

**SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
EN MILIEU PLURIETHNIQUE**

**BILAN CRITIQUE DE RECHERCHE 1997 – 2000
CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
ÉQUIPE CQRS**

MARGUERITE COGNET
Ph.D Sociologie
Chercheure en résidence

Avec la collaboration de :
MURIELLE VERGHNES
Agente de recherche

Mars 2001

CAHIERS DE RECHERCHE

SÉRIE DE PUBLICATIONS DU CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION, NUMÉRO 8

CLSC Côte-des-Neiges, Centre affilié universitaire

Affilié à l'Université McGill

ISBN 2-9806297-9-0

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Canada, 2001

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos.....	3
Introduction	5
La pluriethnicité au Québec	6
Connaissance de la clientèle : problèmes identifiés et utilisation des services de santé et services sociaux	7
Les savoirs des intervenants.....	9
Les interventions	9
Première partie : Analyse critique des travaux de recherche.....	13
Axe 1 - Connaissances acquises sur la clientèle.....	15
1. Profils et trajectoires des immigrants et de leurs descendants	15
Les trajectoires des populations immigrantes.....	15
Les revendicateurs du statut de réfugié.....	18
2. Le fait migratoire et la dynamique des familles	19
Les rôles parentaux et les valeurs familiales	20
La grossesse, l'accouchement et les pratiques de maternage.....	23
3. Perception et utilisation des services	24
Axe 2 - Les acquis sur les savoirs des intervenants et leurs pratiques	27
1. Les savoirs pratiqués et savoirs d'expérience	28
2. La trajectoire des intervenants, les modèles professionnels et organisationnels dans le travail interculturel	30
2. La perception de l'ethnicité chez les intervenants.....	33
L'ethnicité perçue comme facteur de complexification dans l'intervention.....	33
L'ethnicité de la clientèle comme facteur explicatif.....	34
L'ethnicité des intervenants	35
Axe 3 - Les interventions.....	36
1. Comprendre les processus qui sous-tendent les interventions.....	36
2. Les sources de succès ou d'échec dans les interventions	37
Écarts et convergences entre les acteurs.....	37
Le poids du contexte	38
3. Les interventions novatrices.....	39
Conclusion	41

Deuxième partie : Les recherches en fiches	43
Projet n° 1: L'établissement des revendicateurs de statut de réfugiés régularisés admis en 1994 ..	45
Projet n° 2 : Rapports sociaux ethniques et pratiques langagières dans un CLSC à clientèle multiethnique	47
Projet n° 3 : La mobilité des immigrants dans le grand Montréal.....	49
Projet n° 4 : Psychological distress in primary care. A study of doctor-patient communication as a determinant of detection patient outcomes	51
Projet n° 5 : Impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale d'enfants âgés de 6 à 12 ans de familles d'immigration récente et québécoise	59
Projet n° 6 : Évaluation des approches dans les interventions, en soutien parental et stimulation infantile auprès des communautés culturelles	63
Projet n° 7 : Services de santé et services sociaux de 1 ^{ère} ligne en milieu pluriethnique. Projet de diffusion des résultats de recherches.....	67
Projet n° 8 : Évaluation d'une approche intégrée en CLSC. Barrières et facilitateurs qui facilitent et soutiennent l'intervention par quartier	71
Projet n° 9 : L'établissement des immigrants au Québec : étude longitudinale.....	77
Projet n° 10 : La paternité dans un contexte pluriethnique	85
Projet n° 11 : Production de savoir pratique et ethnicité dans le travail des auxiliaires familiaux/familiales.....	89
Projet n° 12 : The process of clinical encounter between patients and their doctors in the context of ethnic differences.....	95
Projet n° 13 : Projet d'intervention et de répit-familles auprès d'enfants à haut risque d'inadaptation sur le territoire du CLSC Côte-des-Neiges.....	99
Projet n° 14 : La réalité des familles ethnoculturelles qui prennent soin d'un proche âgé : implication pour l'intervention	101
Projet n° 15 : Le traitement des demandes d'interventions cliniques auprès des jeunes dans les écoles : enjeux interculturels et professionnels.....	105
Projet n° 16 : Pratiques de soins et figures du lien: des aidants et des services à domicile dans un contexte nouveau	109
Projet n° 17 : L'émergence d'unités de recherche dans des milieux d'interventions socio-sanitaires - une analyse de la mise en oeuvre du développement de la recherche sociale du CQRS	113
Projet n° 18 : Les pratiques traditionnelles affectant la santé physique et mentale des femmes : l'excision et l'infibulation - situation actuelle et perspectives d'avenir	115
Projet n° 19 : Communications entre personnes à grande distance culturelle: patients haïtiens et système sanitaire canadien	119

Projet n° 20 : La sociologie implicite des intervenants en santé et services sociaux dans un contexte pluriethnique	123
Projet n° 21 : La perception des jeunes familles d'immigration récente à l'égard des services de santé de première ligne	127
Projet n° 22 : Carrefour épistémologique : la médecine moderne et les autres pratiques médicales dans une société pluriculturelle	131
Projet n° 23 : Comment former une famille ? Éducation à la diversité et à l'universalité	133
Projet n° 24 : Multiethnicité, exclusion et profils de pauvreté : le cas du quartier Côte-des-Neiges à Montréal	137
Projet n° 25 : Hyperémèse gravidique : variables biosychosociales associées	141
Projet n° 26 : Empowerment des femmes en milieu pluriethnique dans leur milieu de vie	145
Projet n° 27 : Promotion, prévention : le temps de séjour fait-il une différence pour les immigrantes sud-asiatiques ?	151
Projet n° 28 : Étude préliminaire des déterminants de l'utilisation des services de santé par les femmes nouvellement immigrées au Québec	153
Projet n° 29 : Services de prévention et de promotion de la santé dans les CLSC en matière de périnatalité - enfance-jeunesse	155
Projet n° 30 : Allaitement et marrainage en milieu multiethnique	159
Projet n° 31 : Development and evaluation of a cultural consultation service in mental Health /Développement et évaluation d'un service de consultation culturelle en santé mentale	161
Projet n° 32 : 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 ..	167
Projet n° 33 : Fonctionnement et efficacité des équipes multidisciplinaires des services sociaux .	171
Projet n° 34 : Les auxiliaires familiaux en CLSC: ethnicité, formation et insertion institutionnelle.	175
Projet n° 35 : The process of detection of mental health problems of immigrant patients by family physicians	181
Projet n° 36 : Projet de transfert des connaissances : Enfants témoins de violence conjugale.....	183
Projet n° 37 : Les mineurs non accompagnés. Profils et trajectoires de jeunes réfugiés	185
Projet n° 38 : Trajectoires de vie et pauvreté en milieu multiethnique.	189
Projet n° 39 : Étude des déterminants juridiques, psychologiques et culturels des processus décisionnels de la commission de l'immigration et du statut des réfugiés	191
Projet n° 40 : Formation et ethnicité dans les pratiques professionnelles des intervenants en services de première ligne et soins ambulatoires.....	193
Projet n° 41 : La construction et l'explicitation des savoirs d'action dans des équipes d'intervention sociale	197

Projet n° 42 : Promotion, prévention chez les femmes immigrantes sud-asiatiques : échange de connaissance et actions concertées	199
Projet n° 43 : Jeunes, Immigration et pauvreté : vers une citoyenneté inclusive	201
Projet n° 44 : Rapport sur la mesure d'urgence effectuée à Kingston par des intervenants du CLSC Côte-des-Neiges.....	203
Projet n° 45 : Les pratiques traditionnelles affectant la santé physique et mentale des femmes et le recours aux services de santé : qu'en est-il des stratégies d'intervention ?	205
Projet n° 46 : Pratiques de soins et figures du lien. Des aidants à domicile dans un contexte nouveau : diffusion des résultats	209

AVANT-PROPOS

La production et la diffusion du bilan des recherches réalisées ou en cours pour la période 1997-2000 marquent une étape importante de l'évolution de la recherche au CLSC Côte-des-Neiges. S'il est fait état exclusivement ici des recherches réalisées dans le cadre de l'équipe de chercheurs financée par le Conseil québécois de la recherche sociale, il convient de situer ce bilan dans le contexte plus large du Centre de recherche et de formation (CRF) du CLSC et de son évolution. Trois dimensions sont particulièrement cruciales dans ce développement de la recherche : l'unité et la spécificité des orientations et de la programmation de la recherche; l'ouverture pluridisciplinaire; le cadre institutionnel du partenariat.

Depuis les tout premiers développements de la recherche en 1992, sous la direction de Robert Sévigny et de Vania Jimenez, l'orientation première du Centre de recherche et de formation, créé par le CLSC, tout comme plus tard, celle du Centre affilié universitaire (1997, volet recherche) est d'étudier l'intervention de première ligne, en santé et services sociaux, en contexte pluriethnique. Deux pôles, indissociables, sont ainsi établis : la pratique de l'intervention, telle qu'elle peut être définie en CLSC, et la population pluriethnique. Avec les années, et ce bilan en témoigne, une véritable expertise a été développée touchant la spécificité de l'intervention en milieu pluriethnique, et ceci, au-delà du seul territoire immédiat du CLSC Côte-des-Neiges. En effet, des collaborations importantes touchent plusieurs autres territoires de CLSC partenaires. De même, d'autres types d'institutions (cliniques, centres hospitaliers, centres jeunesse, etc.) ou d'organismes (communautaires) sont impliqués dans ces travaux, partageant la même préoccupation centrale : celle de mieux comprendre et d'améliorer la pratique d'intervention de première ligne en contexte pluriethnique.

La nature même des pratiques étudiées nécessite une collaboration interdisciplinaire, tant du point de vue des chercheurs que des intervenants. Créer du lien par exemple, entre médecine, sciences infirmières, travail social, organisation communautaire, aide à domicile, sociologie, anthropologie, psychologie, sociolinguistique illustre la complexité de cette collaboration nécessaire. Cette « interdisciplinarité », terme générique mais souvent assez flou pour décrire le rapport entre les disciplines, a pu être précisée autour d'un modèle qui a émergé progressivement des diverses activités de recherche réalisées :

l'échange des savoirs. Nous le présentons brièvement, mais il sous-tend l'ensemble de ce document.

L'échange des savoirs, c'est d'abord réunir dans des projets de recherche, mais aussi des activités de « diffusion » des connaissances (conférences, colloques ...) et de formation (séminaires, ateliers) des chercheurs, des gestionnaires et des professionnels praticiens. C'est articuler étroitement la demande de recherche provenant du milieu de pratique et l'offre des chercheurs. C'est aussi associer à toutes les étapes, dans un va et vient constant, chercheurs et intervenants. C'est partager ensemble la préoccupation centrale des effets et des impacts sur l'intervention et de celle-ci sur la population. C'est encore, prendre régulièrement en compte le point de vue de connaissance des « usagers » des services de santé et des services sociaux ou de la population plus large des territoires pertinents.

L'échange des savoirs c'est ainsi rapprocher et créer des espaces et des temps de dialogue entre le savoir « savant » des universitaires, le savoir pratiqué des professionnels et intervenants, y compris les gestionnaires, le savoir d'expérience des « usagers » qui consultent. Ces savoirs sont différents et nécessaires pour que l'un et l'autre puissent être complets. Mais c'est aussi pouvoir confronter les perspectives disciplinaires. Dès le départ, le projet du CRF fut de rapprocher les acteurs du secteur santé et ceux des services sociaux dans la réflexion et la recherche sociale sur l'ensemble des interventions en CLSC. Il s'agit de réunir toute la variété requise d'expertises, autant chez les universitaires que chez les chercheurs praticiens.

L'échange des savoirs, c'est, finalement adopter une position résolument plurielle et pluraliste sur la question de l'ethnicité. C'est accepter par exemple, que des points de vue aussi différents que la perspective interculturelle ou la perspective de la sociologie critique puissent légitimement s'affirmer dans la même équipe et que l'importance relative accordée à la différence ethnoculturelle aboutisse dans tous les cas à une vision partagée d'une citoyenneté pluraliste effective.

La réalisation d'un tel programme de recherche s'inscrit dans un cadre institutionnel qui le rend possible. Le CRF est né d'un partenariat affirmé et d'une structure de gestion souple entre des chercheurs universitaires, des gestionnaires et praticiens de CLSC. Des contrats d'affiliation sont établis avec l'Université McGill (partenaire principal du Centre affilié

universitaire), l'Université de Montréal et l'Université du Québec à Montréal. En même temps, le CLSC loge dans ses murs et inscrit dans la structure de ses services, le CRF. Cette double appartenance se retrouve dans la structure du CRF, la direction scientifique étant celle d'un universitaire et la direction des activités de recherche dans les milieux de pratique, celle d'un cadre du CLSC. Cette co-direction donne le ton à un partenariat que l'on retrouve dans toutes les instances entourant la recherche-formation : Conseil scientifique, Assemblée des chercheurs, Équipe CQRS, Assemblée des partenaires. Ce dispositif institutionnel est en fait le résultat d'une longue période d'expérimentation et d'un leadership important redevable au directeur scientifique fondateur, Robert Sévigny, à la co-directrice Vania Jimenez et au directeur du CLSC, Jacques Lorion.

En terminant cet avant-propos, nous voudrions souligner la contribution exceptionnelle de Robert Sévigny durant la période couverte par le bilan (1997-2000), mais plus globalement dans la fondation puis le développement du CRF. C'est sous son inspiration constante qu'ont pu s'affirmer ces rapprochements si difficiles entre recherche universitaire et milieux de pratique, entre recherche, diffusion et formation, entre sciences médicales et sciences sociales. Sociologue et psychosociologue, Robert Sévigny a permis l'élaboration d'une conception ouverte des rapports sociaux, favorisant un esprit pluraliste et unifiant autour de la vision d'une société ouverte et pluriethnique. Le présent bilan des recherches témoigne de cette ouverture et de cette exigence.

Jacques Rhéaume, Directeur scientifique

Suzanne Descoteaux, Directrice des activités de recherche et de formation

INTRODUCTION

En avril 1997, les chercheurs du Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges déposaient une demande de subvention auprès du Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) sur la thématique « **Services de santé et services sociaux de première ligne en milieu pluriethnique** ».

Par le choix de ce thème, l'équipe soutenait la pertinence à considérer la pluriethnicité du territoire comme milieu spécifique de l'intervention. Elle répondait en priorité au souci d'utilité concrète pour les interventions sanitaires et sociales du CLSC Côte-des-Neiges et de ses partenaires compte tenu de la diversité des origines ethniques et culturelles de la population des quartiers qu'ils desservent et des questions qui lui sont inhérentes.

La préoccupation centrale des chercheurs était de mener des recherches utiles pour l'intervention, en reliant principalement trois champs :

- La connaissance sur les clientèles;
- Les savoirs mis en pratique par les intervenants;
- Les interventions.

Le tout s'inscrivait dans une perspective de transfert des nouvelles connaissances et d'application de ces dernières aux pratiques (retombées des recherches).

En regard des premières années d'expérience¹, l'équipe mettait l'accent sur plusieurs principes qui allaient guider ses travaux au cours des trois années à venir :

- Impliquer davantage et de façon plus efficace les principaux acteurs concernés par les recherches et les interventions, c'est-à-dire les intervenants et les clientèles;
- Tenir compte, de façon plus pointue, du défi majeur que représente la diversité des clientèles en contexte d'intervention pluriethnique, diversité en termes d'identité ethnique, nationale et culturelle mais aussi en termes d'autres variables telles que l'âge, le genre, la trajectoire migratoire, le statut économique, le statut social, etc.
- Poursuivre et renforcer l'implication, dans les processus de recherche, des intervenants et des établissements et organismes communautaires partenaires du CLSC Côte-des-Neiges (voir rapport d'activités);

¹ - - Le Centre de recherche et de formation du CLSC a été ouvert en 1992.

- Mettre l'accent sur les retombées des recherches;
- Mettre l'accent sur la formation.

La problématique générale, dont nous restituons un extrait ci-dessous, s'appuyait d'abord sur la particularité socio-démographique du territoire, ensuite sur l'identification des facteurs de risque et de protection relatifs à certaines fractions de sa population et l'état des connaissances concernant l'utilisation par ces derniers des services sociaux et santé. Enfin, ces investigations étaient mises en perspective avec les questions concrètes qui se posent lors des interventions et l'expertise des intervenants dans le domaine.

LA PLURIETHNICITÉ AU QUÉBEC

Entre 1981 et 1996, près de 450 000 immigrants ont été admis au Québec². Jusqu'en 1993, la moyenne des admissions a été d'environ 40 000 immigrants par année. Ces chiffres ont baissé à un peu moins de 28 000 en 1994 et de 26 000 en 1995.

La diversité des pays de provenance des immigrants s'est beaucoup accrue depuis le début des années 1980. Le territoire couvert par le CLSC Côte-des-Neiges est le secteur montréalais le plus cosmopolite. La proportion de personnes se déclarant d'origine ethnique autre que française ou britannique y est de 72,9% comparativement à 43% pour l'ensemble de la ville de Montréal (Piché V. et Bélanger L. 1997).

De plus, les données statistiques 1995-1996 du CLSC Côte-des-Neiges dénombrent plus de 150 pays d'origine parmi sa clientèle, dont 54% est née hors de l'Amérique du Nord: 15,5% en Asie, 13,5% en Europe, 9,4% au Maghreb et au Moyen-Orient, 5,3% en Amérique centrale et du sud, 6% dans les Caraïbes et 4,1% en Afrique.

Les trois CLSC de Montréal, associés à l'équipe, desservent aussi une importante population d'origine autre que française ou britannique : 45% pour le CLSC Bordeaux-Cartierville; 42% pour le CLSC Ville-Saint-Laurent; 38,3% de personnes nées à l'extérieur du Canada pour le CLSC Saint-Louis-du-Parc. De plus, les CLSC Saint-Laurent, Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville se classent respectivement premier, deuxième et troisième parmi les CLSC de Montréal pour le plus grand nombre d'immigrants récents³. Or, les nouvelles familles immigrantes font aussi partie des 19,2% de la population

² - Gouvernement du Québec, Bureau de la Statistique du Québec (1996). *Statistiques démographiques. La situation démographique du Québec*, Édition 1996.

³ - Données du recensement 1991, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

québécoise vivant sous le seuil de la pauvreté (Robichaud, 1994). Ces nouvelles familles immigrantes pauvres semblent se concentrer dans certains quartiers, dont le quartier de la Savane, desservi par le CLSC Côte-des-Neiges et classé comme le plus pauvre à Montréal⁴.

Les praticiens des services sociaux et de santé sont donc appelés à intervenir dans un contexte où se conjuguent grande pauvreté et grande diversité de la clientèle immigrante et réfugiée.

CONNAISSANCE DE LA CLIENTÈLE : PROBLÈMES IDENTIFIÉS ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

La littérature identifie des facteurs de risque spécifiques à l'ethnicité et/ou à l'immigration tels le logement inadéquat, les conflits d'accommodation à des normes sociales/culturelles et à des routines nouvelles (Beiser M. et al. 1988; Berry J.W. 1988). L'acculturation des parents et des enfants à des rythmes différents est source de tensions et de conflits entre eux (Westermeyer H. 1989).

L'absence d'un réseau naturel d'entraide est un autre facteur de vulnérabilité. D'autres peuvent être cités tels que la catégorie d'âge (enfants, petite enfance, adolescents, personnes âgées) (Wornham W.L. 1988), la baisse de statut social entre le pays d'origine et le pays d'arrivée, le statut légal, le fait d'être une femme et la pauvreté, associés par exemple à un environnement insalubre ou non sécuritaire (McAll C. 1992, 1995; Sue D.W. et Sue D. 1990). Les préjugés raciaux, l'accessibilité réduite des services, les attitudes négatives à leur égard dans la communauté et à l'école constituent aussi des facteurs de risque (Westermeyer H. 1989).

Les principaux facteurs de protection sont liés aux situations suivantes lorsque : parents et enfants embrassent la nouvelle culture sans nier la leur (Westermeyer H. 1989); la présence de support de la famille et de la communauté culturelle d'origine (Berry J.W. 1988); la tolérance du milieu d'accueil (dans la communauté et à l'école); la connaissance de la langue et l'emploi (Jacob A. et al. 1997). Enfin, d'autres facteurs sont reconnus comme "médiateurs" entre les facteurs de stress et les facteurs de protection, tels le foyer de contrôle (locus of control) et la robustesse de la personnalité (hardiness) (Côté C. et H.

⁴ - Ministère de la Santé et des services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Gouvernement du Québec, Québec.

Boulet, 1996) et, pour les réfugiés, la nature des projets de vie et le degré d'espoir en "des jours meilleurs" (Jacob A. et al. 1997).

Sur le plan de la santé, les chercheurs ont observé une vaste gamme de manifestations psychosomatiques liées à de multiples stressseurs pré-migratoires et migratoires (les principaux étant les événements traumatisants (Bibeau G. et al. 1992; Rousseau C. 1991; Wood M. 1988) ainsi que post-migratoires (difficultés linguistiques et d'insertion sur le marché du travail, isolement social et manifestations d'exclusion et de racisme (Wood M. 1988; Naidoo J.C. 1992).

Sur le plan social, les principaux problèmes, auxquels les immigrants et les réfugiés sont confrontés, sont la précarité de leur situation économique, les difficultés linguistiques, l'isolement, les préoccupations par rapport aux enfants (Bertot et Jacob, 1991; Heneman et al., 1994; Jacob et al., 1997), les rapports hommes-femmes, les conflits conjugaux (Juteau, 1991; Duval, 1991), de même que les conflits intergénérationnels (Chrispin-Brutus, 1994; Meintel et Le Gall, 1995). Une étude menée par une de nos équipes de recherche montre l'incidence des conflits conjugaux parmi les familles d'immigration récente (N. Dyke et J.F. Saucier, 1999) tandis qu'une autre montre les effets importants de la violence conjugale sur la santé mentale d'enfants âgés de 6 à 11 ans (V. Jimenez et al., 1999).

Certains travaux soulignent l'utilisation différentielle des services médicaux selon l'appartenance culturelle, sans toutefois l'expliquer finement (Meikle et al., 1995). D'autres écrits (Bertot J. et A. Jacob, 1991; Heneman B. et al. 1994; Jacob A. et al. 1997) rapportent que les services en santé mentale sont peu utilisés par les immigrants, malgré les problèmes qu'ils expriment, soit à cause de leur conception de la santé mentale, soit parce qu'ils perçoivent ces problèmes comme relevant de la sphère privée ou estiment qu'ils ne peuvent être réglés par une intervention extérieure.

Quant aux services sociaux, ils semblent être surtout utilisés pour des questions instrumentales (insertion à l'emploi, cours de langue, etc.) ou dans un contexte non volontaire (référence à la DPJ par exemple). Les immigrants y recourent moins en cas de problèmes d'ordre conjugal, familial, d'adaptation socioculturelle, etc., pour des raisons identiques à celles évoquées plus haut. En cas de besoin, ils préfèrent se tourner vers leur réseau naturel de soutien. Ces constats portent à penser que nombre de problèmes

sociaux et de santé vécus par les personnes et familles immigrées demeurent non résolus et risquent de s'aggraver avec le temps.

LES SAVOIRS DES INTERVENANTS

Les intervenants détiennent des savoirs multiples : des savoirs cliniques formels mais aussi des savoirs implicites, fruits de leur expérience auprès de la clientèle (Bilodeau G. 1993; Rhéaume J. et R. Sévigny, 1988) et de leur propre histoire (Sévigny R. 1993b). Toutefois, ces savoirs ne sont pas toujours reconnus, ni par eux, ni dans leurs milieux de travail (Arpin J. 1992).

Ainsi, les intervenants du CLSC Côte-des-Neiges, entre autres, malgré leur expérience, remettent fréquemment en question leur savoir-faire (Leblanc N. 1996). Cette remise en question peut s'avérer utile si elle mène l'intervenant à mieux définir le sens de ses interventions et à prendre conscience des savoirs, des normes et des valeurs qui sous-tendent et encadrent ses pratiques (Rhéaume J. et R. Sévigny, 1988; Sévigny R. 1993a, 1993b).

LES INTERVENTIONS

L'adéquation des services recouvre à la fois leur accessibilité (disponibilité, accessibilité linguistique, géographique et financière, compatibilité culturelle, acceptabilité), leur qualité (technique et relationnelle) et leur pertinence par rapport aux cadres de référence des clientèles. Ces cadres de référence se construisent à travers l'identité ethnique mais aussi à travers d'autres variables telles que la trajectoire migratoire, les solidarités de classe, les rapports de sexe, les rapports intergénérationnels et les processus dynamiques, omniprésents, d'inclusion et d'exclusion (Boucher N. 1991; McAll C. 1992, 1995).

Plusieurs auteurs insistent à cet égard sur la grande hétérogénéité interne des groupes dits « ethnoculturels » (Massé R. 1995). D'autres soulignent l'importance de respecter les valeurs des populations visées (Blanchet L. et al. 1993; Short K.H. et C. Johnson, 1994) pour mettre fin aux situations d'incompréhension, fondées sur l'hégémonie culturelle des intervenants occidentaux⁵, qui remettent en question l'accessibilité et la compatibilité culturelle des services et des interventions (Sue D.W. et D. Sue, 1990).

⁵ - *Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees* (1988). Review of the Literature on Migrant Mental Health, Ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada, Ottawa.

Cette recension des écrits de 1997 concluait sur « *la nécessité d'élargir les connaissances sur les savoirs auxquels se réfèrent les clientèles et les intervenants et sur les relations intervenants-clients, dans une perspective de soutien à la complexe adaptation des interventions en contexte pluriethnique* ». Elle a conduit les chercheurs de l'équipe à une programmation formalisée sous trois axes principaux (Cf. tableau 1, ci-contre) avec l'objectif global d'élargir les connaissances nécessaires à une plus grande adéquation de l'intervention, en apportant des éléments de réponse à un ensemble de questions peu explorées dans d'autres études.

D'une part, il s'agissait :

- de mieux connaître les clientèles issues de l'immigration;
- d'explorer leurs savoirs et compétences et les façons dont elles les utilisent;
- d'analyser les particularités des situations qu'elles vivent, leurs mécanismes d'adaptation et de résolution de problèmes;
- d'appréhender leurs points de vue sur la nature et le type de services qui leur seraient utiles.

D'autre part, il apparaissait clairement que si l'analyse des interventions impliquait de mieux connaître la clientèle, elle avait aussi pour corollaire de mieux comprendre le point de vue des intervenants, la nature de leurs savoirs et comment ils les appliquent.

Enfin, l'opportunité de saisir les activités de recherche et de formation comme le vivier même où se construit et se transfère la connaissance, avait déterminé à encadrer la programmation par un projet de synthèse sous-tendu par deux principes. Le premier réside dans l'adoption d'une posture épistémologique pour interroger les différents projets de recherche et favoriser l'intégration des connaissances produites dans des méta-analyses. Le deuxième consiste à l'affirmation d'une attention particulière sur les processus d'appropriation collective des connaissances et les effets concrets des recherches sur l'intervention.

Parmi l'ensemble des recherches qui ont été dirigées, ces trois dernières années, par les membres de notre équipe de recherche, quarante-six d'entre elles étaient terminées ou suffisamment avancées pour que leurs résultats nous permettent d'étayer ce bilan. Plus qu'une succession de résultats, celui-ci est en fait une analyse critique des connaissances produites en regard des axes de la programmation 1997-2000. Certes, il arrive que le

contenu des études dépasse ce cadre. C'est pourquoi, dans l'intérêt de l'avancée des connaissances, nous avons pris pour option de présenter ce document en deux parties.

TABLEAU 1 : PROGRAMME DE RECHERCHE 1997-2000

		OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	Projets terminés ou en cours ⁶
CHAMPS D'INVESTIGATION	Connaissance de la clientèle	<p>identifier et analyser les facteurs de risque et de protection de la clientèle</p> <p>analyser les sources et caractéristiques des problèmes identifiés, la façon dont la clientèle les définit, les besoins et attentes de cette dernière et son approche quant aux modes de résolution qu'elle privilégie</p> <p>identifier et analyser les compétences et savoirs des clientèles</p>	1, 3, 5, 6, 9, 10, 12, 14, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 35, 37, 38, 39, 42, 43, 99
	Savoirs des intervenants	<p>analyser les savoirs explicites et implicites des intervenants, leurs applications et leurs effets sur les interventions</p> <p>analyser les formes d'acquisition de ces savoirs et proposer des activités de formation pour les intervenants</p>	2, 4, 6, 7, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 24, 26, 34, 35, 38, 40, 41, 44
	Interventions	<p>comprendre les processus de certaines interventions importantes, qu'il s'agisse d'interventions déjà en place ou d'interventions qui débutent</p> <p>en évaluer les effets sur la clientèle et en identifier les sources de succès ou d'échec</p> <p>proposer des modes d'intervention découlant de nos propres recherches et en évaluer l'implantation</p>	5, 6, 8, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 44
PROJET	Recherche/ Transfert des connaissances/ Formation		SYNTHÈSE
	Produire des synthèses des échanges de l'équipe sur ces questions, qui serviront à renforcer l'intégration entre les recherches et à améliorer les processus de transfert des connaissances et de formation		

La première partie rend compte de l'analyse critique à proprement parlé. Chaque recherche prend place au sein de la charpente des trois axes principaux de la

⁶ - Les numéros renvoient à la liste de références des projets en annexe. On les retrouvera aussi sous cette forme numérique dans le corps du texte du bilan. Chacun pourra ainsi repérer rapidement la correspondance entre cette liste, l'analyse et le tableau. Par leurs objets, certains travaux peuvent s'inscrire dans plusieurs

programmation de 1997 : connaissance de la clientèle; savoirs des intervenants; interventions.

