les comprendre et y faire face. Cette préoccupation ne concerne pas uniquement les chercheurs, les décideurs ou les coordonnateurs d'entreprise, mais aussi les intervenants, infirmières, auxiliaires et préposés. Leurs conditions de travail doivent être comprises et appréciées en regard de transformations plus vastes, qui affectent leur autonomie, leur identité professionnelle et leur rapport à l'emploi. Enfin, cet élargissement nous est dicté par les préoccupations, les questions et les propos des personnes que nous avons rencontrées : responsables d'organismes, employés et bénévoles. Leurs préoccupations et questions sont notre point de départ et demeurent au centre de notre démarche.

Une perspective historique et politique

L'essor de l'économie sociale et les transformations des soins à domicile sont bien manifestement liés au retrait de l'État-providence et à la crise des finances publiques. Il importe de recadrer ces changements dans une perspective qui va au-delà des questions budgétaires et intègre la légitimité des interventions publiques, la crise du professionnalisme (remise en cause de l'hospitalo-centrisme, critique de l'autorité professionnelle, désinstitutionnalisation).

Une perspective sociologique

L'économie sociale et le nouveau maintien à domicile, provoque l'arrivée de nouveaux intervenants au domicile privé, qui viennent soutenir ou compléter la famille ; c'est aussi une demande faite aux familles et aux groupes communautaires d'assurer les soins. Il faut donc situer nos observations sur la relation de soins en fonction des transformations des liens sociaux et particulièrement des liens familiaux. Il faut les comprendre en regard des changements démographiques, de la transformation des rapports hommes-femmes, de la situation des emplois féminins, du développement des emplois de service et plus largement du changement des rapports entre sphères privée et publique.

Une perspective anthropologique

Ces changements historiques et sociologiques soulèvent des questions anthropologiques, qui débordent les questions de gestion et de politique mais qui ont des incidences sur eux :

- ■ la question de l'altérité avec l'arrivée d'«étrangers» dans le domicile; les conditions pour qu'ils y soient admis;
- la question de la confiance à créer et pourquoi elle prend de l'importance aujourd'hui;
- la question des soins, de l'accompagnement, l'entretien de la vie ; leur place et leur signification aujourd'hui : soigner n'est pas simplement un geste technique et affectif, mais aussi la création de liens avec l'environnement social et physique, dans lesquels s'expriment des valeurs, de la continuité, des filiations.

ETHNICITÉ, CITOYENNETÉ ET COMMUNAUTÉ

Dans le contexte pluriethnique de Montréal, la question de l'altérité dans la relation de soins se pose de façon particulière dans la rencontre entre aidants et aidés de différentes origines. Dans les organismes desservant la population en général, on note la mise en place d'une série de stratégies, tant formelles qu'informelles, qui visent à minimiser la distance créée par des différences de langue, de pratiques religieuses ou encore par des préjugés et stéréotypes. En ce qui concerne la langue plus particulièrement, ces stratégies s'avèrent surtout efficaces pour les tâches plus «techniques» qui exigent relativement peu de communication (entretien ménager, préparation de repas ou certains soins infirmiers). En revanche, elles sont moins efficaces dans des situations où la communication est centrale, comme dans l'explication d'un malaise ou dans les activités qui visent à briser l'isolement (visites et téléphones d'amitié, activités de loisirs, etc.). C'est en réponse à de telles situations qu'on voit émerger un certain nombre d'organismes communautaires spécifiquement pour les personnes âgées des communautés immigrantes. D'une part, ces organismes jouent un rôle important de liaison entre leurs membres et les organismes du

réseau formel à travers la diffusion de l'information et les services d'interprétariat. D'autre part, ils créent des lieux d'échange pour des personnes âgées qui ne s'expriment pas (ou peu) en français ou en anglais. Ces organismes constituent donc des espaces de solidarité qui permettent aux personnes âgées des communautés immigrantes de connaître leurs droits en matière d'accès aux services et de participer à des activités collectives. La participation et l'accès aux ressources sont deux enjeux majeurs de la citoyenneté.

ESPACE THÉRAPEUTIQUE À LA MAISON, APPLICATIONS EN ETHNOPSYCHIATRIE CLINIQUE⁴

José Adolfo Segura

RÉSUMÉ

Par la création d'un dispositif original en termes d'espace ou cadre de travail thérapeutique l'auteur conduit des évaluations et des thérapies familiales dans le domicile du client ou patient migrant et de sa famille.

Le protocole de recherche comprend :

1. Une référence par les intervenant(e)s ou professionnel(le)s de la première ou deuxième ligne;
2. Une évaluation de la pertinence de la démarche réalisée au bureau du CLSC ou du Centre Hospitalier, une présentation à la famille au complet ou aux parents de la technique et de ses caractéristiques;
3. Un consentement éclairé dûment signé par tous les membres âgés de plus de 14 ans au sein de la famille;
4. La tenue des séances de thérapie familiale utilisant des lectures psychodynamiques et **culturelles** (anthropologiques) dans le but de comprendre les théories explicatives familiales et culturelles et leur rapport avec la dynamique psychologique de chaque membre de la famille et de leur interrelation avec le groupe et avec la culture d'accueil.

Les média utilisés sont la conversation et les dessins individuels et collectifs.

D'autres avenues de recherche avec ce dispositif sont en cours de réflexion voire en train de s'initier.

INTRODUCTION

Depuis quelques années plusieurs cliniciens et cliniciennes explorent les problèmes psychiques et de santé mentale associés à la migration dans différents lieux cosmopolites et multiethniques du monde entier. Dans quelques universités de Paris, Sydney, Uppsala, Boston, Montréal, pour ne citer que celles-ci, se développent différentes voies de recherche au niveau de la psychopathologie et des techniques thérapeutiques dans le but de mieux desservir cette partie importante de la population.

La technique de travail et de recherche clinique a été conçue en utilisant des concepts et méthodes utilisés en anthropologie, en santé communautaire et en psychiatrie. Avec ces éléments de

⁴ - Projet de recherche clinique en cours.

compréhension et de lecture je rencontre des familles qui vivent des problèmes d'adaptation, de conflits intergénérationnelles ou d'autres types de problématiques reliées aux phénomènes migratoires et d'insertion dans la communauté d'accueil, comme par exemple un retard de langage ou de développement chez les enfants migrants ou des problèmes liés à l'adolescence.

LES OBJECTIFS DU PROJET

1. Se doter d'outils cliniques et d'approches thérapeutiques adaptés aux réalités des migrants.
2. Développer des techniques de formes et façons de faire qui puissent aider les familles et les individus dans leur démarche de métissage en harmonie et équilibre entre l'intérieur et l'extérieur.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit de recherche clinique et de raffinements techniques concernant un dispositif spatial "ethnopsychiatrique" déjà expérimenté et utilisé (Segura, J.A). Ce travail clinique est l'objet d'une recherche de maîtrise en sciences cliniques de l'Université de Montréal. Il s'agit d'analyse qualitative, de monographies et histoire de cas.

RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES

Les familles qui ont suivi la thérapie ont démontré une évolution positive et présentaient un soulagement des symptômes et des problèmes pour lesquels elles avaient été référées. Une analyse exhaustive sera effectuée dans le travail final du Mémoire de Maîtrise.

LIEN AVEC LE THÈME DU COLLOQUE

Le projet a été conçu pour perfectionner les outillages cliniques que nous utilisons en situation interculturelle et en contexte de multiethnicité.

LA PERCEPTION DES UTILISATEURS À L'ÉGARD DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE DISPENSÉS EN MILIEU PLURIETHNIQUE

*Nicole Leduc
Robert Sévigny
Vania Jimenez*

*Jean-François Saucier
Bilkis Vissandjée
Michelle Proulx*

INTRODUCTION

La problématique de "l'adéquation" des services offerts à une clientèle pluriethnique sous l'angle de la qualité et de l'acceptabilité est encore relativement peu étudiée dans le contexte des services sociaux et de santé de première ligne, même si elle est primordiale à la fois pour les usagers et les intervenants. Ce projet découle directement des préoccupations de l'équipe de recherche en sciences sociales du CLSC Côte-des-Neiges, dont le programme de recherche a pour but d'améliorer l'adéquation des services de première ligne destinés aux clientèles pluriethniques, par une meilleure connaissance des clientèles actuelles et potentielles des services sociaux et de santé de première ligne, ainsi que par l'analyse des interventions qui leur sont dispensées.

OBJECTIF DU PROJET

L'objectif général de ce projet est de connaître la perception qu'ont les jeunes familles d'immigration récente utilisant divers types de services de santé de première ligne en ce qui concerne la qualité et l'acceptabilité culturelle de ceux-ci, ainsi qu'à identifier leurs attentes à l'égard des services de santé en général. Par services de première ligne, nous entendons ici l'ensemble des services de santé individuels dispensés sur une base ambulatoire, à l'exception des cliniques externes hospitalières. Par ce travail, nous espérons identifier les caractéristiques des services de santé qui permettent de les inscrire dans un cadre de référence satisfaisant pour cette clientèle.

MÉTHODES

La population à l'étude est celle de jeunes familles établies dans le quartier Côte-des-Neiges utilisant des services de santé de première ligne, soit le CLSC, les cliniques médicales privées et les urgences hospitalières. Ces familles proviennent d'Afrique du Nord, du Liban, des Philippines, du Vietnam et du Sri Lanka. L'échantillon par choix raisonné a été stratifié en fonction du pays (ou région) d'origine et du type de services utilisés. Au total, 20 familles ont été recrutées dont 4 par pays ou région d'origine.

Une entrevue semi-structurée, enregistrée et retranscrite, d'une durée moyenne de 90 minutes, a été réalisée avec un ou des parents de la famille. La plupart se sont déroulées en français ou en anglais et ont eu lieu à domicile. La première étape d'analyse a consisté à documenter les

trajectoires d'utilisation des services de santé des familles participantes; la seconde à décrire le processus de prise de décision à l'égard de l'utilisation des services de santé de première ligne, et la troisième, à cerner les obstacles à l'utilisation.

RÉSULTATS

À peu près tous les types de services de santé de première ligne ont été utilisés par l'ensemble des familles depuis leur arrivée au Québec, à savoir ceux des CLSC, des urgences hospitalières, des cliniques médicales et des hôpitaux. L'analyse des trajectoires individuelles permet de dégager un certain nombre d'aspects. D'abord, la prise de contact avec les services s'effectue suivant trois scénarios :

1. La connaissance des services de santé et leur disponibilité s'effectuent en raison de leur proximité et de leur convenance;
2. Le choix d'un service se fait de façon non délibérée, et s'opère en fonction de considérations extérieures à l'individu lors de situations d'urgence alors qu'il connaît peu les services;
3. La mise en contact avec les services se fait en réponse aux directives du MCCI.

Après leurs premiers contacts, les individus amorcent progressivement un tri sélectif des services de santé et des professionnels. Ce tri s'effectue à partir de l'évaluation que les usagers font des services utilisés et des professionnels consultés lors des premiers contacts et s'étend pour englober divers types de services de santé à mesure qu'une catégorisation de ceux-ci s'installe et que la connaissance du système s'approfondit. La présence de compatriotes dans l'environnement immédiat accélère la prise de connaissance des services offerts.

Parmi les déterminants individuels de l'utilisation des services de santé, la nouveauté de certains problèmes de santé (par rapport à ceux propres au pays d'origine) et donc, l'incertitude quant à leur gravité motivent une utilisation qu'on pourrait à tort qualifier d'inappropriée; la nouveauté des pratiques professionnelles d'ici contribue à accroître le sentiment d'incertitude chez plusieurs des familles interrogées. Quant aux déterminants organisationnels, on constate entre autres que les dispositifs de soins instaurés dans le pays d'origine pour une même condition de santé semblent parfois éloignés de ceux du Québec et affecter chez certaines familles, leur perception de la qualité des soins reçus. L'antibiothérapie prend un sens et une importance particulière chez des familles, distincts de la valeur thérapeutique qui lui est généralement dévolue ici. Les bilans annuels de santé et le recours à un médecin de famille comme source régulière de soins, ne sont pas adoptés par la plupart des familles interrogées et ce, même après plusieurs années de résidence.

ETHNICITÉ, CITOYENNETÉ ET COMMUNAUTÉ

En ce qui concerne l'ethnicité, la forte majorité des familles de l'étude paraissent disposer de ressources personnelles suffisantes leur permettant de surmonter les difficultés d'utilisation au fur et à mesure qu'elles se posent. Il existe néanmoins certaines distinctions inter-groupes qui entraînent une utilisation qui ne semble toutefois pas basée sur une iniquité perçue d'accès aux services mais plutôt sur des considérations pratiques. Ces familles ont cependant des caractéristiques particulières qui les distinguent d'autres catégories d'immigrants plus vulnérables, isolés, venant d'ethnies culturellement plus éloignées ou utilisant peu les services.

Si l'on considère que la citoyenneté implique l'égalité d'accès aux services sociaux et de santé, notre étude démontre que les jeunes familles d'immigration récente bénéficieraient d'un support informationnel accru pour exercer pleinement ce droit.

Enfin, qu'est-ce que la communauté signifie pour ces jeunes familles récemment établies au Québec comparativement à l'expérience qu'elles ont vécue dans leur pays d'origine où elles étaient présumées bien implantées au sein d'une communauté ?

FACTEURS INFLUENCANT L'ALLAITEMENT MATERNEL EN MILIEU PLURITHNIQUE AVEC UN VOLET MARRAINAGE⁵

*Brigitte Côté
Carmen Loiselle
Denise Gastaldo
Marcela Tapia*

*Roxanne Gendron
Sonia Semenic
Josée Bussières
Monique Lapointe*

PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

Le taux d'allaitement au Québec est un des plus bas au Canada. Alors que le taux moyen d'allaitement est de 74 % dans l'ensemble du pays, il n'est que de 48 % au Québec (Levill et al., 1995). Ce taux serait même plus bas dans les milieux défavorisés de la province (Séguin et al., 1998). Jusqu'à tout récemment nous avons très peu de données sur les facteurs entourant la pratique de l'allaitement au Québec. Deux études récentes rapportent cependant des données importantes chez un groupe représentatif de la province (Lepage, 1997) et chez un groupe sous-scolarisé et défavorisé économiquement (Séguin et al., 1998). Les facteurs en cause rapportés comprennent, entre autres, les variables personnelles, socio-démographiques et l'environnement social. Plusieurs études effectuées à l'extérieur du Québec rendent compte d'un phénomène qui laisse plusieurs intervenants en santé publique souvent perplexes; les femmes qui allaitent dans leur pays d'origine ont moins tendance à allaiter lorsqu'elles immigreront vers un pays plus industrialisé (Rossiter et al., 1993; Serdula et al., 1991; Sharma et al., 1991). Des auteurs suggèrent que l'attrait pour l'adoption d'une vie aux pratiques plus modernes contribuerait à la réduction du taux d'allaitement chez ces femmes immigrantes (Sharma et al., 1991).

Ce phénomène semble aussi présent au Québec (Lapointe, 1998), selon une étude pilote menée au CLSC Côte-des-Neiges. Dans cette étude menée à l'automne 1997 auprès des femmes ayant accouché en 1996, 96 dossiers de nourrissons se présentant en clinique de vaccination, dont la feuille de suivi comprend de l'information sur l'allaitement à 2, 4, 6, 9 et 12 mois ont été révisés. Les données montrent que parmi les 27 groupes culturels représentés, 59 % des femmes allaitent à deux mois après l'accouchement. Toutefois, l'allaitement exclusif ou partiel chute à 36 % à quatre mois. De plus, ces mêmes données suggèrent que chez les Vietnamiens l'utilisation de la formule lactée est le choix prioritaire dès la naissance. Chez les Philippins et les Srilankais l'allaitement maternel prédomine jusqu'à six mois. L'allaitement 'mixte' (i.e. l'allaitement maternel 'complété' par un biberon ou plus de formule lactée) semble une pratique courante pour

⁵ - Projet financé par Santé Canada (PCNP - janvier 1999 à mars 2000). Ce projet compte sur la participation de professionnels, universitaires et groupes communautaires (CLSC Côte-des-Neiges, Direction de la santé publique de Montréal Centre, Faculté des sciences infirmières - Université de Montréal, Faculty of Nursing - University of Toronto,

plusieurs communautés culturelles dès le 2^{ème} mois. Des facteurs d'ordre environnemental et institutionnel semblent aussi être en cause. L'étude au CLSC incluait un deuxième volet, qui a consisté en un focus groupe avec les 15 intervenantes du programme Enfance Famille. Leurs perceptions sur la pratique de l'allaitement en milieu pluriethnique sont les suivantes :

- plusieurs femmes ayant l'intention d'allaiter ont abandonné tôt et elles sentent chez ces femmes un besoin général de plus d'information et de soutien;
- le rôle que l'hôpital devrait jouer dans l'initiation de l'allaitement n'est pas optimal, et elles perçoivent un manque de continuité dans les activités d'information et de soutien entre l'hôpital et le CLSC dans cette période critique;
- plusieurs groupes culturels valorisent l'allaitement maternel, mais les croyances et pratiques particulières au Québec, ne sont pas toujours en accord avec celles de leur culture d'origine (Lapointe, comm. person., mai, 1998).

En conclusion, des recherches menées dans d'autres pays ainsi que des données préliminaires provenant d'un secteur pluriethnique du Québec suggèrent des pistes d'investigation visant la compréhension et l'explication du faible taux d'allaitement maternel post-immigration. Il demeure crucial de pallier le manque de données sur la pratique de l'allaitement en milieu pluriethnique et de déterminer de façon systématique, plutôt qu'anecdotique, la récurrence de ces pratiques ainsi que les facteurs additionnels entourant l'initiation et la persistance de l'allaitement en milieu pluriethnique au Québec.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Compte tenu des données et des observations préliminaires sus-mentionnées, les objectifs de la présente étude visent à :

1. dresser un portrait de l'allaitement maternel à l'initiation, à 3 et à 6 mois dans un contexte pluriethnique représentatif (n = 1800) et décrire plus particulièrement certains groupes ethniques chez qui les taux d'allaitement maternel sont soit plus élevés ou plus faibles (volet épidémiologique);
2. dresser un portrait des pratiques hospitalières (n = 8) et des pratiques en CLSC (n = 1) pour les établissements qui desservent ce territoire en matière de promotion, de soutien et de protection de l'allaitement maternel, telles que décrites par les établissements, les intervenants et les femmes (n = 200 femmes) (volet descriptif);
3. explorer les facteurs facilitant et les obstacles liés à l'allaitement maternel chez des sous-groupes ethniques (n = 4) plus prévalants de l'échantillon initial. Cerner les facteurs (culturels, sociaux, économiques, institutionnels, environnementaux) qui influencent

- l'initiation et la persistance de l'allaitement maternel (volet exploratoire : focus groupes);
4. développer des stratégies adaptées pour la promotion de l'allaitement dans des groupes ethniques présentant un faible taux d'allaitement.

MÉTHODOLOGIE

Volet épidémiologique

Le CLSC reçoit en moyenne 1 800 avis de naissance par année. En 1997, 87 % de ces mères ont été rejointes par une prise de contact téléphonique postnatale dans la première semaine suivant l'accouchement, en général. Notre échantillon de départ serait les femmes vivant sur le territoire du CLSC Côtes des Neiges ayant eu une naissance vivante entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 1999. Deux questions simples sur l'allaitement, le pays d'origine de la mère et son année d'arrivée au pays, seront ajoutées à la fiche d'évaluation postnatale utilisée par les infirmières lors de la prise de contact téléphonique. Pour les femmes non-rejointes, une lettre est généralement envoyée au domicile, celle-ci inclura un court questionnaire sur l'allaitement avec une enveloppe de retour pré affranchie. Pour connaître les taux d'allaitement à trois et six mois, une entrevue téléphonique d'une durée de cinq minutes sera faite par un interviewer (équipe polyglotte), avec trois tentatives de rejoindre les femmes, à divers moments de la journée ou soirée.

Volet descriptif

Les pratiques hospitalières et au CLSC seront décrites à travers trois sources de données :

- Un questionnaire aux gestionnaires (n = 18) ;
- Un questionnaire aux intervenants directs auprès des femmes (n = 18) dans les huit centres hospitaliers accoucheurs de l'île de Montréal et au CLSC Côte-des-Neiges;
- Un questionnaire aux femmes (n = 200).

Les femmes seront choisies de façon aléatoire, avec une représentation par centre hospitalier. Elles seront rejointes par un interviewer dans les trois semaines suivant l'accouchement, par téléphone pour une entrevue de 15 minutes. Le questionnaire s'adressant aux gestionnaires s'inspirera de la grille des 'Hôpitaux amis des bébés' pour les centres hospitaliers. Le questionnaire aux intervenants comprendra des questions sur les activités de protection, promotion et soutien de l'allaitement qu'ils accomplissent et leurs perceptions sur l'allaitement maternel. Les résultats préliminaires seront présentés lors d'une rencontre avec des sous-groupes représentatifs de l'échantillon d'intervenants et de l'échantillon de femmes, dans l'esprit des principes de l'évaluation participative et enrichis par cette interaction.

Volet exploratoire

Quatre groupes ethniques les plus prévalants du territoire de Côte-des-Neiges seront identifiés lors du volet épidémiologique. Dans chacun de ces groupes ethniques, se tiendront trois focus-groupes (n = 12) de 8 participantes chacun, d'une durée d'une heure et demie. Chaque groupe aura un facilitateur et un observateur. L'un d'eux devra parler la langue du groupe ethnique. L'objectif principal du focus-groupe est de rassembler une information détaillée sur les représentations culturelles, l'allaitement et clarifier les enjeux identifiés lors des entrevues individuelles et des questionnaires.

ALLAITEMENT, ETHNICITÉ, CITOYENNETÉ ET COMMUNAUTÉ

Cette étude a pour prémisses que les changements migratoires et l'acculturation peuvent modifier les habitudes d'allaitement des femmes immigrantes, quelle que soit leur **communauté ethnique** d'origine. Dans le processus d'acquisition de la **citoyenneté** canadienne, les immigrants ont tendance à adopter les valeurs partagées par les québécois. Malheureusement, en renforçant leur appartenance à la culture d'accueil, elles perdent peut-être une bonne pratique vis-à-vis de l'allaitement.

Le défi des intervenants est de promouvoir l'allaitement maternel dans un environnement qui ne favorise pas sa pratique. La compréhension du phénomène doit aller au-delà de la connaissance des intentions d'allaiter ou de la recherche de représentations culturelles distinctes sur l'allaitement.

En tant que pratique du domaine de la santé, l'allaitement est sujet du discours professionnel, du discours public, des traditions familiales. Il est entre autres, influencé par les facteurs psychologiques et économiques. De plus, certaines études suggèrent un lien entre pouvoir et allaitement réussi. Selon Brack (1979) et Savanné (1980). Les femmes qui ont plus de contrôle sur leur vie (horaires de travail flexibles, éducation permettant la recherche d'alternatives au-delà de la consultation médecin/infirmière, confiance en soi et estime de soi pour négocier la sexualité et l'allaitement, etc.) allaitent plus et pour plus longtemps.

Ces études suggèrent que l'atteinte d'un allaitement réussi est un processus complexe qui s'inscrit dans le support communautaire, les droits des citoyens, et l'*empowerment* individuel. Ce scénario plus large n'exempte pas les professionnels de leur rôle clé dans la promotion et le support de l'allaitement maternel. Néanmoins, la description et la compréhension des nombreux éléments impliqués dans la promotion de l'allaitement peuvent nous aider à formuler des programmes et des approches professionnelles qui prennent en considération la synergie potentielle que la collaboration de la **communauté**, des professionnels et des décideurs peuvent générer.

COMPORTEMENTS DE PROMOTION DE LA SANTÉ DES FEMMES SUD-ASIATIQUES IMMIGRANTES AU QUÉBEC⁶

*Bilkis Vissandjée
Rose-Marie Mayatella
Monique Lapointe*

LA COLLECTE DES DONNÉES

Afin d'effectuer notre étude, une entente de principe avait été obtenue avec le Ministère des Relations avec le Citoyen et de l'immigration (MRCI) et la Commission d'Accès à l'Information (CAI) afin d'obtenir les renseignements nominatifs d'un échantillon de femmes sud-asiatiques. Une liste aléatoire fut construite par l'alliance MRCI-RAMQ, constituée de 1500 noms de femmes d'Asie du Sud, admises au Québec depuis 0 à 1 an, 2 à 5 ans et 6 à 10 ans. La rencontre préliminaire avec la représentante et le statisticien du MRCI, a été programmée afin de déterminer l'échantillon. Ces renseignements (nom, adresse, année d'entrée au Québec, âge, pays d'origine) furent obtenus en février, dû à plusieurs délais occasionnés par un changement de programmes informatiques à la RAMQ. Il est à noter que la préservation de la confidentialité des renseignements obtenus demeure un souci pour l'équipe de recherche. L'accord convenu avec la Commission d'Accès à l'Information a été respecté : la transmission des renseignements nominatifs, sur version papier et disquette, s'est faite en main propre entre la représentante du MRCI et la chercheur principale. Les renseignements obtenus sont gardés sous clé et seules les personnes autorisées (agentes de recherche et chercheur principal) y ont accès, celles-ci ayant remplis un formulaire d'engagement à la confidentialité (dûment envoyé à la CAI).

Suite à l'obtention de ces renseignements, une stratification fut effectuée selon l'année d'entrée au pays (1987-91/1992-95/1996-97), afin de constituer des strates de grosseur équivalente. Un échantillon probabiliste, plus spécifiquement systématique fut réalisé. La recherche des numéros de téléphone correspondants qui a été complétée se fait à l'aide d'un bottin spécialisé. Les femmes sud-asiatiques échantillonnées, dont le numéro de téléphone a été trouvé, furent contactées par l'intermédiaire des personnes-tampon.

En fin d'année 1997, la rédaction d'articles fut une activité de partenariat. En effet, la recension des écrits exhaustive et les nombreuses lectures effectuées ont permis de faire une recherche plus approfondie sur plusieurs sujets dont la promotion et l'utilisation des services de santé chez les immigrantes, l'influence du genre, etc. De plus, les divers échanges avec les pairs effectués lors des participations aux conférences et colloques et les différentes expériences vécues dans le cadre

⁶ - Rapport final. Étude financée par le Centre d'Excellence pour la santé des femmes-Consortium Université de

de cette recherche constituent les premières actions de partage des connaissances et expériences avec les communautés scientifiques et les groupes communautaires.

BANQUE DE DONNÉES

Une recension des écrits exhaustive par le biais des banques de données informatisées telles que Medline, Cinahl, SocioFile, Current Contents et Psych-Info avait été préalablement amorcée, tel qu'exprimé dans le rapport intermédiaire. Une banque de données avait alors été créée avec l'utilisation du logiciel Référence Manager. Cette banque de données a été complétée, raffinée depuis novembre 1997. Des références supplémentaires se sont en effet ajoutées, par la recension d'écrits faits dans le cadre de la rédaction des deux articles et dû à notre souci constant de mettre à jour la banque de références.

LE QUESTIONNAIRE

Depuis la réalisation des différentes étapes de validation du questionnaire, décrites dans le rapport d'étape (panel d'experts, pré-test avec la population cible), la rédaction du questionnaire final est aujourd'hui terminée. Il a ensuite été traduit en trois langues sud-asiatiques : le Bengali, le Hindi et le Tamil. Vingt quatre entrevues avant la collecte de données principale ont été réalisées afin de constater la fidélité du questionnaire ainsi que pour fermer les questions qui étaient laissées ouvertes. Ces dernières reflètent maintenant la perception de cette population par rapport à leur bien être physique et moral.

PARTENARIAT ET ACTION DE CONSEIL EN MATIÈRE POLITIQUE

L'équipe de recherche, composée en septembre 1997 de divers chercheurs, professionnelles de la santé et des services sociaux et de groupes communautaires a œuvré en partenariat depuis le début du projet. Les caractères multidisciplinaires et intersectoriels de notre équipe de recherche sont essentiels, afin de sensibiliser les futures interventions auprès des immigrantes de l'Asie du Sud. De plus, par les positions stratégiques que les chercheurs et partenaires occupent, tant dans les milieux universitaires, ministériels que communautaires, la contribution à l'élaboration de politiques ne sera que plus appropriée aux besoins des femmes immigrantes

Le travail en partenariat demeure une priorité pour l'équipe de recherche. Les différents partenaires, tant du milieu communautaire qu'universitaire n'agissent pas seulement à titre consultatif : une collaboration étroite est réalisée à toutes les étapes de la recherche. Ainsi, depuis novembre 1997, quelques rencontres ont été effectuées où plusieurs aspects de la recherche ont été discutés. Lors des rencontres, une mise au point de l'avancement de la recherche a été effectuée, ainsi que de la création d'un échéancier pour la réalisation des différentes étapes.

Plusieurs discussions concernant la prise de contact des femmes sud-asiatiques échantillonnées, le rôle de la personne "tampon" lors de cette prise de contact, la traduction des questionnaires ont également été réalisées.

Plusieurs chercheurs et collaborateur(trice)s sont issu(e)s de la communauté sud-asiatique : ils/elles apportent la perspective de la culture et du genre. D'autres membres de l'équipe ont vécu des expériences variées avec les communautés culturelles dans le cadre de leur travail et en ont développé des connaissances et une sensibilité culturelles.

Il est évident qu'une telle équipe de recherche est précieuse et exige des efforts de part et d'autre, des opinions et des perspectives variées des différents partenaires. Chaque étape de la recherche implique de nombreuses discussions qui prennent du temps et de l'énergie. Bien que le processus soit long, la question de ce partenariat n'a jamais été remise en cause. En effet, il est essentiel d'investir le temps nécessaire pour établir une participation réelle des partenaires afin de réaliser une recherche culturellement appropriée et d'ainsi obtenir des données non biaisées. Ce partenariat avec des gens des différents milieux (communautaires, universitaires, ministériels) en plus d'être une expérience enrichissante pour tous, nous permettra d'élargir la diffusion des résultats pour que chaque milieu impliqué en bénéficie.

Plusieurs questionnements demeurent dans la communauté scientifique lors de recherches auprès des communautés culturelles. Un des résultats escomptés de ces recherches est l'obtention de données et de connaissances non biaisées. Plusieurs mesures sont proposées pour contribuer à la production de connaissances culturelles appropriées. Le "matching" chercheur / participant apparaît comme étant une des solutions proposées. Cette solution propose de maximiser la similarité des identités des chercheurs et des participants. Les attributs culturels pour lesquels le matching a été prôné incluent l'ethnicité, la race, la zone géographique, la classe sociale, le genre, l'âge, la langue et les valeurs (Becerra and Zambrana, 1985). En effet, il est généralement reconnu que plus les chercheurs et les participants ont des caractéristiques communes, plus le potentiel d'avoir une compréhension juste et adéquate du problème de recherche est élevé.

Cependant, le matching parfait est difficilement réalisable. Une recherche comme la nôtre, qui porte sur la population immigrante sud-asiatique et plus spécifiquement sur les femmes fait ressortir diverses questions sur la composition idéale de l'équipe de recherche. En plus du "ethnic match", le "gender match" est également à considérer et ces deux éléments ont fait l'objet de plusieurs discussions au sein de notre équipe. Des questions ont surgi telles que : la présence d'hommes dans l'équipe de recherche pourrait-elle être un obstacle à l'obtention de données non biaisées ? Une personne tampon de genre masculin pourrait-elle être un élément de gêne pour les femmes sud-asiatiques ? La connaissance, la sensibilité culturelle, et la collaboration sont des

éléments fondamentaux pour le développement d'une recherche culturellement appropriée et sont plus importants que le *matching*.

Par souci de répondre aux priorités des ministères, des contacts ministériels furent également amorcés en février 1998. Le protocole de recherche fut soumis à Philippe Anger, adjoint spécial du député Martin Cauchon et fut pris en main par Mme Lyne Constantineau, adjointe ministérielle, développement économique Canada qui le transféra à M. David Rodier, ministère de la santé et M. Leeson, ministère du multiculturalisme.

DIFFUSION DE LA RECHERCHE

Tout au long de la collecte de données et lors de l'obtention des résultats finaux, des rencontres sont prévues avec les différents milieux. Ainsi, des échanges avec les professionnels de la santé et des groupes communautaires seront réalisés, afin de partager les résultats. Des rencontres pourront alors être effectuées avec les professionnels du CLSC Côte-des-Neiges, du Centre communautaire des femmes sud-asiatiques, de ACCESSS (Alliance des Communautés Culturelles pour l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux), du CLAM (Carrefour de Liaison et d'Entraide Multi-Ethnique), ainsi qu'au Centre des Femmes de Montréal.

**LES PRATIQUES TRADITIONNELLES AFFECTANT LA SANTÉ PHYSIQUE ET
MENTALE DES FEMMES : L'EXCISION ET L'INFIBULATION
« SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES D'AVENIR »⁷**

*Bilkis Vissandjée
Radegonde Ndejuru
Jean Renaud
Monique Lapointe*

*Laetitia Aïthachimi
Mireille Kantiébo
Alissa Levine*

RÉSUMÉ

Pratiquées majoritairement en Afrique sub-saharienne, l'excision et l'infibulation sont des traditions qui varient d'une région à l'autre, d'une ethnie à l'autre et également à l'intérieur d'une même communauté, d'un même groupe ethnique voire d'une même famille. Ces pratiques demeurent profondément ancrées dans les traditions bien qu'elles fassent l'objet de remises en cause relatives à l'éducation de plus en plus élevée des populations, la lutte et la sensibilisation menées dans la plupart des pays depuis plus d'une décennie. Malgré les considérations scientifiques sur les conséquences jugées néfastes pour la santé, les dimensions socioculturelles attachées à ces pratiques favorisent leur perpétuation en Afrique et ailleurs dans le monde.

De plus en plus d'immigrants pratiquant ces coutumes s'établissent au Canada notamment dans les grands centres urbains, tels que Montréal, Toronto, Vancouver, etc. Même s'il n'existe aucune information statistique sur la prévalence ou l'incidence de l'excision et l'infibulation, ces pratiques sont un nouveau problème de santé au Canada. En immigrant, les parents obtiennent une plus grande autonomie décisionnelle concernant leurs enfants. Cependant le maintien de ces traditions dans les pays d'origine en grande partie lié à la pression sociale et culturelle, influence de façon marquée la décision de faire exciser les enfants. Dans le cas où les parents choisissent d'éviter la pratique, le problème peut se poser lors d'un séjour touristique au pays d'origine où l'enfant pourrait être soumise à cette pratique à leur insu. Aussi, faut-il s'attendre, de retour au Canada, à ce que ces fillettes aient éventuellement besoin de recourir aux services de santé en raison de complications physique ou psychologique consécutives à cette opération. Au Canada, il est à craindre que la découverte de l'existence de la pratique de l'excision et de l'infibulation soit révélée à l'instar de la France par le décès de plusieurs fillettes. Pour prévenir une telle situation il est possible d'envisager des séances de sensibilisation des futurs parents.

Par ailleurs, la plupart des femmes adultes originaires de pays où prévalent ces pratiques ont déjà subi l'opération avant leur arrivée. Si le fait d'avoir immigré suppose un état de santé adéquat pour

⁷ - Réalisée en collaboration entre le Centre de Recherche et de Formation du CLSC Côte-des-Neiges et la Faculté des sciences infirmières de L'Université de Montréal; cette étude est subventionnée par PNRDS -Santé Canada.

entrer au Canada, certaines peuvent rapidement nécessiter un suivi médical spécifique, surtout lors d'une grossesse et/ou d'un accouchement. Une désinfibulation permettant le passage du nouveau-né devient nécessaire. Certaines femmes infibulées qui accouchent dans les hôpitaux canadiens réclament d'être réinfibulées après. Les intervenants de la santé ne sont préparés ni techniquement ni psychologiquement à ce genre de situation. Les difficultés rencontrées lors d'accouchements sont liées à la méconnaissance des intervenants en santé au Canada des pratiques traditionnelles telles que l'infibulation et/ou l'excision. Les risques potentiels nécessitent que ceux-ci soient mieux préparés à affronter les difficultés liées à ces pratiques.

La sous-utilisation des services sociaux et de santé par les femmes immigrantes en raison des barrières culturelles, linguistiques et des rôles sociaux auxquels elles font face dans leur nouvel environnement, est un phénomène notable. Leurs difficultés linguistiques affectent la qualité et la quantité des informations échangées, tant sur le plan des symptômes, du traitement des problèmes de santé que sur le plan de la prévention. Les difficultés d'interaction entre des professionnels de la santé et ces femmes; les habitudes culturelles peu connues ou peu comprises du personnel, l'inadaptation des services de santé à leurs besoins, une résistance culturelle à utiliser les services de santé, constituent autant d'obstacles à l'utilisation des services de santé par les femmes issues des communautés concernées. Le problème de communication entre bénéficiaires et intervenants de la santé se situe à plusieurs niveaux. Il concerne à la fois le langage et les expressions utilisés, l'écoute des patients; l'attitude des bénéficiaires face aux interventions du personnel médical; la définition et l'interprétation culturelles des problèmes de santé. Les expressions utilisées pour désigner le problème de santé se révèlent souvent incompréhensibles pour les bénéficiaires et/ou pour le personnel. Ce phénomène est lié au fait que les communautés culturelles ont une définition et une description de la maladie adaptées à leur tenants culturels. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'énoncer des problèmes de santé touchant les organes sexuels, le langage utilisé est souvent voilé et respectueux de la pudeur traditionnelle entourant l'évocation des parties intimes du corps humain. Le langage direct employé par le personnel médical pour désigner les parties génitales apparaît dès lors choquant voire frustrant ou gênant pour certaines personnes issues des communautés culturelles. Pour plusieurs participantes à l'étude, le suivi prénatal ou postnatal, les examens gynécologiques de routine (ou en cas de maladie) correspondent entre autres à des situations où le phénomène prend de l'ampleur dans la mesure où la patiente est quelque fois réticente à utiliser les expressions appropriées pour décrire le problème de santé gynécologique. Même si le problème de santé peut dans certains cas être lié au pays d'origine, la stigmatisation du pays d'origine constitue également pour les bénéficiaires de santé issus des communautés culturelles une gêne non favorable à l'utilisation des services de santé. Selon la plupart des

participantes, le problème de santé est souvent mis en rapport avec le pays d'origine et pour l'élucider, le personnel médical tend souvent à poser des questions relatives à un séjour antérieur probable du bénéficiaire dans son pays d'origine. La méthode de questionnement adoptée, se révèle parfois peu commode pour les communautés se sentant marginalisées.