Les résultats sont articulés les uns aux autres sous un ou plusieurs volets. On voit ainsi émerger une assez grande cohérence dans l'ensemble du corpus. Cela permet aussi de mettre en lumière les points de convergence ou de divergence au-delà des approches théoriques et méthodologiques des différentes disciplines. Ce point en lui-même constitue un apport majeur à notre réflexion sur l'interdisciplinarité et l'intersectorialité.

La deuxième partie, compile chacune des recherches indépendamment les unes des autres sous forme de fiches. Dans ces fiches, outre les renseignements généraux (titre recherche, liste des membres de l'équipe de recherche, état de la recherche, liste des productions), on peut suivre l'évolution du projet : objectif initial, hypothèses de départ, cadre conceptuel, méthodologie, avancée de la recherche, résultats principaux.

Le lecteur pourra ainsi, à sa guise, choisir d'entrer dans ce document par l'une ou l'autre de ses parties. La numérotation des projets devrait aussi lui permettre de basculer aisément de l'une à l'autre au fur et à mesure de sa lecture.

axes. Les connaissances produites par leurs résultats sont alors intégrées dans chacun des axes auxquels ils se réfèrent.

PREMIÈRE PARTIE
ANALYSE CRITIQUE DES TRAVAUX DE RECHERCHE

PRINCIPAUX RÉSULTATS DES TRAVAUX DE RECHERCHE EN REGARD DES AXES DE LA PROGRAMMATION 1997-2000

AXE 1 - CONNAISSANCES ACQUISES SUR LA CLIENTÈLE

L'adéquation et la qualité des interventions de première ligne, dans des milieux où se combinent la pauvreté et la forte concentration pluriethnique, requièrent une bonne connaissance des populations desservies par les services. Le nombre d'études, quelles que soient les approches conceptuelles (culturalistes, constructivistes, instrumentalistes, etc.), souligne les aspects particuliers et souvent difficiles de la relation entre les populations immigrantes et/ou ethnicisées et les services sociaux-santé.

Les travaux conduits sous l'égide de l'équipe, comme ceux auxquels elle s'associe et collabore, se sont attachés depuis 1997 à poursuivre les analyses sur ces aspects. Ils ont aussi cherché à élargir le champ d'investigation pour, à la fois, rendre compte de la complexité du fait migratoire et intégrer celui-ci dans ses multiples dimensions. Cette posture a ouvert de nouvelles pistes accordant aux clientèles de véritables rôles d'acteurs. Les résultats donnent un éclairage nouveau aux interventions. La perception des intervenants sur leurs clients se modifie. Ces derniers peuvent intégrer un rôle actif où leurs expériences et leurs savoirs peuvent être mis en synergie avec ceux de leurs interlocuteurs.

1. Profils et trajectoires des immigrants et de leurs descendants [Projets 1, 3, 9, 23, 24, 37, 38, 39, 43, 99]

Constituant des données de base, les travaux portant sur l'analyse des profils et des trajectoires des populations sont des sources d'informations majeures. Les perspectives macro proposent des cartographies alors que des approches plus qualitatives peuvent venir explorer en profondeur pour analyser les logiques d'acteurs, les perceptions et les processus qui sous-tendent les actions. Les études (terminées et en cours) portent une attention particulière aux mouvements des populations migrantes et au sein de celles-ci, plus spécifiquement aux revendicateurs du statut de réfugié.

Les trajectoires des populations immigrantes

Cet ensemble de recherches permet de suivre les processus d'insertion des immigrants et d'examiner les difficultés inhérentes à leurs trajectoires auxquelles ils sont inévitablement confrontés. Les travaux conduits par Renaud J. (3, 9), sur l'établissement et la mobilité

des immigrants, permettent de suivre les trajectoires des immigrants sur de longues périodes et de larges échantillons.

L'étude (9) d'une cohorte de 1000 immigrants commencée en 1989 (sur 10 ans) : première vague de 1000 entrevues réalisée en 1990 après un séjour moyen de 43 semaines; deuxième vague en 1991 auprès de 729 des 1000 répondants de la première; troisième vague en 1992 auprès de 508 personnes; quatrième vague vient de prendre fin et l'analyse est en cours cerne les profils en matière de logement, scolarisation et emploi.

Une nouvelle recherche (3) effectuée en 1997-1999 s'attache plus particulièrement à circonscrire la mobilité résidentielle des nouveaux immigrants sur une période de quinze années (1980-1995). Dans l'ensemble, les résultats déconcertent les *a priori* tout en introduisant des niveaux d'analyse suffisamment fins qui permettent de mieux saisir où se trouvent les obstacles potentiels dans ces parcours d'insertion.

Les variables, déterminantes de l'insertion dans la société québécoise, sont l'âge, le sexe, l'origine nationale, l'existence ou non d'un conjoint et l'expérience de travail prémigratoire. L'établissement résidentiel montre que les concentrations fortes sur certains territoires, observées les premières années, diminuent au fil du temps. Cependant les analyses de dispersion des six pays fournissant les plus gros effectifs (Haïti, Liban, France, Vietnam, Chine, Hong Kong) montrent des nuances et pour certains, des noyaux stables de concentration élevée pourraient interroger les risques de ghettoisation.

Globalement, l'établissement professionnel des immigrants semble aller bien. Au terme de la première année 65% des hommes et 50% des femmes ont un emploi, cependant l'analyse par tranche d'âge et niveau de scolarisation montre que ce taux s'affaiblit pour les immigrants de plus de 40 ans peu scolarisés. Par ailleurs pour l'ensemble, le maintien en emploi se caractérise par une mobilité importante. Mais dans ce paysage, la variable origine nationale apparaît fortement discriminatoire. Les immigrants de l'Afrique subsaharienne ont de plus grandes difficultés à accéder au travail et ce, en dépit d'un niveau élevé de scolarité. Les immigrants hors Amérique du Nord et Europe de l'Ouest subissent une discrimination en regard des revenus horaires.

Si la connaissance des langues française et anglaise et leur apprentissage n'ont pas d'impact sur la vitesse d'accès au premier emploi, ils structurent, néanmoins, l'insertion dans des réseaux sociaux linguistiquement divisés au Québec. Enfin, les résultats

insistent sur le poids déterminant du rôle des réseaux d'accueil et d'insertion dans l'établissement. La discrimination pourrait être moins l'effet du racisme que le résultat d'une installation moins "encadrée" par des réseaux d'accueil et de soutien dans la communauté.

Des approches qualitatives peuvent nuancer et/ou préciser ces analyses macrosociologiques. Ainsi, le travail exploratoire auprès de 22 familles d'immigration récente (23) de Saucier J.F., Bourgeault G. et Jimenez V., qui associe de nombreux partenaires (GIRAFE, CREAS, Santé publique, Centraide, Projet 1,2,3 GO, Association des parents de Côte-des-Neiges, PROMIS), montre que l'insertion en emploi peut se faire au prix d'une déclassification de l'expérience professionnelle et des diplômes. De même, les questions linguistiques peuvent intervenir différemment selon les espaces sociaux et le type d'interactions. C'est le cas du suivi scolaire des enfants, où pour des parents maîtrisant peu ou pas le français, elles peuvent devenir une source de tensions.

Les recherches de McAll C. et Montgomery C. (24, 38), en partenariat avec différents intervenants des programmes Enfance/Famille et Jeunesse du CLSC Côte-des-Neiges et le CEETUM (Centre d'études ethniques de l'Université de Montréal), sur des populations où se conjuguent pauvreté et exclusion ethnique montrent que ceux-ci cumulent des statuts de marginalité qui rendent précaires leurs situations de vie. Leur première étude dresse des "profils de pauvreté" à partir d'expériences restituées par des intervenants. Cette population vit une pauvreté qui s'exprime à plusieurs niveaux : matériel (manque à gagner, logements insalubres; manque de ressources pour se vêtir et se nourrir); émotionnel (anxiété, dévalorisation de soi); relationnel (difficulté à entrer en contact avec d'autres et à s'insérer dans des réseaux de support). Dans l'expérience des intervenants, les femmes immigrantes, surtout celles qui ont la charge de jeunes enfants, sont sur-représentées dans les situations de pauvreté. Les requérants et les illégaux constituent également une clientèle très vulnérable. Les étudiants étrangers, clientèle importante au voisinage de l'université de Montréal, figurent aussi parmi les plus pauvres, situation qui occasionne des retards dans les études, de l'endettement et le risque de non-réalisation des objectifs.

Néanmoins, leurs analyses montrent que ces individus ne constituent pas un ensemble homogène et face aux situations de pauvreté, certains sont plus à même de survivre. La "débrouillardise" caractérise nombre d'entre eux. Cette capacité montre combien les

individus, quel que soit le niveau de difficulté dans lequel ils se trouvent, sont et restent des acteurs. Les stratégies de survie leur permettent d'exercer un certain contrôle sur la situation de pauvreté. Dans la deuxième étude qui a démarré l'automne dernier, la pauvreté est vue comme un rapport : le produit d'un jeu constant de rapports d'exclusion et d'inclusion dans le quotidien. La méthode principale utilisée est celle de la reconstruction de trajectoires. Elle permettra de comprendre l'expérience des personnes à travers l'analyse des événements clés qui ont marqué leur parcours (immigration, déménagements, embauches, etc.). L'étude pilote de Montgomery C. (43), qui associe les organisateurs communautaires des CLSC Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville, explore les trajectoires des plus jeunes eu égard aux projets communautaires (les statistiques attestent d'une plus grande vulnérabilité de cette catégorie de population face à la pauvreté en même temps que les ressources allouées ne sont pas forcément affectées dans leur direction). Les résultats préliminaires montrent cependant que ces jeunes possèdent des forces et des ressources personnelles susceptibles de les aider à surmonter une situation de pauvreté.

Les revendicateurs du statut de réfugié

L'analyse statistique des trois premières années au Québec des requérants au statut de réfugiés, effectuée par Renaud J. (1), est consécutive à l'enquête qualitative initiée par McAll C. auprès d'un petit groupe de demandeurs d'asile régularisés. Les résultats de cette enquête exploratoire avaient souligné les effets négatifs de la marginalisation et d'une précarité prolongée sur l'établissement des revendicateurs.

Les résultats des travaux de Renaud J., sur une plus grande échelle (n=407), confirment ces risques. Ils montrent clairement comment le statut de revendicateur, qui peut se prolonger, (il faut attendre 22 mois pour que 50% des demandeurs soient admis comme résidents) est un frein à l'insertion de ces immigrants dans la société québécoise (taux d'inactivité élevé, déqualification, 90% sont sur l'aide sociale au 3^{ème} mois après le dépôt de leur revendication). Les conditions du processus de régularisation sont telles qu'on se retrouve devant le paradoxe où des personnes, admises ici pour des motifs humanitaires, vivent une situation qui a quelque chose d'inhumain. L'analyse interroge sérieusement les effets de cette situation sur "la capacité de s'en sortir", les capacités à préserver les potentiels (états de santé, expériences, qualifications) que ces individus avaient à leur entrée au Canada.

Par ailleurs, les conditions et la qualité de l'insertion de ces populations dépendent des réseaux qu'ils tissent avec les personnes et les organisations dans la société d'accueil. Ainsi, la prise de contact avec un organisme communautaire (ONG) augmente la probabilité de trouver un emploi et ce, même si la raison de ce contact n'est pas liée à cette question. En fait, il semble que c'est surtout le contact avec un intervenant, par le support moral et les informations qu'il procure à l'individu en souffrance, qui paraît avoir un rôle significatif dans l'estime de la personne et sa capacité à mobiliser ses ressources.

Les travaux de Montgomery C. sur les réfugiés mineurs et non accompagnés (37), en collaboration avec le Service d'aide aux réfugiés et aux immigrants de Montréal Métropolitain (SARIMM) ainsi que les projets en collaboration avec d'autres équipes (39, 100) du CLSC Côte-des-Neiges, sont des prolongements qui aideront à mieux cerner les difficultés que rencontrent ces populations, les conséquences à court, moyen et long termes sur leur insertion sociale, leur santé physique et psychologique.

L'ensemble des travaux sur ces groupes de population est de première importance pour les intervenants des services d'aides aux réfugiés et plus largement pour tous ceux qui, œuvrant dans le domaine social et de la santé en milieu pluriethnique, sont amenés à les suivre. Réalisés pour la plupart en partenariat avec le SARIMM (Service d'aide aux réfugiés et aux immigrants de Montréal) (1, 37, 39), les programmes Jeunesse et Enfance/Famille du CLSC Côte-des-Neiges (24, 38) et Bordeaux-Cartierville (43), ces travaux ont donné et/ou donnent lieu à des ateliers débats et conférences-midi avec les intervenants. En outre, la portée des analyses fournit un socle de connaissances sur lequel viennent s'appuyer beaucoup d'autres travaux. Ils ont donné lieu à divers rapports, articles et conférences⁷. Les résultats, concernant tant les trajectoires des revendicateurs réfugiés et régularisés que ceux concernant les processus d'insertion des immigrants en général, soutiennent de nouvelles pistes de recherche notamment en ce qui concerne la place de la communauté et les enjeux autour de la citoyenneté.

2. Le fait migratoire et la dynamique des familles [Projets 5, 10, 14, 18, 23, 25, 30, 36]

L'ensemble de ces travaux privilégie l'approche des familles immigrantes et en particulier, d'immigration récente. Ils explorent à partir de différents thèmes les effets de l'expérience

⁷ - La liste des projets jointe à ce document comprend pour chacun les références des principales activités de diffusion et formation.

migratoire sur les familles et leurs différents membres. L'apport majeur de ces études, principalement qualitatives, réside dans le fait qu'en interrogeant les membres des familles concernées, elles recueillent des données extrêmement riches sur les savoirs et expériences de ces derniers fournissant ainsi une sorte de contrepoint à ceux des intervenants.

Les rôles parentaux et les valeurs familiales

L'étude sur les familles (10) de Saucier J.F., Jimenez V., Sévigny R. et Dyke N. en collaboration avec le CLSC et la Maison de naissance de Côte-des-Neiges, aborde un angle original dans la mesure où elle s'intéresse spécifiquement à l'évolution du rôle paternel dans les familles immigrantes. Les conclusions amènent à penser que les groupes d'immigrants étudiés (Vietnamien, Haïtien) vivent une transformation de leur perception du rôle paternel même si les Vietnamiens maintiennent une représentation idéale intériorisée du père, largement basée sur les notions d'autorité, de sévérité et de pouvoir.

Parallèlement, le modèle du père québécois (dont les auteurs soulignent à la fois la grande diversité et la mutation en cours) n'apparaît ni valable, ni clair comme cadre de référence, notamment en ce qui a trait à son absence (supposée) d'autorité sur l'enfant. La fragilisation de leur modèle initial, associée à une vision floue du modèle québécois, induit une grande instabilité intérieure des pères immigrants. Par ailleurs, la division des rôles au sein des couples est elle-même soumise à certains changements avec une plus grande implication des pères pour pallier la disparition des réseaux d'entraide familiaux alors qu'en même temps, leurs conjointes attendent qu'ils assument leur rôle de garant de l'autorité et de la sécurité.

Le travail sur les familles d'immigration récente (23) de Saucier J.F., Bourgeault G. et Jimenez V. qui associe de nombreux partenaires (GIRAFE, CREAS, Santé publique, Centraide, Projet 1,2,3 GO, Association des parents de Côte-des-Neiges, PROMIS), interroge la double problématique rencontrée par les parents de ces familles : s'acclimater à une nouvelle société et faire face aux besoins de leurs enfants en transition scolaire. L'analyse permet de distinguer quatre "secteurs névralgiques" de l'adaptation des migrants en matière d'éducation de leurs enfants : la coupure migratoire; les attentes éducationnelles; les règles et procédures de vie; le rapport au système scolaire. Les résultats montrent que les immigrants non-occidentaux vivent un conflit entre les valeurs

collectivistes qu'ils tiennent de leurs pays d'origine et les valeurs relativement individualistes véhiculées au Canada. La coupure migratoire prend alors la forme d'une expérience où le migrant se voit démuné au contact de la société d'accueil. L'isolement, la non reconnaissance des compétences ainsi que la mauvaise maîtrise de la langue française concourent à créer ce sentiment. Ils attendent que l'éducation fournisse à leurs enfants les moyens d'un avenir plus aisé qu'il n'en a été pour eux-mêmes. En même temps, ils considèrent que les méthodes d'enseignement trop «académiques», ne sont pas assez axées sur le «savoir-vivre» typique du pays d'origine. Fragilisés par le choc entre leurs valeurs et celles de la société hôte, les parents entretiennent un rapport d'autant plus complexe avec l'école : que les questions linguistiques ne leur permettent pas toujours de comprendre et d'être compris. Du coup, les parents vont se substituer au professeur pour l'éducation religieuse et le «savoir-vivre». Les règles et procédures de vie prennent la forme de contraintes et d'encouragements qui visent à limiter l'influence de «l'individualisme» des Canadiens.

Un autre travail original de Guberman N. et Maheu P., en collaboration avec Rhéaume J. et différents intervenants des CLSC Côte-des-Neiges, St-Léonard, Montréal-Nord et Rivières des Prairies, explore la réalité des familles ethnoculturelles qui prennent soin d'un proche âgé (14). L'intérêt de cette recherche, effectuée auprès d'une quarantaine de famille d'origine haïtienne et italienne, est de livrer une mise à jour complexe et nuancée de la situation vécue dans ces familles. Les résultats montrent que loin de se réduire à des questions de spécificités culturelles, les situations et les problèmes vécus par les familles (même si certaines caractéristiques se dégagent clairement en fonction de l'origine) ne peuvent se comprendre que s'ils sont recontextualisés dans la réalité socio-économique des familles concernées et la problématique globale de prise en charge d'un proche dépendant. En conséquence, il convient de ne pas surévaluer les variables d'ordre culturel au détriment des facteurs d'ordre structurel dans l'évaluation des besoins en soutien.

Tout un autre ensemble de recherches explore les effets de l'expérience migratoire dans les familles sur la santé des enfants. Les travaux sur l'impact de la violence conjugale sur la santé mentale des enfants (5, 36) dirigés par Jimenez V. et Saucier J.F. en partenariat avec des intervenants des CLSC Côte-des-Neiges, Bordeaux-Cartierville, St-Louis du Parc, la Maison Transit 24, l'Auberge Shalom et l'association Accueil et Enfants de l'Espoir, comparent des familles québécoises à des familles d'immigration récente. La

concordance entre la perception des enfants et des mères, en ce qui a trait au nombre de symptômes pour certains problèmes de santé mentale, a fait l'objet d'une analyse approfondie. Les résultats de l'étude ont d'abord confirmé que les enfants témoins de violence conjugale sont plus vulnérables sur le plan mental. Ensuite, ils soulignent l'importance de considérer le contexte historique et socio-économique dans lequel s'insèrent les familles. Enfin, ils démontrent l'absence de corrélation entre la perspective de la mère et celle de l'enfant qui conduisent à penser que l'évaluation de la santé mentale des enfants doit se faire à partir de la perspective des enfants et non pas de celle de leur mère.

L'étude de Vissandjée B., Meintel D. et Renaud J. (18) en partenariat avec le Regroupement des centres de santé des femmes du Québec et le programme Enfance/Famille du CLSC Côte-des-Neiges, aborde la délicate question des pratiques traditionnelles d'excision et d'infibulation dans des familles originaires de l'Afrique Sub-saharienne, du Moyen-Orient et de l'Asie. Les résultats donnent à voir de l'influence potentielle de la société d'origine dans la mesure où, outre la présence de la communauté en pays d'immigration, la possibilité des retours au pays, à court ou à long terme, favorise le maintien des liens transnationaux. Ils identifient différents problèmes communicationnels tels que perçus par les répondants qui sont de nature à affecter leur recours aux services ainsi que la qualité des prestations qu'ils reçoivent. Cette recherche débouche de façon pertinente sur l'intérêt qu'il y a à poser en écho le regard sur les interventions, les formations, les pratiques et les perceptions des intervenants (Cf. projet soumis n°45).

Le travail de maîtrise de Xenocostas S. sous la direction de Meintel D. aborde un autre aspect de l'effet migratoire sur la dynamique familiale. L'étude s'est attachée à suivre les différentes significations de la "crise de nerf" (*nevra*) chez les femmes grecques à Montréal (n=15). Les résultats donnent à voir de la portée symbolique du recours à ce symptôme. Si le *nevra* peut être analysé comme un "idiome de détresse" utilisé par les femmes les plus faibles en situation d'impuissance structurelle, sans autre alternative disponible pour exprimer leur dissidence, il peut aussi se lire comme une forme de résistance. Les performances culturelles du *nevra* sont utilisées par ces femmes grecques pour exprimer leur insatisfaction, leurs interrogations et modifier leur rôle d'épouses, de mères et de gardiennes du foyer. En l'absence d'une mise en contexte dans cette

perspective anthropologique, les femmes grecques, qui viennent consulter, risquent fort de voir l'expérience du *nevra* traduite en termes techniques et médicaux, dissociée de la profondeur de significations sociales.

La grossesse, l'accouchement et les pratiques de maternage

Les études dans ce champ intègrent la dimension culturelle comme l'une des variables fortes dans la structuration des pratiques autour de la maternité. Dans une perspective épidémiologique, elles comparent le vécu et les pratiques de différents groupes de femmes issues ou non de l'immigration. En écho, elles cherchent à évaluer les effets de l'expérience migratoire en termes de confrontation à de nouveaux modèles culturels voire d'acculturation, sur les pratiques des femmes immigrantes.

L'étude des variables bio-psycho-sociales de l'hyperémèse gravidique (25) de Jimenez V., Saucier J.F. et Saint-André M. en association avec le CLSC Côte-des-Neiges, l'hôpital Sainte-Justine et l'hôpital Général Juif, constitue une approche multidimensionnelle sur un problème de santé peu étudié. La comparaison des femmes nées au Canada à des femmes nées à l'extérieur du Canada, souffrant de ce symptôme, a dégagé quelques différences significatives entre les deux groupes. D'abord les résultats confirment la prédominance des immigrantes dans les cas diagnostiqués. Ensuite, celles-ci ont mentionné un certain inconfort relatif aux modifications de leurs pratiques alimentaires consécutives à l'immigration (changement de type d'aliments, des horaires, baisse de quantité). Enfin l'analyse des données a mis en évidence le poids du soutien social. Les immigrantes dans leur majorité perçoivent un manque de soutien social et attribuent ce manque d'une part, à l'éloignement du pays d'origine en lien avec la perte de leur réseau familial et d'autre part, au fait que leur communauté ne leur procure pas d'appui.

La recherche de Côté B., Loiseleur C. et Gastaldo D. sur les pratiques d'allaitement et marrainage en milieu multiethnique (30) montre que parmi 419 mères, 28% des mères ont cessé d'allaiter leur enfant à 3 mois alors que 73% d'entre-elles avaient l'intention d'allaiter au-delà de cette période. Les répondantes mentionnent, le manque d'experts disponibles (consultantes en allaitement) pour répondre aux besoins des mères. 50% considèrent que le soutien postnatal intervient trop tard et qu'il y a un manque de sensibilisation à l'allaitement en prénatal.

Les connaissances produites par ces divers projets sont l'objet de transfert par plusieurs types de canaux. Ils associent de plein pied les intervenants des équipes concernées par les clientèles en question (notamment des programmes Enfance/Famille, Jeunesse, Services Courants des CLSC Côte-des-Neiges, Bordeaux-Cartierville, Saint-Louis du Parc; la Maison de naissance de Côte-des-Neiges; l'hôpital Général Juif et l'hôpital Sainte-Justine; les organismes communautaires Maison Transit 24, Auberge Shalom; Accueil et Enfants de l'Espoir, Nourrisource, Regroupement des centres de santé des femmes du Québec). Des groupes de travail, rencontres-débats au sein des équipes et ateliers lors du Colloque du CRF en juin 1999, ont permis un dialogue fructueux entre chercheurs et intervenants. Outre les diverses publications de rapports et d'articles, différents résultats ont été présentés lors des conférences organisées dans les CLSC ainsi que des journées d'études et colloques dans les milieux universitaires. Certains ont donné lieu à la production de synthèses, de guides pour l'intervention ou de programmes de formation (14, 5, 30). Ils ont généré des extensions en termes de nouveaux projets et ouvert sur de nouvelles collaborations (18/45, 99).

3. Perception et utilisation des services [Projets 6, 12, 21, 26, 27, 28, 35, 42]

Ce domaine d'investigation étudie les perceptions et attitudes des immigrants vis-à-vis des services de santé et services sociaux. Une attention particulière y est portée aux familles et plus spécifiquement aux femmes en autant que nombre d'études ont souligné le rôle prépondérant de ces dernières dans les comportements des familles en matière de santé.

L'étude épidémiologique de Santé Canada, concernant l'état de santé des immigrants à leur arrivée, a démontré que celui-ci était plutôt bon, voire de qualité supérieure à celui des Canadiens. Il reste à explorer les conditions de pérennité de cette bonne santé et évaluer les déterminants de son éventuelle dégradation. Selon Chen, Ng et Wilkins (1996) si les immigrants sont, à leur arrivée, en meilleure santé que les Canadiens de naissance, ils perdent cet avantage après un certain temps de résidence. Dunn et Dyck (1998) invitent à observer les variations en regard des pays d'origine, des niveaux d'étude et de revenu. Différents travaux des chercheurs de l'équipe s'attachent à développer ces questions. Leurs résultats mettent l'accent sur l'importance de considérer, au-delà des particularismes culturels, l'expérience migratoire comme déterminant de la santé.

Ainsi, les travaux de Leduc N., Proulx M., Sévigny R., Vissandjée B., Jimenez V. et Saucier J.F. sur la perception des jeunes familles d'immigration récente à l'égard des services de santé de première ligne (21), pondèrent la place des appartenances ethniques et culturelles en regard de l'expérience migratoire. Les familles issues des différents groupes d'origine partagent un certain nombre de pratiques alors qu'en parallèle, celles issues d'un même groupe présentent des trajectoires d'utilisation et d'appropriation des services qui peuvent différer à certains égards et se recouper à d'autres. Le défi pour ces familles, récemment immigrées, consiste à comprendre et éventuellement s'approprier le système de soins du pays d'accueil, tant sur le plan de l'organisation que dans son approche de la santé et des soins. La durée du séjour, même si elle s'articule avec d'autres facteurs, est ressentie comme une dimension centrale. Elle permet de considérer les changements qui s'opèrent progressivement dans les choix et les modes d'utilisation au contact de la société d'accueil et des divers services de santé qu'elle offre.

Une deuxième étude (27) de Vissandjée B., Leduc N., Renaud J., Gravel S., Mulay S. et Lapointe M., en collaboration avec le Centre communautaire des femmes sud-asiatiques, CLAM, ACCESS, regarde, elle aussi, l'influence du temps de séjour sur les comportements de promotion et prévention de la santé sur un groupe de femmes immigrantes sud-asiatiques. Les analyses font ressortir que la conception de la santé des répondantes rejoint des idéaux proches de la définition de la santé qui prévalait jusqu'au début des années 50, soit " l'absence de maladie ", alors que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose aujourd'hui un concept positif de santé, axé sur un état de bien-être physique, mental et émotif. La dualité de conception entre la santé négative (absence de maladie) qualifiée de traditionnelle et la santé positive (état de bien-être), version dite moderne, ne correspond pas à une vision propre aux répondantes immigrantes. Leur vision biomédicale, axée sur l'absence de maladie encore omniprésente, restreint le recours à des pratiques promotionnelles et préventives telles qu'attendues au Canada. Enfin, l'étude préliminaire des déterminants de l'utilisation des services de santé par les femmes nouvellement immigrées au Québec (28) de Vissandjée B., Leduc N. et Lapointe M., a montré que l'isolement et le non-emploi sont des freins importants au maintien d'une bonne santé. Les conditions de vie et l'environnement agissent comme principaux déterminants de la santé. Ils soulignent aussi le lien inextricable entre le contexte culturel ambiant, les conceptions de la promotion et de la prévention de la santé et les

expériences personnelles en la matière. Par ailleurs, elle donne à voir de tensions lors des interactions entre intervenants et clientes relatives au manque de connaissances des habitudes culturelles et d'adaptation des services sociaux et de santé aux besoins spécifiques de ces femmes immigrantes. On note, en réponse, une résistance de celles-ci à utiliser les services offerts notamment en raison des barrières linguistiques et socioculturelles.