En dehors des problèmes de communication, il faut noter le problème de gêne par rapport au service gynécologique. La majorité des participantes soulignent l'importance du sexe du médecin intervenant au niveau des services gynécologiques ou obstétriques. Plusieurs femmes issues des communautés culturelles préfèrent fréquenter des gynécologues de sexe féminin et éprouvent de la gêne à se prêter aux interventions des gynécologues ou obstétriciens de sexe masculin. Un tel phénomène contribue à freiner ou à réduire les consultations gynécologiques. Pour terminer, il faut mentionner que les principales préoccupations réfèrent à l'importance :

- de permettre aux intervenants en santé d'acquérir une certaine familiarité avec la situation des personnes ayant déjà été soumises à l'excision et l'infibulation afin de cerner leurs besoins en services de santé;
- d'orienter les bénéficiaires de services issus des communautés culturelles vers des intervenants avec lesquels ils peuvent s'exprimer ou permettre aux immigrants de bénéficier des services d'un personnel de santé relevant de leur communauté ou le cas échéant d'une personne jouant le rôle d'interprète;
- de limiter les barrières linguistiques de nature à affecter l'accessibilité aux services de santé et à l'information en matière de santé.

Dès leur installation au Canada, des séminaires devraient être organisés en direction des communautés culturelles en provenance des pays où ont lieu ces pratiques. Ils pourraient être dispensés par les CLSC ou tout autre institution habituellement fréquentée par les immigrant(e)s. Des membres des communautés œuvrant dans les différentes associations communautaires pourraient au besoin assurer la transmission des messages dans la langue maternelle des participant(e)s ou servir d'interprètes à l'occasion. Les séminaires auraient comme mission de :

- sensibiliser les nouveaux immigrants aux conséquences médicales relatives à ces pratiques;
- sensibiliser les communautés sur la position et la législation canadiennes à l'égard de ces pratiques;
- permettre aux parents de trouver du soutien et de partager leur expérience avec d'autres membres des communautés culturelles concernées.

PRATIQUES D'EMPOWERMENT AVEC LES FEMMES IMMIGRANTES

*Brigitte Côté
Marcela Tapia
Ginette Berteau
Danielle Durand*

*Roumiana Haralampiev
Marie-France Thibaudeau
Monique Lapointe
Sylvie Michaud*

Le projet s'inscrit dans le cadre de l'intervention par quartier, qui a été adoptée par le CLSC depuis 1992. Cette approche écosystémique permet aux intervenants de situer leur intervention dans le contexte plus large de l'environnement global, le quartier de vie ou voisinage, et d'agir sur les déterminants de la santé des femmes aux niveaux individuel et communautaire. La philosophie de l'approche est basée sur quatre grands principes : l'empowerment, le travail multidisciplinaire et intersectoriel ainsi que l'ajustement des interventions aux besoins locaux, ce qui s'inscrit dans une perspective de santé communautaire et de promotion de la santé.

L'empowerment est donc au centre des préoccupations des intervenants des équipes de santé. Le district de Côte-des-Neiges est le plus multiethnique de l'île de Montréal avec plus de 80 000 individus, 45% d'immigrants et 11% d'immigration récente. La clientèle qui participe activement aux activités dans les quatre quartiers est très majoritairement féminine, multiethnique et immigrante. Dans ce projet le partenariat intersectoriel, unit le secteur de la santé et des services sociaux, le secteur communautaire et le milieu de l'éducation.

Plusieurs stratégies d'empowerment se côtoient dans les divers quartiers, tant au plan individuel que de groupe ou communautaire. Les activités identifiées pour le projet sont celles qui mettent en avant la participation active des femmes du voisinage à la planification et à la prise de décision, permettant de parler d'un partenariat réel bien que plus informel avec les femmes du quartier.

BUTS DU PROJET ET OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

A) Portrait des pratiques et des perceptions des intervenants de la santé, du social et du communautaire en empowerment des femmes immigrantes du quartier Côte-des-Neiges.

1. Acquisition de connaissances sur les pratiques d'intervention en cours auprès des femmes immigrantes dans le quartier Côte des Neiges.
2. Acquisition de connaissances sur les perceptions des intervenants vis-à-vis de l'empowerment dans leur pratique quotidienne.

B) Analyse critique des barrières et des facilitateurs à l'empowerment à travers une ou plusieurs stratégies d'intervention utilisées dans le voisinage des quartiers Côte-des-Neiges.

1. Acquisition de connaissances sur les facteurs qu'influencent l'empowerment chez les femmes immigrantes.
2. Acquisition de connaissances sur les barrières et facteurs facilitateurs à l'empowerment tel que perçus par les femmes immigrantes.
3. Participation des femmes immigrantes impliquées dans une rencontre d'échange sur les conclusions de cette phase du projet.

C) Développement d'habiletés dans le domaine de l'empowerment des femmes chez les intervenants du quartier Côte-des-Neiges, d'autres CLSC de la région et des stagiaires des facultés des Sciences infirmières et de l'École de service social.

1. Formation des intervenants sur l'empowerment des femmes immigrantes avec l'outil créé d'après les résultats de l'analyse critique, et dans un esprit d'empowerment des intervenants impliqués.
2. Acquisition d'habiletés chez des stagiaires à travers la participation aux interventions d'empowerment avec les équipes de quartier.
3. Développement d'un réseau intersectoriel pour le quartier Côte-des-Neiges.

D) Création d'un outil de sensibilisation et de formation sur les spécificités de l'empowerment auprès des femmes immigrantes

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie proposée pour le projet s'inspire des principes du travail d'empowerment. Un comité intersectoriel, constitué par des représentantes des milieux communautaires, de la santé publique et universitaire participe activement aux diverses étapes - planification, développement du cadre méthodologique et théorique, réalisation - du projet. Nous avons entamé, à l'intérieur dudit comité, une réflexion sur les pratiques d'empowerment et ses implications à l'égard du travail auprès des femmes immigrantes. De plus, le développement d'un réseau élargi est prévu dans le but d'impliquer davantage de groupes et organismes intéressés à cette démarche.

Durant la cueillette des données nous faisons appel aux techniques de recherche qualitative avec une approche participative. Ainsi, les entrevues auprès des intervenants lors de la première phase du projet se sont réalisées dans une atmosphère de respect et d'apprentissage mutuel, privilégiant le dialogue ouvert entre l'agente de recherche et les personnes concernées. Nous avons réalisé quinze (N = 15) entrevues semi-structurées auprès des intervenants, couvrant les diverses dimensions d'empowerment que nous avons identifiées dans la littérature. Nous comptons faire de l'observation participante lors des interventions en groupe à la deuxième phase du projet. Des

femmes participantes aux séances seront ensuite invitées à exprimer leurs opinions et besoins lors d'entrevues individuelles semi-structurées.

Les données recueillies sont traitées à l'aide d'un logiciel spécialisé de façon à faciliter une analyse de type inductive, enracinée dans le discours et la pratique des intervenants. Les données sont ensuite présentées dans des tableaux de synthèse permettant des comparaisons et l'identification des typologies et "patterns" dans le travail auprès des femmes immigrantes tel que vu par les intervenants et leurs clientes.

Les résultats du projet seront partagés avec les participantes et tout organisme ou groupe intéressé. Une fois ces résultats révisés et enrichis à partir des suggestions des personnes et groupes concernés, nous développerons un outil de formation adressé aux intervenants. Cet outil répondra aux besoins et intérêts identifiés sur le terrain. Probablement élaboré sous forme d'atelier, cet outil privilégiera une approche interactive et expérimentale et inclura l'utilisation de matériel d'appui écrit et/ou audiovisuel.

EMPOWERMENT, ETHNICITÉ, CITOYENNETÉ ET COMMUNAUTÉ

Le projet "Pratiques d'*empowerment* avec les femmes immigrantes" se déroule à Côte-des-Neiges, le quartier le plus multiethnique de l'île de Montréal. Il vise à faire un portrait des interventions auprès des femmes de diverses origines afin de proposer des activités de formation en *empowerment* qui répondent aux besoins et aux intérêts des intervenants et des femmes elles-mêmes.

Il n'y a pas un consensus quant à la définition de l'*empowerment* dans la littérature. Cependant, un point fait l'unanimité : les activités d'*empowerment* visent à développer la capacité d'exercer le pouvoir chez ceux qui sont *exclus* des lieux de décision. Leur **origine ethnique** pouvant se rajouter à d'autres facteurs d'exclusion tels le genre et la pauvreté, les femmes immigrantes se trouvent souvent exclues dans notre société.

L'*empowerment* est un processus complexe qui comporte plusieurs dimensions de travail interreliées : individuelle, en groupe, **communautaire** et socio-politique. Quand un processus d'*empowerment* est enclenché, les personnes impliquées acquièrent un meilleur contrôle sur les facteurs qui affectent leur vie et leur environnement social et politique. Les problèmes privés et les affaires publiques deviennent alors graduellement inséparables. Dans un processus d'*empowerment* les personnes impliquées sont reconnues et se reconnaissent elles-mêmes comme **citoyennes à part entière**, capables non seulement d'accéder aux ressources existantes mais aussi de participer à l'allocation des ressources.

Quelles sont les **barrières et les facteurs qui facilitent** les interventions dans une perspective d'*empowerment* ? Comment les intervenants conçoivent-ils leur travail en lien avec les principes

d'*empowerment* ? Jusqu'à quel point ces interventions s'insèrent-elles dans une perspective d'*empowerment* à long terme ? Qu'est-ce qu'on comprend par *empowerment* ? Ce sont quelques-unes des questions auxquelles nous voulons répondre au cours de ce projet.

Nous partons de la prémisse selon laquelle les pratiques des intervenants sont imprégnées des conceptions intériorisées de "Soi" (en tant que personne/s et en tant que professionnel/le/s), et de "l'Autre" (en tant qu'individu et en tant qu'être social). C'est dans cette rencontre entre cultures et visions du monde souvent différentes et parfois opposées que les interventions les plus novatrices en termes d'*empowerment* des femmes émergent dans un pays d'accueil "aux visages multiples." Les milieux institutionnel et social jouent aussi un rôle important quant à la création des conditions nécessaires pour le développement et le soutien des activités d'*empowerment*.

Nous concevons l'*empowerment* comme une stratégie globale et à long terme, plus appropriée dans certains contextes que dans d'autres, qui permet l'utilisation des diverses modes et procédures d'intervention selon les problématiques et les besoins des femmes. Notre projet a pour but de faire valoir et d'appuyer **l'institutionnalisation de cette approche en santé communautaire dans des milieux multiculturels et défavorisés**. Pour ce faire nous envisageons, en plus de **l'élaboration d'un outil de formation** adressé aux intervenants, **le développement d'un lieu d'échange** qui facilite la réflexion et l'auto-réflexion sur les pratiques d'*empowerment* des femmes immigrantes.

LA PRISE EN COMPTE DE LA DIMENSION DE LA MULTIETHNICITÉ DANS LES RECHERCHES SUR LA CONTINUITÉ DES SERVICES INTER-ÉTABLISSEMENTS DANS LE CONTEXTE DU CONGÉ PRÉCOCE EN OBSTÉTRIQUE⁸

*Danielle D'Amour
Brigitte Côté
Lise Goulet*

*Raynald Pineault
Louise Séguin
Jocelyn Bisson*

Le projet de recherche « Évaluation de l'impact des modalités de suivi postnatal sur la mère et le nouveau-né dans le contexte du congé précoce en obstétrique » est réalisé par une équipe de chercheurs du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) dont certains chercheurs sont aussi membres du CRF du CLSC Côte-des-Neiges. Les chercheurs sont Lise Goulet (chercheur principal) Danielle D'Amour (co-chercheur principal) Louise Séguin, Raynald Pineault et Jocelyn Bisson.

Ce projet, bien que n'étant pas centré sur la variable de l'ethnicité, permettra de recueillir des données utiles à cet égard. Nous y reviendrons après avoir exposé les objectifs et la méthodologie du projet et nous concluons sur un certain nombre de questions qui mettent en lien la réduction de la durée de séjour, l'organisation de la dispense des services sous forme d'un réseau et la question de la multiethnicité.

THÈME DU PROJET

Dans la foulée du virage ambulatoire, le congé précoce en obstétrique, c'est-à-dire un congé suite à un séjour de moins de 48 heures après un accouchement vaginal normal et de moins de 96 heures après une césarienne non compliquée est devenue pratique courante dans la majorité des centres hospitaliers du Québec. Selon le Conseil d'évaluation des technologies du Québec (CÉTQ, 1997), un court séjour en obstétrique n'a pas d'impact négatif sur la santé de la mère et du nouveau-né à condition qu'il s'accompagne d'un suivi postnatal adéquat.

À travers le Québec, plusieurs CH et CLSC ont conclu des ententes quant à des modalités conjointes de suivi. Il apparaît plus aisé d'établir ces ententes dans des milieux où le nombre de partenaires est plus restreint et où la clientèle est plus homogène. Or, la situation qui prévaut sur l'île de Montréal est particulièrement complexe puisque l'on y dénombre 9 hôpitaux accoucheurs et 29 CLSC ainsi qu'une population dont 22 % ont une langue maternelle autre que le français ou l'anglais. Un survol rapide montre que peu d'ententes ont été établies entre les CH et les CLSC de la région de Montréal et qu'il n'existe pas encore d'orientation régionale.

⁸ - Ce projet, en cours de réalisation, est subventionné par la FCRSS.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'objectif général du projet est d'évaluer l'impact des modalités de suivi postnatal sur la mère et le nouveau-né dans le cadre du congé précoce en obstétrique et de comprendre les facteurs organisationnels et inter-organisationnels qui influencent le suivi.

Notre cadre conceptuel postule que les modalités de suivi offertes par le réseau déterminent les services reçus par la mère et le nouveau-né suite au retour à la maison. Cette relation est modulée par la nature des liens entre les partenaires du réseau et par des facteurs organisationnels et inter-organisationnels qui influencent la collaboration au sein du réseau. Les caractéristiques de la mère et de l'enfant modulent également cette relation, notamment l'état de santé de la mère et du nouveau-né ainsi que les caractéristiques reliées au statut socio-économique et à la qualité du soutien social informel. Notre cadre conceptuel postule aussi que les services reçus ont une influence sur la santé de la mère et de l'enfant, sur l'utilisation subséquente des services et sur l'appréciation de la qualité des services.

De façon plus spécifique, le projet vise :

1. Du point de vue des mères à :

- connaître les services institutionnels et communautaires effectivement reçus par les mères et les nouveau-nés;
- documenter l'état de santé, l'utilisation des services par les mères et leur nouveau-né pour des problèmes particuliers de santé à la période postnatale;
- connaître l'appréciation des mères en regard des services reçus et utilisés.

2. Du point de vue organisationnel :

- connaître les modalités de suivi postnatal telles que planifiées par les établissements concernés dans le cadre ou non d'ententes inter-organisationnelles;
- comprendre la nature des liens et le partage des responsabilités entre les CH et les CLSC de l'île de Montréal;
- identifier les facteurs organisationnels et inter-organisationnels qui influencent les comportements de collaboration.

MÉTHODE UTILISÉE

Sur le plan du devis, cette étude comporte deux volets :

- un volet enquête auprès des mères;
- un volet organisationnel auprès des gestionnaires des CH et des CLSC de la RRSSSMC.

Enquête auprès des mères

Une cohorte de 1 200 femmes résidant sur l'île de Montréal ayant accouché dans un des neuf centres hospitaliers visés par l'étude, pouvant s'exprimer en anglais ou en français, et ayant eu un congé précoce, fera l'objet d'une enquête téléphonique un mois après l'accouchement. L'autorisation a été obtenue auprès de la Commission d'accès à l'information du Québec pour que les femmes soient identifiées à partir des déclarations de naissance acheminées par les CH à la Direction de la santé publique de la RRSSMC. Les femmes reçoivent, lors de leur accouchement, une lettre les informant qu'une équipe de recherche entrera en communication avec elles.

Les variables à l'étude sont :

- l'état de santé de la mère et de l'enfant
- les services reçus par la mère et l'enfant (nature et moment)
- le soutien social du milieu
- la santé mentale mesurée par le CES-D
- le recours à des organismes communautaires
- l'appréciation par la mère des services reçus (continuité, précocité de l'intervention, cohérence de l'information...)
- les facteurs personnels (âge, scolarité, revenu, origine ethnique...)

Volet organisationnel

Une enquête est conduite auprès des gestionnaires de CH et de CLSC. Deux modalités sont utilisées soit par questionnaire et par entrevues avec un certain nombre de gestionnaires. Les questionnaires (version CH et CLSC) portent sur des variables telles que : 1) les modalités de suivi planifiées par les CH et CLSC 2) les facteurs organisationnels tels que les critères de congé précoce, les ressources disponibles... 3) les facteurs inter-organisationnels tels que la nature des ententes et les relations inter-établissements. Les entrevues porteront essentiellement sur les processus d'établissement des ententes, sur les relations inter-établissements, sur les facteurs qui facilitent ou nuisent à la constitution de réseau...

LIEN AVEC LE THÈME DU COLLOQUE

Lors de l'enquête auprès des mères, nous demandons à celles-ci d'identifier leur langue maternelle de même que leur pays d'origine ainsi que celui du père de l'enfant. Cette information permettra de comparer la population de souche québécoise avec la population d'immigrants quant à certaines variables de l'étude. Les principales variables pourraient être le lien de l'ethnicité avec :

- le soutien informel reçu par la mère de la part de son entourage
- la santé mentale telle que mesurée par le CES-D
- l'appréciation par la mère des services quant à la précocité de l'intervention, la nature de l'intervention, la cohérence de l'information entre CH/CLSC...
- le nombre de refus de visites postnatales

Cette mise en relation permettra de mieux comprendre comment les besoins des mères d'origine ethniques différentes peuvent se distinguer des besoins des mères de souche québécoises. Ceci pourrait amener à l'adaptation des interventions de congé précoce aux spécificités du milieu particulièrement dans les quartiers à population multiethnique prédominante.

De façon plus générale : questions à soulever en regard de la réduction de séjour, de la mise sur pied de réseaux intégrés de services et la multiethnicité

- La clientèle multi-ethnique a-t-elle des besoins différents de la population générale en matière de continuité de services après un retour précoce à la maison ?
- Comment la question de la diversité culturelle est-elle actuellement considérée dans le cadre de la continuité des services inter-établissements pour une clientèle qui retourne de façon précoce à domicile et qui a des besoins différents de la population en général ?
- Est-ce que la question de la multiethnicité doit être abordée dans l'établissement de la continuité des services ? Si oui, de quelle manière ?
- Comment prendre en compte ce facteur lorsque le réseau est complexe et les liens de collaboration difficiles à établir pour une population générale ?
- Quel est le rôle de la communauté dans le soutien lors d'un congé précoce ?
- Les réseaux d'entraide, les groupes de soutien et les groupes communautaires peuvent-ils jouer un rôle complémentaire aux institutions de santé, particulièrement dans le cadre d'un congé précoce qui modifie le fardeau des mères et des familles ?
- Selon les valeurs culturelles qui influencent la vision de l'accouchement et du postnatal, y a-t-il des ethnies plus à risque de se retrouver isolées dans cette période d'adaptation à la vie familiale ? Certaines communautés ont-elles des ressources particulières pour les familles en postnatal immédiat ou des pratiques de soutien social bénéfiques dans le cadre du congé précoce ?

HYPERÉMÈSE GRAVIDIQUE : VARIABLES BIOPSYCHOSOCIALES ASSOCIÉES⁹

*Vania Jimenez
Martin St-André
Jean-François Saucier
Robert Mahood*

INTRODUCTION

Des intervenants de la santé, médecins et infirmières, partagent l'impression clinique (communications personnelles) que les femmes récemment immigrées sont plus à risque de développer des vomissements sévères (hyperémèse gravidique) lors de leur grossesse comparativement aux femmes non-immigrantes. Spécifiquement, ce projet étudiera si le fait d'être d'immigration récente et la présence de certains stressors reliés au processus d'immigration sont associées au diagnostic d'hyperémèse gravidique. En effet, les écrits contemporains sont muets sur le processus pouvant expliquer le lien entre le groupe culturel, le processus migratoire et l'hyperémèse gravidique (Chong et Johnston, 1997). À notre connaissance, aucune recherche ne s'est encore penchée spécifiquement sur cette problématique. Ce projet vise également à étudier l'impact d'autres variables (de nature biomédicale et psychosociale) associées à l'hyperémèse gravidique. L'identification de ces variables constitue une étape importante pour mieux traiter les femmes, qu'elles soient d'immigration récente ou non.