La recherche (26) sur l'empowerment des femmes en milieu pluriethnique dans leur milieu de vie de Côté B., Michaud S. et Lapointe M. en collaboration avec PROMIS, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, l'École de travail social de l'UQAM et la Santé publique de Montréal centre, a, elle aussi, souligné le décalage entre les perceptions des populations immigrantes et la société d'accueil. Ce projet, après avoir dressé un 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, a procédé à une analyse critique des barrières et des facilitateurs à l'empowerment perçus par elles. Les résultats montrent que plusieurs éléments propices à l'empowerment des femmes immigrantes sont en place dans le quartier Côte-des-Neiges. Les femmes immigrantes ont beaucoup de ressources personnelles, elles veulent s'intégrer à la société québécoise et recherchent l'indépendance économique par le biais d'un emploi. Parallèlement, les intervenants manifestent leur intérêt à participer à une formation en empowerment. Ils voient assez souvent les femmes de façon positive et semblent établir des rapports égalitaires avec elles. Néanmoins, la recherche constate d'une part, un décalage dans les préoccupations des unes et des autres, leurs perceptions du rythme et des valeurs nécessaires à la prise d'autonomie. À moyen terme, ce décalage affecte le processus d'empowerment. D'autre part, il apparaît que les composantes essentielles à l'empowerment, de conscience critique et d'action politique, sont quasi absentes dans le discours des femmes et des intervenantes.

Les travaux d'analyse des rencontres cliniques entre patients et médecins dans un contexte de différences ethniques (12, 35), dirigés par Rosenberg E., montrent comment des perceptions et des attentes différentes entre les deux types d'acteurs amènent les uns et les autres à développer des stratégies en vue de leurs objectifs propres et pas nécessairement convergents.

Une recherche évaluative des interventions, en soutien parental et stimulation infantile auprès des communautés culturelles (6) en association avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux (Laurendeau M.C., Jimenez V., Heneman B., Tousignant M., Lapointe M.), a également mis en évidence un décalage entre les attentes des clients et des intervenants. Le principal objectif des intervenants se situe au niveau de leur mission d'éducation/d'information et de développement optimal des enfants. Néanmoins, ces objectifs et les activités qui en découlent sont le produit d'une culture (la culture québécoise) et ne rencontrent pas forcément l'écho souhaité dans les normes et valeurs des populations visées. Il y a lieu de parler de chocs culturels. Par ailleurs, l'enquête effectuée auprès de la clientèle rend compte du caractère prioritaire des mères à rompre leur isolement social. Ces perceptions différentes quant aux besoins et aux attentes mettent à l'épreuve la qualité de la relation entre intervenants et clients et le processus même de l'intervention.

L'ensemble de ces travaux a donné lieu à plusieurs activités de formation (conférences-midi, colloques, séminaires) ainsi qu'à diverses publications destinées tant aux publics des milieux de l'intervention que des milieux universitaires. Ainsi, la troisième étape de l'étude sur l'empowerment des femmes immigrantes (26) a consisté au 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, des stagiaires de la Faculté des sciences infirmières et de l'École de service social. Les chercheurs ont élaboré un outil de sensibilisation et de formation sur les spécificités de l'empowerment auprès de cette population. La recherche évaluative des interventions en soutien parental (6) a produit un guide de vulgarisation des résultats. La recherche sur les femmes originaires d'Asie du Sud-Est (27) est en cours d'élaboration d'un guide pour l'intervention (42). En même temps, plusieurs de ces études conduisent à de nouvelles recherches qui sont intégrées à la programmation 2000-2003 de l'équipe.

AXE 2 - LES ACQUIS SUR LES SAVOIRS DES INTERVENANTS ET LEURS PRATIQUES

Les projets classés sous cet axe ont pour point commun d'inclure dans leurs problématiques (de façon centrale ou périphérique) l'analyse des pratiques et des savoirs des intervenants. Si la connaissance de la clientèle est un élément indispensable pour adapter, améliorer les services et les soins, celle des intervenants et de leurs pratiques est tout aussi incontournable. Les pratiques résultent, certes, de compétences acquises lors

des formations mais s'appuient aussi sur bien d'autres facteurs tels que la façon dont les intervenants conçoivent leurs rôles et leurs missions, la perception qu'ils ont de leurs clientèles ou encore la réflexion née de l'expérience au travail mais aussi en dehors de celui-ci.

1. Les savoirs pratiqués et savoirs d'expérience [Projets 16, 20, 24, 38, 41, 44]

Cette série d'études aborde les pratiques des intervenants comme une source de savoirs spécifiques acquis lors de l'expérience de l'action. L'intervention, appréhendée comme espace d'exercice de compétences mais aussi comme espace de production de savoir, confère aux praticiens des connaissances tant sur les populations qu'ils côtoient et des liens qui les unissent que sur l'intervention elle-même et les conditions requises pour assurer la qualité de son exécution.

Les travaux de Sévigny R. et Rhéaume J. constituent des apports majeurs dans la compréhension des processus d'élaboration et de mobilisation des savoirs chez les intervenants en santé. Tout intervenant se réfère au moins implicitement à une connaissance du social qui sous-tend son intervention et lui donne un sens (Sévigny R. 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 et au nom de quoi il intervient. Il est ainsi conduit à prendre conscience des normes et des valeurs ambiantes et à se situer par rapport à celles-ci (Rhéaume J. 1990, 1992, 1993a, 1993b; Sévigny R. 1991a). Leur recherche sur la sociologie implicite des intervenants en milieu pluriethnique (20) a permis d'identifier les dimensions caractéristiques qui étayent les savoirs de ces derniers. Tout d'abord, les intervenants abordent davantage l'intervention comme un mode de communication que comme un processus. La question de l'interprétariat est centrale et c'est l'occasion de souligner, pour nombre d'entre eux, l'importance du non-verbal, des gestes, des intonations, des mimiques, différents signes autres que linguistiques qu'ils lisent comme autant d'informations sur la personne. L'interprétariat ne fait cependant pas l'unanimité quant à son évaluation. Chacun a une expérience personnelle de l'interprétariat, plus ou moins satisfaisante. L'intervention en milieu pluriethnique amène les intervenants à faire le constat de la différence. Différence qui remet en question, chez certains, leurs normes cliniques et sociales. Ils parlent alors de la nécessaire adaptation au client. Différence et adaptation sont deux termes employés pour caractériser leur intervention.

Les travaux de McAll C. et Montgomery C. sur les profils de pauvreté (24, 38), portent une attention spécifique aux perceptions des intervenants, aux analyses qu'ils font des situations où se trouvent leurs clients mais aussi de leurs actions et des moyens dont ils disposent. Au travers des récits de leurs interventions, de la compréhension qu'ils en ont, on voit émerger les mécanismes qui sous-tendent leurs pratiques. De fait, pour les intervenants, leur rôle dans la gestion quotidienne de la pauvreté est d'abord de maximiser la marge d'action des individus qu'ils suivent, si minime soit-elle. Au niveau des stratégies de valorisation de soi, d'accès aux ressources ou de participation à des projets communautaires, les stratégies d'intervention révèlent une idéologie commune qui est d'aider les individus à s'aider eux-mêmes et dont les mots clés sont l'appropriation du pouvoir (empowerment) et la construction de solidarités. Les intervenants prennent une place d'acteurs au sein de rapports sociaux complexes entre des collectivités qui détiennent des ressources et d'autres qui en sont exclues. Leurs pratiques paraissent difficilement dissociables des idéologies qui les supportent.

L'étude (16) de Saillant F., Gagnon É., Sévigny R. et Montgomery C. qui associe les CLSC et plusieurs organismes privés et communautaires de Montréal, Québec et la région Chaudières-Appalaches, analyse, au travers des discours, la nature du lien que les intervenants à domicile tissent avec leurs clientèles. Les résultats donnent à voir du haut degré d'implication, du sens des responsabilités et du souci de qualité des intervenants vis-à-vis de leurs clients. Ils évaluent la qualité de la relation à leurs clients à l'aune de certaines dimensions : respect, temporalité, confiance, gratuité, liberté. Ces cinq dimensions rendent compte du cadre dans lequel les intervenants non seulement entendent agir mais à partir duquel ils analysent leurs pratiques. En conclusion, l'étude souligne les enjeux où s'inscrit l'avenir de ces pratiques : l'organisation des différents établissements (publics, privés, d'économie sociale) dans la distribution; la qualité et l'équité des services; la valeur du travail d'aide et de soins à domicile; l'impact de la délégation des services sur les familles et en particulier, les femmes, les conditions de travail.

L'étude des savoirs des intervenants s'ancrent dans le terrain de leurs expériences tant quotidiennes que particulières telle que le fût l'intervention en mesure d'urgence de Kingston pour accueillir des réfugiés Kosovars au Québec et qui a impliqué 33 intervenants du CLSC Côte-des-Neiges sur le site (infirmiers, travailleurs sociaux,

médecins). L'évaluation de l'intervention (44) réalisée a posteriori par l'équipe sous la coordination de Bayreuther J., directrice de Santé Globale avec l'aide d'un chercheur (Lafleur I.), vise en particulier à identifier la nature des acquis qui ont facilité le travail des intervenants. Les analyses préliminaires des expériences montrent que les savoirs acquis antérieurement dans le domaine de l'intervention en milieu interculturel les avaient conduit à un véritable processus de transformation qui leur permettait d'agir avec le groupe dont ils avaient la charge et non pas "sur" le groupe. L'analyse critique, que les intervenants font de leurs actions, peut se classer sous sept rubriques : la matérialisation et la collectivisation des problèmes; la défense du client; le questionnement de l'idéologie dominante; l'augmentation du pouvoir du client; les expériences préalables des intervenants; le contexte pré-migratoire. À la lumière de leurs analyses pointe une remise en question des modèles professionnels et organisationnels au profit d'une ouverture sur les savoirs des clients. Les travaux de ce volet, qui contribuent à enrichir la théorie de la pratique et des savoirs d'action, sont en développement.

Une étude, dirigée par Racine G. (41), vise plus loin que les travaux effectués depuis une dizaine d'années qui ont surtout mis en évidence les savoirs d'intervention directe, développés par le praticien individuel qui incorpore et structure son expérience à travers ses interactions avec d'autres. Cette nouvelle recherche a pour objet de décrire et d'analyser la construction de savoirs, d'actions/savoirs, d'expérience dans des équipes d'intervention sociale en répondant à trois objectifs : identifier et décrire le processus de construction de savoirs d'action dans ces équipes; analyser les types de savoirs ainsi produits (nature, niveau d'abstraction et de généralisation de ces savoirs); décrire les mécanismes actuels et potentiels de diffusion de ces savoirs.

2. La trajectoire des intervenants, les modèles professionnels et organisationnels dans le travail interculturel [Projets 4, 6, 11, 12, 15, 19, 22, 26, 34]

Ce deuxième volet appréhende les pratiques comme le produit complexe de l'entrecroisement des multiples référents contenus dans les "bagages" des intervenants en milieu pluriethnique. Pour être des professionnels, les intervenants n'en sont pas moins des individus empreints d'histoires personnelle et professionnelle tout comme les organismes, au sein desquels ils exercent, sont pétris de culture. La dimension culturelle qui caractérise l'intervention en milieu pluriethnique n'apparaît jamais à l'état pur dans les pratiques. Elle est toujours inscrite dans une dynamique professionnelle et un contexte

organisationnel qui définissent des mandats, des statuts et des rôles qui la balisent fortement. Ces derniers, intégrés par les intervenants au point d'en être quasi invisibles, n'en sont pas moins actifs.

Le travail de Hohl J., effectué avec l'équipe du programme Jeunesse du CLSC Côte-des-Neiges dans le cadre d'une recherche-action sur le traitement des demandes d'interventions cliniques auprès des jeunes dans les écoles (15), met très clairement à jour la pression des différents modèles dans l'identification d'une demande de traitement, la compréhension du problème et des actions qui s'ensuivent. 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. 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.

Les recherches (11, 34) sur le travail des auxiliaires familiaux en maintien à domicile, de Meintel D., Cognet M., Renaud J., Sévigny R. en collaboration avec les services de Maintien à domicile des CLSC Côte-des-Neiges, Saint-Laurent et Bordeaux-Cartierville, regardent le déterminisme des niveaux de formation, du degré d'insertion institutionnelle et des trajectoires personnelles sur les identités professionnelles et par effet second, sur les pratiques de ce groupe. Les résultats de la première étude et les analyses préliminaires de la seconde, montrent que les trajectoires des individus de ce groupe fortement hétérogène tant sur le plan de la formation au métier *stricto sensu* ou à d'autres secteurs d'activités que sur celui des histoires de vie, conjuguées à des degrés très variables d'insertion dans les organisations de santé, affectent très fortement la construction des identités au travail et par-là même, les implications dans l'exercice. Une insertion fragile dans les organisations de santé associée à des formations courtes, voire absentes, ne favorisent pas l'investissement dans l'identité professionnelle ce qui a pour corollaire de laisser assez souvent les auxiliaires familiaux en but à de sérieuses difficultés pour cerner les limites de leurs missions.

Les rencontres chercheurs-médecins du "Carrefour épistémologique : médecine moderne et autres pratiques médicales dans une société pluriculturelle", (Jimenez V., Saucier J.F.,

Bibeau G. et collaborateurs), constituent une recherche-action (22) tout à fait novatrice pour interroger le rapport hégémonique de la médecine occidentale vis-à-vis d'autres cultures. Au cours de ces séminaires mensuels, le groupe de réflexion s'est familiarisé avec les savoirs et savoir-faire des principales traditions non occidentales (arabe, ayurvédique, chinoise, africaine, amérindienne) et a amorcé un travail de mise en parallèle de ces traditions entre elles et avec la médecine occidentale moderne. En l'état, ce projet a déjà permis de : décrire et évaluer la contribution des autres cultures à l'élaboration d'une société pluraliste dans le champ des services de santé et sociaux; se familiariser avec les savoirs et les savoir-faire des traditions ou pratiques médicales non occidentales, issues des cultures les plus fortement représentées dans la région montréalaise; créer un espace de réflexion clinique pour identifier les domaines et les rapports de complémentarité entre traditions thérapeutiques, de manière à mieux comprendre la problématique de la santé/maladie/soins dans la société multiethnique et pluriculturelle; mieux connaître les autres traditions médicales afin d'identifier un certain rapport de complémentarité avec la médecine moderne.

Dans l'un de ces prolongements, la recherche (19), menée par Jimenez V. en collaboration avec les CLSC St-Michel, Montréal-Nord, Rivières des Prairies, Bordeaux-Cartierville et l'Unité de médecine de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, est une démonstration concrète des difficultés des intervenants, tels les jeunes médecins formés au Québec, à comprendre et prendre en charge de façon adéquate des patients dont ils se sentent culturellement d'autant plus éloignés qu'ils ont du mal à prendre de la distance avec leurs propres modèles de références professionnels et organisationnels.

L'étude de la détection de la détresse psychologique dans les soins de première ligne (4), dirigée par Rosenberg E., suggère que les facteurs contextuels et organisationnels affectent la capacité des médecins à détecter les problèmes psychologiques. L'examen de la rencontre clinique entre médecins et patients (12), réalisé par Rosenberg E., Guibert R. en collaboration avec le CLSC Côte-des-Neiges et le département de Médecine familiale de l'Université McGill, avance aussi l'idée que les objectifs poursuivis par les premiers découlent de leurs propres modèles socioprofessionnels.

Les résultats de la recherche pilotée par Côté B. sur l'empowerment des femmes (26), montrent également le poids du modèle théorique de l'empowerment tel que véhiculé dans les représentations des intervenants dans leur rapport à la clientèle. Ce type de résultats

se retrouve aussi dans l'évaluation des interventions en soutien parental et stimulation infantile, dirigée par Laurendeau M.C. (6), dans les difficultés des intervenants à comprendre les stratégies des mères en regard de leurs propres conceptions et objectifs de soins.

Ces études, dont la plupart sont encore en cours, donnent lieu à diverses activités de diffusion et d'appropriation de connaissances. Parmi elles, nous pouvons distinguer des approches très novatrices en matière de transfert ou plutôt d'échanges de savoirs (15, 22) sur lesquels nous reviendrons à la section suivante. Outre les activités réalisées dans les milieux de l'intervention, plusieurs de ces recherches ont produit des articles et des communications en milieux scientifiques.

2. La perception de l'ethnicité chez les intervenants [Projets 4, 6, 11, 12, 15, 19, 22, 26, 34]

Les travaux regroupés sous ce thème explorent (comme objet central ou périphérique) quand et pourquoi l'ethnicité est retenue comme variable pertinente par les intervenants. Il s'agit alors d'évaluer son influence sur les pratiques et les relations. Une meilleure connaissance des représentations des intervenants sur cet aspect permet de saisir certains ressorts implicites de l'intervention en milieu pluriethnique.

L'ethnicité perçue comme facteur de complexification dans l'intervention

Les résultats préliminaires de l'étude de Rosenberg E. et Kirmayer L. (35) suggèrent que si l'ethnicité joue un rôle dans la relation qui s'établit entre le médecin et son patient, d'autres aspects de l'identité des acteurs tels que l'histoire de la migration, le niveau d'éducation, la pauvreté et le genre sont tout aussi importants.

L'étude, conduite par Jimenez V. (19) sur la communication entre intervenants québécois et patients haïtiens, donne à voir que les intervenants québécois perçoivent la clientèle haïtienne comme différente, que selon eux, cette clientèle requiert une intervention qui lui est culturellement adaptée et la créolisation des services contribuerait à améliorer la communication sans cependant résoudre les difficultés liées aux divergences des systèmes de référence. L'obstacle à une véritable alliance thérapeutique entre patients et médecins résiderait dans des perceptions différentes du rapport de l'individu à sa santé et son environnement. Les patients haïtiens s'appuieraient sur un modèle cosmocentrique

alors que les intervenants québécois auraient pour référence un modèle anthropocentrique.

L'ethnicité de la clientèle comme facteur explicatif

La recherche sur les pratiques langagières dans un CLSC à clientèle multiethnique (2) de McAll C., Tremblay L. et Le Goff F. en collaboration avec le CLSC Côte-des-Neiges et l'Équipe de recherche en sociologie du langage de l'Université de Montréal, souligne que rares sont les cas où l'intervenant fait appel à la différence culturelle comme facteur principal d'explication des difficultés ressenties lors de l'intervention. Néanmoins, les analyses convergent vers la même conclusion : toute intervention qui dépasse un certain niveau de complexité (en termes du problème qui est posé) peut faire face à la nécessité de situer le client dans son contexte immédiat : ses conditions de vie (revenu, logement, alimentation); ses responsabilités familiales; son insertion ou non-insertion dans des réseaux (de parenté, de voisinage, d'amitié) ou de ses problèmes d'adaptation dans le cas d'un immigrant. Plus ils connaissent leurs clients, plus ils font valoir la complexité qui sous-tend l'état dans lequel se trouvent les patients (conditions socio-économiques; rapports impliquant des groupes minoritaires et des groupes majoritaires) et plus la valeur explicative associée à la différence culturelle a tendance à s'estomper. Au total, si la différence culturelle disparaît du champ explicatif, à mesure que les intervenants se rapprochent des clients, elle réapparaît néanmoins par la grande porte pour être utilisée dans le cadre d'une mise à distance entre des populations bien établies à l'endroit, d'autres qui sont tenues en marge de la société.

Les travaux de Meintel D., Cognet M., Renaud J., Sévigny R. (11, 34), confirment ces résultats mais apportent une nuance en regard des différentes catégories professionnelles. Il semble que des facteurs, comme le niveau de formation et la position occupée sur l'axe hiérarchique institutionnel, soient susceptibles non seulement d'influer sur les pratiques des intervenants et sur leurs relations avec les clients mais aussi d'être à même d'aviver ou au contraire de pondérer le poids de l'ethnicité.

Le travail de Rhéaume J., Sévigny R., McAll C., Houle G. et Tremblay L. (20) précise que si les intervenants abordent l'aspect ethnique comme explication, pour interpréter les difficultés de leurs interventions avec des membres d'un groupe ethnique précis (les Asiatiques, qui n'expriment pas, selon plusieurs, leurs émotions) ou de façon globale, pour faire part des différences de perceptions ou de valeurs chez certains de leurs clients,

celui-ci a valeur de facteur classificatoire parmi d'autres. Beaucoup d'intervenants parlent de leur clientèle de façon générale sans parler nécessairement de leur identité ethnique. Les intervenants font part d'un ensemble de facteurs sociaux déterminant leur intervention : le quartier et les conditions de vie, par exemple. L'ethnicité n'est donc jamais seule en cause. Cependant, l'intervention en milieu pluriethnique amène les intervenants à faire le constat de la différence. Constat qui remet en question chez certains, leurs normes cliniques et sociales. Ils parlent alors de la nécessaire adaptation au client. Différence et adaptation sont deux termes employés pour caractériser leur intervention.

L'ethnicité des intervenants

Si ce thème est un corollaire du précédent, il a encore peu fait l'objet d'investigations. Les travaux de Hohl J. qui associent les intervenants du programme Enfance/Famille (15) et de Meintel D., Cagnet M., Renaud J., Sévigny R. en collaboration avec le programme de maintien à domicile (11, 34) témoignent cependant de la pertinence à pousser dans cette voie.

Si les intervenants évoquent rarement leur propre ethnicité (et cela est d'autant plus vrai pour ceux qui s'identifient comme Québécois de souche), il n'en reste pas moins qu'elle surgit dans des situations conflictuelles que ce soit dans les rapports aux clients comme avec les partenaires. Le milieu des intervenants d'une ville comme Montréal est, comme celui de la clientèle, un espace social marqué par la pluriethnicité. Contrairement à ce que laissent supposer implicitement beaucoup d'études, cette hétérogénéité n'est pas toujours transcendée par l'identité professionnelle. Les résultats des premiers travaux attestent d'une possible instrumentalisation de l'ethnicité pour interpréter des préjudices dans les trajectoires professionnelles comme pour cristalliser et matérialiser la tension voire renforcer la subordination des uns aux autres. Par ailleurs, 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. Cet état de fait peut provoquer des "retraits" de la part d'intervenants issus de groupes culturels minoritaires ou les mettre en situation d'inconfort entre deux modèles culturels.

Les différents travaux ont donné lieu à des productions scientifiques (rapports, articles, communications, etc.) ainsi qu'à diverses activités en direction des milieux de

l'intervention : séminaires (2, 11, 15); ateliers (20, 34); outils (44). Plusieurs de ces projets sont encore en cours, certains ont d'ailleurs assez récemment commencé. Certains sont des extensions de recherches achevées lors de notre programmation actuelle ou précédente, d'autres, des projets pilotes déjà engagés dans de plus vastes projets qui seront développés dans les trois années à venir (34/40).

AXE 3 - LES INTERVENTIONS

L'intervention est le produit d'un processus et d'une rencontre dynamique entre différents types d'acteurs. Les premiers travaux de l'équipe mettaient surtout l'accent sur l'équation clients/interventions en termes d'évaluation, d'impacts et d'adéquation. Au fur et à mesure des recherches, l'analyse de l'intervention s'est confrontée à la complexité de cette dernière. D'une part, l'intervention est un espace où se confronte de l'explicite et de l'implicite, du formel et de l'informel. D'autre part, elle apparaît comme un espace dynamique en permanente négociation où s'impliquent des individus (les clients, leurs proches, les intervenants eux-mêmes pluriels) mais aussi des organisations. Au total, si les travaux qui se regroupent sous cet axe sont toujours fortement intégrés dans la réalité concrète des interventions (novatrices ou plus classiques), ils rendent compte d'un cheminement qui ouvre sur la nouvelle programmation.

1. Comprendre les processus qui sous-tendent les interventions [Projets 11, 15, 18, 21, 24, 27, 28, 34, 37, 38]

Ce volet est en réalité un niveau d'analyse qui résulte des deux axes précédents, au sens où lors des interventions, se trouvent bien mis en scène à la fois les clients et les intervenants et où l'intervention est appréhendée comme le cœur d'interactions où les acteurs interviennent, agissent, s'interpellent relativement à des statuts et des rôles qui ne sont jamais abstraits des contextes sociaux, politiques, juridiques et économiques dans lesquels ils s'expriment. La compréhension même des processus qui sous-tendent les interventions requiert donc une connaissance suffisante des acteurs en présence et des dynamiques qui les animent. Dans ce sens, toutes les recherches dont nous avons rendu compte précédemment, contribuent à cet objectif et nous devrions les restituer ci-dessous. Toutefois pour des raisons triviales de format, nous nous limiterons à quelques exemples.

Les travaux sur les différentes catégories d'intervenants mettent à jour la prégnance des modèles professionnels, organisationnels et culturels dans les interventions. Les études

de Meintel D. et ses collaborateurs (11, 34), auprès des auxiliaires familiaux en maintien à domicile, comme ceux de Hohl J. auprès des intervenants en Enfance/Famille (15), montrent comment l'entrecroisement de ces modèles affecte à la fois les attentes, les pratiques de travail et les relations que ces individus engagent avec les clients comme avec leurs partenaires professionnels. Pour les auxiliaires familiaux, la traduction de la perte d'autonomie du client en termes de plus ou moins grande perte sociale où interviennent les normes et les valeurs culturelles à partir de critères tels que l'âge, le niveau d'instruction, le comportement face à la souffrance, influe directement sur leur disponibilité, leurs capacités empathiques et donc sur leur service.

Les travaux de McAll C. et Montgomery C. (24, 38) montrent que la compréhension du phénomène de la pauvreté par les intervenants, leur représentation, l'interprétation qu'ils se font des forces en présence, influencent directement leurs capacités créatrices dans l'action. En écho aux pratiques des intervenants répondent celles des clients. Les travaux de Vissandjée B. (18, 27, 28) et Leduc N. (21) et de leurs collaborateurs donnent à voir du poids de leurs représentations de la santé, de la maladie, du système, des rapports sociaux dans les choix qu'ils font.

2. Les sources de succès ou d'échec dans les interventions [Projets 5, 6, 12, 19, 26, 28, 30, 35]

Plusieurs des travaux, portant plus spécifiquement sur l'analyse des interventions, ont cherché à identifier les facteurs qui sous-tendent le succès ou l'échec de celles-ci. La majeure partie de ces travaux mettent l'accent sur les écarts ou les convergences de perspectives, d'objectifs ou encore de représentations entre les acteurs impliqués dans une intervention. Quelques autres et ce, sans que les résultats des uns s'opposent à ceux des autres, situent les difficultés de l'intervention dans le contexte juridique, politique ou organisationnel où elle est impliquée.

Écarts et convergences entre les acteurs

Les résultats des travaux, conduits par Rosenberg E. (12, 35) et Jimenez V. (19), mettent à jour les écarts de perceptions sur les buts poursuivis et les stratégies afférentes entre des médecins et des patients de différents groupes ethniques. L'étude de la détection des problèmes de santé mentale (35) souligne l'influence potentielle de ces écarts dans les difficultés à reconnaître les symptômes et à poser le diagnostic. L'analyse de la

communication entre patients et médecins (19) montrent clairement que les écarts mettent en cause l'alliance thérapeutique nécessaire à la poursuite de l'intervention.

La recherche dirigée par Jimenez V. (5) et celle réalisée avec Laurendeau M.C. (6) qui analysent des interventions où sont impliqués à la fois des parents, des enfants et des intervenants, appuient dans le même sens. Les perspectives, les besoins, les buts et les stratégies de chacun des trois types d'acteurs ne sont pas nécessairement convergents. Ainsi, les enfants témoins de violence conjugale (5) ont une perspective propre de leurs besoins et de leurs attentes qui plaide pour une évaluation de leur santé mentale au travers de celle-ci et non de celle de leur mère. L'amélioration des interventions en soutien parental (6) requiert chez les intervenants une étape de décentration de leurs propres perspectives pour comprendre la logique dans laquelle se situent d'un côté les parents et de l'autre les enfants dont ils ont la charge. La poursuite de l'intervention et la compréhension de la dynamique de celle-ci appellent une prise en considération de ces écarts non pour s'y opposer à tenter de les réduire à tout prix mais pour les reconnaître et ainsi, mieux contrôler leur signification et leur impact. Au total, ce ne sont pas tant les écarts qui constituent des freins à la réalisation d'une intervention réussie mais davantage la méconnaissance ou la sous-estimation de ceux-ci.

Le poids du contexte

Les recherches réalisées par Côté B. (26, 30) rendent compte du poids du contexte social et politique dans lequel sont posées les interventions. Les marges d'action des individus (intervenants et clients) sont à interpréter au cœur de ces enjeux. Ainsi, la compréhension du phénomène de l'allaitement chez les femmes immigrantes (30) 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.

Dans un autre domaine, si le principe d'empowerment (26) est perçu positivement par les femmes immigrantes comme par les intervenantes, cela ne suffit pas en soi à son application comme processus. L'absence des composantes de conscience critique et d'action politique empêche de projeter le principe théorique dans une réalité intégrée. La recherche de Vissandjée B. (28) sur les déterminants de l'utilisation des services de santé

par les femmes nouvellement arrivées au Québec met en avant le poids des conditions de vie et de l'environnement.