Ce projet pilote se propose d'explorer la faisabilité d'un projet à plus grande échelle, projet qui impliquerait plusieurs institutions de la santé; il vise aussi à tester un questionnaire auprès de 80 patientes hyperémétiques.

OBJECTIFS

Peu d'auteurs, à notre connaissance, ont tenté de décrire le profil biopsychosocial des femmes hyperémétiques. En effet, la plupart des articles sur le sujet portent sur des histoires de cas ou sont basés sur de petits échantillons de femmes hyperémétiques. Les recherches basées sur un grand nombre de sujets visaient essentiellement à déterminer si le fœtus se portait bien à la naissance (ex. petit poids, malformation congénitale, etc.).

Cette recherche pilote vise à délimiter le profil biopsychosocial des femmes souffrant d'hyperémèse gravidique durant la grossesse, en portant une attention particulière à leur lieu de naissance et leur origine ethnique, au temps écoulé depuis le départ du pays d'origine et à

⁹ - Cette demande s'inscrit dans la programmation d'une équipe de recherche en fonctionnement subventionnée par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale (CQRS).

l'impact de stressseurs associés au processus d'immigration. L'impact de certaines variables biopsychosociales identifiées dans la littérature ci-dessus sera investigué à l'aide d'un questionnaire structuré et d'analyses de laboratoire effectués à partir d'échantillons sanguins. Les résultats de cette recherche vont nous permettre d'établir la faisabilité d'une recherche prospective ultérieure à plus grande échelle et qui prendrait des femmes non-hyperémétiques comme groupe contrôle.

Les objectifs de ce projet sont :

1. de décrire le profil biopsychosocial des femmes souffrant d'hyperémèse gravidique de l'échantillon;
2. de déterminer s'il existe des différences entre les femmes nées à l'extérieur de la province et arrivées depuis moins de 10 ans , et celles nées au Québec ou arrivées depuis plus de 10 ans, en ce qui concerne les variables biopsychosociales;
3. d'étudier l'association entre l'origine ethnique, la présence d'hyperthyroïdie, le niveau de gonadotrophine chorionique, et l'hyperémèse gravidique.

MÉTHODOLOGIE

Toutes les femmes souffrant d'hyperémèse gravidique à l'Hôpital Général Juif et à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal au cours d'une période de 10 mois seront identifiées. L'étude préliminaire rétrospective, à partir des données du service des archives de l'Hôpital Général Juif de Montréal, montrent que depuis trois ans, 150 femmes ont été identifiées comme souffrant d'hyperémèse gravidique, avec une moyenne de 50 par année (en moyenne une femme par semaine). L'Hôpital Sainte-Justine a sensiblement le même nombre d'accouchements par année et par conséquent, d'admissions pour hyperémèse gravidique.

Nous prévoyons donc rencontrer environ 80 femmes hyperémétiques (40 à l'Hôpital Général Juif et 40 à l'hôpital Sainte-Justine) au cours d'une période allant de juillet 1998 à avril 1999, soit une moyenne de 8 à 10 femmes par mois. Les données obtenues au Service des archives de l'Hôpital Général Juif de Montréal pour les années 1995 et 1996 indiquent clairement une tendance à la diminution du nombre d'hospitalisations pour hyperémèse gravidique lors des mois de mai et juin. Les femmes retenues pour cette recherche pilote seront toutes celles qui auront été hospitalisées pour des vomissements incoercibles sévères et ce, quel que soit le moment de leur grossesse et indépendamment de la langue dans laquelle elles s'expriment. Le processus de recrutement se fera en étroite collaboration avec les départements d'obstétrique/gynécologie de l'Hôpital Général Juif et de l'Hôpital Sainte-Justine.

Les informations de nature biomédicale seront obtenues à l'aide du questionnaire et de l'échantillon sanguin, les informations psychosociales uniquement à partir d'un questionnaire.

LES PROFILS DE LA PAUVRETÉ DANS LE QUARTIER CÔTE-DES-NEIGES¹⁰

*Christopher McAll
Catherine Montgomery
Andrea Seminario
Julie-Anne Tremblay*

INTRODUCTION

La pauvreté au Québec, et tout particulièrement à Montréal, a beaucoup augmenté entre 1991 et 1996. En cherchant à intervenir face à la pauvreté – à travers, par exemple, la *Loi sur la sécurité du revenu* – il y a eu tendance de la part de l'État de ne pas tenir suffisamment compte de la diversité de trajectoires qui mènent à la pauvreté et de la diversité de stratégies qu'il faut élaborer pour aider les gens à s'en sortir. Ce projet de recherche a été élaboré en lien avec un projet plus important mené par le chercheur principal et le CLSC des Faubourgs (projet en cours subventionné par le CQRS) portant sur les profils de la pauvreté au Centre Ville de Montréal. Le présent projet est effectué avec la collaboration du programme Enfance-famille du CLSC Côte-des-Neiges.

OBJECTIFS DU PROJET

L'objectif global du projet est de mieux comprendre la diversité de profils et trajectoires de pauvreté pour mieux agir et intervenir. On souhaite aussi se servir du projet pour mieux faire connaître la réalité des différentes formes de pauvreté auxquelles sont confrontés quotidiennement les intervenants sur le terrain. Il s'agit non seulement d'alimenter les pratiques d'intervention mais aussi de contribuer aux débats plus larges actuellement en cours sur la pauvreté et les inégalités sociales.

CADRES THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

La perspective théorique consiste à percevoir la construction et le maintien de la pauvreté en fonction d'un ensemble de «barrières» auxquelles les individus se confrontent quotidiennement. N'étant ni un «objet» ni une «condition», la pauvreté se produit à travers un ensemble de rapports inégalitaires prenant place à l'intérieur d'un certain nombre de territoires sociaux. C'est de cette perspective que relève l'analyse dynamique des trajectoires sociales des personnes pauvres qui permet non seulement de repérer les «profils» de pauvreté mais aussi d'identifier les facteurs menant à l'appauvrissement des populations. Nous avons fait appel à trois sources d'information pour effectuer ce projet : une revue de littérature sur la pauvreté au Québec; des entrevues auprès

¹⁰ - Projet subventionné par Patrimoine Canada.

de responsables d'organismes communautaires œuvrant dans le quartier ainsi qu'avec des intervenants du programme Enfance-famille du CLSC Côte-des-Neiges. Celles-ci ont porté sur l'expérience concrète et récente d'intervention et sur des perceptions plus générales.

RÉSULTATS

À travers les journées décrites en entrevue, les intervenants nous font entrer dans l'univers de la pauvreté à Côte-des-Neiges et nous font connaître une clientèle précaire. Poussés aux marges de la société, ce sont des individus qui nécessitent un soutien additionnel. Non seulement ils vivent une pauvreté *matérielle* (manque à gagner, logements insalubres, manque de ressources pour vêtements et nourriture), mais celle-ci est souvent aggravée par une pauvreté *émotionnelle* (anxiété, dévalorisation de soi) et *relationnelle* (difficulté d'entrer en relation avec d'autres et d'intégrer des réseaux de support). Certaines populations sont surreprésentées parmi les clientèles rencontrées. Ce sont des femmes monoparentales, des familles à faible revenu, des jeunes, des personnes ayant des problèmes de santé mentale. De façon générale, leurs profils de pauvreté peuvent ressembler à ceux d'autres quartiers défavorisés à Montréal ou encore d'autres grands centres urbains. Cependant, dans le quartier Côte-des-Neiges, ces statuts de marginalité se croisent souvent avec le fait d'être immigrant ou réfugié récemment arrivé au Québec. Bien que les manques en termes de finance et de soutien social soient tout aussi présents pour les réfugiés et nouveaux immigrants que pour toute autre personne vivant une situation de pauvreté, ces premiers sont aussi sujets à d'autres types d'obstacles : perte de réseaux de soutien suite à l'immigration, barrière de la langue, méconnaissance des modes de fonctionnement des institutions et des services, non-reconnaissance d'expériences ou diplômes acquis dans le pays d'origine, discrimination liée à l'origine ethnique. Ces obstacles augmentent les risques de se retrouver dans une situation de pauvreté. La construction de solidarités apparaît comme la force motrice des interventions auprès de ces populations. Les réseaux public et communautaire permettent à ceux et celles qui sont en marge de la société de s'exprimer, s'organiser et échanger avec d'autres sur leurs situations de vie. Dans ce sens, ils créent des espaces d'inclusion.

LIEN AVEC LE THÈME GÉNÉRAL DU COLLOQUE

La pauvreté, non comme condition mais comme rapport, nous met devant l'incapacité d'un nombre croissant de nos concitoyens de faire valoir leurs droits : droit à la santé, à un logement décent, à la non-discrimination, à l'éducation, au travail, aux loisirs. Pour agir face à la pauvreté, il faut comprendre les trajectoires de vie des différentes catégories de la population : femmes ayant seules la charge de leurs enfants, minorités ethniques, étudiants, travailleurs au bas de l'échelle, enfants.

LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS : PROFILS ET TRAJECTOIRES DE JEUNES RÉFUGIÉS¹¹

Catherine Montgomery

PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Le nombre de réfugiés dans le monde aujourd'hui est estimé à 18 millions de personnes (OMS, 1997: 1). Ce sont des individus sans terre d'asile, «propulsés » dans le monde par des phénomènes de guerre, de violence et d'instabilité politique (Adelman, 1991). Parmi eux, on compte des jeunes mineurs séparés de leurs familles. En termes juridico-politiques, ils sont "mineurs non accompagnés", c'est-à-dire, des jeunes de moins de 18 ans se trouvant dans un pays autre que le leur, sans une personne adulte qui en serait légalement responsable (MSSS-MRCL, 1997 ; UNHRC, 1994).

Si les difficultés liées à la migration des réfugiés ont souvent été étudiées pour la population adulte (Frenette, 1991; Bertot et Jacob, 1991; Renaud et al., 1992; McAll, 1996), la réalité des mineurs non accompagnés demeure relativement peu connue. Qu'en est-il de ces jeunes ? Comment vivent-ils leur intégration au Québec ? En quoi leur processus d'insertion ressemble et se distingue à celui des réfugiés adultes ? Quels sont les obstacles spécifiques auxquels ils sont confrontés ? Est-ce que l'encadrement et le soutien importants qu'ils reçoivent dès leur arrivée facilitent ou nuisent à leur intégration à long terme et à la réalisation de leurs projets de vie ? Ces questions fondent le cadre général de la recherche présentement en phase de démarrage. Mais cette recherche s'inscrit aussi dans un questionnement plus large quant au rôle d'encadrement « actif » d'organismes publics et parapublics, dans le processus d'intégration des réfugiés en général. Comme il y a une prise en charge plus importante des mineurs non accompagnés, comparativement aux réfugiés adultes, il devient intéressant d'évaluer l'incidence de cet encadrement sur leur intégration à long terme. L'étude pourrait, par la suite, servir à des pistes d'action pour repenser les modalités d'intervention auprès de la population réfugiée adulte. Les objectifs plus précis de recherche sont les suivants :

1. Mieux connaître la population des mineurs non accompagnés établie au Québec, en termes de trajectoires pré et post migratoires, leurs aspirations et projets de vie, les obstacles auxquels ils sont confrontés quotidiennement dans leur processus d'intégration ainsi que les « stratégies de survie » qu'ils mettent en œuvre pour faciliter ce processus.

¹¹ - Recherche post-doctorale (CQRS). La recherche se fait en collaboration avec l'équipe de recherche sur la santé mentale des enfants immigrants et réfugiés, dirigée par Cécile Rousseau, Université McGill; le Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges, dirigé par Robert Sévigny; et le Service d'aide aux réfugiés et nouveaux

2. Examiner de plus près les diverses formes d'encadrement que ces mineurs reçoivent à leur arrivée au Québec, ainsi que l'impact potentiel de celles-ci sur leur intégration à court et à long terme. Les formes d'encadrement qui seront considérées sont les suivantes :
 - les milieux d'accueil (famille étendue, famille d'accueil, appartements supervisés);
 - le milieu scolaire;
 - le milieu des services sociaux et de santé (p. ex. SARIMM, Centres jeunesse. Hôpital de Montréal pour enfants, Maison d'Odyssey).
3. Examiner, en dehors de l'encadrement formel, l'insertion des mineurs non accompagnés dans d'autres formes de réseaux sociaux (pairs, loisirs, activités religieuses ou associatives) ainsi que l'impact potentiel de ceux-ci sur leur intégration à court et à long terme. Nous considérons l'insertion dans les réseaux des communautés d'origine et dans ceux de la communauté d'accueil.
4. Réfléchir sur les leçons à tirer d'un plus grand suivi et encadrement pour la population réfugiée en général, en tenant compte des avantages et désavantages d'un tel encadrement ainsi que des particularités de cette population mineure.

CADRES CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIQUE

Selon l'argument proposé, on peut concevoir le processus d'intégration des nouveaux immigrants et réfugiés comme étant ancré dans la construction quotidienne des rapports sociaux d'exclusion et d'inclusion (Weber, 1978; McAll, 1994). Dans le premier type de rapports, le processus d'intégration est caractérisé par l'exclusion des individus des secteurs clés de la société dominante (marché du travail, logement, accès aux services publics, etc.). Cependant, cette situation peut être atténuée par les rapports d'inclusion soit des rapports ouverts à la participation de tous.

Les concepts de « trajectoire » et de « réseau » sont utiles pour comprendre ces processus. Ils ont des implications à la fois théoriques et méthodologiques. Faire l'analyse des trajectoires implique la reconstitution des moments et des événements clés vécus par les individus tout au long du processus d'insertion sociale dans la société d'accueil (Bertaux, 1980; Renaud et al., 1992; McAll et Ulysse, 1997; PRDR, 1997). En mettant l'accent sur les trajectoires à travers le temps, ce type d'analyse permet de comprendre l'intégration comme un processus *dynamique* plutôt qu'un état ou une condition statique. À l'intérieur de ces processus, les mineurs non accompagnés ne sont pas considérés comme des « victimes » de leur sort (de leur passé, de l'exclusion sociale), mais avant tout comme des « acteurs » (Giddens, 1982; Houle, 1993; Sévigny, 1993). Bien que confrontés à de multiples obstacles, en tant qu'acteurs, les mineurs ont aussi un vécu, des stratégies de survie, des aspirations et des projets de vie.

La recherche reposera sur une cinquantaine d'entrevues qualitatives (1½ heures) qui permettront de mieux connaître le vécu et les besoins des mineurs non accompagnés à partir de trois points de vue complémentaires : d'intervenants du réseau public qui interviennent auprès des mineurs non accompagnés; de jeunes ayant le statut de mineur non accompagné, ou ayant eu ce statut dans le passé; des interlocuteurs clés provenant des communautés d'origine des jeunes rencontrés. Quant à l'analyse, elle portera surtout sur les thèmes suivants :

- l'intervention auprès des mineurs non accompagnés (objectifs, obstacles et pistes d'intervention);
- les trajectoires pré et post-migratoires des jeunes (migration, étapes d'établissement, obstacles à l'intégration, stratégies de survie, projets d'avenir);
- le statut des mineurs non accompagnés dans les communautés d'origine.

ETHNICITÉ, CITOYENNETÉ ET COMMUNAUTÉ

Le but des programmes et des politiques gouvernementales en matière d'intégration et d'immigration est d'offrir la possibilité d'une nouvelle vie aux immigrants et réfugiés, à laquelle ils peuvent participer en tant que membres productifs. Or, il y a souvent un écart entre cet idéal et la réalité quotidienne des immigrants et réfugiés. Plusieurs études ont documenté les obstacles à l'intégration des réfugiés adultes, surtout en matière d'apprentissage de la langue et de difficultés d'accès à l'emploi, au logement et aux services publics (Bertot et Jacob, 199 ; Heipel, 1991; Frenette, 1991; Renaud, et. al., 1992, 1998; McAll, 1996). Ces difficultés constituent du même fait, des obstacles à la citoyenneté ou autrement dit, des obstacles à la pleine participation dans la société québécoise.

Quant aux mineurs non accompagnés plus spécifiquement, il existe peu de littérature sur leur intégration à long terme. Cependant, on pourrait se demander si l'encadrement intensif qui leur est offert jusqu'à l'âge de 18 ans a pour effet de faciliter la construction de solidarités et ainsi de contrebalancer certains effets pervers de l'isolement et d'autres formes d'exclusion sociale souvent vécus par les nouveaux immigrants. De cette façon, les réseaux de soutien (formels, communautaires et de paires) constitueraient en quelque sorte des «espaces de citoyenneté» facilitant à long terme l'accès à des secteurs d'activité dont les réfugiés se trouvent souvent exclus. À la phase actuelle de la recherche, cette hypothèse reste à explorer. Néanmoins, elle se situe pleinement dans les débats d'aujourd'hui sur la citoyenneté et l'immigration.

L'IMPACT DU FAIT D'ÊTRE TÉMOIN DE VIOLENCE CONJUGALE SUR LA SANTÉ MENTALE DES ENFANTS¹²

*Vania Jimenez
Jacques Marleau*

INTRODUCTION

Cette recherche est née de la préoccupation des intervenants de notre établissement. En effet, plusieurs s'interrogeaient sur l'impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale des enfants qu'ils rencontraient, notamment les enfants de familles d'immigration récente. De plus, cette préoccupation était également associée à deux points précis. Le premier élément coïncidait avec le dévoilement des données de l'Enquête sur la violence à l'égard des femmes de Statistique Canada ; en effet les résultats indiquaient qu'environ 40% des femmes canadiennes victimes de violence conjugale déclaraient que leurs enfants étaient témoins des gestes de violence contre elle. Plusieurs enfants étaient donc témoins de violence conjugale au Canada. En second lieu, d'autres recherches montraient que les hommes violents et les femmes victimes de violence conjugale étaient plus susceptibles d'avoir été témoins de violence conjugale lorsqu'ils étaient jeunes.

OBJECTIFS DU PROJET

Ce projet avait trois objectifs majeurs. Le premier visait à déterminer quel est l'impact sur la santé mentale des enfants de 6 à 12 ans d'être témoins de violence conjugale. Le second visait à déterminer quel est l'impact sur la santé mentale de ces enfants d'être de famille d'immigration récente. Le dernier portait sur l'identification des facteurs de risque et de protection. Deux objectifs secondaires se sont ajoutés en cours de route. Le premier sous-objectif découlait du second objectif à savoir si le temps d'arrivée des familles et le score d'acculturation des mères étaient associés aux problèmes de santé mentale des enfants. Le second sous-objectif visait à vérifier le taux de concordance entre des mères et des enfants en ce qui concerne les problèmes de santé mentale et cela pour les différents types de familles du projet.

MÉTHODOLOGIE

La population de cette recherche comprend 191 enfants âgés de 6 à 12 ans de 139 familles résidant dans la province de Québec dont les mères et/ou les enfants pouvaient s'exprimer en français/et ou anglais. Les deux groupes à l'étude sont constitués de (G1) 41 enfants de familles québécoises violentes et (G2) 31 enfants de familles d'immigration récente violentes. Les deux

¹² - Projet, financé par le CQRS et la RRSSS de Montréal-centre.

groupes contrôle sont composés de (Gc1) 53 enfants de familles québécoises non violentes et (Gc2) 64 enfants de familles d'immigration récente non violentes. Les enfants ont été classés dans une famille violente si leur mère a été victime de violence conjugale au moins une fois au cours des 6 derniers mois. Les quatre groupes ont été appariés selon plusieurs mesures socio-démographiques (âge des enfants, âge de la mère, etc.). Les familles où l'on retrouve de la violence ont été recrutées dans certains CLSC et maisons d'hébergement.

RÉSULTATS

Cinq éléments ressortent de ce projet. Le premier élément montre que la santé mentale des enfants varie selon qu'ils sont réellement témoins ou non de violence physique à l'égard de leur mère ; ceux étant témoins sont plus nombreux à présenter des problèmes de santé mentale, autant chez les enfants de familles d'immigration récente que québécoises. Un deuxième élément porte sur la comparaison des enfants de familles d'immigration récente et ceux de familles québécoises dans leur ensemble. Les enfants des deux groupes se ressemblent beaucoup ; ils ne présentent pas de différence en terme de santé mentale, à l'exception que les québécois sont plus nombreux à manifester des troubles extériorisés. En troisième lieu, les données montrent qu'il n'y a pas de différence entre les enfants arrivés au pays depuis moins de 48 mois et ceux arrivés depuis plus de 49 mois en terme de problèmes de santé mentale. Le quatrième élément indique l'importance des comportements de soins que la mère donne à l'enfant ; plus les comportements de soins augmentent et plus la probabilité d'avoir des troubles extériorisés diminue. En dernier lieu, peu d'accords existe entre la mère et l'enfant en ce qui concerne le nombre de symptômes pour certains problèmes de santé mentale (surtout chez les familles d'immigration récente où l'on retrouve de la violence).

LIEN AVEC LE THÈME GÉNÉRAL DU COLLOQUE

Cette recherche, la première à émerger des préoccupations des intervenantes de première ligne, cadre directement avec les thèmes du colloque. En effet, elle fait référence à plusieurs questionnements qui s'insèrent dans la réflexion d'une dynamique différente à l'égard des enfants des communautés culturelles et essentiellement ceux de familles d'immigration récente. Est-ce qu'ils sont plus à risque de manifester des problèmes de santé mentale dans un contexte où ils ont vécu une multitude d'autres stressors ? Les variables associées à la psychopathologie sont-elles les mêmes que celles que l'on retrouve chez les enfants de familles québécoises ?

PERCEPTIONS DE MÈRES RÉCEMMENT IMMIGRÉES QUANT À LEUR RÔLE DANS LA PROMOTION DU BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE DE LEURS ENFANTS

*Sylvie Jutras
Marguerite Cognet*

INTRODUCTION

Dans la communication, nous poursuivrons deux buts :

- 1. Faire état des principaux résultats d'une étude que nous projetons de reproduire auprès de mères récemment immigrées;
- 2. Recueillir les perceptions des participants quant aux particularités ou aux aspects spécifiques à inclure dans l'étude à venir.

L'étude originale porte sur les perceptions qu'ont les parents de leur rôle dans la promotion du bien-être psychologique (santé mentale positive) de leurs enfants. Nous avons étudié les perceptions parentales quant à la notion de bien-être psychologique et quant aux comportements à adopter pour le favoriser. En concordance avec la perspective écologique, les perceptions parentales quant à diverses influences extra-parentales ont été prises en compte: les caractéristiques de l'enfant, l'apport du conjoint ou de la conjointe, l'apport des intervenants scolaires, les ressources et les contraintes du quartier, de même que les sources d'information en matière de bien-être psychologique.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE INITIALE

Le premier objectif de l'étude initiale était de décrire les perceptions qu'ont les parents de leur rôle dans la promotion du bien-être psychologique de leurs enfants. L'objectif secondaire était d'explorer les variations dans ces perceptions selon des variables socio-démographiques.

MÉTHODOLOGIE

L'échantillon comprenait 202 mères et 98 pères d'enfants de 6 à 12 ans. Provenant de deux milieux socio-économiques différents, les parents vivent tous dans la région montréalaise. Parce qu'il s'agissait d'une première étude du genre, l'échantillon a été limité aux parents nés au Canada ou immigrés avant l'âge de douze ans et dont le français est la langue maternelle. Une entrevue individuelle structurée portant sur les divers objets du champ perceptuel a été conduite au domicile de chaque répondant. Les transcriptions des entrevues ont été codées par deux juges indépendants à partir d'une grille préétablie.

RÉSULTATS

Les principales perspectives qui se dégagent de l'ensemble des propos des parents sur la socialisation au bien-être psychologique sont de deux types. Tout d'abord, reflétant les buts ou les valeurs concernant leur enfant, trois perspectives portent sur les marqueurs de bien-être psychologique : le bien-être subjectif, l'exercice de ses capacités mentales et la qualité des relations interpersonnelles. Le second type de perspectives porte sur les croyances concernant les moyens appropriés ou les stratégies pour faire en sorte que son enfant atteigne les buts visés. Au nombre de sept, ces perspectives sont, en ordre décroissant de prégnance (fréquence d'évocation) dans les perceptions parentales, le soutien instrumental, le soutien affectif, la communication, le temps et les activités partagés avec l'enfant, l'encadrement et la direction (au sens d'orienter l'enfant), le contrôle (au sens de maîtriser l'enfant) et le recours à autrui. Dans l'ensemble, la prégnance des perspectives varie très peu selon l'âge ou le genre de l'enfant. Cependant, la prégnance de plusieurs de ces perspectives varie en fonction du genre des parents, de leur scolarité ou de leur revenu familial. Ces résultats offrent quelques pistes de réflexion pour mieux définir les interventions en fonction des perceptions des acteurs concernés.

UNE ÉTUDE SEMBLABLE AUPRÈS DES MÈRES IMMIGRANTES DE CÔTE-DES-NEIGES

Nous avons l'intention de conduire une étude semblable auprès de mères récemment immigrées. En plus des perceptions présentées précédemment, nous nous intéresserons aux perceptions des mères sur l'impact des pratiques et valeurs culturelles de la société d'accueil sur celles des familles immigrantes.

Pour mieux œuvrer auprès des personnes faisant partie des communautés culturelles, il faut, selon le *Groupe de travail sur les communautés culturelles et la santé mentale* (Bibeau et al., 1992), approfondir nos connaissances des structures et de la dynamique des familles néo-québécoises. La majorité des travaux sur les familles immigrantes ou néo-québécoises se concentrent sur les dysfonctions : problèmes de santé mentale, difficultés de relations parents-enfants, problèmes dits sociaux ou culturels, particularités des structures familiales et lacunes dans les systèmes d'entraide, conflits familiaux, malentendus dans les relations enseignants-parents. Cependant, la recherche sur la famille est actuellement portée par un courant favorisant la reconnaissance des forces individuelles et familiales. Même chez les familles perturbées, on reconnaît l'existence de ces forces et précisément la nécessité d'étudier les perceptions des parents quant à leur capacité à guider leurs enfants, dans le contexte de leur propre vie.

Les possibilités d'action des mères immigrantes dépendent des ressources et contraintes dans l'environnement. L'influence des ressources et du soutien social sur le bien-être a été démontrée. Qu'en est-il des contraintes perçues, des restrictions et des obligations liées à la vie

professionnelle, sociale, économique ? La littérature sur les dysfonctions familiales chez les immigrants incite à examiner les menaces au bien-être que pourraient représenter les structures scolaires, les restrictions imposées par les horaires et charges de travail, un piètre logement, un quartier dangereux, des obligations envers des parents âgés ou encore des services de santé mal adaptés aux besoins de leur famille.

La *Politique de la santé et du bien-être du Québec* (Québec, 1992) entend agir pour et avec les groupes vulnérables, dont plusieurs immigrants récents. En connaissant mieux la façon dont les mères perçoivent leur capacité à promouvoir le bien-être psychologique de leurs enfants, l'étude s'aligne sur la *Politique* qui entend favoriser le renforcement du potentiel des personnes. C'est dans cet esprit que les résultats de l'étude pourront nourrir la réflexion et soutenir l'intervention des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux œuvrant auprès des familles récemment immigrées.

LA PATERNITÉ DANS UN ENVIRONNEMENT CULTUREL PLURALISTE¹³

*Jean-François Saucier
Nathalie Dyke*

INTRODUCTION

Ce projet de recherche a pris naissance suite aux interrogations des intervenants du CLSC Côte-des-Neiges œuvrant auprès d'une clientèle fortement diversifiée sur le plan culturel (près de 125 ethnies différentes sont représentées sur le territoire desservi par cette institution). Devant les difficultés provoquées par les grands écarts entre les représentations de la famille des différentes clientèles et des intervenants, ces derniers ont amorcé une remise en question de leurs pratiques et du contenu de leurs discours. Ne sachant plus très bien dans quel sens intervenir, ni quel objectif viser en ce qui concerne les problèmes touchant les pères, et plus particulièrement la problématique de l'engagement paternel si chère à la société d'accueil, un projet visant à étudier la paternité chez les familles immigrantes a pris forme.

Le choc engendré par l'immigration est étudié depuis longtemps. La plupart des études concernant la famille et l'immigration se sont intéressées aux changements provoqués dans la relation mère-enfant, aux conflits intergénérationnels ou encore à la santé mentale. Très peu de recherches se sont penchées sur la redéfinition de l'identité paternelle suite à l'immigration. À notre connaissance, une seule a été publiée (Jain & Belsky, 1997: 873-883) et portait sur le lien entre le degré d'acculturation chez les pères d'origine indienne et le degré d'engagement paternel, celui-ci étant défini par les normes culturelles américaines. Autrement dit, la question portait spécifiquement sur le degré d'engagement paternel des pères immigrants. Or nous ne sommes pas convaincus de la pertinence de cette question car, au départ, il faut situer l'homme immigrant dans sa trajectoire ainsi que dans ses tentatives d'adaptation à la société d'accueil. Poser la question du degré d'engagement paternel en amont à la compréhension de leur expérience de reformulation identitaire représente, une manière subtile d'imposer une norme d'engagement paternel définie localement par tout un ensemble de circonstances socioculturelles. Alors que, ce qui se dégage de la problématique intérieure de l'immigrant est la question de l'identité : que garde-t-il ? que nourrit-il ? qu'adopte-t-il ? Pour les institutions qui tentent de répondre à leurs demandes d'aide, l'enjeu est de bien cerner quels sont les besoins en termes de services sociaux et de santé.

Par ailleurs, le temps est venu d'inclure - peut-être même de manière systématique - la réalité des familles immigrantes dans nos programmes de recherche portant sur les relations familiales.

¹³ - Projet de recherche subventionné par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé

Nous ne pouvons continuer d'exclure leur réalité lorsqu'il est question de comprendre la famille contemporaine. Jusqu'à très récemment, les recherches distinguaient *Eux* et *Nous*. Alors que, dans un contexte de très grande pluralité, il n'y a pas de modèle homogène de la famille au Québec. Nous participons tous à la recherche d'une condition familiale satisfaisante dans la société actuelle. Enfin, ce projet s'inscrit dans une tentative de formuler un point de vue nouveau sur la santé publique, en y intégrant la dimension anthropologique (MASSÉ, 1995).

MÉTHODOLOGIE

36 couples de parents, dont l'épouse était enceinte, ont été interviewés séparément et simultanément (l'épouse par une assistante féminine, le mari par un assistant masculin) vers le sixième mois de la grossesse, sur leur vécu, (leurs émotions, perceptions, anticipations etc.) de futurs parents et sur les préparations qu'ils font pour accueillir le bébé à la naissance.

24 de ces couples étaient des immigrants récents (moins de quinze ans au Canada), dont 12 venaient du Vietnam et 12 de Haïti. Pour ces couples, on demandait également quelles étaient les préparations et activités typiques que les couples faisaient dans leur pays d'origine au cours de la grossesse.

Enfin les 12 autres couples étaient des québécois francophones qui ont servi de groupe témoin. Ces 36 couples ont été interviewés de nouveau à la fin du quatrième mois suivant la naissance, afin de comparer les anticipations durant la grossesse au vécu actuel avec le bébé « réel ». Une analyse qualitative (avec aide de logiciel informatique) est en cours sur ces 72 entrevues en vue d'une publication.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

À partir des résultats préliminaires, il est possible d'affirmer que les hommes immigrants haïtiens et vietnamiens remettent en question leur identité paternelle. Cette remise en question semble être soutenue par les femmes haïtiennes, mais moins par les femmes vietnamiennes qui maintiennent leurs représentations intériorisées de ce qu'est un bon père.

Chez les couples haïtiens et vietnamiens, la mère reste la principale référence affective à l'enfant. Plusieurs femmes d'ailleurs parlent en ces termes « *mon enfant* ». Il y a un désir de changement de la position du père habituellement occupée par le père haïtien, tout en souhaitant que le père garde une certaine autorité aux yeux de l'enfant et procure de la sécurité au foyer familial. Il semble y avoir une reconstruction de l'image du père, en tout cas une négociation entre ce que les femmes ont connu et ce qu'elles désirent ici. Les hommes haïtiens veulent passer plus de temps avec leur enfant tout en instaurant une relation très forte de respect pour le père. On dirait que le

père est idéalisé (Je veux être un père parfait, sans faute; un modèle pour mes enfants). Chez les Vietnamiens rencontrés, il ne semble pas y avoir de désir de changement face au père chez les femmes. En revanche, les hommes se plaignent de l'autorité abusive exercée par leur propre père et souhaitent être plus souples tout en gardant leur position traditionnelle au sein de la famille.

Concernant l'image du père québécois, les positions sont assez ambivalentes; par exemple, selon les femmes haïtiennes, l'homme québécois est un bon mari mais n'est pas un bon père parce qu'il n'est pas assez autoritaire; les hommes des deux groupes considèrent somme toute qu'il n'est pas un modèle à suivre (trop souple, trop amical, pas suffisamment autoritaire) mais leur propre père n'est pas non plus un modèle à suivre et les hommes ont beaucoup de difficultés à citer des exemples concrets de pères modèles. Il semble y avoir un effritement des représentations du père et pas encore de cadre référentiel clair auquel les hommes pourraient se rattacher, s'identifier. Une tension est présente dans les discours analysés mais il est impossible de prévoir jusqu'à quel point cette tension vers le changement va véritablement influencer la dynamique familiale de cette génération. Par ailleurs, les pères immigrants sont très impliqués en comparaison à ce qu'ils seraient s'ils étaient restés dans leur pays d'origine mais les motivations sont très différentes des hommes québécois. L'implication est directement reliée aux circonstances; elle est fondée sur le fait qu'au Québec la mère a très peu d'aide et que la responsabilité d'élever les enfants repose exclusivement sur les parents. Le père se voit assumer la responsabilité de substitut du réseau d'entraide de sa conjointe. Tandis que chez les Québécois, un processus sous-jacent de redéfinition de la masculinité ainsi que des rapports homme-femme est présent dans les discours. Les hommes vietnamiens et haïtiens s'impliquent davantage mais le rapport homme-femme ne semble pas ébranlé au point de remettre en question la place de chacun. D'ailleurs, chez les Québécois aussi, certaines pratiques ont changé, mais le noyau des représentations quant au rapport profond face à l'enfant est encore teinté d'un certain traditionalisme qui considère la mère comme le parent principal. Ainsi, les circonstances liées à l'immigration modifient les représentations et les pratiques du père mais sont-elles suffisamment déstabilisantes au point d'imposer un modèle contemporain de la famille et de l'engagement paternel ?

L'homme immigrant est confronté à des modèles référentiels fragmentés, hybrides et doit trouver des mécanismes d'adaptation au contexte social de la société hôte. Les hommes rencontrés occupent une position de grande instabilité intérieure et semblent loin d'avoir résolu le conflit identitaire provoqué par l'immigration.

Chez les Québécois, le pluralisme prévaut. Il n'y a vraiment aucun modèle, aucune trajectoire qui se ressemble depuis le désir d'enfant jusqu'à la manière de vivre en couple ou en famille en passant même par les manières diversifiées d'annoncer la grossesse. Ce pluralisme est tout à fait

représentatif de la complexité de la société d'aujourd'hui et de la juxtaposition de différents univers de sens.

COMMENT PENSER L'INTERVENTION ?

Cette redéfinition de la paternité chez les immigrants est en soi une transition, mais elle ne peut être détachée de la transition plus fondamentale encore du passage d'un système culturel à un autre. Il apparaît peut-être plus utile, dans un premier temps, de ne pas miser directement sur la paternité, mais davantage sur tout ce qui l'entoure. L'instauration d'un cadre permettant à l'autre de se sentir compris et de se comprendre lui-même davantage est approprié. Avant d'aborder directement la question de la paternité, il faut s'interroger sur l'intégration, car c'est elle qui pose problème au départ. Il n'y a pas de modèle permettant de prévoir comment un individu va s'intégrer. D'abord, il y a plusieurs types d'immigration et que signifie l'intégration ? Un individu n'adopte pas une culture au détriment d'une autre, mais s'ouvre à plusieurs cultures, élargit sa manière de voir les choses, son rapport à la réalité et aux autres. Plus la personne est à l'aise dans son identité ethnique, plus elle sera à l'aise dans son identité de nouveau citoyen. (Akhtar, 1995).

En matière d'intervention, une certitude émerge de cette recherche : l'importance de ne pas imposer de modèle. Il faut réaliser à quel point la notion d'engagement paternel est culturellement définie. Notre société conçoit le père moderne comme un père nourricier, un père éducateur et un compagnon de jeu, doublé d'une image de conjoint partageant également les tâches domestiques. Alors que l'engagement paternel peut se pratiquer de diverses manières sans pour autant que les pères soient de mauvais parents. C'est la responsabilité de l'intervenant de s'adapter au client et à sa culture. Penser et être curieux de la réalité des autres nécessite de se familiariser avec la culture de l'autre, mais aussi de comprendre ce que vit la personne dans ses tentatives d'adaptation à sa nouvelle vie. Il est possible de penser à développer une approche transculturelle de la paternité consistant à chercher ce qui fait du sens aux yeux des couples immigrants dans l'exercice de la paternité, et à soutenir leurs efforts dans ce qu'ils considèrent être bien. Il est permis de penser à renverser les modalités d'intervention en développant une pratique réflexive où la réciprocité éducative serait envisageable. Que pouvons-nous apprendre des familles immigrantes dans leur recherche d'une condition familiale satisfaisante ? Quels sont leurs besoins plutôt que tenter d'imposer un modèle ?

ÉVALUATION DES SAVOIRS DES FAMILLES IMMIGRANTES¹⁴

*Jean-François Saucier
Martin Roy*

OBJECTIFS

Cette étude se propose d'évaluer quels sont les enjeux rencontrés par les parents de deux groupes culturels d'immigration récente en ce qui concerne l'éducation de leurs enfants. Ce questionnement visera spécifiquement des familles ghanéennes et philippines qui ont des enfants en âge de passer à la maternelle ou au secondaire.

PROBLÉMATIQUE

On sait déjà que ces deux transitions scolaires opérées par l'enfant suscitent, chacune selon leurs particularités, des remaniements majeurs au sein de la famille occidentale nord-américaine, notamment en ce qui a trait au positionnement des parents en matière d'éducation. Il s'agira dans un premier temps de documenter cette problématique chez les québécois francophones afin d'en arriver ensuite à aborder le vécu des parents d'origines ghanéennes et philippines qui expérimentent ce type de transition opéré par leurs enfants. Ce faisant, il sera possible d'obtenir des données empiriques concernant la problématique double rencontrée par les parents de ces groupes culturels: l'acclimatation à une nouvelle société et l'éducation d'enfants en train d'opérer une transition scolaire importante.

MÉTHODOLOGIE

La méthode d'investigation utilisée est l'entrevue à domicile.