3. Les interventions novatrices [Projets 8, 13, 69, 31, 32, 33, 44]

Le CLSC Côte-des-Neiges et ses partenaires, individuellement ou ensemble, pilotent des projets d'interventions novatrices. Plusieurs de ces projets interpellent la dimension pluriethnique qui caractérise la clientèle de leurs territoires respectifs. Ces innovations s'accompagnent d'évaluations qui peuvent éclairer, non seulement, de nouvelles pistes d'action mais ouvrent aussi la réflexion sur les conditions, les enjeux, les barrières et les facilitateurs qui entourent les interventions. Plusieurs de ces recherches sont en cours (31, 32, 33) mais les résultats préliminaires et finaux des premières témoignent de la spécificité de la clientèle des CLSC concernés et de l'importance d'intégrer la dimension pluriethnique comme caractéristique fondamentale au cœur des interventions.

L'évaluation du projet d'intervention "Répit-familles" auprès d'enfants à haut risque d'inadaptation sur le territoire du CLSC Côte-des-Neiges (13) pilotée par Vissandjée B. est positive. Aucun des enfants participants au projet Répit-familles n'a été placé en dehors de sa famille bien que certains d'entre eux aient présenté des risques élevés. La fréquentation du centre communautaire par les mères et les enfants a sensiblement augmenté et les données recueillies démontrent que les objectifs de prévention à long terme sont amorcés (meilleur fonctionnement de la dynamique familiale entre autre). Parallèlement, l'évaluation a permis d'identifier les forces du projet Répit-familles : la qualité de ses ressources humaines (bénévoles et intervenantes); la capacité du projet à offrir une intervention plus centrée sur les besoins des familles (enracinement du projet dans le milieu de vie des familles); un travail de concertation visant la mise en commun des ressources et des expertises, créant ainsi une synergie décuplant la force d'intervention.

La réalisation d'un projet d'intervention de soins intégrés, pour patients souffrant d'une maladie chronique dans une approche populationnelle, a conduit les chercheurs (Jimenez V. et ses collaborateurs) à initier un nouveau projet d'intervention pour diabétiques (69). Ce projet tient compte des différentes origines culturelles de cette clientèle et des incidences de cette caractéristique sur les pratiques alimentaires. Les résultats

préliminaires de l'évaluation, même s'ils restent à valider, encouragent à intégrer la dimension pluriethnique.

Compte tenu de la diversité de sa clientèle, le CLSC Côte-des-Neiges envisage de promouvoir une approche par quartier transversale à l'intervention par programme. Une première tentative a été réalisée sur deux sites de son territoire. L'évaluation (8) qui implique plusieurs intervenants et chercheurs, s'est appuyée sur un modèle d'analyse des différentes phases du processus de diffusion (l'adoption, l'implantation et l'institutionnalisation du modèle). Elle a exploré les interprétations des différentes catégories d'acteurs impliqués : les décideurs (directeurs du CLSC, directeurs des programmes, directeurs des organismes communautaires, membres du comité aviseur); les intervenants qui exercent dans deux sites d'implantation. En dépit des controverses entre les décideurs et les intervenants, les conclusions de la recherche permettent de dégager certaines conditions pré-requises au succès de l'intervention par quartier : l'information et la sensibilisation des intervenants au sein de l'organisation; l'intégration de l'intervention par quartier au sein des différents programmes du CLSC; le choix de la taille des quartiers cibles de l'intervention; l'engagement formel de l'organisation; la diversification des stratégies d'approche pour promouvoir l'intervention en fonction des catégories de clientèle.

L'ensemble des projets de ce troisième axe, outre les publications intrinsèques (rapports, articles, etc.), a généré de multiples activités de transfert de connaissance en direction des milieux de l'intervention (conférences-midi, ateliers, séminaires, etc.) ainsi qu'à l'élaboration d'outils adéquats.

CONCLUSION

À ce jour, la programmation 1997-2000 est écoulée mais les études en cours se poursuivent et d'autres sont à venir. Une nouvelle demande de subvention est déposée à l'automne 2000 au CQRS sous la thématique « **Services de santé et services sociaux en milieu pluriethnique : la dynamique des acteurs dans l'intervention** »

Ce programme de recherche et de formation a pour objectif principal de mieux comprendre la dynamique des acteurs (individus et institutions) et les enjeux sociaux dans lesquels elle s'inscrit en vue d'adapter, de façon pertinente et efficace, leurs actions. En parallèle, il permet une exploration approfondie à l'aune des pratiques qui vient augmenter les connaissances scientifiques dans les domaines de la santé et de l'immigration, des relations interethniques, de l'intervention sociale et sanitaire mais aussi plus largement des processus d'inclusion et d'exclusion dans la société québécoise. Et parce qu'aujourd'hui les travaux conduisent à considérer que les questions relatives à cette thématique s'intègrent dans une réalité sociale complexe aux dimensions multiples, les activités, tant de recherche que de formation, s'opérationnalisent sous la direction de deux principes : l'attachement à une approche multidimensionnelle des individus; une volonté de développer une perspective interdisciplinaire qui réponde à la complexité de la pratique et des phénomènes à expliquer.

L'objectif principal se décline autour des objectifs spécifiques qui sont : de mieux connaître les acteurs, leurs profils, leurs trajectoires, leurs savoirs et leurs pratiques; d'analyser comment ces histoires de vie s'accomplissent, se « fabriquent » et s'articulent à différents facteurs structurels et contextuels où sont mises en jeu des questions autour de la citoyenneté; de cerner le rôle et l'influence de la communauté. À moyen et long terme, les activités produiront des résultats à partir desquels émergeront : un modèle d'échange des savoirs et des façons d'agir; de nouvelles pistes pour l'intervention, la recherche et l'élaboration de politiques.

DEUXIÈME PARTIE
LES RECHERCHES EN FICHES

L'ÉTABLISSEMENT DES REVENDICATEURS DE STATUT DE RÉFUGIÉS RÉGULARISÉS ADMIS EN 1994

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Jean Renaud Lucie Gingras	<p>1.1 Renaud Jean et Gingras Lucie, (1998) <i>Les trois premières années au Québec des requérants du statut de réfugié régularisés</i>, Collection Études, Recherches et Statistiques, Gouvernement du Québec.</p> <p>1.2 Renaud Jean, (1999) « Barrières et premier établissement en emploi : quelques exemples à partir d'enquêtes », Atelier <i>Les barrières à l'emploi</i>, Quatrième Conférence Internationale de Métropolis, Washington, D.C., Décembre, 1-9.</p> <p>1.3 Renaud Jean, (1999) « Les études relatives à l'installation des immigrés au Québec : méthodologies et résultats », Colloque <i>Villes et Hospitalités</i>, Paris 5-6 mai, 1-9.</p> <p>1.4 Renaud Jean et Godin Jean-François, (1999). « L'établissement des revendicateurs de statut régularisés admis en 1994. » Communication au colloque de l'ACFAS, Ottawa, mai 1999.</p>

Problématique

Suivre l'établissement des revendicateurs de statut pendant leurs trois premières années au Québec (dans la région de Montréal) sous les aspects socio-économiques, résidentiels et éducatifs.

Méthodologie

Des analyses statistiques de type de régression et régression de survie sont réalisées sur une cohorte de revendicateurs du statut de réfugié arrivés en 1994 et régularisés avant mars 1997 que nous avons suivis depuis le dépôt de la demande du statut de réfugié (n=407). Différentes analyses quantitatives à partir des données biographiques ont été effectuées.

Résultats principaux

Ce projet répond à une préoccupation immédiate du SARIMM soucieux de mieux comprendre cette partie de leur clientèle. Les revendicateurs de statut constituent une

catégorie de migrants internationaux très vulnérables dont l'établissement est probablement le plus difficile. Confrontés à la possibilité d'un renvoi, on comprendra les difficultés d'établissement encourues par ces individus. Placés dans une situation précaire dès leur arrivée au pays à cause de la période d'incertitude de leurs statuts non régularisés, ils tendent, croit-on, à être de grands consommateurs de services de soutien.

Cette analyse statistique des trois premières années au Québec des requérants au statut de réfugiés, est consécutive à l'enquête qualitative initiée par McAll C. auprès d'un petit groupe de demandeurs d'asile régularisés. Les résultats de cette enquête exploratoire avaient souligné les effets négatifs de la marginalisation et d'une précarité prolongée sur l'établissement des revendicateurs.

Les résultats des travaux de Renaud J., sur une plus grande échelle (n=407), confirment ces risques. Ils montrent clairement comment le statut de revendicateur, qui peut se prolonger, (il faut attendre 22 mois pour que 50% des demandeurs soient admis comme résidents) est un frein à l'insertion de ces immigrants dans la société québécoise (taux d'inactivité élevé, déqualification, 90% sont sur l'aide sociale au 3^{ème} mois après le dépôt de leur revendication). Les conditions du processus de régularisation sont telles qu'on se retrouve devant le paradoxe où des personnes, admises ici pour des motifs humanitaires, vivent une situation qui a quelque chose d'inhumain. L'analyse interroge sérieusement les effets de cette situation sur "la capacité de s'en sortir", les capacités à préserver les potentiels (états de santé, expériences, qualifications) que ces individus avaient à leur entrée au Canada.

Par ailleurs, les conditions et la qualité de l'insertion de ces populations dépendent des réseaux qu'ils tissent avec les personnes et les organisations dans la société d'accueil. Ainsi, la prise de contact avec un organisme communautaire (ONG) augmente la probabilité de trouver un emploi et ce, même si la raison de ce contact n'est pas liée à cette question. En fait, il semble que c'est surtout le contact avec un intervenant, par le support moral et les informations qu'il procure à l'individu en souffrance, qui paraît avoir un rôle significatif dans l'estime de la personne et sa capacité à mobiliser ses ressources.

RAPPORTS SOCIAUX ETHNIQUES ET PRATIQUES LANGAGIÈRES DANS UN CLSC À CLIENTÈLE MULTIETHNIQUE

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Christopher McAll Louise Tremblay Frédérique Le Goff	2.1 McAll Christopher, Montgomery Catherine et Tremblay Louise (1994) « Utilisation du langage et des langues au travail » <i>Bulletin d'information terminologique et linguistique</i> , 74, automne, 1-7.
	2.2 McAll Christopher, Tremblay Louise et Le Goff Frédérique, (1997) <i>Proximité et distance. Les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC</i> , Éditions St-Martin.
	2.3 Deux interventions au séminaire PLU du GRES en 1998 et 1999 (sessions hiver), Université de Montréal

Problématique

Cette recherche vise à comprendre l'aspect territorial et langagier de la mise en place de quatre types de rapports impliquant des groupes minoritaires et des groupes majoritaires : rapports entre groupes ethniques/ ethnolinguistiques; rapports entre catégorie d'acteurs différenciés selon la hiérarchie socioprofessionnelle; rapports de genre; rapports clients-usagers ou encore la combinaison des trois types de rapports précédents.

L'étude a aussi pour vocation d'expérimenter la méthode d'enquête (entrevues à partir de récits de journées de travail, table ronde sur le matériel analysé par les chercheurs). Elle entend répondre aux intérêts du CLSC en matière d'utilité de la recherche pour l'intervention. À terme, elle devrait permettre de produire une cartographie linguistique illustrant les quatre types de rapports (délimitation des espaces physiques des lieux, des espaces professionnels).

Méthodologie

Entrevues semi-dirigées auprès d'intervenants de différentes catégories professionnelles à partir de la reconstitution de journées de travail. Cartographie des lieux, organigramme.

Résultats principaux

La recherche sur les pratiques langagières dans un CLSC à clientèle multiethnique, en collaboration avec le CLSC Côte-des-Neiges et l'Équipe de recherche en sociologie du langage de l'Université de Montréal, souligne que rares sont les cas où l'intervenant fait appel à la différence culturelle comme facteur principal d'explication des difficultés ressenties lors de l'intervention. Dans les 133 interventions rapportées, il n'y a que 8 cas où l'intervenant fait appel à la différence culturelle. Néanmoins, les analyses convergent vers la même conclusion : toute intervention qui dépasse un certain niveau de complexité (en termes du problème qui est posé) peut faire face à la nécessité de situer le client dans son contexte immédiat : ses conditions de vie (revenu, logement, alimentation); ses responsabilités familiales; son insertion ou non-insertion dans des réseaux (de parenté, de voisinage, d'amitié) ou de ses problèmes d'adaptation dans le cas d'un immigrant.

Du point de vue des intervenants, plus une intervention se fait en profondeur plus ils risquent de buter sur des différences de valeurs et de cultures. Plus ils connaissent leurs clients, plus ils font valoir la complexité qui sous-tend l'état dans lequel se trouvent les patients (conditions socio-économiques; rapports impliquant des groupes minoritaires et des groupes majoritaires) et plus la valeur explicative associée à la différence culturelle a tendance à s'estomper. Au total, si la différence culturelle disparaît du champ explicatif, à mesure que les intervenants se rapprochent des clients, elle réapparaît néanmoins par la grande porte pour être utilisée dans le cadre d'une mise à distance entre des populations bien établies et d'autres qui sont tenues en marge de la société.

LA MOBILITÉ DES IMMIGRANTS DANS LE GRAND MONTRÉAL

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Jean Renaud Chantal Goyette	3.1 Renaud Jean et Goyette Chantal, (1999) « La mobilité résidentielle des cohortes successives d'immigrants au sein de la région de Montréal », Colloque de l'Association Canadienne des Anthropologues et Sociologues de langue française, ACFAS, mai.

Problématique

Cette étude pose le postulat que les services ne sont pas nécessairement fournis de la même façon selon qu'on a une clientèle stable, établie à demeure sur un territoire, ou une clientèle qui n'y est que de passage.

En regard de ce postulat, elle se propose de suivre, les déplacements résidentiels des immigrants arrivés de 1980 à 1994, identifier les secteurs territoriaux et les catégories d'immigrants les plus stables et les plus mobiles. Les résultats devraient fournir aux professionnels des services sociaux et de santé une meilleure connaissance de la mobilité des populations immigrantes dans Montréal et leur permettre d'ajuster leurs propositions de services.

Méthodologie

Analyse quantitative sur des données provenant des déclarations d'impôts annuelles de plus de 2 millions d'immigrants. L'étude couvre une période de quinze ans (1980-1994).

Résultats principaux

Les résultats de cette étude permettent de tracer une cartographie de la mobilité résidentielle des immigrants à Montréal sur une période de quinze années (1980-1994). Toutes origines nationales confondues, c'est surtout au cours de la première année d'établissement que les cohortes sont les plus concentrées territorialement. Il y a ensuite un processus de diffusion au fil du temps pour chacune des cohortes.

Les nouveaux immigrants sont plus concentrés au début et plus le temps passe, plus ils ont tendance à se diffuser sur le territoire de la région métropolitaine de Montréal. L'analyse plus spécifique des six pays fournissant les plus gros effectifs (Haïti, Liban, France, Vietnam, Chine, Hong Kong) montre cependant des nuances et pour certains on pourrait interroger les risques de ghettoïsation.

Les Haïtiens qui lors de leur arrivée s'établissent surtout à la frontière de Ville St-Léonard et de Montréal, semblent former un noyau stable à forte concentration. On note aussi une installation dans Cartierville et Parc-Extension, qui si elle est numériquement plus faible montre aussi une assez grande stabilité. Montréal-Nord prend de l'importance au fil du temps.

Les Libanais diffèrent selon les cohortes mais en général ils connaissent un processus d'établissement de diffusion. Les Français sont largement distribués sur tout le territoire. Les Vietnamiens s'ils ont tendance à se diffuser au fil du temps restent néanmoins très présents sur certains secteurs. On note une concentration forte et stable sur Côte-des-Neiges et leur présence s'accroît sur les secteurs de Parc-Extension, Saint-Michel et Villeray. Les Chinois diffèrent selon les cohortes mais ils semblent peu se diffuser au fil du temps. À la fin de la période de l'étude en 1995, on note une concentration plus forte sur Côte-des-Neiges et la partie ouest de l'île de Montréal. Les originaires de Hong Kong se regroupent près d'un noyau central situé sur la rive sud de Montréal.

Ce projet répond à une préoccupation immédiate du SARIMM, dont le territoire d'intervention, plus large que celui du CLSC Côte-des-Neiges, s'étend au Montréal Métropolitain.

PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN PRIMARY CARE. A STUDY OF DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION AS A DETERMINANT OF DETECTION PATIENT OUTCOMES

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Ellen Rosenberg Marie-Thérèse Lussier Claude Beaudoin	<p>4.1 Steinert YE, Rosenberg EE. (1987). "Psychological Problems: What do patients want? What do physicians want to provide?" <i>Family Medicine</i>, 19, 346-350.</p> <p>4.2 Rosenberg EE, Lussier MT, Beaudoin C. (1997). "Lessons for clinicians from the doctor-patient communication literature", <i>Arch Fam Med</i>, 6, 279-283.</p> <p>4.3 Beaudoin C, Lussier MT, Rosenberg E. (1994). « Détresse psychologique en soins de première ligne: présentation d'un protocole de recherche », <i>Communication, Service clinique de médecine préventive, Santé publique de Laval</i>, Décembre.</p> <p>4.4 Rosenberg E, Lussier MT, Beaudoin C, Kirmayer L, Galbaud-Dufort G, Rivard M. (1995). « L'influence de la communication patient-médecin sur la détection de la détresse psychologique des patients qui consultent en médecine générale et sur leur évolution clinique », <i>Communication, Septième journée québécoise de la recherche en médecine familiale</i>, Montréal.</p> <p>4.5 Beaudoin C, Lussier MT, Rosenberg E. (1995). « L'équipe de recherche en médecine familiale de Cité de la Santé de Laval: Illustration des orientations de la recherche à partir d'une étude en cours ». <i>Forums scientifiques du GRIS, Université de Montréal</i>, Montréal, 23 octobre.</p> <p>4.6 Rosenberg E. (1995). « La détresse psychologique du patient: Le point de vue du clinicien » <i>Communication présentée lors d'un panel discussion avec Lussier MT, Millette B, Richard C.</i> « La détresse psychologique a-t-elle une expression en consultation médicale et comment peut-on le détecter? Le point de vue du chercheur, du clinicien et du formateur », <i>XI^{ème} Colloque annuel du GRIC, Université de Montréal</i>, Montréal, 30 novembre.</p> <p>4.8 Lussier M-T, Rosenberg E; Beaudoin C; Richard C. (1997). « Determinants and impact of accurate detection of psychological distress by general practitioners », <i>Communication, Neuvième journée québécoise de la recherche en médecine familiale</i>, Montréal.</p>

	PRODUCTION DES RÉSULTATS (SUITE)
	<p>4.9 Rosenberg E, Lussier M-T; Beaudoin C; Richard C. (1997). « Diagnosis of psychological distress by general practitioners in non-distressed patients », Communication, Neuvième journée québécoise de la recherche en médecine familiale, Montréal.</p> <p>4.10 Lussier M-T, Rosenberg E; Beaudoin C; Richard C. (1997). « Determinants and impact of accurate detection of psychological distress by general practitioners ». Presented at NAPCRG'97, Orlando, FL November.</p> <p>4.11 Rosenberg E, Lussier M-T; Beaudoin C; Richard C. (1997). « Diagnosis of psychological distress by general practitioners in non-distressed patients ». Presented at NAPCRG'97, Orlando, FL November.</p> <p>4.12 Lussier M-T, Rosenberg E, Beaudoin C, Richard C, Gagnon R. (1998). « Doctor-patient communication as a determinant of psychological distress detection in primary care ». Presented at Communication in Health Care Conference, Amsterdam, June.</p> <p>4.13 Lussier M-T, Rosenberg E, Beaudoin C, Richard C, Gagnon R. (1998). <i>Doctor-patient communication as a determinant of psychological distress detection in primary care</i>. Pat Educ & Counseling, 34:S25.</p>

Problématique

The present project studies the process of clinical encounter between primary care physicians and immigrant patients with mental disorders in intercultural clinical encounters.

The under-detection and under-treatment of psychological distress continue to be important problems in primary care medicine. Psychological distress includes, but is not limited to, psychiatric disorders. Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ) although designed as a screening test for psychiatric illness, identifies a population with disability as severe as that of DSM disorders and many chronic somatic illnesses and higher than average primary care consultation rates. 1, 2, 3, 4 Prevalence of high GHQ scores is very similar in different first world countries(28%-38%).

Primary care physicians in Holland, Britain, and Canada detected 50% of patients with psychological distress. Detection rates were higher in patients who were female, middle-aged, married and living apart from their spouse due to separation, divorce or death, unemployed and low socioeconomic status. General practitioners are particularly poor at detecting psychological distress in patients who exhibit exclusively somatic presentations of psychiatric illness (50%) as compared to patients with only psychological

complaints (95% detection). Detection rates are lower in patients with concurrent physical illness. Contextual and organizational factors (the length of time the doctor and patient have known one another, the number of previous visits, and the nature of the facility in which care is received) affect physicians' ability to detect psychological.

Méthodologie

We conducted a prospective study over an 18 month period in 3 teaching and 12 private clinics in the greater Montreal area. A convenience sample of 40 primary care physicians participated in the study. All patients consulting a participating physician, aged 18 years or more, capable of giving an informed consent, and having a knowledge of English or French were eligible for this study. Only patients consulting for minor trauma, psychotherapy or unable to complete the questionnaires were excluded.

Questionnaires were administered to the patients before and immediately after the index visit which was audiotaped. The General Health Questionnaire (GHQ-28) allowed the identification of cases of distress. Patients also gave their views on the role of psychological/emotional factors in their principal presenting complaint by answering the following question: "My problem is a) strictly physical, b) physical, but it has affected my mood, c) physical, but symptoms vary with my emotions, d) primarily psychological". They were also asked to evaluate their general health, the seriousness of their medical problem and their level of worry about it on 5-point Likert scales. Immediately following the visit patients completed a measure of functional status : Medical Outcomes Study Short Form (SF-36).

Physicians, who were blind to the patient's GHQ score, completed a questionnaire based on the work of Hjortdahl and Berchgrevink and Roter immediately following the visit. Physicians were asked to indicate if they had detected any sign or symptom of anxiety, depression, somatization, or other psychosocial problems. This constituted our main definition of physician detection of distress. Physicians also gave their views on the role of psychological/emotional factors in the presenting complaint by answering the same question posed to patients.

Analyses were performed using the Statistical Packages for Social Scientists (SPSS). For bivariate analyses chi-square tests were performed for categorical variables and t-tests for

continuous ones. Forward step-wise logistic regression was performed using Wald's criteria for the multivariate analyses.

Résultats préliminaires

In our sample of 1011 primary care patients 572 had GHQ scores indicating psychological distress (a GHQ-28 score of >5 and/or a cGHQ-28 score of >13) was 56.6%. The remainder of this paper discusses only subjects with high GHQ-28 scores. Physicians detected distress in 324 (58.2%) of these patients. Anxiety and/or depression was detected in 291 (89.8%) of the total. Physicians indicated that the psychological distress in 217 of these 324 patients had been detected prior to the index visit. Therefore, physicians' detection of new cases of psychological distress was 32.7% (116/355).

We defined detection as the identification of any sign or symptom of anxiety, depression, somatization, or other psychosocial problems. However, we also asked physicians to indicate which patients had many signs or symptoms. Physicians identified 67 such patients, 51 of who had been detected prior to the index visit. A first set of analyses was conducted on this group as a whole and a second set was conducted on the smaller group of newly detected patients. Bivariate analyses comparing true positive subjects (high GHQ and distress detected by the physician) to false negative subjects (high GHQ and distress not detected by the physician) are presented. The GHQ is taken as the gold standard for psychological distress.

GROUP AS A WHOLE

Patient sex, income, language, education level and marital status had no effect on physician detection rates of psychological distress. Patients who were older, reported that at least one of their reasons for consulting was psychological, had the problem for a longer time, were worried about their problem, and had higher GHQ and cGHQ scores had their psychological distress detected more frequently by their physician.

Some aspects of the doctor-patient relationship and encounter were associated with increased detection. Physicians were more likely to detect distress in patients they knew well, who had made an appointment, and whose visit was initiated by the physician. The patient's perception that the doctor knew them at least fairly well was associated with higher detection rates. Physicians' description of the patient's problem as having a psychological component was associated with higher detection rates.

Physician sex, language, number of years in practice, and percent of time spent teaching in a family medicine residency program had no effect on physician detection rates of psychological distress.

We performed logistic regression analysis using the forward stepwise procedure and Wald's criteria to identify significant predictors of detection of psychological distress in patients with a high GHQ and/or cGHQ score (inclusion $p < 0.05$; exclusion $p > 0.10$). We excluded the physician's description of the patient's problem as having a psychological component from the final analysis because we felt it constitute another measure of detection. The variables included in the equation were : patient perceptions of a psychological component of the patient's problem, SF-36 scores for the 6 scores identified by bivariate analyses, patient perceptions of the seriousness of their problem, patient worry about the problem, the duration of the problem, the patient's global evaluation of his health, the sex, age, marital status, and language of the patient, the sex of the physician, aspects of the physician's practice profile, and whether the visit was by appointment.

Because of missing data for some variables, the analyses were performed on 371 subjects. The final model is satisfactory with a concordance of 73 % between the actual data and the predicted model. Four variables were significantly associated with higher detection rates : the patient's belief that there was a psychological component of his or her problem (OR=17.6), and the physician's perception of the seriousness of the patient's problem (OR=26.7), a visit by appointment (OR=6.9), and lower scores on the emotional role scale of the SF-36 (OR=17.6).

RESTRICTED GROUP (NEWLY DETECTED CASES)

In this group, bivariate analyses revealed that detection rates were higher when patients reported that at least one of their reasons for consulting was psychological, when they stated they were worried about their problem. Detection rates were higher when physicians' described the patient's problem as having a psychological dimension.

Physicians were more likely to detect distress in patients who presented for a new reason. The patient's perception of how well the doctor knew them was associated with higher detection rates.

Logistic regression analyses were performed on 182 subjects. The final model is satisfactory with a concordance of 74% between the actual data and the predicted model.

Five variables were significantly associated with the detection of psychological distress. The patient's belief that there was a psychological component of his or her problem (OR=5.2), and the physician's perception of the seriousness of the problem (OR=7.9) were associated with detection. Detection was also more common when the patient had a low MOS-36 general health and mental health scores (OR=7.8 and 11.9), respectively. Detection was more frequent when the physician did not know the patient well (OR=5.5).

Our findings of equivalent detection rates for male and female patients are in concordance with those of others, but in contrast to the higher detection rates Marks et al. observed in female patients. Male and female physicians in this Canadian sample were equally likely to detect distress, similar to Finish general practitioners. Our study supports earlier evidence that severity of symptoms and disability serve as cues that prompt physician detection of distress. We, like others, found that when the patient presents a psychological complaint and/or makes a psychological attribution for his or her reason for consultation, physicians are more likely to detect distress.

Distressed patients who have a chronic physical illness are more likely to present somatic, and not psychological, symptoms. The lower detection rates found in the presence of a physical illness may be explained by patients' somatic presentation and the competing priorities of the patient's physical and psychological problems. Physician assessment of the seriousness of the patient's condition (a broad term that includes physical and mental health) was related to higher detection.

Our finding that new detection was less likely to occur when the physician knew the patient well is unexpected. Physicians are more likely to detect distress when they are aware of a past history of depression or psychiatric treatment. While knowing a patient well would seem likely to include a knowledge of stressors and past psychiatric history, certain aspects of physicians' way of getting to know patients suggest this may not be so. Physicians have been found to categorise their patients as 'copers' or non-copers. This classification likely occurs very early in the doctor-patient relationship and affects physicians' ongoing data gathering and interpretation. Once a physician identifies a patient as a copier, he expects the patient to have physical illnesses and directs his data gathering accordingly. Physicians are, therefore, more likely to conduct a complete symptom review and past history with patients they do not know than with patients they think they know well and perceive to be psychologically healthy. New detection was as likely to occur on a walk-in

context as in a visit by appointment, supporting the contention that physicians are doing this kind of data collection. In contrast, physicians may have failed to ask about psychological symptoms or to attribute non-specific symptoms to physical disorders in patients they knew well who they perceived to be copers.