24 couples parentaux, ayant un enfant qui a commencé la maternelle en septembre 1998, sont interviewés concernant le déroulement de l'adaptation de l'enfant au système scolaire.

Tous ces couples sont des immigrants récents (moins de 15 ans) dont 12 proviennent du Ghana et 12 des Philippines.

Vu que la plupart de ces enfants n'ont pas fréquenté une garderie ou une pré-maternelle, on pourra observer le degré de stress de ces enfants lors du tout premier contact avec le système scolaire, leurs réactions aux professeurs et aux autres enfants (le plus souvent d'origine ethnique différente que la leur).

On pourra observer aussi comment le contact se fait entre ces parents immigrants et les enseignants.

¹⁴ - Étude financée par Immigration et Métropoles.

IMPACT POUR L'INTERVENTION

L'objectif visé par cette recherche est de compléter le savoir empirique possédé par différents types d'intervenants concernant cette problématique double qui touche les parents d'origines ghanéennes et philippines. En effet, les professeurs, travailleurs sociaux, infirmiers et décideurs dans les associations culturelles pourront profiter d'informations additionnelles concernant les enjeux rencontrés par ces parents lorsqu'il s'agira de poser un geste d'intervention à l'égard de ces derniers.

—

—

—

—

—

—

—

—

**ACTIVITÉ DE DIFFUSION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE
SESSIONS DE RÉFLEXION
« LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES DANS LES FAMILLES D'ORIGINE
ETHNOCULTURELLE MINORITAIRE : IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE »**

*Pierre Maheu
Nancy Guberman*

Au Québec, il n'existe pas de recherche systématique sur la réalité des familles d'origine ethnoculturelle minoritaire bien que la famille occupe une place de plus en plus importante dans la société québécoise et notamment dans le domaine des services sociaux et de santé. Si les intervenants professionnels peuvent avoir accès à un nombre de formations sur l'intervention ethnoculturelle, il n'en existe pas, à notre connaissance qui d'une part traitent de la réalité particulière de la prise en charge familiale des proches âgés en milieu ethnique et des implications sur l'intervention auprès des familles concernées et d'autre part qui mettent en perspective les différences et les similitudes de la réalité vécue dans les familles d'origine ethnoculturelle minoritaire et d'origine canadienne-française. À partir de nos recherches sur la prise en charge familiale des personnes âgées dans les familles d'origine canadienne française et plus particulièrement à partir des résultats d'une recherche subventionnée par le CQRS portant sur les soins aux personnes âgées dans les familles d'origine italienne et haïtienne, nous avons développé une activité de transfert de connaissances permettant de combler ces lacunes.

Cette activité est destinée aux intervenants et intervenantes des services sociaux et de santé des réseaux gouvernemental et communautaire du Grand Montréal et autres régions concernés par cette problématique. Plus spécifiquement, ce projet porte sur l'organisation de sessions de réflexion en vue de sensibiliser ces derniers à la problématique de la prise en charge familiale des personnes âgées en milieu ethnoculturel minoritaire et de dégager les implications pour leurs pratiques. À l'intérieur du projet, nous avons également élaboré des outils de soutien dont un guide d'intervention pour ces derniers.

Au-delà d'un simple transfert de connaissances, notre formation, ainsi que des outils produits, visent à engager un processus de réflexion sur les implications des résultats de recherche pour les pratiques en favorisant la traduction de ceux-ci en stratégies d'intervention appropriées aux besoins des familles et des communautés d'origine ethnoculturelle minoritaire directement touchées.

Plus spécifiquement, les sessions de réflexion visent à permettre aux intervenantes et aux intervenants:

- de mieux saisir la réalité des familles d'origine ethnoculturelle minoritaire responsables des soins d'un proche âgé dépendant et ce à partir des résultats de notre recherche et des observations tirées de leurs pratiques;
- de mettre en perspective les différences et les similitudes de la réalité des familles d'origine ethnoculturelle minoritaire et canadienne-française :
- de dégager les implications pour leurs pratiques d'intervention auprès de ces familles et de leurs communautés et d'amorcer une réflexion sur les stratégies d'intervention appropriées pour mieux répondre aux besoins de celles-ci.

- CONTENU DES SESSIONS DE RÉFLEXION

Le déroulement de ces sessions se divise en deux grands blocs : **un bloc d'information/sensibilisation** portant sur la réalité des familles d'origine ethnoculturelle minoritaire et ce à partir des résultats de notre recherche auprès des familles d'origine italienne et haïtienne mise en perspective avec ceux de nos recherches antérieures sur les familles canadiennes-françaises de souche, **un bloc de réflexion portant sur les implications de ces résultats pour les pratiques d'intervention auprès des familles et des communautés concernées.**

Bloc 1 : Connaissance de la réalité des familles d'origine ethnoculturelle minoritaire responsables de la prise en charge d'un proche âgé dépendant

1. Examen de cette réalité à partir des résultats de notre recherche auprès des familles d'origine italienne et haïtienne :
 - la nature du travail de prise en charge d'un proche âgé et son contexte
 - la répartition des tâches entre les membres de la famille
 - les motifs de la prise en charge
 - les modes/patterns d'utilisation des ressources d'aide
 - principaux problèmes rencontrés par les proches responsables des soins dans leurs rapports avec les services sociaux et de santé
2. Mise en perspective des différences et des similitudes des résultats obtenus dans les recherches auprès des familles d'origine italienne et haïtienne et d'origine canadienne-française :
 - Confrontation des résultats de la recherche avec les observations issues de la pratique des intervenantes et des intervenants
3. Débat sur les enjeux de l'ethnisation des services sociaux et de santé.

Bloc 2 : Implications pour les pratiques d'intervention

1. Examen à partir des résultats de notre recherche d'un cadre de référence pour l'intervention auprès des familles d'origine ethnoculturelle minoritaire responsables d'un proche âgé dépendant et de leurs communautés :
 - éléments à prendre en compte dans l'évaluation des besoins de soutien et de l'orientation de l'allocation de ressources aux familles et le développement de services dans la communauté ;
 - critères pour le choix des approches et stratégies d'intervention appropriées.
2. Réflexion sur les implications pour les pratiques d'intervention et les changements à effectuer pour améliorer le soutien aux familles d'origine ethnoculturelle minoritaire ainsi qu'à leurs communautés.

L'organisation de sessions de réflexion nous apparaît la formule la plus appropriée pour atteindre les objectifs visés. Elle permet non seulement de communiquer les résultats de la recherche mais de les discuter, les débattre et les confronter aux pratiques des intervenants et intervenantes. Elle permet également à ces derniers de mieux s'approprier les résultats et de commencer à dégager des pistes de réflexion sur les changements à effectuer dans leurs pratiques en vue de mieux répondre aux besoins des familles et des communautés concernées par cette problématique.

LES OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT

Un document pédagogique

Un document d'accompagnement des sessions a été rédigé permettant à des formateurs autres que les chercheur(e)s de donner la session. Ce document pédagogique présente le déroulement de la session à partir d'un nombre d'exercices à proposer aux participants et participantes.

Un guide d'intervention

Un guide d'intervention a été élaboré comme outil de soutien à la pratique des intervenantes et intervenants. Ce document peut être diffusé de façon autonome des sessions de réflexion.

Nous croyons qu'un guide de réflexion peut être un moyen opportun pour rejoindre les intervenant(e)s concerné(e)s par la problématique du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Le guide vise principalement à susciter une réflexion sur les pratiques. Il est susceptible de constituer pour les intervenant(e)s un outil de soutien concret en vue d'éclairer et d'orienter leur pratique quotidienne. Nous espérons ainsi que des stratégies d'intervention pourront se dégager et apporter une réponse appropriée aux besoins des familles d'origine ethnoculturelle minoritaire directement touchées. Toutefois le guide n'est pas un livre de recettes. Il présente plutôt aux intervenant(e)s un ensemble de repères pour mieux :

- saisir la réalité des familles d'origine ethnoculturelle minoritaire responsables de la prise en charge d'un(e) proche âgé(e) dépendant(e);
- évaluer les besoins en soutien des familles, ceux des personnes principalement responsables de la prise en charge, et ainsi mieux recadrer les situations et les problèmes associés à la prise en charge;
- orienter leur intervention en fonction d'un choix plus éclairé d'approches d'aide auprès de ces familles.

—Forts de notre expérience de diffusion de résultats de nos recherches auprès des intervenants et —intervenantes des milieux de la santé et des services sociaux, nous estimons que la formule de session de réflexion proposée s'avère la plus appropriée pour atteindre les objectifs visés. Il s'agit en effet d'une formule :

- qui offre un cadre permettant non seulement de communiquer des connaissances mais également de les discuter, les débattre, les confronter aux réalités diverses des — intervenants;
- qui permet aux intervenantes et intervenants de s'approprier les résultats de la recherche à partir de leurs pratiques et de réfléchir sur les implications pour celles-ci. Les intervenantes et les intervenants sont intéressés à l'apport des recherches en autant que celles-ci soient susceptibles non seulement d'apporter un éclairage sur les réalités qui les concernent mais de se traduire en stratégies d'intervention concrètes d'intervention. Tel est l'objectif visé par l'activité proposée.

Enfin l'élaboration d'un guide d'intervention nous apparaît également importante en ce qu'elle permet de laisser un outil concret susceptible d'éclairer et d'orienter la pratique quotidienne des intervenantes et intervenants. Ce guide permet également de rejoindre un plus grand nombre dont ceux et celles qui ne sont pas en mesure de participer aux rencontres.

LE TRAITEMENT DES DEMANDES D'INTERVENTION CLINIQUE AUPRÈS DES JEUNES DANS LES ÉCOLES : ENJEUX INTERCULTURELS ET PROFESSIONNELS

*Janine Hohl
Equipe Jeunesse CLSC CDN*

L'ORIGINE DE LA RECHERCHE

La recherche dont il est question ici émane d'une initiative d'un groupe d'intervenant(e)s du CLSC Côte-des-Neiges réunis au sein du programme Jeunesse (anciennement Santé des jeunes) et de leur chef de programme, Jacqueline Bayreuther. Une première demande a été formulée, en automne 1996, d'explorer les avenues possibles de recherche qui pourraient correspondre à des besoins de l'ensemble de ce groupe. La particularité de l'approche réside dans le fait que le problème de recherche n'a pas été formulé au préalable par des chercheurs. On a plutôt posé comme point de départ la situation commune de travail dans des écoles de milieux pluriethniques et les problèmes spécifiques que cette dernière peut poser. Les premières rencontres du groupe avec la chercheuse ont consisté en une exploration libre des préoccupations et problèmes majeurs des intervenant(e)s, ce qui a permis de faire émerger une question centrale : celle de la demande d'intervention en milieu éducatif pluriethnique et de ses multiples formulations. Les échanges ont permis de mettre en évidence qu'une première demande d'intervention auprès d'un enfant ou d'une famille est formulée dans le milieu scolaire, généralement par une enseignante; elle est ensuite reformulée par un ou plusieurs intervenants chargés du cas et présentée à la famille concernée, qui en donnera à son tour une interprétation. C'est au cours de ce processus de transformation d'une demande initiale en un problème d'intervention complexe que les enjeux interculturels apparaissent.

LES ENJEUX DE L'INTERVENTION EN MILIEU ÉDUCATIF PLURIETHNIQUE

Après les premières étapes de tâtonnements inhérentes à une démarche de recherche de type inductif, le groupe Jeunesse s'est orienté vers un travail d'analyse de cas. À chaque rencontre, une intervenante volontaire présente un cas qui, selon son évaluation, comporte des dimensions culturelles ou interculturelles qui font problème. Le cas, d'abord résumé au cours d'une entrevue enregistrée (chercheuse - intervenante), est ensuite retranscrit pour être distribué au groupe. Des outils d'analyse fournis parallèlement servent à faire une étude du cas (d'abord en sous-groupe, puis en plénière) centrée non pas sur les solutions au problème, mais sur l'identification des différentes composantes du problème (à partir de la demande initiale jusqu'à sa dernière formulation).

Si les dimensions interculturelles des problèmes identifiés à l'école se font jour, on constate

qu'elles apparaissent rarement seules. Elles sont souvent intimement liées à des enjeux sociaux (pauvreté, isolement dû à une immigration récente, analphabétisme, etc.). Les demandes font également apparaître des différences importantes entre les "cultures professionnelles" en présence (culture scolaire / culture des professionnels de l'équipe multidisciplinaire, pour ne nommer que la plus évidente). Enfin, le rôle important de la dimension bureaucratique ou juridico-bureaucratique des situations traitées se révèle de façon récurrente, soit comme soutien, soit comme obstacle dans l'intervention.

LA DIMENSION INTERCULTURELLE COMME COMPOSANTE D'UNE PRATIQUE COMPLEXE

Les professionnel(le)s du programme Jeunesse, en répondant aux demandes adressées par les écoles, font face à des problèmes de santé de base ainsi qu'à des problèmes scolaires et sociaux qui les mettent en contact avec des enfants et des familles d'une grande diversité de provenances. Certaines familles manifestent une incompréhension des institutions publiques, des idéaux et des normes qu'elles véhiculent, des conceptions de la famille et de l'enfance qu'elles comportent. Pour leur part, les intervenant(e)s rencontrent des problèmes qui les confrontent aux normes et idéaux de leur profession, qui sont généralement présentés dans les systèmes de formation comme universels et, par conséquent, universellement applicables. La relation professionnelle a ceci de particulier que sa réussite et le fait qu'elle perdure à travers les aléas de la communication avec le client reposent essentiellement sur le professionnel, dont c'est la responsabilité même. S'il est donc, comme tout citoyen, un porteur de culture qui s'agit et se démène avec la multiplicité de ses identités et de ses valeurs, en situation professionnelle interculturelle, il se trouve devant la nécessité à la fois de comprendre "l'Autre" et, le cas échéant, de se demander ce qui fait obstacle à cette compréhension de sa part.

Une grande partie du travail interculturel qui s'effectue dans le groupe de recherche consiste dès lors à identifier, à partir des cas étudiés, les modèles professionnels et organisationnels qui sont à l'œuvre dans les situations présentées, de voir en quoi ces modèles sont marqués par les appartenances nationales, ethniques, culturelles, sociales, etc. et en quoi ils influent sur la relation avec les clients (enfants ou parents). Des recherches faites en sociologie, en psychologie sociale, en anthropologie sont apportées comme supports à la démarche d'analyse. Elles ne la précèdent ni ne la remplacent. On peut voir ici que ce que la recherche propose et demande aux professionnels est un travail de réflexivité auquel ils se sont habilités en groupe et qui leur permet de voir avec de plus en plus de clarté les enjeux personnels (psychologiques, sociologiques, ethniques, culturels) qui sont présents pour eux dans le rapport à "l'Autre" différent sur le plan ethnoculturel ou social.

LA PRATIQUE INTERCULTURELLE DANS UNE ORGANISATION DE SERVICES

La dimension interculturelle n'apparaît jamais à l'état pur dans une pratique. Elle est toujours inscrite dans une dynamique professionnelle et dans un contexte organisationnel qui définissent des mandats, des statuts, des rôles qui balisent fortement cette pratique. Ces derniers sont intégrés par les professionnels au point d'être quasi invisibles. Ce qui ne les empêche pas d'être extrêmement agissants.

Si les sociétés occidentales ont pris acte de la relativité des valeurs et de la perte des systèmes de références stables et communs à tous, on retrouve pourtant dans les professions du social, de la santé, de l'éducation et des relations humaines un corps de principes, de valeurs et de normes qui sont transmises dans les systèmes de formation comme universelles. À ce titre, la conception du bien de l'enfant, la conception de la famille, la vision de la santé et de l'hygiène, pour ne prendre que quelques exemples, présentant une grande homogénéité parmi les professionnels (quand les groupes professionnels sont eux-mêmes diversifiés sur le plan ethnoculturel, on retrouve d'ailleurs cette homogénéité en ce qui a trait aux valeurs et normes professionnelles, ce qui place la culture professionnelle au premier plan par rapport à d'autres appartenances sociales). Ces règles et ces conceptions sont relayées par des mandats juridiques ou organisationnels qui font du client un "cas" porteur d'un dossier qui entre, par la médiation de ce dossier, dans la prise en charge par l'équipe multidisciplinaire d'une école et par une organisation de services (le CLSC). En même temps que l'on définit l'enfant ou sa famille comme "sujets" avec lesquels on amorce une rencontre clinique, on les inscrit dans une filière bureaucratique dont les règles standardisées, pour nécessaires qu'elles soient, ne sont pas toujours propices à la recherche de solutions créatrices aux problèmes que les clients rencontrent.

Ce phénomène n'est pas propre aux relations avec des clientèles immigrantes. C'est un phénomène bureaucratique dans lequel on "baigne" comme intervenant(e)s au point de ne plus le voir. Cependant, avec des clientèles non familières avec les institutions de la société dite d'accueil, la distance culturelle est plus évidente. Le risque qui se présente alors est de traiter comme des "résistances culturelles" de la part du client une incapacité de celui-ci à comprendre la culture juridico-bureaucratique des professionnels. Ce phénomène est accentué pour l'équipe Jeunesse par le fait qu'elle doit composer avec les normes et règles de sa propre organisation tout en exerçant sa pratique dans des écoles, organisations qui ont leurs contraintes propres. On voit donc que le professionnel se trouve ici encore face à une exigence éthique de réflexivité afin de se dégager le plus possible d'enjeux professionnels et organisationnels dont il ne serait pas conscient et qui pourraient intervenir comme filtres ou zones "aveugles" dans le rapport au client, tout en

maintenant le caractère professionnel de la relation et en ne niant pas son appartenance à l'institution qui lui confie son mandat.

POUR CONCLURE

On peut qualifier le type de démarche décrit ici et qui se poursuit depuis trois ans dans l'équipe Jeunesse de recherche-intervention ou encore de recherche-formation, selon l'accent que l'on met sur une dimension ou l'autre du processus. Le travail se fait toujours à partir d'une situation concrète, que l'on tente de saisir dans sa globalité, ce qui exclut une orientation théorique définie au préalable et requiert une posture théorique pluridisciplinaire. Le travail régulier sur une multiplicité de situations fait émerger des enjeux généraux et des problématiques essentielles à partir desquels le travail théorique s'élabore et se développe.

L'intérêt de cette approche réside dans sa proximité avec le travail quotidien des professionnels et dans le fait que les intervenants se l'approprient en même temps qu'il a lieu. Il demande une continuité et repose sur un support institutionnel (des réunions statutaires) que l'on ne retrouve pas nécessairement dans toutes les organisations. Par ailleurs, son corpus théorique est constitué de différentes sources disciplinaires. C'est le travail spécifique de la chercheuse de mettre en action, à l'intérieur de la complexité des situations abordées, des outils théoriques qui favorisent à la fois le processus réflexif et l'analyse la plus rigoureuse possible.

ÉVALUATION DU PROCESSUS D'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME TRANSVERSAL DE SANTÉ MENTALE EN ÉMERGENCE DANS UN CLSC : UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE DE CONCERTATION ET D'INTERVENTION ?¹⁵

*Ricardo Zuniga
Ellen Corin
Lourdes Rodriguez
Cécile Rousseau*

*Robert Sévigny
Suzanne Descoteaux
Jacqueline Bayreuther*

INTRODUCTION

Le rapport sur les nouvelles orientations en santé mentale (Québec, 1997) réaffirme la nécessité de mettre l'accent sur la désinstitutionnalisation des services et favorise des approches d'intervention qui s'articulent sur les milieux de vie. Les CLSC acquièrent ainsi un rôle important dans la réponse aux besoins des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale et ce nouveau mandat vient s'ajouter à ceux que leur confère le virage ambulatoire dans un contexte de compression budgétaire et de réallocation des ressources financières (Fédération des CLSC du Québec, 1996). Un des enjeux majeurs auxquels les CLSC se trouvent confrontés est d'assurer des services appropriés tout en maintenant l'approche communautaire qui les caractérise. Dans le cas de la santé mentale, une des conditions importantes de la réussite des nouveaux programmes tient à la manière dont les CLSC parviennent à s'inscrire dans le réseau des institutions, des services spécialisés et des organismes communautaires oeuvrant dans ce champ. Deux questions principales se posent dans ce contexte :

1. Comment les orientations communautaires du CLSC se traduisent-elles en pratiques concrètes d'intervention et comment préciser leur apport spécifique dans le réseau des services ?
2. Comment fonctionnent les mécanismes de référence vers ou à partir du CLSC et quelle place les CLSC, continuent-ils à occuper dans l'intervention après l'entrée en action d'autres types d'acteurs tels des services d'urgence ou l'hôpital psychiatrique ?

Le projet de recherche présenté ici porte sur le CLSC (Côte-des-Neiges) qui a fermement affirmé son souci de maintenir une orientation communautaire visant à soutenir les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale dans des conditions les plus proches possible de la vie ordinaire et qui a choisi une approche transversale d'implantation. Il dessert une population extrêmement diversifiée sur le plan culturel et social et présente donc une situation privilégiée pour l'examen de l'adaptation des interventions aux caractéristiques de divers milieux de vie.

¹⁵ - Projet de collaboration: Équipe de recherche et action en santé mentale et culture, ÉRASME; le Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges et des responsables du programme de santé mentale du CLSC.

OBJECTIFS DU PROJET

1. Décrire les données couvertes par la notion de problèmes graves en santé mentale (troubles sévères, persistants et transitoires) et évaluer son degré d'homogénéité et d'hétérogénéité selon l'axe psychiatrique-psychosocial.
2. Dégager les paramètres d'un modèle émergent transversal d'intervention en santé mentale dans un CLSC.
3. Évaluer son processus d'implantation ainsi que les contraintes, les facteurs facilitants et les résistances rencontrées.
4. Évaluer dans quelle mesure le programme tient compte de la diversité des milieux de vie, notamment du pluralisme culturel et de la diversité des contextes d'immigration et de refuge ainsi que des conditions de vie et d'intégration.
5. Examiner les convergences et décalages entre les perceptions, les attentes et les pratiques des intervenants, des usagers et des proches.
6. Préciser la place du CLSC dans un réseau de ressources institutionnelles et communautaires en santé mentale.

MÉTHODOLOGIE

Les données à recueillir concernent trois grands domaines abordés chacun en fonction de trois perspectives: celle des programmes, celle des intervenants, celle des usagers et de leurs proches. L'analyse visera à faire ressortir les degrés d'accord et de décalage entre ces trois perspectives pour chacun des domaines et cela séparément pour chacun des programmes. Plusieurs types de données seront recueillies :

1. Analyse des dossiers et des données informatisées du CLSC;
2. Analyse de documents;
3. Entrevues dirigées portant sur les perceptions et les comportements ainsi que la reconstruction d'événements critiques et de cas concrets par rapport aux trois domaines explorés;
4. Observation participante dans différents lieux.

Les personnes interrogées seront sélectionnées en fonction des programmes, afin de rendre compte de la diversité des pratiques de santé mentale dans le CLSC et de tenir compte des défis particuliers associés aux clientèles de chacun des programmes. Trois catégories des personnes seront interrogées dans chacun des programmes.

RÉSULTATS

Sur le plan des résultats attendus, la recherche permettra de dégager les conditions qui ont facilité ou rendu plus difficile l'implantation du modèle. Ceci accentuera le potentiel de transfert des résultats et permettra de formuler des principes pouvant contribuer à l'implantation de programmes de santé mentale dans d'autres CLSC. Elle contribuera à définir une approche communautaire en santé mentale en CLSC et elle permettra d'épauler la collaboration entre le CLSC et les ressources communautaires sur son territoire. Elle posera les bases d'une recherche comparative portant sur différents modèles d'intervention communautaire en santé mentale.

LIEN AVEC LE THÈME GÉNÉRAL DU COLLOQUE

Dans le cas du CLSC Côte-des-Neiges, les milieux de vie sont caractérisés par une grande diversité culturelle et par une forte proportion d'immigrants récents et de réfugiés sur le territoire. Il faut se demander comment les programmes et interventions peuvent en tenir compte. Les travaux disponibles indiquent que les taux d'utilisation des services en santé mentale ainsi que la probabilité de suivi ou d'abandon du traitement varient selon les cultures d'origine. On a aussi montré le rôle que joue ici le degré de convergence ou de divergence entre les systèmes explicatifs, les valeurs et les pratiques qui caractérisent d'une part les professionnels de santé et de l'autre les usagers et leurs proches. D'autres études ont aussi montré comment des conditions sociales marquées par la pauvreté et la marginalité sociale peuvent faire obstacle à l'utilisation de services de santé et de services sociaux. Il s'agit donc d'examiner dans quelle mesure et comment les intervenants tiennent compte dans leur évaluation et dans leurs interventions de l'appartenance culturelle des usagers, ainsi que de leur mode d'insertion particulière dans leur milieu : intégration dans un tissu relationnel, démarches de recherche d'aide et de soutien, stratégies d'existence; de leurs conditions de vie sur le plan socio-économique ou résidentiel; et dans le cas des immigrants récents et des réfugiés, des conditions, traumatismes et problèmes vécus avant, pendant et après l'immigration.

1

2

3

4

5

6

7

**L'IMPLANTATION D'ÉQUIPES ET D'ACTIVITÉS DE RECHERCHE DANS LES
MILIEUX DE PRATIQUE: UNE ANALYSE DE LA POLITIQUE DE
DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE SOCIALE DU CQRS¹⁶**

*Jean-Louis Denis
Pascale Lehoux
Garry Mullins*

*Robert Sévigny
François Champagne
André-Pierre Contandriopoulos*

Ce projet vise à mieux comprendre comment se passe le processus de rencontre entre deux communautés culturelles différentes : la communauté des chercheurs et la communauté des praticiens. Plus précisément, nous voulons dans ce projet mieux connaître les mécanismes utilisés et les processus d'ajustement qui sont développés pour favoriser l'émergence d'une recherche en partenariat. Nous faisons l'hypothèse que l'implantation d'équipes de recherche dans des milieux de pratique et le développement de pratiques conjointes de recherche (i.e. influencées à la fois par les chercheurs et les praticiens) devraient engendrer une modification des pratiques des praticiens/intervenants et des pratiques des chercheurs.

Cette "nouvelle" culture de la recherche est par ailleurs peu connue et sa trajectoire reste imprévisible. Pour mieux saisir la nature des transformations en cause, nous proposons d'analyser en profondeur certaines organisations du réseau de la santé et des services sociaux qui "abritent" une équipe de recherche en milieu d'intervention.

De plus, par une enquête, nous souhaitons apprécier la perception qu'ont les praticiens et les chercheurs de ce type d'expérience. Cette recherche ne porte pas en soi sur des rapports entre communautés ethniques différentes mais sur les rapports de coopération entre des communautés distinctes sur un plan culturel définies en fonction de l'appartenance aux milieux scientifiques et de pratique.

Les résultats seront diffusés dès avril 2000.

¹⁶ - Projet de recherche d'une durée de deux années financé par le CQRS.

- - *Présentation des
affiches*

PROJET RÉPIT

QUAND DES PARTENAIRES UNISSENT LEURS FORCES POUR LE MIEUX- ÊTRE DES FAMILLES DE CÔTE-DES-NEIGES

Le projet Répit voit le jour vers la fin de janvier 1996. Environ un an auparavant, les intervenants du CLSC Côte-des-Neiges et de groupes communautaires identifient un besoin pressant au niveau de la population. Des études ont déjà démontré que les enfants de familles à risque sont en situation de dangerosité importante, au début de la fin de semaine.

Un partenariat s'organise alors entre le CLSC Côte-des-Neiges, les Centres Jeunesse de Montréal, le Centre Communautaire et de Loisirs de Côte-des-Neiges pour la mise sur pied, le développement et le maintien du programme.

Le Projet Répit est un projet novateur, à la fois préventif et curatif. Ses forces reposent sur la qualité des ressources humaines, la mise en commun de la diversité et complémentarité des expertises, le partenariat et l'organisation.

Le Projet Répit se veut à la fois un répit pour les enfants et les parents, une immersion dans la communauté, un outil d'évaluation et un lieu d'apprentissage et d'intervention. Il vise aussi à créer un lien de confiance entre les familles en difficultés et les intervenants. Un tel programme favorise l'intégration sociale des familles, brise l'isolement en créant des liens avec la communauté de Côte-des-Neiges, dont elles font partie.

Le répit se traduit par un séjour de 24 heures dont bénéficient les enfants de famille en difficulté, selon leurs besoins et de façon régulière.

—
—
—
—
*ENJEUX LOCAUX ET ENJEUX DE L'INTERVENTION AUPRÈS D'AÎNÉS
DANS UN CONTEXTE PLURIETHNIQUE*

*Jean-Claude Martin
Jean-Luc Bédard
CLSC René Cassin*

Dans un contexte pluriethnique, le développement des compétences locales dans l'identification des problèmes vécus par les aînés et dans la recherche de solutions adaptées est un processus dynamique et complexe qu'éclaire la compréhension des enjeux caractérisant le milieu local où les services sont organisés, comme le montrent les résultats préliminaires d'une recherche portant sur les aînés et les dimensions ethnoculturelles de l'utilisation des services socio-sanitaires.

PARENTS RESSOURCES
PROJET DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PARENTALES ET
SOUTIEN FAMILIAL

Centre Jeunesse Arabe
Collaborateurs
Centre Jeunesse Unie
CLSC Parc Extension

Le projet « Parents ressources » a pour but d'aider les parents démunis à sortir de leur isolement en leur permettant de se rencontrer; d'échanger des expériences et des idées; trouver des solutions et des approches adaptées aux problèmes qu'ils vivent ou qu'ils risquent de vivre avec leurs jeunes - le tout dans une atmosphère conviviale et respectant les différences culturelles.

Notre objectif général à travers ce projet vise également et surtout à rendre les conditions de vie familiale de nos jeunes et des parents moins stressantes et propices à une intégration en douceur dans leur nouveau pays.

Les objectifs cibles concourent à :

- 1. Favoriser et développer la prise en charge des parents.*
- 2. Améliorer les compétences parentales.*
- 3. Faciliter l'intégration familiale et sociale des jeunes et de leurs parents.*

Le projet s'adresse aux parents des communautés culturelles : les parents ayant des jeunes et voulant améliorer leurs compétences parentales en ayant des outils pour améliorer la communication avec eux et elles.

Les activités sont organisées sur un mode interactif avec les parents du quartier. Une série de 5 rencontres est en cours sur les thèmes suggérés lors des premières rencontres :

- la famille d'hier et d'aujourd'hui.*
- Les valeurs des jeunes et le rôle des parents.*
- Les outils de communication avec le jeune.*
- Conférence et échanges.*
- Visite des organismes ressources du quartier.*

CENTRE JEUNESSE ARABE
Personne-ressource Lahissen Abbassi
Tél 272-2535
E-mail centre@colba.net

INTERVENTION PAR QUARTIER

Compte tenu de l'étendue du territoire du CLSC et de ses nombreux intervenants, le CLSC Côte-des-Neiges a choisi d'implanter une nouvelle approche inspirée d'Alma-Ata et du Community Oriented Primary Care et baptisée « Intervention par quartier ». L'objectif de l'approche est d'être plus près de la population, de mieux répondre à ses besoins de santé physique, mentale et sociale, tout en contribuant à l'émergence d'une vie de quartier. Il s'agit d'une orientation majeure du CLSC, entérinée par le conseil d'administration, pour préserver son mandat premier d'action communautaire et défendre la place de la promotion et de la prévention dans les services de santé de première ligne.

L'intervention par quartier permet aux équipes d'intervenants de se rapprocher plus aisément des populations à desservir, mieux connaître et comprendre leurs besoins et s'engager, avec l'équipe multidisciplinaire ou d'autres partenaires du quartier, dans des projets ou activités qui permettent de prévenir les problèmes. Elle repose sur une philosophie dont les deux principales composantes sont « l'empowerment » des individus et le travail intersectoriel avec les organismes communautaires, les écoles, la police, etc. Elle vise à rassembler au-delà des barrières naturelles que sont l'isolement, la méfiance, l'absence de réseaux sociaux et de communication. Cette approche favorise l'entraide et l'autonomie des résidents, tout en faisant connaître la culture et les habitudes de vie montréalaises. Des activités de prévention sont développées pour certaines problématiques ou clientèles plus vulnérables (violence familiale ou conjugale, enfants ayant des troubles de comportement, bébés de poids insuffisant, santé des femmes, etc.).

Afin d'aider à structurer les équipes et les interventions, le comité de soutien à l'intervention par quartier a prévu que chaque grande équipe se réunirait quatre fois au cours de l'année. Ces rencontres visent à consolider la notion d'intervention par quartier. D'abord, il s'agit d'identifier les besoins, explorer ce qui peut être fait et la façon de le faire. En second lieu, l'équipe prend connaissance des activités et des programmes déjà existants dans la communauté. Finalement, elle identifie les organismes susceptibles de devenir des partenaires dans les projets.

LES ACTIVITÉS DE L'INTERVENTION PAR QUARTIER EN 1998-1999

En 1998-1999, les grandes équipes de quartier se sont réunies à quatre reprises. Elles ont échangé sur les activités entreprises dans leur quartier respectif, ont clarifié les rôles des équipes de programme par quartier et se sont dotées d'une salle de l'IPQ (Intervention par quartier) munie de babillards servant à véhiculer les informations sur chacun des quartiers. Voici un aperçu des activités en cours :

Quartier Sud

Des activités sont offertes aux jeunes familles dans le Centre sportif Côte-des-Neiges, où l'équipe composée d'infirmières, d'une travailleuse sociale et d'une éducatrice informe, anime et donne du soutien aux parents de toute nationalité.

Quartier Centre

Le local du HLM Goyer et le nouveau local de la résidence Maria-Goretti sont des lieux de rencontre où les mamans de ce quartier bénéficient d'activités mères-enfants. Grâce au soutien d'une travailleuse sociale de l'équipe de quartier, un groupe de résidents a obtenu une subvention du programme du Fonds de lutte contre la pauvreté lui permettant de réaliser des activités pour de jeunes familles.

Quartier Outremont/Ville Mont-Royal

L'équipe a entamé des rencontres avec des représentants des paroisses et de la municipalité de Ville Mont-Royal dans le but de créer un centre de bénévolat consacré aux personnes âgées et répondre aux besoins particuliers des adolescents et des parents, l'équipe a organisé la tenue de sessions Parents efficaces qui ont connu un grand succès. Un sondage a été réalisé auprès de la clientèle afin de mieux orienter le développement d'activités de promotion en santé mentale.

Quartier Plamondon

Un projet d'activités mères-enfants se déroule en partenariat avec le projet «Grandir Ensemble» et le Centre sportif Côte-des-Neiges. Diverses activités ont rassemblé de nombreux participants.

Quartier Mountain Sights,

Les principaux projets sont les cafés-rencontres, les jardins d'enfants, les groupes d'adolescents, les cours de français et les aides aux devoirs. Soulignons la présence de l'organisme PROMIS qui participe activement à dynamiser la vie de quartier par sa présence au local communautaire. Cette année, le comité des résidents s'est sérieusement penché sur l'amélioration de l'environnement de la rue.

THE CHALLENGE OF EDUCATING MULTI-ETHNIC POPULATIONS

Smith, June L. BN, MEd.,
Haggerty, Jean L. PhD.,
Herzl Family Practice Center,
S.M.B.D. Jewish General Hospital, Montreal, Qc.

A study was conducted in our urban family medicine unit to estimate the prevalence of low-literacy patients, to determine whether reading grade level was associated with perceived health and to estimate reading grade level of educational materials.

Patients who received their services in English and were aged 18 to 85 (N= 229) were administered the Rapid Estimate of Adult Literacy (REALM) and the COOP/WONCA Health Status Scales. Reading grade level of 120 pamphlets was estimated by SMOG.

The prevalence of low literacy was 9%. Reading level and perceived health, adjusted for educational level, were weakly correlated but not statistically significant ($R= 0.10$, $p= 0.14$). Both reading level and perceived health were significantly lower in patients whose maternal language was neither English nor French (37% of sample). Mean reading grade level of patient education materials was 11.5.

The prevalence of low-literacy in the practice was lower than the national average. A larger sample may have yielded a statistically significant correlation between reading level and perceived health. Providing health information for those whose maternal language is neither English nor French will be a challenge. There is a great need for educational materials of lower reading grade level for all patients.

*CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES - CONSORTIUM
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL*

*Bilkis Vissandjée, Ph.D., Codirectrice universitaire
Katherine Macnaughton-Osler, Codirectrice communautaire*

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes - Consortium Université de Montréal, est l'expression d'un partenariat entre les milieux universitaire, communautaire et institutionnel, dont le réseau de la santé et des services sociaux. Ses activités visent à explorer les moyens d'améliorer la santé des femmes, plus spécifiquement la santé des femmes immigrantes, des femmes autochtones et des femmes aidantes. Il soutient et effectue différents travaux de recherche et fournit des informations, analyses et conseils aux gouvernements et aux organismes de santé. Les activités du centre portent sur trois axes : une conception globale de la santé basée sur les déterminants de tout ordre, une préoccupation pour les expériences de vie des femmes et une intervention en faveur de la promotion de la santé dans une perspective participative et critique. Inauguré en janvier 1997, le centre reçoit un financement de Santé Canada dans le cadre du Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes.

COLLOQUE INTERNATIONAL SUR L'ACTION COMMUNAUTAIRE DES
ANNÉES 2000 (CIAC 2000)

Plus qu'un colloque, CIAC 2000 est un processus international d'échange sur le savoir et le savoir-faire communautaire initié par des organisations et des institutions vouées à ce type de développement. L'objectif du processus est de favoriser un dialogue international pour mieux atteindre les objectifs de développement communautaire.

Nous vous proposons quelques exemples de résultats obtenus par cette démarche. Ces exemples révèlent la diversité des approches communautaires et citoyennes en même temps que la continuité des valeurs de développement et de participation. L'internationalité devient un acquis de la sphère communautaire pour aborder des problèmes et envisager de nouvelles solutions. En même temps le local est de plus en plus le microcosme de la complexité et de la diversité planétaire. À ce titre, le quartier Côte-des-Neiges donne déjà une image de cette réalité présente et qui est portée à devenir commune.

*VACCINATION AGAINST HEPATITIS A DURING AN OUTBREAK IN A
JEWISH ORTHODOX COMMUNITY*

MONTRÉAL REGION, 1997-1998

*Doris Deshaies, Médecin, Montréal Regional Public Health Department
Rejean Dion, Médecin, Montréal Regional Public Health Department
Nathalie Auger, Médecin, McGill University Residency Programme*

An outbreak of Hepatitis A occurred in the Orthodox Jewish Community during 1996. The department of health called upon Ahavas Chesed Social Services to help them persuade the community to accept a vaccination program. Ahavas Chesed was able to convince the community's leadership of the necessity of this endeavor and within a few weeks, a very successful program was launched.