**IMPACT DU FAIT D'ÊTRE TÉMOIN DE VIOLENCE CONJUGALE SUR LA
SANTÉ MENTALE D'ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 12 ANS DE FAMILLES
D'IMMIGRATION RÉCENTE ET QUÉBÉCOISE**

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Vania Jimenez Jean-François Saucier Antonio Ciampi Danielle Juteau Jacques D. Marleau Cathy Murphy Brigitte Côté Guo Tong	<p>5.1 Vania Jimenez, Jacques Marleau, (1997). « L'impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale d'enfants âgés de 6 à 12 ans de familles d'immigration récente et québécoises », Conférence-midi du CRF, CLSC Côte-des-Neiges, 18 novembre.</p> <p>5.2 Jimenez Vania et Marleau Jacques, (1998) « Enfants témoins de violence conjugale : enjeux actuels », Table ronde, 66e Congrès de l'ACFAS, 13 mai, Université de Laval, Québec.</p> <p>5.3 Jimenez Vania, Saucier Jean-François, Marleau Jacques D., Murphy Cathy, Ciampi Antonio, Côté Brigitte et Tong Guo, (1999) <i>Impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale d'enfants âgés de 6 à 12 ans de familles d'immigration récente et québécoises</i>, Rapport final, Série de Publications du Centre de Recherche et de Formation du CLSC Côte-des-Neiges, Centre Affilié Universitaire, Février.</p> <p>5.4 Vania Jimenez, (1999). « L'impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale d'enfants âgés de 6 à 12 ans de familles d'immigration récente et québécoises. » Conférence-midi du CRF, CLSC Bordeaux-Cartierville, 28 janvier.</p>

Problématique

Cette recherche poursuivait trois objectifs principaux :

1. Déterminer l'impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale d'enfants âgés de 6 à 12 ans;
2. Déterminer le double impact d'être simultanément de famille d'immigration récente et témoin de violence conjugale sur la santé mentale des enfants et analyser les variables habituellement associées à l'acculturation telles que le temps d'arrivée en

association avec les problèmes de santé mentale des enfants de famille d'immigration récente;

3. Étudier les facteurs de risque et de protection associés aux problèmes de santé mentale spécifiques à cette population, mais néanmoins généralisables (dans le cadre du volet protection) à l'ensemble des enfants.

En outre, elle s'inscrivait également dans le cadre d'un volet secondaire visant à étudier la concordance entre deux mesures de santé mentale de l'enfant : le Child behavior Checklist (CBCL) de Achenbach et Edelbrock et le Questionnaire Dominique/Tony de Valla et collaborateurs.

Méthodologie

Dans cette étude, l'expression violence conjugale désigne une famille où il s'est produit un incident de violence conjugale physique c'est-à-dire où la femme a été bousculée, agrippée ou poussée par son conjoint au moins une fois au cours des six derniers mois (la date de l'entrevue étant la date de référence). À l'inverse, une famille non-violente désigne une famille où ce type d'accident ne s'est pas produit. La recherche s'est réalisée selon un échantillonnage de quatre groupes présentant des variables socio-démographiques similaires, hormis trois variables (nombre d'années de scolarité des mères, pourcentage des mères ayant une activité professionnelle et indice de statut socio-économique). Les groupes d'études étaient répartis de la manière suivante : deux groupes composés d'enfants vivant dans une famille violente l'une d'origine québécoise et l'autre d'origine immigrante et deux groupes-contrôle composés d'enfants vivant dans une famille non-violente l'une d'origine québécoise et l'autre d'origine immigrante.

Trois niveaux de comparaison ont été utilisés :

- 1) Enfants vivant dans des familles violentes *versus* enfants vivant dans des familles non-violentes, sans considération d'origine.
- 2) Enfants vivant dans des familles violentes et réellement témoins de violence conjugale *versus* enfant vivant dans une famille violente et non-témoins de violence conjugale.
- 3) Enfants vivant dans des familles violentes issus de familles d'immigration récente *versus* enfants vivant dans des familles québécoises violentes (les quatre grands-parents nés au Canada).

Résultats principaux

La synthèse permet d'extraire les éléments suivants :

- 1) La santé mentale des enfants varie selon qu'ils sont réellement témoins ou non de la violence physique subie par leur mère;
- 2) Les enfants témoins de violence conjugale issus de familles d'immigration récentes présentent des problèmes de santé mentale similaires à ceux issus de familles québécoises, seule varie la manifestation de ces troubles (intériorisés pour les immigrants *versus* extériorisés pour les Québécois);
- 3) Le temps de présence, traditionnellement utilisé dans la mesure de l'acculturation, n'a pas généré de différences significatives. L'étude n'a donc pas noté de différence entre la santé mentale des enfants arrivés depuis moins de 4 ans et ceux arrivés depuis plus de 4 ans au Québec. Ces données remettent donc en cause le modèle classique d'acculturation;
- 4) L'analyse a permis l'identification de facteurs de risque associés aux problèmes de psychopathologie des enfants et de protection qui peuvent être utilisés pour briser le cycle de la violence qui se transmet d'une génération à l'autre. Ainsi, plus les comportements de soins augmentent et plus la probabilité d'avoir des problèmes de nature extériorisée diminue; la manifestation des symptômes varie en fonction du statut d'immigration ou non (intériorisés chez les enfants immigrants et extériorisés chez les enfants québécois); le nombre de visualisation d'actes violents constitue une variable significative dans l'augmentation des troubles mentaux notamment chez les garçons plus exposés que les filles; la santé mentale de la mère influence le risque de développement de troubles mentaux chez l'enfant, notamment chez les filles;
- 5) L'évaluation de la santé mentale des enfants par la mère ne s'avère pas être un outil satisfaisant. En effet, dans les familles violentes (québécoises ou immigrantes) on constate peu de concordance entre la perception des mères et des enfants pour l'ensemble des enfants. Ces données montrent qu'il est important d'évaluer la perception des différents acteurs mais que le questionnaire Dominique/Tony adressé aux enfants se révèle un meilleur baromètre dans l'évaluation des problèmes de santé mentale.

ÉVALUATION DES APPROCHES DANS LES INTERVENTIONS, EN SOUTIEN PARENTAL ET STIMULATION INFANTILE AUPRÈS DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Marie Claude Laurendeau Vania Jimenez Monique Lapointe Bernard Heneman Michel Tousignant	6.1 Battaglini Alex, Fortin Sylvie, Laurendeau Marie Claude et Tousignant Michel, (1997) <i>Bilan des interventions en stimulation infantile auprès des clientèles pluriethniques</i> , Rapport de recherche, Régie régionale de santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la Santé Publique, Avril. 6.2 Bourque Renée, Gravel Sylvie et Battaglini Alex, (2000) <i>Soutien parental et stimulation infantile en milieu pluritethnique</i> , Régie régionale de santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la Santé publique, Avril.

Problématique

Le premier volet de cette étude, de nature descriptive poursuit les objectifs suivants :

1. Recenser et décrire les interventions pertinentes principalement dans la région de Montréal (objectifs et modalités d'intervention, processus de recrutement, clientèles ciblées, clientèles rejointes);
2. Décrire les moyens consacrés aux interventions en termes de ressources humaines, financières et matérielles;
3. Décrire les difficultés perçues par les intervenants et les clients, reliées à l'intervention en contexte pluriethnique;
4. Identifier les facteurs de réussite à la lumière des données recueillies auprès des intervenants et des clients;
5. Rapporter les éventuelles évaluations d'intervention.

Le deuxième volet, de nature critique poursuit les objectifs suivants :

1. Établir la concordance entre la nature des objectifs visés par les interventions et les besoins de la clientèle d'après les données recueillies auprès des intervenants et des clients
2. Identifier les éléments de contenu et les conditions facilitants les interventions auprès des familles des communautés ethnoculturelles (respect des valeurs propres à la population visée, prise en compte du contexte environnemental, inclusion des visites à domiciles etc.)
3. Établir la concordance entre la nature des objectifs visés par les interventions et les besoins de la clientèle d'après les données recueillies auprès des intervenants et des clients
4. Relever les différentes modalités d'adaptation des activités et décrire les approches prometteuses recensées.

Le troisième volet vise à fournir aux praticiens un outil de réflexion en matière d'intervention auprès de la clientèle pluriethnique (Cf. publication 6.2)

Cinq objectifs sont poursuivis :

1. Initier les intervenants aux finalités et aux principes de base d'une adaptation culturelle réussie;
2. Identifier des moyens pour cibler la clientèle pluriethnique et pour l'intéresser aux programmes de soutien parental et de stimulation infantile;
3. Créer des activités adaptées aux besoins de la clientèle pluriethnique;
4. Développer la compétence à animer et à gérer des ateliers en soutien parental et en stimulation infantile en contexte pluriethnique;
5. Évaluer l'adaptation culturelle des activités de soutien parental et des stimulations infantiles se déroulant en milieu pluriethnique.

Méthodologie

Enquête bifocale par questionnaire auprès des intervenants et des clients dans les limites géographiques des territoires de CLSC suivants : Bordeaux-Cartierville, Côte-des-Neiges, Dollard-des-Ormeaux, Ahuntsic, Métro, Notre-Dame-de-Grâce / Montréal-Ouest, Parc-

Extension, Pierrefonds, Rosemont, Saint-Laurent, Saint-Léonard, Saint-Michel, Saint-Louis du Parc et Villieray.

La recension des activités a été réalisée en collaboration avec les différentes équipes Enfance/Famille des CLSC. Les critères d'inclusion des activités étaient les suivants : stimulation infantile destinée aux enfants de 0 à 5 ans et/ou soutien parental auprès des parents d'enfants de 0 à 5 ans.

La clientèle rejointe devait être composée d'au moins 405 personnes provenant de communautés culturelles, l'activité devait être sous la responsabilité du CLSC ou offerte en partenariat avec celui-ci et un autre organisme, l'activité devait être offerte à la population depuis moins d'un an.

Résultats principaux

Une recherche évaluative des interventions, en soutien parental et stimulation infantile auprès des communautés culturelles en association avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux, a également mis en évidence un décalage entre les attentes des clients et des intervenants. Le principal objectif des intervenants se situe au niveau de leur mission d'éducation/d'information et de développement optimal des enfants. Néanmoins, ces objectifs et les activités qui en découlent sont le produit d'une culture (la culture québécoise) et ne rencontrent pas forcément l'écho souhaité dans les normes et valeurs des populations visées. Il y a lieu de parler de chocs culturels. Par ailleurs, l'enquête effectuée auprès de la clientèle rend compte du caractère prioritaire des mères à rompre leur isolement social. Ces perceptions différentes quant aux besoins et aux attentes mettent à l'épreuve la qualité de la relation intervenants / clients et le processus même de l'intervention.

La recherche réalisée analyse des interventions où sont impliqués à la fois des parents, des enfants et des intervenants. Les perspectives, les besoins, les buts et les stratégies de chacun des trois types d'acteurs ne sont pas nécessairement convergents. L'amélioration des interventions en soutien parental requiert chez les intervenants une étape de décentration de leurs propres perspectives pour comprendre la logique dans laquelle se situent d'un côté les parents et de l'autre les enfants dont ils ont la charge. La poursuite de l'intervention et la compréhension de la dynamique de celle-ci appellent une prise en considération de ces écarts, non pour s'y opposer à tenter de les réduire à tout

prix mais pour les reconnaître et ainsi, mieux contrôler leur signification et leur impact. Ce que cette étude nous apprend est, que ce ne sont pas tant que les écarts qui constituent des freins à la réalisation d'une intervention réussie mais davantage la méconnaissance ou la sous-estimation de ceux-ci.

Le poids du modèle théorique de l'empowerment tel que véhiculé dans les représentations des intervenants dans leur rapport à la clientèle se retrouve aussi dans l'évaluation des interventions en soutien parental et stimulation infantile dans les difficultés des intervenants à comprendre les stratégies des mères en regard de leurs propres conceptions et objectifs de soins.

L'ensemble de ces travaux a donné lieu à plusieurs activités de formation (conférences-midi, colloques, séminaires) ainsi qu'à diverses publications destinées tant aux publics des milieux de l'intervention que des milieux universitaires. La recherche évaluative des interventions en soutien parental a produit un guide de vulgarisation des résultats.

**SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX DE 1^{ÈRE} LIGNE EN MILIEU
PLURIETHNIQUE. PROJET DE DIFFUSION DES RÉSULTATS DE
RECHERCHES**

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Pierre-Léonard Harvey Ève-Line Bélanger Nathalie Ferrand	<p>7.1 Harvey Pierre-Léonard et Bélanger Ève-Line, (1995). <i>Communication organisationnelle et processus de diffusion : Étude qualitative portant sur l'appropriation d'informations par les intervenants des domaines sociaux et de la santé dans le système organisé autour du Centre de Recherche et de Formation à Montréal</i>, Rapport de recherche, Novembre, UQAM.</p> <p>7.2 Ferrand Nathalie, (1996) <i>Projet de diffusion et de transfert des résultats de recherches – Compte-rendu de l'analyse des focus groups</i>, Département de communications de l'UQAM, Mai.</p> <p>7.3 Harvey Pierre - Léonard et Bélanger Ève - Line (1996). <i>Recommandations suite au rapport Ferrand</i>, UQAM.</p>

Problématique

Cette recherche s'inscrit dans le cadre structurel de l'organisation que représente le CLSC du quartier Côte-des-Neiges à Montréal et du Centre de recherche qui s'est constitué en son sein et qui a été approuvé par le Conseil d'administration en juin 1992 dans le but de contribuer au développement des services de santé et services sociaux destinés aux populations issues de communautés culturelles dans le respect des particularités linguistiques, sociales, ethniques et religieuses. Même si le CRF s'impose de favoriser les projets qui profitent directement à la population du territoire du CLSC, il encourage les chercheurs à généraliser et à diffuser les résultats de leurs travaux au-delà.

Cette recherche résulte donc d'un questionnement sur la démarche employée par le CRF pour faire connaître les résultats des travaux menés sous sa responsabilité et en faire bénéficier les groupes visés.

L'objectif principal est l'analyse des processus de diffusion du CRF en vue d'explorer un nouveau support de communication et de diffusion de résultats auprès des différents

groupes cibles. Le moyen *vidéo* a été proposé comme instrument au service de la stratégie de communication des résultats.

Les objectifs spécifiques consistent à : 1) déterminer les modalités particulières de la réception dans chacun des groupes cibles : moyens de s'informer et taux de satisfaction pour chacun, l'appropriation. 2) proposer des moyens d'optimiser la circulation de l'information en fonction des supports disponibles ; 3) évaluer la pertinence et l'intérêt du support vidéo de communication et de diffusion de résultats auprès des différents groupes cibles ; 4) identifier le taux d'efficacité du support vidéo dans l'amélioration de la connaissance des clientèles pluriethniques par les intervenants de première ligne.

Méthodologie

- 1) Établir le profil et les caractéristiques des individus-groupes émetteurs et des individus-groupes récepteurs.
- 2) Réaliser des vidéos de séquences de diffusion de résultats (conférences, séminaires).
- 3) Méthode des *focus groups* et questionnaire auprès de trois échantillons d'intervenants de première ligne.

Résultats principaux

Rappelons que la préoccupation centrale de cette recherche est de tester le support vidéo pour la diffusion des résultats de recherches venant du Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges auprès des groupes partenaires. Cette question implique donc la nécessité de mieux connaître les publics ciblés par ces résultats de recherches, en termes de besoins, d'attentes et de spécificités, concernant ces informations et ce partenariat. Les besoins des groupes en terme d'informations et de relation avec le Centre déterminent leurs attentes par rapport au Centre et ce sont ces deux aspects (besoins et attentes) qui font ici leurs spécificités.

Trois *focus groups* d'environ huit personnes et d'une durée de deux heures ont ainsi été réalisés auprès de différents groupes partenaires du Centre de recherche et de formation. Le premier groupe est constitué de personnes travaillant dans des organismes communautaires, le second regroupe des membres du personnel du CLSC Côte-des-Neiges, et le dernier compte des membres du personnel du CLSC Bordeaux-Cartierville.

La grille d'entrevue des *focus groups* comprend deux séries de questions. La première série est relative avec le Centre de recherche et de formation et se rapporte également aux moyens et types d'informations utilisés dans la pratique professionnelle. La seconde série des questions a lieu après la projection d'un film (conférence ayant eu lieu au Centre) et porte sur la perception du support vidéo.

L'analyse des *focus groups* a permis de mettre en évidence que le support vidéo est apprécié de façon unanime. Cependant, son utilisation varie selon de nombreux facteurs (temps, intérêt pour la problématique, habitudes d'utilisation, projection inscrite dans un cadre précis, etc.). Ce support est considéré comme efficace s'il respecte quelques critères importants (durée, vulgarisation, etc.) La vidéo a également un aspect fédérateur car elle est visionnée le plus souvent en groupe et cela suscite des réactions et des discussions autour du sujet.

Concernant les résultats de recherche en tant qu'informations à utiliser dans le cadre d'une intervention, il y a beaucoup de réserves quant à leur réelle efficacité sur le terrain. Les besoins au type d'information semblent être relativement similaires pour les intervenants quels que soient leurs champs d'action ou l'organisation pour laquelle ils travaillent. Le mot-clé est la « vulgarisation » et on reproche à la recherche son manque d'applications « pratico-pratiques ».

ÉVALUATION D'UNE APPROCHE INTÉGRÉE EN CLSC. BARRIÈRES ET FACILITATEURS QUI FACILITENT ET SOUTIENNENT L'INTERVENTION PAR QUARTIER

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Louise Potvin Suzanne Descoteaux Marguerite Zaka Monique Lapointe Liliane Laporte Brigitte Côté Berre Mustapha	8.1 Mustapha Berre, Côté Brigitte et Potvin Louise, (1997). <i>Évaluation d'une approche intégrée en CLSC : Barrières et facilitateurs qui facilitent et soutiennent l'intervention par quartier</i> , RRSSS de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, juin. 8.2 Brigitte Côté, (1998). <i>L'évaluation d'une approche intégrée en CLSC : Barrières et facteurs facilitant l'intervention par quartier</i> . Conférence-midi du CRF, CLSC Côte-des-Neiges, 12 février. 8.3 <i>Formation-action dans une pratique innovatrice : l'intervention par quartier</i> . (1999-2000). Formation en sept séances de trois heures, soutenue par le travail d'un Comité de support composé de gestionnaires et d'intervenants.

Problématique

Le CLSC Côte-des-Neiges a choisi, il y a trois ans, d'implanter une nouvelle approche baptisée "intervention par quartier" (IPQ). Cette approche est un retour aux sources de l'inspiration de la réforme Castonguay-Neveu qui créait les CLSC pour rapprocher les services des populations auxquelles ils s'adressent.

En 1991, le CLSC et des organismes communautaires se sont donnés une philosophie d'intervention qui se voit intégrante des divers modèles de chaque discipline du domaine de la santé. Elle est basée sur les principes de l'OMS en soins de santé primaires et du "Community Oriented Primary Care", inspiré du Développement Social par Quartier (DSQ) en France, du patchwork en Angleterre, de Villes et villages en santé et des principes de l'organisation communautaire de McKnight (Building Communities Inside Out). Les grands principes communs à ces approches sont la base territoriale et locale, la participation de la population, l'intersectorialité et l'accent sur la prévention et la promotion de la santé. L'approche baptisée "intervention par quartier" s'appuie sur tous ces principes.

L'approche vise les milieux de vie à l'échelle humaine dans lesquels l'équipe d'intervenants travaille à réduire la distance entre les gens, diminuer l'anonymat, créer des réseaux, des lieux de rapprochement pour les familles, des environnements plus salubres. Le processus implique que les divers acteurs dans les milieux de vie locaux dressent un portrait des besoins, des services en place, des forces du quartier, pour ensemble modifier, ajouter ou créer des services et interventions adaptés aux conditions locales. Dans un CLSC urbain de 126 000 habitants (46,3% d'immigrants dont 11,4% d'arrivée récente), le défi est encore plus grand vu l'atomisation du milieu urbain (isolement, méfiance du voisin, absence de communication et de réseaux sociaux) et le contexte multiethnique qui amplifie ces réalités.

Le CLSC, qui comprend le quartier Côte-des-Neiges, la Ville d'Outremont et Ville Mont-Royal, a donc sous-divisé son immense territoire en quartiers. Le CLSC a d'abord procédé à un découpage de son bassin de desserte en plusieurs quartiers constitués chacun d'un certain nombre de secteurs. Pour deux quartiers, une équipe multidisciplinaire constituée d'intervenants issus des différents programmes a été formée. La première a été à Mountain Sights, en 1991, et la deuxième à Plamondon en septembre 1995. Le territoire de Mountain Sights regroupe 6 intervenants pour 3500 de population. Le territoire de Plamondon touche une trentaine d'intervenants pour 17 000 de population. En mars 1996, le comité de support au projet créait un groupe de travail pour définir l'évaluation du projet.

Méthodologie

La collecte de données sur les facteurs ayant une influence dans l'implantation du projet, a été réalisée par des entrevues semi-dirigées, d'une durée de 30 à 60 minutes.

Un schéma d'entrevue a été défini pour les décideurs et cadres, et un autre schéma pour les intervenants du CLSC et du communautaire. Comme il s'agit de deux projets-pilote à des stades différents d'implantation, l'échantillon est représentatif des deux projets. De plus, l'échantillonnage, pour garantir une bonne représentativité, tient compte à la fois du programme auquel l'intervenant est rattaché et du corps professionnel de ce dernier.

Une liste des personnes éligibles, selon leur statut – décideur, cadre ou intervenant – a été dressée. Quinze personnes ont été sélectionnées, selon les critères énoncés plus haut. Le corpus des entrevues a été traité au moyen du logiciel NUDIST.

Résultats principaux

L'approche par quartier est une innovation dans le cadre du développement organisationnel du CLSC. C'est une nouvelle façon de procéder qui correspond aux nouvelles pratiques de la promotion de la santé.

D'après les résultats de cette étude, certaines conditions semblent être des préalables à la diffusion de l'intervention par quartier. Parmi ces conditions, on note en priorité :

1. l'information et la sensibilisation des intervenants au sein de l'organisation;
2. l'intégration de l'intervention par quartier parmi les différents programmes du CLSC;
3. le choix de la taille des quartiers cibles de l'intervention;
4. l'engagement formel de l'organisation.

L'étude montre que les décideurs, les membres du comité aviseur et l'équipe de Mountain Sights sont convaincus de l'efficacité de l'approche et de sa complémentarité par rapport aux programmes du CLSC. Cette conviction n'est pas retrouvée chez les intervenants de Plamondon. Une analyse du processus, élément indispensable pour assurer une démarche de changement, montre une information et sensibilisation insuffisantes, ce qui a été aussi rapporté par les résultats des entrevues. Il appert que l'implantation de l'approche par quartier est grandement facilitée par des discussions se déroulant avant la réalisation. À Plamondon, les intervenants semblent être insuffisamment informés pour être sensibilisés et convaincus de l'efficacité de l'approche par quartier. Ils y voient un changement de leurs pratiques dans la mesure où ils avaient l'habitude de travailler d'une façon individuelle alors qu'ils sont maintenant appelés à travailler en équipe au sein de l'approche par quartier. Il est important que les intervenants se convainquent entre eux que leurs pratiques actuelles ne sont pas forcément la meilleure façon de procéder pour solutionner les problèmes identifiés dans le quartier. Il est aussi souhaitable d'accroître la capacité des intervenants à prendre des décisions, à faire des choix réfléchis, afin que le changement de pratiques soit perçu comme une habilitation. À Mountain Sights, les intervenants ont été touchés par ce changement depuis trois ans et sentent déjà les résultats de leurs efforts. Leur implication dans le processus d'information et de sensibilisation aurait été d'une importance capitale pour convaincre les intervenants de

Plamondon. De même, leurs expériences apporteront des réponses à certaines inquiétudes soulevées lors du processus d'implantation à Plamondon.

Il est pertinent de signaler aussi qu'à travers les entretiens, on peut déceler qu'une seule stratégie d'approche a été mise en place pour promouvoir l'intervention par quartier parmi les intervenants, soit «les réunions». Il serait opportun que les stratégies soient multiples et variées en fonction des catégories du public ciblé (innovateurs, "adopteurs" précoces, "légitimateurs", "adopteurs" tardifs et traditionalistes).

L'organisation habituelle des pratiques en CLSC prévoit deux modalités: une centrée sur le client (approche individuelle) et l'autre centrée sur le problème (approche par programme). Dans un tel contexte, l'approche par quartier centrée sur le milieu de vie de la population peut être considérée comme une innovation. L'approche se veut globale et intégrée : approche globale dans la mesure où elle tient compte de l'individu comme un élément indissociable de son milieu de vie; approche intégrée dans la mesure où elle fait appel à l'intégration des programmes et activités à trois niveaux: à l'interne de l'organisation, à l'externe de l'organisation et avec le quartier.

- À l'interne de l'organisation, l'intervention par quartier appelle à l'intégration des activités de promotion de la santé et de prévention et à la responsabilisation de l'équipe pour définir les objectifs opérationnels et les activités dans « le quartier ». Le principal problème soulevé est celui de l'intégration de l'approche par quartier avec les programmes.
- À l'externe, elle se caractérise par la mise de l'avant d'un nouveau modèle d'organisation de prestation des services sociaux et de santé, fondé sur la collaboration entre les intervenants des différents secteurs opérant dans le quartier. L'implication actuelle des organismes communautaires et d'autres secteurs d'activités éventuellement (police, éducation etc.) dans l'équipe de quartier apporte un support supplémentaire pour atteindre les objectifs. Elle offre de plus la possibilité d'aborder et de traiter les problèmes sous des angles différents et apporte des réponses à des besoins de la population qui ne sont pas comblés par le secteur de santé. Le principal problème soulevé est celui de la coordination entre le CLSC et ces divers secteurs.

Quant à la détermination des quartiers, la taille du quartier semble être un élément important pour l'implantation de l'intervention. L'expérience à Mountain Sights a montré

que l'implantation est facilitée par un quartier, site de l'intervention circonscrit, de petite taille, avec un nombre réduit d'intervenants, ce qui à notre avis facilite la communication et le travail en équipe. Un quartier de grande taille implique un grand nombre d'intervenants et une difficulté de coordination des efforts pour aboutir à un résultat souhaité.

Dans la littérature, pour ce qui est de l'engagement des responsables, le niveau d'implantation de l'intervention comprend plusieurs étapes dont l'engagement de l'organisation (Charter, 1973). L'engagement formel de certains responsables face à l'intervention par quartier ne semble pas perçu par les intervenants à Plamondon. L'intégration de l'intervention par quartier au sein des programmes du CLSC et l'implication des responsables des programmes à la promotion de l'intervention au sein de leurs équipes respectives, sont deux éléments indispensables pour l'aboutissement du processus d'implantation.

L'ÉTABLISSEMENT DES IMMIGRANTS AU QUÉBEC : ÉTUDE LONGITUDINALE

ÉTAT PROJET : Phases 1-2-3 : terminées
Phase 4 : en cours de diffusion

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Jean Renaud Alain Carpentier Gérard Ouimet Catherine Montgomery Serge Desrosiers	9.1 Renaud Jean, Carpentier Alain, Ouimet Gérard et Montgomery Catherine, (1992). <i>La première année d'établissement d'immigrants admis au Québec en 1989</i> , Rapport de recherche, Ministère des communautés culturelles et de l'immigration, Montréal.
	9.2 Renaud Jean, (1992). « Un an au Québec. La compétence linguistique et l'accès à un premier emploi », in <i>Sociologie et Sociétés</i> , vol. XXIV, n° 2, automne, 131-142.
	9.3 Renaud Jean, Desrosiers Serge et Carpentier Alain, (1993). <i>Trois années d'établissement</i> , Rapport de recherche, MRCI.
	9.4 Montgomery Catherine et Renaud Jean, (1994). « Residential patterns of New Immigrants and Linguistic Integration », <i>Le géographe canadien</i> , Vol. 38, n° 4, 331-342.
	9.5 Renaud Jean, (1994). « La place des cours de langue et des emplois dans l'orientation linguistique des nouveaux immigrants », <i>Actes du Colloque de l'ACFAS tenu à Montréal</i> , 17 mai, 92-107.
	9.6 Renaud Jean, (1993). « Le français intégrateur ? » Notes pour la table ronde sur le français intégrateur? Communication tenue à l'Université de Montréal le 19 mars.
	9.7 Renaud Jean, Piché Victor et Gingras Lucie, (1997). « Immigration et intégration économique à Montréal : l'origine nationale serait-elle discriminatoire ? », <i>Anciennes et nouvelles minorités</i> , Paris, INED et John Libbey, 89-112.
	9.8 Piché Victor et Renaud Jean, (1998). « Les politiques d'intégration sont-elles efficaces ? Le cas du Québec », Communication, XXIII ^{ième} Congrès Général de la Population, Union Internationale pour l'étude scientifique de la population, Beijing, Chine, 11-17 Octobre, 2-16.
	9.9 Renaud Jean, (1999). « Barrières et premier établissement en emploi : quelques exemples à partir d'enquêtes », Atelier sur les barrières à l'emploi, 4 ^{ème} Conférence Internationale de Métropolises, Washington, D.C, Décembre, 1-9

	PRODUCTION DES RÉSULTATS (SUITE)
	9.10 Renaud Jean, (1999). « Les études relatives à l'installation des immigrés au Québec : méthodologies et résultats », Colloque Villes et Hospitalités, Paris 5-6 mai, 1-9.
	9.11 Jean Renaud, Lucie Gingras, Sébastien Vachon, Christine Blaser, Jean-François Godin et Benoît Gagné, (2000). <i>Ils sont maintenant d'ici! Les dix premières années au Québec des immigrants admis en 1989</i> . MRCI, Publications du Québec.