Ahavas Chesed was established in December 1993 with the goal of acting as an advocate for the Orthodox Jewish Community as well as a referral and liaison agency. During its first five years, it has been able to educate this community regarding services available and has acted as a cultural interpreter to all the various service agencies (CLSCU DYP, hospitals, etc.) on their behalf.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adelman, H. (1991). «Canadian Refugee Policy in the Postwar Period: an Analysis», dans *Refugee Policy. Canada and the United States*. (H. Adelman, ed.). Toronto: York Lanes Press, Ltd. 172-223.
- Akhtar, S. (1995). « A third individuation: immigration, identity, and the psychoanalytic process », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43: 1051-1084.
- American Academy of Pediatrics (1997). « Breast feeding and the use of human milk », *Pediatrics*, 6, 1037-1039.
- Bertot, J., & Jacob, A. (1991). «Intervenir avec les immigrants et les réfugiés». Méridien.
- Boucher, N. (1991). «Société multiethnique: implications pour la déontologie et l'éthique». Communication présentée le 23 mai à l'Université de Sherbrooke au Colloque du Regroupement des unités de formation universitaire en travail social.
- Briend, A., Wojtyniak, Rowland, M. (1988). « Breastfeeding, nutritional state, and child survival in rural Bangladesh », *British Medical Journal*, 296, 879-882.
- Cohen-Emerique, M. (1984). « Chocs culturels et relations interculturelles dans la pratique des intervenants sociaux », *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, décembre.
- Cunningham, A.S., Jelliffe, D. B., Jelliffe, E.F.P. (1991). « Breastfeeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review », *The Journal of Pediatrics*, 118, 659-667.
- Dewey, K.G., Heinig, M.J., & Nommsen, L.A. (1993). « Maternal weight loss patterns during prolonged lactation », *American Journal of Clinical Nutrition*, 58, 162-166.
- Dunn, S.K. (1987). « Health seeking behaviors and barriers to care among transcultural families », *Migration World Magazine*, vol. 15, no. 5, p. 25-29.
- Fishman, C., Evans, R., & Jenks, E. (1988). « Warm bodies, cool milk: conflicts in post partum food choice for indochinese women in California », *Social Science & Medicine*, 26, 1125-1132.
- Frenette, Y. (1991). «Les revendicateurs de statut de réfugié au Québec», Québec : Conseil des communautés culturelles et de l'immigration.
- Heipel, R.R. (1991). «Refugee Resettlement in a Canadian City : An Overview and Assessment», dans Adelman, H. (ed.), *Refugee Policy. Canada and the United States*, Toronto: York Lanes Press, Ltd., 344-355.
- Houle, G. (1993a). « Common sense as a specific form of knowledge: elements for a theory of otherness », dans Diani, D. Simeoni (eds), *The biographical approach in the social sciences, in Current Sociology*.
- Houle, G. (1993b). «Pour une sociologie de la connaissance de la vie», dans Brunet, M. et Gagnon, S. *Discours et pratiques de l'intime au Québec*, Montréal, IQRC, 220-242.
- Houle, G. (1993c). «L'analyse clinique en sciences humaines : pour une épistémologie pratique», dans *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Jain, A. et Belsky, J. (1997). « Fathering and Acculturation : Immigrant Indian Families with Young Children », *Journal of Marriage and the Family*, 59.
- Lapointe, M. (1998). Communication personnelle. CLSC Côte-des-Neiges, Montréal, Québec, Canada.
- Lepage, M.C. (1997). «Étude sur l'alimentation du nourrisson chez les femmes primipares du Québec». Rapport de recherche. Direction de la santé publique de Québec.
- Levill, C., Hanvey, D., Avar, G., Chance & Kaczorowski, J. (1995). «Enquête des pratiques et des soins de routine dans les hôpitaux canadiens dotés d'un service d'obstétrique », Ottawa, Santé Canada et Institut Canadien de la Santé Infantile.
- Longres, J.F. (1981). «Social work practice with racial minorities : a study of contemporary norms and their ideological implications», *California Sociologist*. Vol. 4, 1, 54-71.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- McAll, C. (1995). «Les murs de la cité : territoires d'exclusion et espaces de citoyenneté», *Lien social et Politiques*, 34, automne, 81-92.
- McAll, C. avec la collaboration de Tremblay, L. (1996). «Les requérants du statut de réfugié au Québec», Collection Études et Recherches #16 : Ministère des relations avec les citoyens et de l'immigration.
- McAll, C., Tremblay, L. & Le Goff F. (1997). «Proximité et distance. Les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC», Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Newcomb, P.A., Storer, B.E. et al. (1994). «Lactation and a reduced of premenopausal breast cancer », *The New England Journal of Medicine*, 330, 81-87.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1997). *La santé mentale des réfugiés*. Genève
- Piché, V., et Bélanger, L. (1996). «Le quartier Côte-des-Neiges : fiction statistique ou milieu d'insertion pour les groupes d'immigrants ? », dans Meintel et al, *Côtes-des-Neiges : un quartier pluriethnique à Montréal*, L'Harmattan, Paris.
- Renaud, J., et Gingras, L. (1998) : «Les trois premières années au Québec des requérants du statut de réfugié régularisés». Collection Études, recherches et statistiques, 2, MRCI.

- Renaud, J., Carpentier, A., Ouimet, G., Montgomery, C. (1992). «*La première année d'établissement d'immigrants admis au Québec en 1989. Portraits d'un processus*», Montréal, MRCI
- Ressler, E.M., Boothby, N., Steinbok, D.J. (1988). «*Unaccompanied children: care and protection in wars, natural disasters and refugee movements*», New York : Oxford University Press.
- Rhéaume, J. (1990). «*Sociologie implicite des intervenants de pratiques périphériques en santé mentale* », Actes de colloque Le phénomène de la croissance personnelle, Montréal, Info-Croissance.
- Rhéaume, J. (1992). «Les valeurs des consultants organisationnels », dans Tessier R. et Tellier R. (eds), *Changement planifié et développement des organisations. Méthodes d'intervention. Consultation et formation*, tome 7, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 63-85.
- Rhéaume, J. (1993a). «L'analyse clinique en sciences humaines», dans Serres, F. (ss la dir de), *Recherche, formation et pratiques en éducation des adultes*, Sherbrooke, Éditions du CRP, 131-157.
- Rhéaume, J. (1993b). «Dimensions épistémologiques des liens entre théorie et pratique», dans Enriquez E., Houle, G., Rhéaume, J. et Sévigny, R. (eds), *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 83-89.
- Rhéaume, J., et Sévigny, R. (1985). « Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 10, no. 2, 156-160.
- Rhéaume, J., et Sévigny, R. (1987). «Les enjeux de la pratique dite "alternative" », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol.6, 7, 133-147.
- Rhéaume, J., et Sévigny, R. (1988). «*Sociologie implicite des intervenants en santé mentale* ». (2 volumes) I. *Les pratiques alternatives: du groupe d'entraide au groupe de croissance*. II. *La pratique psychothérapeutique : de la croissance à la guérison*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Rossiter, J.C., Ledwidge, H., Coulon, L. (1993). «IndoChinese women's breastfeeding practices following immigration to Sydney : a pilot study. Australian », *Journal of Advanced Nursing*, 10, 3-9.
- Rousseau, C., Drapeau, A., Corin, E. (1997). «*Influence des facteurs psychosociaux sur la santé mentale des adolescents réfugiés*», Rapport CQRS.
- Rousseau, C., Moreau, S., Drapeau, A., Marotte, C. (1997). «*Politique d'immigration et santé mentale. Impact des séparations familiales prolongées sur la santé mentale des réfugiés*», Rapport CQRS.
- Séguin, L., Goulet, L., Fröhlich, K., Dumas, M.E. et Desjardins, L. (1998). «*Le rôle de l'environnement pour l'allaitement maternel chez des femmes défavorisées* », Rapport de recherche, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, Faculté de médecine.
- Segura, J.A.. *Home Based Family Therapy : Therapeutic Space at Home, applications of a spatial device or portable setting in clinical ethnopsychiatry*.
- Serdula, M.K., Cairns, K.A., Williamson, D.F., Fuller, M., & Brown, J. E. (1991). «*Correlates of breastfeeding in low-income population of whites, blacks, and southeast Asians* », *Journal of the American Dietetic Association*, 91, 41-45.
- Sévigny, R. (1983). «*Théories psychologiques et sociologie implicite* », *Santé mentale au Québec*. Vol. 8, 1, 7-21.
- Sévigny, R. (1991a). «La sociologie implicite des intervenants en développement organisationnel », dans Tellier R. et Tessier, R. *Le changement planifié*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 222-237.
- Sévigny, R. (1991b). «*Pratique de santé mentale à Singapour: une autre vision du communautaire* », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 10, 1, 29-48.
- Sévigny, R. (1993a). «*Les alternatives en santé mentale et la gestion du social* », *Sociologie et sociétés*, vol.25, 1, 114-123.
- Sévigny, R. (1993b). «*L'approche clinique* », dans Enriquez et al. *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 13-28.
- Sévigny, R. et Tremblay, L. (1998). «*L'adaptation des services de santé et des services sociaux au contexte pluriethnique* », Texte inédit.
- Sharma, A., Lynch, M.A., Irvine, M.L. (1994). «*The availability of advice regarding infant feeding to immigrants of Vietnamese origin: a survey of families and health visitors* ». *Child: Care, Health & Development*, 20, 349-354.
- United Nations High Commission for Refugees. (1994). *Refugee Children. Guidelines on Protection and Care*. Geneva: UNHCR.
- Virden, S.F. (1988). «*The relationship between infant feeding and maternal role adjustment* », *Journal of Nurse-Midwifery*, 33, 31-35.

ANIMATEURS, INTERVENANTS, CHERCHEURS, PRÉSENTATEURS ET RESPONSABLES DU COMITÉ ORGANISATEUR

Aïthachimi, Laetitia	Agente de recherche, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Anctil, Pierre	Directeur, Fondation Miriam
Auger, Nathalie	Médecin, McGill University Residency Programme
Barey, Marie-Claude	Centre communautaire de loisirs de la Côte-des-Neiges
Bayreuther, Jacqueline	Chef de programme, Santé des jeunes, CLSC Côte-des-Neiges
Beauchamp, Gilles	Président du Colloque international de l'action communautaire (CIAC), Organisateur communautaire, CLSC Hochelaga-Maisonneuve
Beausoleil, André	Directeur des services communautaires, CLSC Bordeaux-Cartierville
Bédard, Jean-Luc	Professionnel de recherche, CLSC René-Cassin / I UGSQ
Berteau, Ginette	Chargée de cours, Université de Montréal
Bibeau, Gilles	Professeur, Département d'anthropologie, Université de Montréal
Bienvenue, Johane	DSP Montréal Centre
Bisson, Jocelyn	M. Sc
Boast, James	Agent de relations humaines, Santé des jeunes, CLSC Côte-des-Neiges
Bouchard, Camil	Président, Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), Professeur, Département de psychologie, UQAM
Bouchard, Jean-Marie	Ph.D, Consultant Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Bourgeault, Guy	LPh, DTh, Co-chercheur Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Bussièrès, Josée	Dt.P
Champagne, François	Ph.D
Cognet, Marguerite	Chercheuse post-doctorale, GRES / CEETUM, Université de Montréal, Université de Paris 7
Collin, Linda	Travailleuse sociale, Enfance-Jeunesse, CLSC Bordeaux-Cartierville.
Contandriopoulos, A-Pierre	Professeur, Université de Montréal, DASEM / GRIS
Côté, Brigitte	Médecin, CLSC Côte-des-Neiges et Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Côté, Roger	Organisateur communautaire, Santé des jeunes, CLSC Côte-des-Neiges
D'Amour, Danielle	Professeure, Université de Montréal (Administration de la santé)
Denis, Jean Louis	Ph.D, Université de Montréal, GRIS
Descoteaux, Suzanne	Directrice Santé globale, CLSC Côte-des-Neiges.
Deshaies, Doris	Médecin, Montréal Regional Public Health Department
Dion, Rejean	Médecin, Montréal Regional Public Health Department
Durand, Danielle	Intervenante communautaire, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
Dyke, Nathalie	Agente de recherche, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Fontaine, Anne Laurence	Animatrice, Centre communautaire de loisirs de la Côte-des-Neiges
Forest, Claudette	Travailleuse sociale, CLSC Côte-des-Neiges. Personne-ressource au projet Répit.
Gagnon, Eric	Université Laval, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Gastaldo, Denise	Professeure, Université de Montréal, Sciences infirmières
Gendron, Roxanne	Organisme Nourri Source
Goulet, Lise	Médecin
Guberman Nancy	Professeure à l'Université du Québec à Montréal ,Travail social
Guibert, Rémi	Professeur, Directeur de la recherche, Université de McGill, Médecine familiale
Haggerty, Jean b.	PhD.
Haralempiev, Roumiana	Intervenante, PROMIS
Herzl Fainiiy	Practice Center, S.M.-D. Jewish General Hospital, Montreal, Qc
Hohl, Janine	Professeure, Université de Montréal, Département de psychopédagogie et andragogie

Houle, Gilles	Professeur, Université de Montréal, Sociologie
Houle, Marie-France	Psychologue, Services courants, CLSC Côte-des-Neiges
Iny, Viva	Travailleuse sociale, Santé des jeunes, CLSC Côte-des-Neiges
Jaunasse, Gaël	Stagiaire en travail social, CLSC Côte-des-Neiges
Jimenez, Vania	Chef de l'unité de médecine familiale, CLSC Côte-des-Neiges, Co-responsable de l'équipe CQRS, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges, Professeure et directrice de recherche, Médecine familiale, Université McGill
Jutras, Sylvie	Professeure Université du Québec à Montréal, Psychologie, Directrice du LAREHS
Kantiébo, Mireille	Agente de recherche, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Lachaine, Andrée	Éducatrice, Centre jeunesse de Montréal
Lapointe, Monique	Chef de programme Enfance-Famille, CLSC Côte-des-Neiges
Larivière, Claude	Professeur, Université de Montréal, Ecole de service social
Lavolette, Martin	Éducateur de rue de la Table de concertation jeunesse de Bordeaux-Cartierville.
Le Goff, Frédérique	Agente de projet, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Leclerc, France	Agente de relations humaines, Enfance-Famille, CLSC Côte-des-Neiges
Leduc, Nicole	Ph.D, Professeure adjointe, Université de Montréal, Administration de la santé
Lehoux, Pascale	Ph.D., Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Lenoir-Achdjian, Annick	Etudiante au Ph.D, Anthropologie, Université de Montréal
Levine, Alissa	Agente de recherche, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Loiselle, Carmen	Inf. Ph.D, Université de Montréal, Sciences infirmières
Lorion, Jacques	Directeur général, CLSC Côte-des-Neiges
Mackwani, Zeenat	Agente de développement, Colloque international de l'action communautaire (CIAC)
Macnaughton-Osler, Katherine	Codirectrice communautaire, CESAF, Université de Montréal
Maheu, Pierre	Professeur à l'Université du Québec à Montréal, Travail social, responsable de formation
Mahood, Robert	Médecin, CLSC Côte-des-Neiges et Hôpital Général Juif, Montréal
Marleau, Jacques	Agent de recherche, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Martin, Jean-Claude	Chercheur associé, CLSC René-Cassin / IUGSQ, directeur de la gestion de la qualité et des projets spéciaux, IRSST
Martin, Jocelyne	Coordonnatrice, projet " 1,2,3, GO! "
Mayatella, Rose-Marie	Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCESSS)
McAll, Christopher	Professeur, Département de sociologie, Université de Montréal, Directeur adjoint de la recherche, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges, Directeur, Programme de recherche sur le racisme et la discrimination, CEETUM, Université de Montréal
Meintel, Deirdre	Professeure, Département d'anthropologie, Université de Montréal, Directrice du groupe de recherche en ethnicité et société (GRES), CEETUM, Université de Montréal
Michaud, Sylvie	Travailleuse sociale, Enfance-Famille, CLSC Côte-des-Neiges
Montgomery, Catherine	Chercheure post-doctorale, Université de Montréal, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges. Chargée de cours
Moreno, Gloria	Agente de recherche, Centre de recherche et formation CLSC Côte-des-Neiges
Moss, Ellen	Travailleuse sociale, Enfance-Famille, CLSC Côte-des-Neiges
Myre, Christiane	Travailleuse sociale, Maintien à domicile, CLSC Côte-des-Neiges
Ndejuru, Radegonde	Co-chercheur communautaire, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
Pagé, Michel	Ph.D, CEETUM, Université de Montréal, Consultant, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Paquet, Steve	Université Laval
Pilon, Céline	Infirmière, Hôpital Sainte-Justine, Montréal
Pineault, Raynald	MD, Ph.D
Proulx, Michelle	Agente de recherche, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges

Proulx, Marie-Thérèse	Conseillère, Direction Ressources Humaines, CLSC Côte-des-Neiges
Renaud, Jean	Professeur, Université de Montréal, Sociologie, Directeur du CEETUM, Université de Montréal
Rhéaume, Jacques	Professeur, Département des communications, UQAM, Directeur adjoint de la formation au Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Rosenberg, Ellen	Professeure, Université McGill, CLSC Côte-des-Neiges
Roy, Ghislaine	Travailleuse sociale, SARIMM, CLSC Côte-des-Neiges
Roy, Lucie	Organisatrice communautaire, CLSC Côte-des-Neiges
Roy, Martin	Agent de recherche, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Rozier, Marielle	Agente de recherche, Centre de recherche et formation, CLSC Côte-des-Neiges
Rumscheidt, Margaret	Infirmière, Santé des jeunes, CLSC Côte-des-Neiges
Saillant, Francine	Professeure, Département d'anthropologie, Université de Laval
Saint-André, Martin	Psychiatre, Hôpital Sainte-Justine, Montréal
Samaha-Kahi, Hyam	Directrice, Centre de santé familiale et communautaire, Université Saint-Joseph, Beyrouth, Liban
Sassine, Margarete	Travailleuse sociale, Santé des jeunes, CLSC Côte-des-Neiges
Saucier, Jean-François	Psychiatre et Anthropologue, Hôpital Ste-Justine, Professeur, Département de psychiatrie, Université de Montréal
Schabas, William	Professeur, Sciences juridiques UQAM, Centre International des droits de la personne et du développement démocratique
Séguin, Louise	MD, M. PH
Segura, José Adolpho	Médecin et Ethnopsychiatre, Responsable du module ethnopsychiatrie, Département de psychiatrie, CHUM, Chargé d'enseignement de clinique, Faculté de Médecine, Université de Montréal
Semenic, Sonia	Agente de recherche, CLSC Côte-des-Neiges
Seminaro, Andrea	Assistante de recherche, Centre de recherche et formation CLSC Côte-des-Neiges
Sévigny, Robert	Directeur scientifique, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges Professeur émérite, Département de sociologie, Université de Montréal
Silverstone, Marilyn	Travailleuse sociale, Enfance-Famille, CLSC Côte-des-Neiges
Smith, June	L. BN., MEd.
Sterlin, Carlo	Psychiatre, Santé globale, CLSC Côte-des-Neiges
Talib, Amina	Chef du programme A et D, Maintien à Domicile, CLSC Côte-des-Neiges
Tapia, Marcela	Agente de projet " Empowerment ", Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Thibaudeau, Bernadette	Infirmière, Enfance-Famille, CLSC Côte-des-Neiges
Thibaudeau, Marie-France	Professeure, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières
Tremblay, Julie-Anne	Assistante de recherche, Centre de recherche et formation CLSC Côte-des-Neiges
Tremblay, Louise	Agente de projet, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Vissandjée, Bilkis	Professeure, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Directrice, Centre d'excellence pour la santé des femmes (CESAF)
Xenocostas, Spyridoula	Coordonnatrice, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges
Zaka, Marguerite.	Infirmière, Enfance-Famille, CLSC Côte-des-Neiges