Problématique

Au départ, le projet de recherche de Renaud J., qui est également professeur au Département de sociologie, consistait à suivre l'évolution de 1000 immigrants sur une période de trois ans. Un premier rapport de recherche avait d'ailleurs été publié en mars 1993 en collaboration avec Desrosiers S. et Carpentier A. sous le titre « Trois années d'établissement d'immigrants admis au Québec en 1989 ». Or, à la suite de la publication de ce rapport, on s'est vite rendu compte de la "rentabilité pédagogique" d'une telle étude et de la grande valeur de l'information recueillie pour les divers intervenants en matière d'immigration. Si l'enquête de 3 ans avait déjà permis d'accumuler des renseignements précieux sur le processus d'établissement des immigrants, des données recueillies sur 10 ans pourraient certainement fournir des précisions encore plus grandes sur l'évolution de ces personnes. L'étude a commencé en 1989 : première vague de 1000 entrevues réalisée en 1990 après un séjour moyen de 43 semaines; deuxième vague en 1991 auprès de 729 des 1000 répondants de la première; troisième vague en 1992 auprès de 508 personnes; quatrième vague vient de prendre fin et l'analyse cerne les profils en matière de logement, scolarisation, apprentissage des langues officielles, emploi, etc.

Méthodologie

Étude cohorte d'immigrants en quatre phases (temps 1 : à l'arrivée; temps 2 : au bout de la première année d'installation; temps 3 : troisième année d'installation; temps 4 : dixième année d'installation). Enquête par entrevues-questionnaires auprès d'un échantillon de 1000 nouveaux immigrants au Canada qui avaient choisi le Québec comme province de destination, qui sont arrivés à l'été et à l'automne 1989 et qui résident dans la grande région de Montréal un an après leur arrivée. 429 individus ayant participé à la première enquête ont collaboré à la dernière qui s'est déroulée en 1999.

Résultats principaux

Cette recherche permet de suivre les processus d'insertion des immigrants et d'examiner les difficultés inhérentes à leurs trajectoires auxquelles ils sont inévitablement confrontés.

Dans l'ensemble, les résultats déconcertent les *a priori* tout en introduisant des niveaux d'analyse suffisamment fins qui permettent de mieux saisir où se trouvent les obstacles potentiels dans les parcours d'insertion. Les variables, déterminantes de l'insertion dans la société québécoise, sont l'âge, le sexe, l'origine nationale, l'existence ou non d'un conjoint et l'expérience de travail pré-migratoire. Globalement, l'établissement professionnel des immigrants semble aller bien. Au terme de la première année 65 % des hommes et 50 % des femmes ont un emploi, cependant l'analyse par tranche d'âge et niveau de scolarisation montre que ce taux s'affaiblit pour les immigrants de plus de 40 ans peu scolarisés. Par ailleurs pour l'ensemble, le maintien en emploi se caractérise par une mobilité importante. Mais dans ce paysage, la variable origine nationale apparaît fortement discriminatoire. Les immigrants de l'Afrique sub-saharienne ont de plus grandes difficultés à accéder au travail et ce, en dépit d'un niveau élevé de scolarité. Les immigrants hors Amérique du Nord et Europe de l'Ouest subissent une discrimination en regard des revenus horaires.

Si la connaissance des langues française et anglaise et leur apprentissage n'ont pas d'impact sur la vitesse d'accès au premier emploi, ils structurent, néanmoins, l'insertion dans des réseaux sociaux linguistiquement divisés au Québec. Enfin, les résultats insistent sur le poids déterminant du rôle des réseaux d'accueil et d'insertion dans l'établissement. La discrimination pourrait être moins l'effet du racisme que le résultat d'une installation moins "encadrée" par des réseaux d'accueil et de soutien dans la communauté.

La publication du rapport sur la 4^{ème} phase au terme des dix années d'enquête constitue des données de base pour tous les travaux portant sur l'analyse des profils et des trajectoires des populations.

Les résultats de l'analyse de cette cohorte montrent que l'intégration des immigrants qui ont participé à cette dernière tranche de l'étude sont désormais installés et intégrés au Québec. La mesure de leur intégration s'apprécie à différents niveaux :

1- LE LOGEMENT : UN ACCES CROISSANT A LA PROPRIETE ET UNE DISPERSION GEOGRAPHIQUE

Après dix ans de séjour, on estime à plus de 36 % les répondants ayant accédé à la propriété. Si on ne note aucune différence entre les sexes, l'âge ou la catégorie d'immigration, la scolarité semble influencer la vitesse à laquelle on accède à la propriété. L'accès augmentant à mesure que le niveau de scolarité s'élève.

Sur le plan de la mobilité, on remarque des mouvements de dispersion à partir de la troisième année d'établissement et jusqu'à la dixième. Cette dispersion n'a pas lieu seulement sur l'île de Montréal, mais se produit également en Montérégie, à Laval et dans les Basses- Laurentides.

2 - L'EMPLOI : UNE AUGMENTATION DE LA STABILITE ET DU STATUT SOCIO-ECONOMIQUE

L'accès à un premier emploi se fait assez rapidement. Après 15 semaines, plus de 50 % des répondants ont trouvé un premier emploi. Néanmoins, 14 % n'a jamais occupé un emploi après dix ans de séjour. Cependant, la stabilité en emploi s'observe surtout à partir de la troisième année d'établissement et correspond à peu près au quatrième emploi. Mais encore cette augmentation de la stabilité en emploi est davantage observée chez les répondants plus scolarisés que chez les autres.

En général, les répondants en emploi se concentrent surtout dans trois grands secteurs au cours des dix premières années d'établissement : les industries manufacturières (29 %), le commerce de détail (17 %), l'hébergement et la restauration (10 %).

Pendant toute la période couverte par l'étude, les hommes connaissent des probabilités plus grandes d'occuper un emploi que les femmes. De plus, le salaire hebdomadaire médian des hommes est constamment supérieur à celui des femmes. Il l'est également chez les répondants âgés de 26 ans et plus et chez ceux qui détiennent un diplôme post-secondaire et plus. Les répondants admis sous la catégorie "indépendant" connaissent aussi des probabilités plus fortes d'occuper un emploi au cours des dix années comparativement aux répondants des catégories "famille" ou "réfugié".

3 - LA FORMATION : UN INVESTISSEMENT IMPORTANT DES LES PREMIERES ANNEES D'ETABLISSEMENT

L'investissement en formation est important. La très grande majorité des activités de formation suivies par les répondants ont lieu dans les premières années d'établissement.

Après un an, 53 % a déjà participé à une activité de formation. Après dix ans, la proportion est de 70 %.

Les répondants admis sous la catégorie "réfugié" détiennent le pourcentage le plus élevé d'inscription à un programme de formation (qu'il soit à temps plein ou à temps partiel) au cours des dix années d'observation. Les répondants de la catégorie "famille" sont en proportion moins nombreux.

4 - LES MENAGES : UNE RECOMPOSITION QUI TEND A LA NUCLEARISATION FAMILIALE

La taille des ménages diminue au fil du temps. Lors de la première année, 40 % des ménages sont composés de cinq individus et plus. À la fin de la dixième année, cette proportion baisse à 30 %. La proportion de "familles nucléaires" (répondant, conjoint et enfant(s)) connaît une forte croissance au fil du temps, tandis que la "famille élargie" connaît une forte diminution. On note également une croissance de familles monoparentales, passant de 2 % lors de la première année à 6 % lors de la dernière.

5 - LA LANGUE : UN USAGE CROISSANT DU FRANÇAIS A LA MAISON ET EN PUBLIC

Le français comme langue d'usage public prédomine chez les répondants. Près de 61 % des répondants disent utiliser seulement le français à l'extérieur de la maison. Près de 8 % dit l'utiliser autant que l'anglais et près de 6 % l'utilise autant qu'une autre langue. Moins de 20 % utilise seulement l'anglais. Cette ventilation demeure presque exactement la même pour ceux dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais. Elle change cependant selon la scolarité, les universitaires et les répondants de niveau primaire utilisant moins le français en dehors du foyer que les répondants de niveau post-secondaire.

La langue maternelle est celle qui est la plus souvent parlée à la maison. Elle connaît toutefois une baisse notable au dernier temps d'observation (un peu moins de la moitié disent utiliser leur langue maternelle), au profit du français.

6 - DEMANDE DE CITOYENNETE ET ENGAGEMENT DE PARRAINAGE

Après dix ans d'établissement au pays, plus de 95 % des répondants ont fait une demande de citoyenneté. Les répondants âgés de 18 à 25 ans (à l'arrivée) sont moins nombreux à avoir fait une demande de citoyenneté que les autres répondants. On compte également des proportions plus élevées de personnes n'ayant pas fait de demande chez

LA PATERNITÉ DANS UN CONTEXTE PLURIETHNIQUE

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	Production des résultats
Jean-François Saucier Vania Jimenez Robert Sévigny Nathalie Dyke	10.1 Saucier Jean-François et Dyke Nathalie, (1999) <i>La paternité aujourd'hui. Bilan et nouvelles recherches</i> , Actes du Colloque de l'ACFAS, Université Laval, Série des publications du CRF du CLSC Côte-des-Neiges, no.3 10.2 Dyke Nathalie et Saucier Jean-François, (2000) <i>Culture et Paternités</i> , Éditions St-Martin, Montréal.

Problématique

La recherche vise à comprendre les pratiques de la parenté chez les immigrants et ceci à l'intérieur des transformations qu'elles ont subies dans le processus migratoire. Trois groupes culturels sont visés par la recherche : les Vietnamiens et les Haïtiens qui représentent actuellement un pourcentage important des nouveaux arrivants au Québec, et un groupe de Québécois ayant les mêmes caractéristiques socio-économiques.

Méthodologie

Trois types de collecte de données seront utilisés : l'entrevue, l'observation et la collecte de documentation. L'entrevue sera du type semi-structuré. Le premier entretien avec le couple est réalisé au sixième mois de grossesse (caractéristiques socio-économiques, pratiques relationnelles de la famille). Les informations concernant la parenté seront recueillies par la suite.

Résultats principaux

Les études concernant la famille et l'immigration tendent à s'intéresser majoritairement aux mères et aux enfants. Peu de recherches tentent de cerner l'engagement paternel dans le cadre de la reconstruction identitaire intrinsèque au processus migratoire; en d'autres mots, comment le rapport à la culture d'origine, (largement inspiré par les conditions pré et post-migratoires) vient-il influencer le rapport au père (son image et son rôle au sein de la structure familiale) ?

Une fois ce questionnement posé, l'exploration est double en ce sens qu'elle s'intéresse aux points de vue des mères comme des pères et se réalise selon deux volets. Dans le premier c'est le rapport du père à l'enfant qui est exploré tandis que les transformations des rapports familiaux sont l'objet du second volet. Curieusement, les pères vietnamiens soulignent leur souci d'une plus grande souplesse sans toutefois se départir de leur position traditionnelle au sein de la famille.

LE RAPPORT AU PÈRE

Au sein des deux groupes immigrants vietnamiens et haïtiens, les attentes quant à l'engagement paternel s'expriment différemment en fonction des pères et des mères. Chez les mères, qu'elles soient haïtiennes ou vietnamiennes, le père est pourvoyeur de sécurité et d'autorité, il veille à la poursuite de la tradition.

La dimension affective de la relation demeure un attribut féminin. Curieusement, le portrait projeté par les pères haïtiens ne comprend pas cette dimension de sévérité dans le rapport à l'enfant, tandis que les pères vietnamiens soulignent leur souci de ne pas reproduire les méthodes éducatives traditionnelles basées sur l'autorité absolue du père tout en demeurant la représentation et l'expression de l'autorité. On pourrait alors voir, dans cet adoucissement de l'autorité paternelle, un des effets de la transformation de l'engagement paternel dans le cadre du processus migratoire. Chez les Québécois, les mères et les pères placent le père dans une position relationnelle de présence à l'enfant et à la famille.

La principale distinction entre les conceptions et les attentes des couples québécois face à celles des deux groupes étudiés relève : 1) du fait que les mères québécoises n'ont pas d'attente aussi précises vis-à-vis de leur conjoint que les femmes haïtiennes ou vietnamiennes (elles ne savent pas quel genre de père leur conjoint va devenir) ; 2) la personnalité de chacun va primer sur le sexe. Cette perspective asexuée des rôles de chacun est prédominante chez les hommes.

LE RAPPORT À LA FAMILLE

Globalement, pour les femmes haïtiennes comme pour les femmes vietnamiennes, les rapports de couple sont perçus comme plus faciles, plus ouverts au Québec, même si la plus grande participation de l'homme s'accompagne également d'une disparition des réseaux d'entraide familiaux. Cette dernière étant évaluée sous ses aspects positifs autant

que négatifs. Les mères, comme les pères, indiquent une évolution dans les choix d'éducation face aux enfants, notamment en ce qui a trait aux manifestations physiques de l'autorité réprochées par la société d'accueil et qui conduisent, par crainte de l'intervention publique dans l'espace privé, à un adoucissement des règles.

PRODUCTION DE SAVOIR PRATIQUE ET ETHNICITÉ DANS LE TRAVAIL DES AUXILIAIRES FAMILIAUX/FAMILIALES

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Deirdre Meintel Marguerite Cognet Annick Lenoir Robert Sévigny	11.1 Meintel Deirdre, Cognet Marguerite et Lenoir-Achdjian Annick, (1999). <i>Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux</i> , Série de Publications du CRF, 4, CLSC Côte-des-Neiges, CAU, avril.
	11.2 Lenoir-Achdjian Annick, Meintel Deirdre et Cognet Marguerite, (1999). Animation de l'atelier « Les enjeux de l'intervention à domicile », dans le cadre du Colloque « <i>Ethnicité, Citoyenneté, Communauté : les enjeux de l'intervention</i> » organisé par le CLSC Côte-des-Neiges, Centre Affilié Universitaire et son Centre de recherche et de formation, 7 et 8 juin, École des hautes études commerciales, Montréal.
	11.3 Cognet Marguerite, (1999). « Pratiques soignantes et ethnicité: un rapprochement Québec – France ». Communication présentée au Congrès annuel de l'ACFAS, Ottawa, 10-15 mai.
	11.4 Cognet Marguerite et Lenoir-Achdjian Annick, (1999). « Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux », Conférence-Midi du CRF Côte-des-Neiges, 11 février, Montréal.
	11.5 Cognet Marguerite et Lenoir-Achdjian Annick, (1999). Animation d'ateliers-débats autour des résultats du rapport de recherche <i>Pratiques professionnelles et relations interethniques dans le travail des auxiliaires familiaux</i> , 20 et 27 janvier, CLSC Côte-des-Neiges, Montréal.

Problématique

Les différences culturelles et ethniques risquent de se présenter différemment dans le travail des auxiliaires que chez les infirmiers et les médecins (deux catégories d'intervenants qui sont mieux connus des chercheurs) parce que la distance créée par le statut social et professionnel est probablement plus grande entre ces dernières et leurs clients.

L'étude cherche à appréhender les pratiques au travail et les relations de travail d'une

catégorie de professionnels peu étudiée, et qui pourtant est celle qui entretient les contacts les plus intimes et prolongés avec la clientèle.

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 des chefs d'équipe, des auxiliaires-évaluateurs et des auxiliaires étaient représentés.

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 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.

Résultats principaux

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.

LE TRAVAIL : UNE AUTONOMIE ENCADRÉE

Le travail des auxiliaires demande beaucoup d'habiletés 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. C'est dans la relation au client et à son entourage qu'ils 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 ils ont 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 leurs yeux la preuve de son effective utilité.

TRAJECTOIRES PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES

Les itinéraires des auxiliaires interviewés constituent trois profils : 1) les *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. 2) les *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. 3) les *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.

ETHNICITE 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.

Il s'agit d'une recherche exploratoire sur un terrain jusqu'alors assez peu exploré. 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. L'étude avait le projet d'explorer les éventuelles incidences d'une multi-ethnicité réciproque entre auxiliaires familiaux et clientèle; à savoir si elle émergeait 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.

En cours de recherche, 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 sont 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. 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.

Les résultats de cette première recherche ont conduit l'équipe à considérer la pertinence de pousser plus avant les investigations avec une nouvelle étude. Cette étude et les quelques autres traitant de populations similaires (homecare workers) dans les autres provinces canadiennes ou aux États Unis 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.

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

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
<p>Ellen Rosenberg Rémi Guibert Allan Young Deirdre Meintel Laurence Kirmayer Robert Sévigny Fernanda Claudio Spyridoula Xenocostas</p>	<p>12.1 Rosenberg Ellen, Guibert Rémi, Claudio Fernanda et Xenocostas Spyridoula, (1998) <i>The process of clinical encounter between patients and their doctors in the context of ethnic differences</i>, Patient Education and Counselling, 34, S5-S41.</p> <p>12.2 Guibert Rémi, Rosenberg Ellen, Xenocostas Spyridoula, Claudio Fernanda, (1997). « Différence ethnique et rencontre clinique dans le cadre de soins de première ligne ». Communication au Colloque <i>Diversité identité : Pluri-ethnicité et services sociaux et de la santé de première ligne</i>, CRF, Montreal, Juin.</p> <p>12.3 Guibert R, Rosenberg Ellen, Xenocostas Spyridoula, Claudio Fernanda, Sevigny Robert, Meintel Deirdre, Kirmayer Laurence, Young Allan, (1997). « La rencontre clinique entre patients et médecins dans le contexte de différences ethniques ». Communication, 19^e Colloque des enseignants de médecine familiale du Québec/9^e Journée québécoise de la recherche en médecine familiale/1^{er} symposium sur la médecine familiale académique, Montreal, Juin.</p> <p>12.4 Rosenberg Ellen, Guibert Rémi, Xenocostas Spyridoula, Claudio Fernanda, Sevigny Robert, Meintel Deirdre, Kirmayer Laurence, Young Allan, (1997). « Patients' views on the process of the clinical encounter between and their doctors in the context of ethnic differences: Phase I». Presented at NAPCRG'97, Orlando, FL November 1997.</p> <p>12.5 Xenocostas Spyridoula, Guibert Rémi, Rosenberg Ellen, Claudio Fernanda, (1997). « The relevance of identity within the doctor-patient relationship in a pluriethnic setting ». Presented at the Fourteenth Biennial Conference of the Canadian Ethnic Studies Association, Montreal, PQ, November.</p> <p>12.6 Xenocostas Spyridoula, Guibert Rémi, Rosenberg Ellen, Sevigny Robert, Meintel Deirdre, Kirmayer Laurence, Young Allan, (1998). « Est-ce-que l'ethnicité fait une différence? Perceptions des médecins et patients dans une rencontre clinique inter-ethnique ». Conférence-midi, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges, Mars.</p>

	PRODUCTION DES RÉSULTATS (SUITE)
	12.7 Rosenberg Ellen, Guibert Rémi, Xenocostas Spyridoula, Sevigny Robert, Meintel Deirdre, Kirmayer Laurence, Young Allan, (1998). « Easy and difficult clinical encounters in a pluriethnic setting: patient and physician perspectives », Communication in <i>Health Care Conference</i> , Amsterdam, June.
	12.8 Ellen Rosenberg, Spyridoula Xenocostas (1999). « Stratégies des médecins et patients dans une rencontre interethnique, Conférence-midi, CLSC Bordeaux-Cartierville , Montréal, mars.
	12.9 Rosenberg Ellen, Guibert Rémi, Xenocostas Spyridoula, (1999). « Strategies used by patients and physicians in an interethnic clinical encounter. Plenary Speaker at 11 th Annual Indian <i>Health Services Research</i> Conference, Albuquerque, NM, April.

Problématique

Le système de soins dessert une clientèle de plus en plus diversifiée sur le plan ethnique. À cause des sources potentielles d'incompréhension, une différence culturelle entre un médecin et un patient peut entraîner un diagnostic erroné, un traitement inapproprié, de l'insatisfaction chez le patient, avec son retrait prématuré possible du recours aux soins, et aussi de la frustration chez le professionnel. L'objectif du projet est de décrire la perception des médecins de famille du fait culturel dans leur pratique et les stratégies ou ressources qu'ils mobilisent pour répondre à ce type de contingence. Il est postulé que le médecin modifie sa gestion de la rencontre clinique dans le but de fournir des services mieux adaptés à son patient avec pour effet un patient plus satisfait avec de meilleurs résultats de santé, et aussi, le médecin, plus satisfait de son travail.

Méthodologie

Le projet consiste en une enquête exploratoire auprès des médecins de famille (n=25) et de leur patients (n=25) du CLSC Côte-des-Neiges et de la région montréalaise. Les participants ont été interviewés selon la méthode de l'entrevue semi-dirigée. Ils ont été sélectionnés pour répondre aux critères de diversité ethnique, diversité d'éducation, de niveaux socio-économiques et d'expériences migratoires. En entrevues, ils devaient décrire 2 incidents critiques mettant en scène d'un côté une situation de rencontre interethnique aisée et de l'autre une rencontre interethnique source de tension. Les différentes stratégies ont été identifiées et catégorisées. Les données sont analysées dans une perspective qualitative.

Résultats préliminaires

Les travaux d'analyse des rencontres cliniques entre patients et médecins dans un contexte de différences ethniques, dirigés par Rosenberg E., montrent comment des perceptions et des attentes différentes entre les deux types d'acteurs amènent les uns et les autres à développer des stratégies en vue de leurs objectifs propres et pas nécessairement convergents.

Les médecins utilisent des stratégies pour atteindre les objectifs suivants : 1) effectuer un diagnostic et traitement précis face aux barrières linguistiques et aux différences tant dans la prévalence des maladies et des comportements vis-à-vis de celles-ci; 2) promouvoir la santé; 3) intégrer les patients dans le système médical; 4) éduquer les patients au sujet des valeurs et croyances de la société d'accueil; 5) obtenir l'information sur l'histoire des patients, leurs croyances et leurs valeurs. L'examen de la rencontre clinique avance aussi l'idée que les objectifs poursuivis par les médecins découlent de leurs propres modèles socioprofessionnels.

Les patients de leur côté, emploient une variété de stratégies telles que celle de consulter des médecins de leur propre groupe ethnique en vue de : 1) dépasser les difficultés linguistiques et les obstacles à la communication ; 2) obtenir des soins personnalisés et caractérisés par le respect mutuel et la continuité.

Il appert donc que patients et médecins recourent les uns comme les autres à des stratégies spécifiques destinées à dépasser les obstacles inhérents aux rencontres cliniques interethniques. Une meilleure compréhension des ces stratégies doit permettre d'améliorer les soins aux patients dont les origines ethniques diffèrent de celles des médecins.

PROJET D'INTERVENTION ET DE RÉPIT-FAMILLES AUPRÈS D'ENFANTS À HAUT RISQUE D'INADAPTATION SUR LE TERRITOIRE DU CLSC CÔTE-DES-NEIGES

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Bilkis Vissandjée Myra Piat Pauline Carignan	13.1 Carignan Pauline, Piat Myra, Vissandjée Bilkis, (1999) <i>Évaluation de l'implantation du projet répit : Quand des partenaires unissent leurs forces pour le mieux-être des familles de Côte-des-Neiges</i> , Série de Publications du CRF, no.2, CLSC Côte-des-Neiges, Centre Affilié universitaire, Mars.

Problématique

Ce projet consiste en l'évaluation du projet d'intervention de répit-familles auprès d'enfants à haut risque d'inadaptation sur le territoire du CLSC Côte-des-Neiges. Le projet d'intervention vise à :

1. Evaluer un enfant, dans le cadre d'activités, pendant 24 heures consécutives;
2. Favoriser et accompagner le détachement affectif enfants-parents;
3. Favoriser l'intégration sociale des familles ciblées;
4. Diminuer la violence conjugale et familiale;
5. Prévenir et diminuer les phénomènes d'abus et de négligence;
6. Favoriser l'intervention de réadaptation dans le milieu, en partenariat avec les intervenants de la première ligne, dès l'apparition de difficultés importantes.

Méthodologie

La collecte de données se fait à partir des différents témoignages des intervenants sur le déroulement du programme et sur les aspects qui fonctionnent bien ou moins bien :

1. Le comité d'évaluation;

2. Les équipes de partenaires (CLSC Côte-des-Neiges, Centre jeunesse de Montréal, Centre communautaire de Côte-des-Neiges);
3. Les intervenantes du CLSC (travailleuses sociales, médecins et infirmières);
4. Les bénévoles du Centre communautaire de Côte-des-Neiges;
5. Les participants (les mères et les enfants).

Résultats principaux

L'évaluation du projet d'intervention de répit-familles auprès d'enfants à haut risque d'inadaptation sur le territoire du CLSC Côte-des-Neiges pilotée par Vissandjée B. est positive tant au niveau des enfants que des mères. Aucun des enfants participants au projet-répit n'a été placé en dehors de sa famille bien que certains d'entre eux aient présenté des risques élevés. La fréquentation du centre communautaire par les mères et les enfants a sensiblement augmenté et les données recueillies démontrent que les objectifs de prévention à long terme sont amorcés (meilleur fonctionnement de la dynamique familiale entre autres). Parallèlement, l'évaluation a permis d'identifier les forces du projet-répit : la qualité de ses ressources humaines (bénévoles et intervenantes); la capacité du projet à offrir une intervention plus centrée sur les besoins des familles (enracinement du projet dans le milieu de vie des familles); un travail de concertation visant la mise en commun des ressources et des expertises, créant ainsi une synergie décuplant la force d'intervention.

LA RÉALITÉ DES FAMILLES ETHNOCULTURELLES QUI PRENNENT SOIN D'UN PROCHE ÂGÉ : IMPLICATION POUR L'INTERVENTION

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Nancy Guberman, Pierre Maheu,	<p>14.1 Maheu Pierre et Guberman Nancy, (1998). <i>Intervenir auprès des familles d'origine ethnoculturelle responsables d'un proche âgé dépendant en quoi est-ce différent ?</i> Document d'accompagnement pour la session de réflexion, CRF - CLSC Côte-des-Neiges et UQAM, Automne.</p> <p>14.2 Maheu Pierre et Guberman Nancy, (1999). <i>Guide de réflexion pour l'intervention. Un autre versant de la prise en charge des proches âgés(es) dépendants(es) dans les familles d'origine ethnoculturelle</i>, CRF - CLSC Côte-des-Neiges et UQAM, Mai.</p>

Problématique

La réalité de la prise en charge d'un proche âgé dépendant (référant au fait d'assumer la charge, la responsabilité, le soutien et le soin des personnes en situation de besoin) fait désormais partie de la réalité québécoise. D'une part, la population vieillit et d'autre part, les politiques de santé et de services sociaux favorisent le maintien des personnes dépendantes en milieu naturel plutôt qu'en milieu institutionnel. Les familles sont donc de plus en plus en charge des proches âgés en perte d'autonomie. La prise en charge en milieu familial implique trois types de tâches : prodiguer des soins directs au proche âgé, mobiliser et coordonner des ressources et organiser la prise en charge dans son ensemble tout en assurant la conciliation avec les autres sphères de la vie privée.

Compte tenu de ces éléments cette recherche souhaite mettre en perspective les réalités des familles canadienne-françaises et les familles d'origine chinoise (étudiées dans des recherches antérieures) à celles des familles d'origines haïtienne et italienne. Elle souhaite aussi interroger l'orientation actuelle des services sociaux et de santé qui tend à définir ces derniers en fonction des différences culturelles plutôt qu'en fonction des ressemblances.

Méthodologie

La recherche a été réalisée auprès d'une quarantaine de familles, d'origine haïtienne et italienne, à partir des questions qui avaient fondé les recherches précédentes auprès de familles d'origines canadienne-française et chinoise. Par la suite un travail de réflexion est basé sur un travail en petits groupes lors de plénières (partage de la réflexion réalisée dans les ateliers et des résultats de la recherche des chercheurs-animateurs).

Résultats principaux

L'un des acquis de cette recherche tend à démontrer que toutes les familles sont confrontées aux mêmes problèmes de fond et aux mêmes transformations sociales :

PROBLEMES DE FOND :

1. La non-reconnaissance de la prise en charge comme travail réel et spécialisé;
2. La lourdeur et la complexité du travail de prise en charge;
3. Les graves impacts sur les divers aspects de la vie des personnes soignantes (majoritairement des femmes);
4. L'iniquité du partage des responsabilités de la prise en charge entre les hommes et les femmes;
5. Les limites du soutien familial;
6. L'insuffisance et l'inadéquation des ressources institutionnelles.

CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE

1. Le vieillissement de la population et l'alourdissement des personnes âgées maintenues dans leurs familles;
2. L'obligation de prendre en charge leurs proches en raison du retrait de l'État;
3. Les politiques sociales favorisant la désinstitutionnalisation et la responsabilisation des familles mais dans un cadre de services moins nombreux et moins accessibles.

Il existe néanmoins des spécificités d'ordre culturel. Ainsi, les sentiments de devoirs et d'obligation sont les motifs les plus souvent évoqués par les personnes soignantes d'origine italienne; la dynamique de la prise en charge relevant plus d'un modèle d'imposition (par la personne aidée) / obligation (de la personne aidante). Chez les

familles haïtiennes, le modèle relève plus de la reconnaissance (sentiments filiaux de la personne aidante) / dépendance de la personne aidée. Par ailleurs, l'une des spécificités d'ordre culturel relève de l'existence du mythe/stéréotype qui pousse les intervenants à croire que les familles des communautés ethno-culturelles sont plus solidaires et plus enclines à prendre en charge naturellement leurs parents âgés et dépendants. Dans la réalité, ces familles subissent les mêmes mutations que les familles québécoises / nord-américaines.

Le dernier point exploré relève des paramètres qui balisent l'intervention :

Dans la relation que construit l'intervenant avec la bénéficiaire des soins, quelle place occupe la famille ? Est-elle perçue comme co-cliente ? partenaire ? ressource ?

Quels sont les rapports de l'intervenant avec l'ethnicité ? Les groupes culturels doivent-ils s'adapter aux services tels qu'ils sont ? Doit-on prôner une ethnicisation des services et mettre de l'avant une approche différenciée selon les groupes ? Doit-on avant toute chose chercher à adapter les services aux besoins et aux modes de résolution des problèmes de toutes les populations visées, sans considération de leur origine ethnoculturelle ?

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

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Janine Hohl, Équipe Jeunesse CLSC Côte-des-Neiges	<p>15.1 Hohl Janine et Cohen-Émerique Margalit (1999). « La menace identitaire chez les professionnels en situation interculturelle : le déséquilibre entre scénario attendu et scénario reçu ». <i>Canadian Ethnic Studies</i>, vol. XXXI, n°1, 106-123.</p> <p>15.2 Hohl Janine, (1999-2000). <i>Modèles de pratique et idéal professionnel en contexte pluriethnique</i>, Séminaires de formation, Centre de Recherche et de Formation, CLSC Côte-des-Neiges</p>

Problématique

La recherche émane d'une initiative d'un groupe d'intervenants du CLSC Côte-des-Neiges réunis au sein du programme Jeunesse et de leur chef de programme Bayreuther J.. On a posé comme points de départ la situation commune de travail dans des écoles des milieux pluriethniques et les problèmes spécifiques que cette dernière peut poser. 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. Le 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.

Méthodologie

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 (chercheure - 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).

Résultats préliminaires

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 professionnels(les) 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.

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

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS/DIFFUSION
Francine Saillant Éric Gagnon Catherine Montgomery Steve Paquet Robert Sévigny	<p>16.1 Gagnon Éric, Saillant Francine, Montgomery Catherine, Paquet Steve, Sévigny Robert, <i>Pratiques de soins et figures du lien. Étude des services des organismes intermédiaires dans le domaine de l'aide et de soin à domicile au Québec</i>. Presses de l'université Laval.</p> <p>16.2 Gagnon Éric, Saillant Francine, Sévigny Robert, Montgomery Catherine, Paquet Steve, <i>Pratiques de soins et figures du lien. Des aidants à domicile dans un contexte nouveau: diffusion des résultats</i>, Synthèse de résultats, CRF.</p> <p>16.3 Gagnon Éric, Saillant Francine, Sévigny Robert, Montgomery Catherine, Paquet Steve. (2000) Colloques <i>Nouvelles pratiques d'aide et de soins. Le communautaire, le privé et l'économie sociale dans l'aide à domicile</i>, 8 juin à Québec, le 20 juin à Montréal.</p> <p>16.4 Gagnon Éric, Saillant Francine, Montgomery Catherine, Paquet Steve, Sévigny Robert, <i>Nouvelles pratiques d'aide et de soins. Le communautaire, le privé et l'économie sociale dans l'aide à domicile : Synthèse d'une recherche</i>.</p> <p>16.5 Gagnon Éric, Saillant Francine, Montgomery Catherine, Paquet Steve, Sévigny Robert, (2001). <i>De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux</i>. Presses de l'Université de Laval, Québec.</p>

Problématique

Le projet a pour objectif d'établir le portrait actuel des services et des organismes communautaires et privés de soins à domicile, dans un contexte de transformation des services et de la mise en valeur de l'économie sociale. Il vise également à connaître les diverses formes de relations de soins (actuelles et potentielles) caractéristiques des services dispensés par ces aidant(e)s et les conditions favorables à l'établissement de ces relations.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative conduite à partir d'entrevues semi-structurées auprès de personnes impliquées dans les soins à domicile : d'une part, les responsables des organismes privés et communautaires, d'autre part, des aidant(e)s de ces organismes. Les données seront recueillies dans trois régions correspondant à trois milieux culturels et sociaux différents : Montréal, Québec et Chaudière-Appalaches.

Résultats principaux

La recherche avait pour objectif d'établir le portrait des services et des organismes communautaires et privés de soutien à domicile. Elle visait également à connaître les diverses formes de relations d'aide et de soins, caractéristiques des services dispensés par ces organismes et les conditions favorables à l'établissement de ces liens.

Les groupes de bénévoles, en activité au Québec depuis trente ans, ont contribué à développer une façon différente de voir l'entraide. Celle-ci se caractérise par la proximité, autant dans la relation d'aide elle-même, dans la gestion des prestations de services, que dans le déplacement des lieux de prise en charge des personnes dépendantes.

De leur côté, les entreprises d'économie sociale en aide domestique, soutenues par le Gouvernement, viennent combler les besoins des personnes concernées par la désinstitutionnalisation, la réduction des durées de séjour hospitalier, la diminution de l'hébergement institutionnel des personnes âgées et le vieillissement de la population en général. La demande multipliée par la désinstitutionnalisation et le virage ambulatoire a favorisé également le développement florissant et la diversification des entreprises privées de soins et d'aide domestique, proches du communautaire par les finalités qu'elles poursuivent.

Dans les quartiers pluriethniques de Montréal, ces intervenantes et ces entreprises jouent parfois les intermédiaires entre la société d'accueil et les communautés immigrantes. Dans ce contexte, la question du lien social devient encore plus cruciale étant donné le grand isolement souvent occasionné par les barrières linguistiques.

Les résultats donnent à voir du haut degré d'implication, du sens des responsabilités et du souci de qualité des intervenants vis-à-vis de leurs clients. Les intervenants servent un peu de "passeurs"; ils aident l'autre à vivre un passage de la vie. Ils accompagnent de

diverses manières pertes et deuils qui se répercutent bien au-delà de la maladie et de l'expérience réduite de l'autonomie.

Pour les intervenants, la relation se joue sur la question de la juste distance : comment négocier un espace affectif avec l'aidé qui soit ni un complet détachement, ni une trop grande implication morale et affective ? Ils évaluent la qualité de la relation à leurs clients à l'aune de certaines dimensions : respect, temporalité, confiance, gratuité, liberté. Ces cinq dimensions rendent compte du cadre dans lequel les intervenants non seulement entendent agir mais à partir duquel ils analysent leurs pratiques. En conclusion, l'étude souligne les enjeux où s'inscrit l'avenir de ces pratiques : l'organisation des différents établissements (publics, privés, d'économie sociale) dans la distribution, la qualité et l'équité des services; la valeur du travail d'aide et de soins à domicile; l'impact de la délégation des services sur les familles et en particulier les femmes; les conditions de travail.

**L'ÉMERGENCE D'UNITÉS DE RECHERCHE DANS DES MILIEUX
D'INTERVENTIONS SOCIO-SANITAIRES - UNE ANALYSE DE LA MISE EN
OEUVRE DU DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE SOCIALE DU CQRS**

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Jean-Louis Denis Pascale Lehoux François Champagne André-Pierre Contandriopoulos	17.1 Denis Jean-Louis, Lahoux Pascal, Champagne François, Mullins Garry, Contandriopoulos, André-Pierre et Robert Sévigny, (2001), « Les facteurs individuels et organisationnels dans le développement de la coopération entre scientifiques et praticiens : le cas de la recherche sociale au Québec », Communication prévue, 69 ^{ème} Congrès de l'ACFAS, Université de Sherbrooke, mai.

Problématique

La politique de développement de la recherche sociale est un élément central du programme d'action du CQRS. Elle vise à transformer à la fois les pratiques de recherche et les pratiques professionnelles. Elle s'appuie sur le postulat qu'un gain de connaissance dans les milieux de pratique facilite l'action. En adoptant la perspective de l'apprentissage organisationnel et en s'inspirant des travaux sur la recherche participative, ce projet vise à décrire les formes de partenariat en émergence, à définir l'influence du contexte organisationnel sur ces dernières et à identifier les transformations subséquentes dans les pratiques scientifiques et professionnelles.

Méthodologie

Deux stratégies de recherche sont utilisées : l'étude de cas et l'enquête. En premier lieu, une étude de cas exploratoire auprès d'un milieu (CLSC) ayant intégré une équipe de recherche financée par le CQRS permet d'enrichir le modèle théorique initial. Deuxièmement, une enquête auprès de la population des partenaires (praticiens et chercheurs) des équipes financées par le CQRS vise à définir empiriquement les formes de partenariat et les facteurs contextuels et individuels qui contribuent à la transformation des pratiques scientifiques et professionnelles. Troisièmement, trois études de cas

explicatives sont réalisées en vue d'approfondir la compréhension des processus de mise en place d'un partenariat et de transformation des pratiques.

Résultats principaux

Les premiers résultats seront diffusés au 69^{ème} congrès de l'ACFAS le 16 mai 2001.

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

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Bilkis Vissandjée Deirdre Meintel Jean Renaud Radegonde Ndejuru Monique Lapointe Mireille Kantiebo Laetitia Aithachimi Alissa Levine	<p>18.1 Vissandjée Bilkis, (1999) « Les pratiques traditionnelles au Canada : les défis pour les intervenants de la santé » Conférence-midi du CRF, CLSC Côte-des-Neiges</p> <p>18.2 Vissandjée Bilkis, N'Djuru Radegonde, et al. (1999). Les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes immigrantes: aux frontières de la santé et de la culture. Actes du colloque CRI-VIFF , 66^e Congrès de l'ACFAS, Ottawa.</p> <p>18.3 Vissandjée Bilkis, Ndejuru Radegonde, Renaud Jean, Lapointe Monique, Kantiebo Mireille, Aithachimi Laetitia, Levine Alissa, (2000) <i>Les pratiques traditionnelles affectant la santé physique et mentale des femmes: l'excision et l'infibulation -- situation actuelle et perspectives d'avenir</i>, Rapport final financé par le PNRDS</p>

Problématique

L'étude pose le problème des pratiques d'excision et d'infibulation au Canada parmi les populations originaires de l'Afrique Subsaharienne, du Moyen-Orient et de l'Asie. Le Conseil du statut de la femme au Québec (1994) ainsi que certaines auteures s'accordent sur le fait que l'excision et l'infibulation sont devenues un nouveau problème de santé au Canada. Cette recherche pose le problème sous deux angles. D'une part, elle interroge les conséquences de telles pratiques sur les fillettes et les femmes en termes de santé mentale et physique. D'autre part, elle soulève les questions que ces pratiques renvoient aux professionnels de santé en situation d'intervention. Leur formation initiale ne les prépare pas à des prises en charge où les problèmes de santé émergent souvent à la jonction des tensions dans l'histoire des familles immigrantes (rôles des genre, rôles parentaux qui confrontent des modèles culturels des pays d'origine et des pays d'accueil). Les questions sanitaires percutent alors des questions éthiques.

Méthodologie

Au plan méthodologique, il s'agit d'une étude qualitative (guide d'entrevue individuelle pré-testé auprès de huit individus). Au total 162 entrevues ont été réalisées dans différentes villes canadiennes (Montréal, Ottawa, Halifax, Winnipeg, Vancouver et Toronto). Les individus répondaient à plusieurs critères d'inclusion (ratio hommes et femmes, plus de 18 ans, immigrants originaires de pays connus pour admettre les pratiques d'excision et d'infibulation; les femmes pouvaient ou pas avoir vécu elle-même ces pratiques). Le recrutement s'est fait à partir d'associations puis en boule de neige. Les vingt-trois pays représentés par les répondants ont été des pays d'Afrique Subsaharienne. Suite aux entrevues individuelles, deux *focus groups* ont été réalisés auprès de femmes excisées ou infibulées qui avaient participé aux entretiens.

Résultats principaux

Les résultats mettent plusieurs points en évidence :

- Les pratiques d'excision et d'infibulation diffèrent (raisons, manières de faire) entre les régions, entre les groupes ethniques d'une même région de l'Afrique Subsaharienne mais encore au sein d'un même groupe ou d'une même famille. Il est donc difficile de tracer un portrait globalisant.
- Les campagnes de sensibilisation et l'augmentation des niveaux d'éducation transforment les pratiques et la perception des valeurs qui les accompagnent dans les pays les plus concernés (Afrique et autres).
- Si la pression sociale est maximisée au pays d'origine, en situation migratoire elle reste opérante notamment au travers des membres de la communauté mais elle est cependant affaiblie en raison d'une pression inverse de la société d'accueil.
- Les conséquences à court terme de ces pratiques en matière de santé sont nombreuses et souvent graves voire mortelles (hémorragies, infections, risque élevé de MST, troubles psychologiques). À moyen et long terme, on note des troubles importants aux niveaux gynécologique, obstétrique et psychologique.
- Selon les répondants, les relations des femmes infibulées au personnel médical sont difficiles en raison de la méconnaissance de leur tradition (i.e : recours systématique à la césarienne; pas de ré-infibulation après accouchement).

Les répondants soulignent des problèmes communicationnels qui se situent à divers niveaux : linguistiques; écoute; attitudes; définition et interprétation culturelle des

problèmes de santé. Ces problèmes sont de nature à affecter le recours aux services ainsi que la qualité des prestations offertes et reçues.

éventail des différents groupes professionnels de CLSC exerçant auprès d'une clientèle haïtienne. Elle a produit un rapport préliminaire sur lequel s'est appuyée la demande de subvention à Patrimoine Canada.

Une deuxième phase effectuée entre mars 1997 et janvier 1998 financée par Patrimoine Canada a conduit la recherche à affiner sa méthodologie tout en recueillant des nouvelles données sur d'autres cas. Elle a testé le projet des enregistrements de situations mettant en scène patients Haïtiens d'immigration récente (moins de 10 ans) et jeunes médecins québécois (formés au Québec et n'ayant encore que peu l'expérience pratique). Il s'agissait aussi de mettre au point la procédure de recrutement des tradi-praticiens et de formaliser le protocole de leur implication dans le processus de recherche.

À partir de ce type de matériel, la troisième phase a consisté dans l'enregistrement et l'analyse de quinze situations cliniques mettant en interaction un jeune médecin formé selon le modèle occidental et un(e) patient(e) récemment immigré(e) d'Haïti.

Résultats principaux

Les résultats de la première phase ont montré :

- Les intervenants québécois perçoivent la clientèle haïtienne comme différente;
- Pour eux, cette clientèle requiert une intervention qui lui est culturellement adaptée et la créolisation des services contribuerait à améliorer la communication sans cependant résoudre les difficultés liées aux divergences des systèmes de référence;
- Il y a une volonté de repenser le modèle d'intervention valorisé dans les milieux cliniques à clientèle pluriethnique;
- La difficulté à une véritable alliance thérapeutique entre patients et médecins résiderait dans des perceptions différentes du rapport de l'individu à sa santé et son environnement. Les patients haïtiens s'appuieraient sur un modèle cosmocentrique alors que les médecins auraient pour référence un modèle anthropocentrique.

À la phase deux, cinq vidéos sur onze aient répondu aux critères d'inclusion et furent donc retenues. Une procédure d'analyse des entrevues a été testée en vue de procéder aux enregistrements systématiques à la phase trois.

Les résultats montrent deux points importants : 1) en contexte de grande distance culturelle, la disponibilité personnelle du médecin ne supplée pas à l'absence de la connaissance de la culture de l'autre; 2) la nosographie habituelle qui classe de façon dichotomique les pathologies en contexte culturel haïtien (vaudouisme) soit les pathologies dont les causes trouvent leur origine dans le "naturel" *versus* celles dont les causes s'originent dans le "surnaturel", ne se vérifie pas aux analyses. L'étude montre une organisation classificatoire plus complexe. Les chercheurs proposent dans ce sens une nouvelle nosographie qui restera à vérifier dans une étude future.

Un livre (cette option a été retenue à la place de la rédaction de rapport final comme tel) est en cours de rédaction sur la base des notes d'analyse. Certaines parties des rapports des première et deuxième phases y seront annexés.

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

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Jacques Rhéaume Gilles Houle Robert Sévigny Louise Tremblay Christopher McAll	20.1 Jacques Rhéaume, Robert Sévigny, Tremblay Louise, (2000) <i>La sociologie implicite des intervenants en contexte pluriethnique</i> , Série de Publications du CRF, n° 6, CLSC Côte-des-Neiges, Centre Affilié Universitaire, novembre.

Problématique

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 cette recherche 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.

Cette recherche, qui se fonde principalement sur une approche compréhensive et interprétative, est en lien avec les questionnements théoriques mis en relief par Rhéaume J. et Sévigny R. (1985, 1987, 1988) sur la sociologie implicite des intervenants dans le champ de la santé mentale. Leur hypothèse 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 R. 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 et au nom de quoi il intervient. Il est ainsi amené à prendre conscience des normes et des valeurs ambiantes et à se situer par rapport à celles-ci (Rhéaume J. 1990, 1992, 1993a, 1993b; Sévigny R. 1991a).

Méthodologie

L'étude porte sur une population provenant de quatre CLSC ayant une clientèle pluriethnique. L'échantillon regroupe 16 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.

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

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

Résultats principaux

Les auteurs présentent d'abord les analyses des entrevues de trois intervenants en fonction des six thèmes du schéma d'analyse. Puis suit l'analyse transversale de l'ensemble des entrevues. Les analyses ont permis d'identifier certaines dimensions caractéristiques de l'intervention en contexte pluriethnique et de la conception de l'ethnicité des intervenants:

- Les intervenants abordent davantage l'intervention comme mode de communication que comme processus et la question de l'interprétariat est centrale. Tous les intervenants parlent de l'interprétariat en entrevue ; il semble être une caractéristique de l'intervention en situation pluriethnique dans les cas où il n'y a pas de code linguistique commun. L'interprétariat ne fait cependant pas l'unanimité quant à son évaluation. Chacun a une expérience personnelle de l'interprétariat, plus ou moins satisfaisante. Le travail avec une troisième personne semble poser certaines

difficultés : le tiers empêche jusqu'à un certain point l'établissement de la relation, si importante dans certains types d'intervention, elle nuit à cette intimité que tente de créer l'intervenant.

- Les intervenants présentent l'aspect ethnique comme explication pour interpréter les difficultés de leurs interventions avec des membres d'un groupe ethnique précis (les Asiatiques, qui n'expriment pas, selon plusieurs, leurs émotions), ou de façon globale, pour faire part des différences de perception ou de valeurs chez certains de leurs clients. L'ethnicité n'est cependant pas un facteur dont se servent les intervenants pour expliquer l'échec d'une intervention.
- L'origine ethnique du client est un facteur définitoire parmi d'autres. Beaucoup d'intervenants parlent de leur clientèle de façon générale, sans parler nécessairement de leur identité ethnique. Quand ils le font, celle-ci se fonde, pour les intervenants, soit sur l'origine ethnopolitique (pays d'origine) ou ethnoculturelle (religion, langue) du client.
- Les intervenants font part d'un ensemble de facteurs sociaux déterminant leur intervention : le quartier et les conditions de vie, par exemple. L'ethnicité n'est donc jamais seule en cause.
- Les intervenants font peu référence à leur propre identité ethnique, et cela tant les intervenants nés au Québec que ceux qui sont nés ailleurs.
- L'intervention en milieu pluriethnique amène les intervenants à faire le constat de la différence. Différence qui remet en question, chez certains, leurs normes cliniques et sociales. Certains intervenants parlent de la nécessaire adaptation au client. Différence et adaptation se retrouvent dans le discours de la majorité des intervenants.

Les auteurs dégagent ensuite trois positions de base face à l'ethnicité. La posture acculturelle (c'est-à-dire l'absence de toute référence à l'appartenance ethnoculturelle dans la pratique); l'intégration adaptatrice (position intermédiaire qui tient compte des différences de langue, de culture, etc.); la posture interculturelle (qui remet en cause l'ethnocentrisme de la production scientifique et de la pratique professionnelle et affirme la relativité des modèles culturels en présence). C'est la position intermédiaire, qui relève de l'intégration adaptatrice qui est la plus fréquemment évoquée dans le discours des

intervenants. Ainsi, les intervenants disent qu'il faut prendre en compte la différence linguistique ou la conception différente de l'autorité paternelle pour que l'intervention puisse se faire adéquatement. C'est dans le contexte de la dialectique universalité-particularité qu'il convient de placer la position intermédiaire de l'intégration adaptatrice. Comprise dans ce rapport dialectique, l'intégration peut être conçue comme un mouvement de rapprochement entre des normes communes et égalitaires et des particularismes qui ont à respecter un tel cadre commun. Cette position est enfin dominée par une vision professionnelle de l'intervention, bien que parfois traversée par une logique communautaire ou socio-politique.

**LA PERCEPTION DES JEUNES FAMILLES D'IMMIGRATION RÉCENTE À
L'ÉGARD DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE**

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Nicole Leduc Michelle Proulx Robert Sévigny Vania Jimenez Bilkis Vissandjée Jean-François Saucier	<p>21.1 Leduc Nicole, Sévigny Robert, Vissandjée Bilkis, Jimenez Vania, Proulx Michelle, (1997), « La perception des jeunes familles d'immigration récente à l'égard des services de santé de première ligne », Colloque <i>"Pluriethnicité et services sociaux et de santé de première ligne"</i>, CRF, CLSC Côtes-des-Neiges, juin.</p> <p>21.2 Leduc Nicole, Sévigny Robert, Proulx Michelle, Vissandjée Bilkis, Jimenez Vania, (1997), « Trajectoire de soins et croyances à l'égard des services de santé de première ligne utilisés par les jeunes familles d'immigration récente », Société canadienne d'études ethniques, Montréal, novembre.</p> <p>21.3 Leduc Nicole, Sévigny Robert, Proulx Michelle, (1999), « Individual, organizational and environmental factors influencing utilization of primary care services by recently immigrated families », Colloque de l'American Public Health Association (APHA) (127th Annual meeting and exposition), Chicago, novembre.</p> <p>21.4 Proulx Michelle, Leduc Nicole, (1999). « Regard sur les pratiques en Education pour la santé auprès de jeunes familles récemment établies au Québec », Colloque de La Société canadienne de santé internationale (6ième Conférence). Ottawa, novembre.</p> <p>21.5 Leduc Nicole, Proulx Michelle, Sévigny Robert, Jimenez Vania, Vissandjée Bilkis, Saucier Jean-François, (2000) Rapport de recherche, <i>La perception des jeunes familles d'immigration récente à l'égard des services de santé de première ligne</i>, Rapport final présenté à la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre, Mars.</p> <p>21.6 Leduc Nicole, Proulx Michelle, My Huong Pham, (2000), « Stratégies d'utilisation des services de santé par les jeunes familles d'immigration récente », Colloque <i>Intervention et recherche en milieu pluriethnique: perspectives pour l'avenir</i>, CRF, CLSC Côte-des-Neiges, 67^e Congrès de l'ACFAS, Montréal, mai 2000.</p>

Problématique

Étude exploratoire qui tente une approche critique des travaux antérieurs mettant l'accent sur l'appartenance ethnique comme facteur explicatif des modes d'utilisation des services de santé.

Plusieurs travaux ont de fait souligné le rôle de l'appartenance ethnique dans ces modes d'utilisation tant dans la décision de recourir à tel ou tel type de service que dans la quantité de services consultés ou encore dans le suivi des traitements. L'effet de l'appartenance ethnique resterait important même lorsqu'on tient compte d'un ensemble d'autres facteurs comme le revenu, l'éducation, l'âge, le sexe et le niveau de maladie. Or si ces études mettent en cause l'appartenance ethnique, elles n'en expliquent pas pour autant les causes sous-jacentes et surtout peu de travaux se sont intéressés à examiner de concert l'effet de l'appartenance ethnique et celle de l'expérience migratoire; la durée même du séjour est rarement prise en compte.

Méthodologie

Cette recherche, concentrée sur le territoire du CLSC Côte-des-Neiges, s'est donc spécialement intéressée à 20 familles d'immigration récente (moins de 8 ans après leur arrivée au Canada) qui utilisent les services de santé de première ligne. Les familles proviennent des cinq régions du monde les plus représentées dans les statistiques d'immigration (Liban, Afrique du Nord, Philippines, Vietnam et Sri Lanka). Les familles vietnamiennes ont également été interviewées pour connaître comment cette communauté, établie depuis 20 ans dans le quartier, avait évolué. La stratégie d'échantillonnage retenue est de nature non probabiliste. Les entrevues sont de type semi-structuré et d'une durée de 90 à 120 minutes. Des analyses de contenu ont été réalisées à partir de la transcription des entrevues à l'aide du logiciel NUDIST. Deux niveaux d'analyse ont été effectués, soit l'analyse intra-cas et l'analyse inter-cas.

Résultats principaux

Les résultats montrent que le défi pour ces familles récemment immigrées consiste à comprendre et éventuellement s'approprier le système de soins du pays d'accueil tant sur le plan de l'organisation que dans son approche de la santé et des soins.

La durée du séjour est ressentie comme une dimension centrale. Elle permet de considérer les changements qui s'opèrent progressivement dans les choix et les modes

d'utilisation au contact de la société d'accueil et des divers services de santé qu'elle offre. Les chercheurs distinguent trois phases sur un continuum qui met en relation des individus au dispositif de santé et services sociaux : la phase initiale ou prise de contact; la phase de sélection par tri consécutif à une évaluation des services déjà utilisés et des alternatives; la phase de consolidation où s'affirment les choix.

Mais l'effet de la durée du séjour se conjugue avec d'autres facteurs. Ainsi, la nature même de l'événement déclenchant, le recours aux services de santé peut modifier l'évolution de comportement d'utilisation. Quatre types d'événements sont repérables :

- La résurgence d'un problème de santé connu antérieurement à l'arrivée, la référence à un autre mode de prise en charge, à un autre type de traitement, conduisent les individus à rechercher l'information, la sollicitation de différentes ressources dans le panel des services;
- L'apparition d'un problème non aigu la possibilité de prendre le temps permet, là aussi, de rechercher l'information et de solliciter toutes les ressources, tant personnelles que professionnelles ou documentaires;
- L'apparition d'un problème aigu;
- Le développement d'un problème de santé inconnu dans le contexte d'expériences antérieures à l'arrivée.

Dans ces deux derniers cas, l'action immédiate prime sur la recherche d'information et consiste au recours au service d'urgence hospitalière ou à la clinique sans rendez-vous.

Par ailleurs, parmi les autres facteurs influençant le recours à tel ou tel type de service, l'étude confirme les résultats mentionnés par d'autres travaux sur la pertinence du facteur de proximité géographique, l'accessibilité temporelle dans les choix initiaux d'un service. Le troisième critère avancé relève de la qualité relationnelle qui précède la compétence technique.

La dimension linguistique et plus largement, la dimension culturelle occupent une moindre place dans le choix initial, mais elles jouent différemment, bien sûr, selon que les individus parlent ou ne parlent pas une des langues majoritaires (anglais, français ou espagnol). La pratique courante du bilinguisme (ou plus) chez les professionnels de santé contribue certainement à réduire les difficultés lors des échanges soignants-soignés. En revanche, à

plus long terme, le choix d'un professionnel de même origine peut survenir. Des individus signalent que cette réorientation se justifie par le souhait de se sentir plus à l'aise, mieux compris, tant dans l'explication de leurs symptômes que sur divers aspects mettant en cause leurs us et coutumes (alimentation, hygiène, etc.).

Cette étude est intéressante dans la mesure où elle pondère la place de l'appartenance ethnique en regard de l'expérience migratoire. Les familles interrogées présentent des trajectoires d'utilisation qui, si elles se recoupent à certains égards, diffèrent cependant au sein d'un même groupe d'origine. Il n'y a pas de modèle type libanais, algérien, sri lankais, vietnamien ou philippin, d'utiliser les services de santé. Au contraire, on voit que des difficultés d'accès communes aux uns et aux autres, entraînent des comportements d'utilisation équivalents. En parallèle, à l'intérieur d'un même groupe, des expériences biographiques différentes (type d'occupation professionnelle au pays d'origine, histoire migratoire, etc.) influencent les comportements de façon plus significative que la simple appartenance ethnique.

CARREFOUR ÉPISTÉMOLOGIQUE : LA MÉDECINE MODERNE ET LES AUTRES PRATIQUES MÉDICALES DANS UNE SOCIÉTÉ PLURICULTURELLE

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Vania Jimenez Jose Segura Jean-François Saucier André-Pierre Crombez Jean-Pierre Muyard, Gilles Bibeau Carlo Sterlin André-P. Contandriopoulos Abdel W. Mekki-Berrada	22.1 Dix séminaires ont eu lieu durant la période de septembre 1998 à mai 1999. 22.2 Sterlin Carlo, Jimenez Vania, Crombez Jean-Charles, Saucier Jean-François, Minde Thomas, Wallon Philippe, (2000), « Penser les liaisons : entre spiritualité et religions », Atelier au congrès AMADES <i>Religion, santé, maladie : des cultes de guérison à la santé comme religion</i> , Montréal, 30/08 au 2/09/2000.

Problématique

En septembre 1996, le Centre de recherche et de formation du CLSC Côte-des-Neiges a mis sur pied un « séminaire satellite » d'épistémologie médicale interculturelle visant à créer un espace de réflexion permettant une démarche interculturelle autour de la problématique santé, maladie, soins. Au cours de ces séminaires mensuels, le groupe de réflexion s'est familiarisé avec les savoirs et savoir-faire des principales traditions non occidentales et amorcé un travail de mise en parallèle de ces traditions entre elles et avec la médecine occidentale moderne. L'objectif du groupe étant d'explorer dans le cadre d'une réflexion épistémologique la possibilité d'un dialogue. En effet, la contribution de la médecine scientifique pour améliorer la santé et les conditions de vie dans le monde ne peut être contestée, mais elle a aussi ses limites. Son monopole sur la vie et la santé des hommes est de plus en plus contesté. D'autres pratiques et traditions médicales demandent le droit d'être reconnues. Le projet proposé vise donc à permettre à des chercheurs et à des praticiens :

1. D'entreprendre une réflexion épistémologique interculturelle pour mieux comprendre le phénomène du pluralisme des pratiques et des médecines, au-delà du cadre dominant de la médecine occidentale;

2. De se familiariser avec les savoirs et les savoir-faire des traditions ou pratiques médicales non-occidentales;
3. De créer un espace de réflexion clinique.

Méthodologie

Sur le plan technique, les séminaires se caractérisent par deux volets de présentation : 1) la présentation d'une tradition ou d'une pratique médicale présente dans notre société; 2) les discussions entre le présentateur et les membres qui ont discuté sur le thème du séminaire. Il y a eu dix séminaires animés par : Bibeau G., Crombez J.C., Mauyard J.P. et Nistor G. Les participants (25-30) dont les membres du GREMI, ont été invités à assister aux séminaires.

Résultats principaux

Les rencontres chercheurs-médecins du "Carrefour épistémologique : médecine moderne et autres pratiques médicales dans une société pluriculturelle" constituent une recherche-action tout à fait novatrice pour interroger le rapport hégémonique de la médecine occidentale vis-à-vis d'autres cultures. Au cours de ces séminaires mensuels, le groupe de réflexion s'est familiarisé avec les savoirs et savoir-faire des principales traditions non occidentales (arabe, ayur-védique, chinoise, africaine, amérindienne) et a amorcé un travail de mise en parallèle de ces traditions entre-elles et avec la médecine occidentale moderne. En l'état, ce projet a déjà permis de :

1. Décrire et évaluer la contribution des autres cultures à l'élaboration d'une société pluraliste dans le champ des services de santé et sociaux;
2. De se familiariser avec les savoirs et les savoir-faire des traditions ou pratiques médicales non occidentales, issues des cultures les plus fortement représentées dans la région montréalaise;
3. De créer un espace de réflexion clinique pour identifier les domaines et les rapports de complémentarité entre traditions thérapeutiques, de manière à mieux comprendre la problématique de la santé/maladie/soins dans la société multiethnique et pluriculturelle;
4. De mieux connaître les autres traditions médicales et d'identifier un certain rapport de complémentarité avec la médecine occidentale.

COMMENT FORMER UNE FAMILLE ? ÉDUCATION À LA DIVERSITÉ ET À L'UNIVERSALITÉ

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Jean-François Saucier Guy Bourgeault Vania Jimenez Michel Pagé Jean-Marie Bouchard Martin Roy	23.1 Roy Martin, Saucier Jean-François, (2000), « L'adaptation des familles d'origine non occidentale récemment immigrées au Québec, en matière d'éducation des enfants », article soumis pour publication à la revue <i>Canadian Ethnic Studies</i>

Problématique

Il s'agit d'une recherche exploratoire qui se propose d'évaluer quels sont les enjeux rencontrés par les parents de deux groupes culturels d'immigration récente en matière d'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.

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'agit 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. Les données empiriques obtenues concernent la double problématique 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. L'objectif visé par cette recherche est de compléter le savoir empirique possédé par différents types d'intervenants concernant cette double problématique qui touche les parents d'origines ghanéennes et philippines. Les professeurs, travailleurs sociaux, infirmiers et décideurs dans les

associations culturelles pourront profiter d'informations additionnelles concernant les enjeux rencontrés.

Méthodologie

La sélection des répondants s'est fait en respect des critères d'inclusion (pays d'origine ciblés ; ancienneté maximale d'immigration au Canada de 15 ans ; couples ayant au moins un enfant ayant commencé la maternelle en septembre 1998). Tous les couples de l'étude sont donc des immigrants de moins de 15 ans. Parmi eux, 12 couples proviennent du Ghana et 10 des Philippines. Les couples devaient être formés d'un père et d'une mère. Deux exceptions à cette règle ont été faites : il s'agit de deux entrevues auprès de mères ghanéennes récemment séparées et dont l'expérience familiale nous est apparue pertinente. Si les parents sont installés au Canada depuis un maximum de 15 ans en date de l'entrevue, un des couples présentent une situation particulière. Dans ce couple, la mère était arrivée depuis 20 ans alors que son conjoint a immigré 12 ans plus tard (soit 8 ans avant l'entrevue). Compte tenu de la date d'immigration du père, il a été décidé que ce couple était pertinent pour l'étude. Toutes les entrevues ont donc été réalisées entre janvier 1999 et octobre 1999. Les entrevues ont été menées 4 à 9 mois après la rentrée scolaire des enfants. Deux des entrevues philippines ont été faites 13 mois après.

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.

Les questions d'entrevue ciblent les axes principaux de l'école et la maison. Des thèmes précis comme la distribution des tâches, le fonctionnement général typique, la vision idéalisée du succès éducatif, l'application de l'autorité, les valeurs et la religion, ont été abordés avec les parents-répondants par les interviewers. Certains de ces thèmes ont été abordés dans une perspective de comparaison entre le pays d'origine et le Québec.

Résultats principaux

La méthode d'analyse a permis de dresser le profil des deux groupes concernés par l'étude. Elle a aussi permis de procéder à un regroupement par thèmes : portrait de la coupure migratoire; les règles et procédures de vie; le rapport au système scolaire.

PROFIL SOCIOLOGIQUE DE L'ÉCHANTILLON

La majorité des enfants ciblés sont nés hors du Canada, ce qui est surprenant compte tenu du nombre moyen d'années écoulées depuis l'immigration des parents (en moyenne entre 9 et 3 ans). Cela peut probablement s'expliquer par l'histoire des migrations dans chacun des deux groupes à l'étude. D'une part, la majorité des mères philippines a immigré au Canada dans des circonstances particulières (explicitées en détail plus loin). Elles sont parties les premières laissant temporairement leur époux et leur(s) enfant(s) aux Philippines. D'autre part, il semble que les Ghanéens suivent une trajectoire familiale inverse au sens où c'est le père qui immigré seul et qui ait suivi, deux ou trois années plus tard, par la mère et l'enfant (ou les enfants).

Au niveau du système préscolaire et de la petite enfance, les parents ont majoritairement envoyé leur enfant à la garderie durant les années précédant l'entrée à la maternelle. La majorité a recours au système préscolaire public québécois. Cependant, on doit nuancer ce dernier point en ce qui concerne les Ghanéens qui montrent une légère propension au privé. Il semble qu'une sensibilité particulière au niveau linguistique soit en cause ici.

Au plan professionnel, une majorité de femmes philippines exerce un travail d'aide domestique, cet aspect étant la conséquence d'un parcours migratoire typique qui sera abordé plus loin. Malgré ce flou concernant ces indicateurs professionnels, les données des entrevues permettent d'avancer que les hommes de l'échantillon ont, en grande majorité, une formation de technicien ou de professionnel qui ne trouve pas écho dans le travail qu'ils exercent au Canada. Il semble en effet que ces hommes œuvrent en milieu ouvrier. Les femmes ghanéennes occupent en majorité ce même type d'emploi. Les femmes philippines, lorsqu'elles n'exercent pas un travail d'aide domestique, ont tendance à demeurer au foyer. Enfin, au niveau de l'appartenance religieuse, l'analyse révèle plus clairement une forte concentration de confessions chrétiennes au sein de l'échantillon.

L'analyse par thème fait ressortir que l'isolement, le non-agrément de compétences (déclassification de l'expérience professionnelle et des diplômes) et la langue parlée sont des enjeux majeurs de l'adaptation des immigrants non-occidentaux.

Pour ce qui est des attentes éducationnelles, l'analyse rend compte de la tendance lourde à protéger les valeurs du pays d'origine et l'inquiétude des valeurs de la société

québécoise qui leur apparaissent comme plus individualistes et égocentriques. Or il leur semble qu'une des missions de l'école serait d'inculquer des valeurs plus "collectivistes".

Le thème suivant met en évidence le choc des cultures et la résistance des parents à l'adoption de ou l'adhésion à certains comportements par leurs enfants à des valeurs de la société québécoise.

Le dernier thème traite de la relation que les parents entretiennent auprès du personnel scolaire et par extension à cet environnement. Entre les attentes qu'ils ont de ce que devrait faire l'environnement et le personnel scolaire, la représentation notamment du personnage du professeur, et ce qu'ils en perçoivent génère une ambivalence. Le professeur est ainsi investi d'un rôle qu'il ne joue pas. L'école ne répond pas aux attentes. Néanmoins certains quoique minoritaires, voient dans l'école l'apport de valeurs « progressistes » pour la dynamique familiale.

Le vécu autour de ces thèmes névralgiques conduisent les immigrants des deux populations observées à des sentiments de difficultés qui peuvent pour certains être interprétées en termes de préjugés de la société d'accueil à leur égard, voire de racisme.

En résumé, la coupure migratoire prendrait la forme d'une sorte d'expérience de se trouver démuné au contact de la société d'accueil. L'isolement, les compétences non-reconnues ainsi que la langue française non-maîtrisée concourent à créer ce sentiment. Deuxièmement, les attentes éducationnelles pour ces familles sont teintées du fait qu'elles désirent que leur dernière génération vive une expérience plus aisée que la première.

Cependant, des frustrations émergent quant aux méthodes d'enseignement considérées comme trop « académiques » et pas assez axées sur le « savoir-vivre » du pays d'origine. Les règles et procédures de vie sont en rapport direct avec ce dernier élément et prennent la forme de contraintes et d'encouragements destinés à limiter l'influence de « l'individualisme » perçu chez les Canadiens. Pour ces parents, face à un rapport au système scolaire où ils se sentent limités par le poids de l'imposition de la langue française à l'école et fragilisés par le choc entre des valeurs « collectivistes » et « occidentales », il paraît essentiel de se substituer aux professeurs pour les questions concernant le « savoir-vivre » et l'éducation religieuse ; domaines qu'ils considèrent comme fondamentaux.

MULTIETHNICITÉ, EXCLUSION ET PROFILS DE PAUVRETÉ : LE CAS DU QUARTIER CÔTE-DES-NEIGES À MONTRÉAL

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Christopher McAll Catherine Montgomery Pierre Ulysse Andrea Seminario Julie Anne Tremblay	<p>24.1 Montgomery Catherine, McAll Christopher, Seminario Andrea et Tremblay Julie Anne, « Intervenir sur la pauvreté dans un quartier multiethnique », soumis pour publication à la revue <i>Interactions</i>.</p> <p>24.2 Montgomery Catherine, McAll Christopher, Tremblay Julie Anne et Seminario Andrea, (2000). <i>Intervenir sur la pauvreté dans un quartier multiethnique</i>, rapport de recherche, CRF, CLSC Côte-des-Neiges, Montréal, mai.</p> <p>24.3 Montgomery Catherine, McAll Christopher, Tremblay Julie Anne et Seminario Andrea, (2001). <i>Les enjeux pour l'intervention : la pauvreté dans un quartier multiethnique</i>, Série des publications du CRF du CLSC Côte-des-Neiges, n° 5, Montréal.</p>

Problématique

Elle fait suite à une enquête exploratoire et se propose d'examiner les enjeux et défis à intervenir auprès d'une clientèle qui est à la fois immigrante et pauvre.

Dans un premier temps, elle décrit les profils et trajectoires qui conduisent à l'exclusion. Dans le deuxième temps, elle éprouve comment les intervenants à partir de leurs expériences concrètes, développent des objectifs et des stratégies d'intervention.

L'étude prend donc pour partie d'appréhender la pauvreté à partir de l'expérience concrète d'acteurs intervenants auprès de population pauvre. Elle dresse, à partir des récits de ces intervenants, des "profils de pauvreté".

Méthodologie

Cette recherche s'est déroulée en collaboration avec l'équipe du service Enfance/Famille du CLSC Côte-des-Neiges et les organismes communautaires du quartier Côte-des-Neiges. Elle s'appuie sur la méthode des récits. L'échantillon est composé de quinze intervenants.

Résultats principaux

Les résultats montrent que cette population éprouve des difficultés ou ces deux facteurs s'associent. Non seulement, cette population vit une pauvreté matérielle (manque à gagner, logements insalubres, manque de ressources pour se vêtir et se nourrir) mais elle est aussi en but à une pauvreté émotionnelle (anxiété, dévalorisation de soi) et relationnelle (difficulté à entrer en contact avec d'autres et à s'insérer dans des réseaux de support). Ces individus requièrent un soutien important de la part des services d'intervention. Parmi eux, certains paraissent encore plus vulnérables : les femmes monoparentales, les familles de très bas revenus, les jeunes et les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Ces statuts se croisent souvent avec le fait d'être immigrants ou réfugiés récemment arrivés au Québec. Dans le processus d'immigration, les nouveaux arrivants sont coupés de leur principaux réseaux de soutien (parents, amis, voisinage, communauté religieuse, etc.). Le deuil du pays d'origine ou des proches peut devenir une source importante d'anxiété, d'isolement ou de dépression. Le déracinement et l'isolement peuvent se trouver amplifiés par la barrière linguistique.

Dans l'expérience des intervenants, les femmes immigrantes, surtout celles qui ont la charge de jeunes enfants, sont sur-représentées dans les situations de pauvreté. Les requérants et les illégaux constituent également une clientèle très vulnérable. Les étudiants étrangers, clientèle importante au voisinage de l'université de Montréal, figurent aussi parmi les plus pauvres, situation qui occasionne des retards dans les études, de l'endettement et le risque de non-réalisation des objectifs.

Parmi les stratégies que ces populations peuvent mettre en place, les intervenants reconnaissent que la "débrouillardise" caractérise les plus motivés d'entre eux. Cette capacité montre combien les individus quel que soit le niveau de difficultés dans lequel ils se trouvent, sont et restent des acteurs. Les stratégies de survie leur permettent d'exercer un certain contrôle sur la situation de pauvreté.

Selon les intervenants, leur rôle dans cette gestion quotidienne de la pauvreté est d'abord de maximiser cette marge d'action. Il leur faut travailler au niveau de la motivation et de l'estime de soi. Une autre stratégie consiste à retisser le maillage sur lequel pourra se reconstruire le réseau à partir d'activités collectives. Ces activités prédisposent en outre

au développement des capacités individuelles de prise en charge. Quand les intervenants ont eux-mêmes acquis l'expérience de la migration ou de la pauvreté, ils développent une relation de confiance. Que ce soit au niveau des stratégies de valorisation de soi, d'accès aux ressources ou de participation à des projets communautaires, les stratégies d'intervention révèlent une idéologie commune qui est d'aider les individus à s'aider eux-mêmes et dont les mots clés sont l'appropriation du pouvoir (empowerment) et la construction de solidarités.

La pauvreté est l'exclusion vont de pair, la pauvreté étant le résultat de processus dynamiques et complexes qui mettent en rapport les collectivités qui détiennent les ressources et celles qui s'en trouvent exclues. Pour les nouveaux immigrants et réfugiés, au fait de vivre dans la pauvreté s'ajoutent les obstacles liés à leur situation d'immigration tels que l'absence de reconnaissance de diplômes ou de l'expérience de l'emploi, la discrimination fondée sur l'origine ethnique, la méconnaissance de la langue ou des autres repères et ressources, la perte des réseaux et l'incertitude face à l'avenir. La pauvreté n'est pas un phénomène "ethnique" en tant que tel, cependant, le fait d'être immigrant renforce d'autres formes d'exclusion et accroît les risques d'appauvrissement. Si l'on considère la citoyenneté comme les droits d'accès aux ressources et de participation dans les différentes sphères de la société, il est clair que ces populations vivent en marge de la citoyenneté.

HYPERÉMÈSE GRAVIDIQUE : VARIABLES BIOSYCHOSOCIALES ASSOCIÉES

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Vania Jimenez Jean-François Saucier Martin St-André	25.1 Jimenez Vania, Saucier Jean-François, St-André Martin et Marleau Jacques D., (1999) <i>Hyperémèse gravidique : variables biopsychosociales associées</i> . Rapport final remis au FRSQ 25.2 Présentation par affichage à l'association Mondiale de Santé Mentale du Nourrisson (WAIMH) au 7 ^{ème} congrès, juillet 2000. 25.3 Jimenez Vania, (à paraître), « Hyperemesis gravidarum and country of origin of women », <i>Canadian Family Physician</i> . 25.4 Jimenez Vania, Conférences dans les 2 hôpitaux impliqués (Hôpital Sainte-Justine et Hôpital Général Juif)

Problématique

Il s'agit d'une étude exploratoire visant à déterminer si les femmes nées à l'extérieur du Canada auraient un plus grand risque d'être hyperémétiques pendant leur grossesse en raison des facteurs de stress reliés au processus migratoire. Les objectifs de la recherche ont consisté premièrement à décrire le profil d'une cohorte de femmes souffrant d'hyperémèse gravidique et deuxièmement à tester l'hypothèse de recherche sur la base de données sociales et biologiques en comparant des femmes nées au Canada à des femmes nées à l'extérieur du Canada.

Méthodologie

Les femmes retenues pour cette recherche pilote ont été sélectionnées parmi toutes celles hospitalisées de juin 1998 à mars 1999 à l'hôpital Général Juif et à l'Hôpital Sainte-Justine 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. Au total, 34 femmes souffrant d'hyperémèse gravidique ont participé à la recherche. Au cours de cette période, les personnes-ressources attirées à cette recherche ont identifié 52 femmes souffrant d'hyperémèse gravidique hospitalisées dans ces deux institutions. Par

conséquent, le taux de participation obtenu est de 65%. Les informations psychosociales ont été obtenues à l'aide d'un questionnaire structuré qui est complété par les femmes avec l'aide d'une agente de recherche. Les informations concernent :

1. Les variables socio-démographiques;
2. L'histoire médicale;
3. L'origine ethnique et les variables associées au processus migratoire, s'il y a lieu;
4. Les habitudes de consommation (tabac, alcool et drogues);
5. Les variables psychosociales.

Les informations de nature biomédicale sont :

1. Le niveau de gonadotrophine chronique (HCG)
2. La présence ou non d'un problème thyroïdien (TSH), telle que mesurée dans le sang des patientes.

Les informations obtenues à partir du questionnaire sont analysées à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats principaux

Les études dans ce champ intègrent la dimension culturelle comme l'une des variables fortes dans la structuration des pratiques autour de la maternité. Dans une perspective épidémiologique, elles comparent le vécu et les pratiques de différents groupes de femmes issues ou non de l'immigration. En écho, elles cherchent à évaluer les effets de l'expérience migratoire en termes de confrontation à de nouveaux modèles culturels voire d'acculturation, sur les pratiques des femmes immigrantes.

L'étude des variables bio-psycho-sociales de l'hyperémèse gravidique de Jimenez V., Saucier J.F. et Saint-André M. en association avec le CLSC Côte-des-Neiges, l'hôpital Sainte-Justine et l'hôpital Général Juif, constitue une approche multidimensionnelle sur un problème de santé peu étudié. La comparaison des femmes nées au Canada à des femmes nées à l'extérieur du Canada, souffrant de ce symptôme, a dégagé quelques différences significatives entre les deux groupes :

1. D'abord les résultats confirment la prédominance des immigrantes dans les cas diagnostiqués.
2. Ensuite, celles-ci ont mentionné un certain inconfort relatif aux modifications de leurs pratiques alimentaires consécutives à l'immigration (changement de type d'aliments, des horaires, baisse de quantité).
3. Enfin l'analyse des données a mis en évidence le poids du soutien social. Les immigrantes dans leur majorité perçoivent un manque de soutien social et attribuent ce manque d'une part, à l'éloignement du pays d'origine en lien avec la perte de leur réseau familial et d'autre part, au fait que leur communauté ne leur procure pas d'appui.

EMPOWERMENT DES FEMMES EN MILIEU PLURIETHNIQUE DANS LEUR MILIEU DE VIE

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Brigitte Côté Sylvie Michaud Lapointe Monique Marcela Tapia Danielle Durand Roumania Haralampiev Marie-F. Thibeau Ginette Berteau	<p>26.1 Côté Brigitte, Lapointe Monique, Durand Danielle, Haralampiev Roumania, Thibeau Marie-F., Berteau Ginette, (1999) Rapport préliminaire <i>Pratiques en empowerment : Barrières et facilitateurs</i>, Publication du CESAF, Novembre.</p> <p>26.2 Tapia Marcela Berteau Ginette, Thibeau Marie-France, Haralampiev Roumania, Côté Brigitte, (1999). « Les pistes d'intervention en milieu multiethnique : la notion et les pratiques d'empowerment », Colloque <i>Ethnicité, citoyenneté, communauté : les enjeux de l'intervention</i>, Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges, Montréal, juin.</p> <p>26.2 Tapia Marcela, (2000) « Portrait des pratiques d'empowerment des femmes immigrantes dans le quartier Côte-des-Neiges », Présentation au congrès ACFAS, Montréal.</p> <p>26.3 Berteau Ginette, Côté Brigitte, Durand Danielle, Tapia Marcela, Thibeau Marie-F. avec la collaboration de Haralampiev Roumania, Lapointe Monique et Michaud Sylvie, (2000) <i>Empowerment et femmes immigrantes</i>. Rapport de recherche présenté au CESAF, juin.</p>

Problématique

Ce projet consiste en l'élaboration d'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 de 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. Dans la mesure où leur origine ethnique peut se rajouter à d'autres facteurs d'exclusion tels que le genre et la pauvreté, les femmes immigrantes se trouvent souvent exclues dans notre société.

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.

À l'intérieur du dit comité, une réflexion sur les pratiques d'empowerment et ses implications à l'égard du travail auprès des femmes immigrantes a été initiée. De plus, le développement d'un réseau élargi s'est organisé dans le but d'impliquer davantage de groupes et organismes intéressés à cette démarche. Durant la cueillette des données, l'équipe a fait 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 mutuels, privilégiant le dialogue ouvert entre l'agente de recherche et les personnes concernées. Quinze (n= 15) entrevues semi-structurées ont été réalisées auprès des intervenants, couvrant les diverses dimensions d'empowerment que nous avons identifiées dans la littérature. Une enquête par observation participante lors des interventions en groupe a été effectuée à la deuxième phase du projet. Des femmes participantes aux séances ont ensuite été invitées à exprimer leurs opinions et besoins lors d'entrevues individuelles semi-structurées.

Les données recueillies ont été 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 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 ont été partagés avec les participantes et les organismes ou groupes intéressés. Une fois ces résultats révisés et enrichis à partir des suggestions des personnes et groupes concernés, un outil de formation adressé aux intervenants devrait être mis au point. 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.

Résultats principaux

L'empowerment est un processus complexe qui comporte plusieurs dimensions de travail inter-reliées : individuelle, en groupe, communautaire et sociopolitique. 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 ?

L'équipe de recherche a pris partie pour 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.

L'empowerment est conçu comme une stratégie globale et à long terme, plus appropriée dans certains contextes que dans d'autres, qui permet l'utilisation de divers modes et procédures d'intervention selon les problématiques et les besoins des femmes. Le 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, 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 est envisagé.

Le projet s'inscrit dans le cadre de l'intervention par quartier qui a été adoptée par le CLSC Côte-des-Neiges 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.

Ce projet a, dans un premier temps, dressé un 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 dans le but de favoriser l'acquisition de connaissances :

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

Dans un deuxième temps, une 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 a été menée afin de favoriser de l'acquisition de connaissances :

- Sur les facteurs qu'influencent l'empowerment chez les femmes immigrantes;
- Sur les barrières et facteurs facilitant l'empowerment tels que perçus par les femmes immigrantes.

Enfin, la troisième étape consiste au 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 et à l'élaboration d'un outil de sensibilisation et de formation sur les spécificités de l'empowerment auprès des femmes immigrantes.

PROMOTION, PRÉVENTION : LE TEMPS DE SÉJOUR FAIT-IL UNE DIFFÉRENCE POUR LES IMMIGRANTES SUD-ASIATIQUES ?

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Bilkis Vissandjée Nicole Leduc Jean Renaud Sylvie Gravel Shree Mulay Monique Lapointe	27.1 Vissandjée Bilkis, (1995). « Les femmes immigrantes et la promotion de la santé », 3è congrès national du Conseil canadien de la santé multiculturelle, Montréal, Québec
	27.2 Vissandjée Bilkis et al. (1998). <i>Le temps de séjour fait-il une différence pour les femmes sud-asiatiques ayant immigrées au Québec ?</i> , Publication du CESAF, Avril.
	27.3 Vissandjée Bilkis, (1998). « Les comportements de promotion de la santé des immigrantes: Les défis pour la recherche », Société canadienne de santé internationale, Ottawa.
	27.4 Vissandjée Bilkis, (1999). « Comportements de promotion de la santé des femmes sud-asiatiques immigrées au Québec », <i>L'infirmière canadienne</i> , Vol. 15, no. 26, 33-45.
	27.5 Vissandjée Bilkis, (1999). « Travailler avec les femems immigrées : les défis méthodologiques », Conférence-midi du CRF, CLSC Côte-des-Neiges, mai.

Problématique

Le but du projet était d'examiner, dans un premier temps, les écrits scientifiques au Québec, au Canada et dans les autres pays européens où se concentre en majorité la population originaire du Sud-asiatique relativement aux déterminants de promotion de la santé de ces femmes ainsi que de leur conception de la santé. Dans un deuxième temps, un groupe de discussion était organisé afin de réfléchir sur les résultats émanant de la revue des écrits, particulièrement en ce qui concerne les aspects spécifiques au genre féminin en promotion de la santé chez les femmes immigrantes sud-asiatiques.

Méthodologie

Étude exploratoire sur la conception et la promotion de la santé des femmes sud-asiatiques immigrées au Québec. Étude constituée sur la base d'un échantillon aléatoire

de 1500 femmes (divisées en 3 groupes) originaires d'Asie du Sud et entrées au Québec soit moins de 1 an, de 2 à 5 ans ou de 6 à 10 ans (MRCI-RAMQ).

La publication mentionnée ci-dessus (27.1) ne rend compte que du dispositif prévu pour l'enquête (technique d'échantillonnage; banque de données; étape de construction et validation du questionnaire). Des résultats sont annoncés pour la deuxième moitié de l'année 98.

Résultats principaux

La conception de la santé des répondantes rejoint des idéaux proches de la culture occidentale. Ne pas avoir de problèmes de santé, de problèmes psychologiques, ni de maladies physiques, correspond à "l'absence de maladie", soit la définition de la santé qui prévalait jusqu'au début des années 50, alors que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) propose aujourd'hui un concept positif de santé, axé sur un état de bien-être physique, mental et émotif.

Les autres critères mentionnés par les répondantes : être en bonne forme, autonome, résister aux petits maux quotidiens et faire ce que l'on veut, se rattachent à une vision positive de la santé. La dualité de conception entre la santé négative (absence de maladie) qualifiée de traditionnelle et la santé positive (état de bien-être), version dite moderne, ne correspond pas à une vision propre aux répondantes immigrantes. Leur vision bio-médicale axée sur l'absence de maladie est encore omniprésente. "

L'équipe de recherche, composée en 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 l'équipe de recherche étaient 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 occupaient, tant dans les milieux universitaires, ministériels que communautaires, la contribution à l'élaboration de politiques fut plus appropriée aux besoins des femmes immigrantes.

Le travail en partenariat est demeuré une priorité pour l'équipe de recherche. Les différents partenaires, tant du milieu communautaire qu'universitaire n'agissaient pas seulement à titre consultatif : une collaboration étroite fut réalisée à toutes les étapes de la recherche.

ÉTUDE PRÉLIMINAIRE DES DÉTERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ PAR LES FEMMES NOUVELLEMENT IMMIGRÉES AU QUÉBEC

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Bilkis Vissandjée Nicole Leduc Monique Lapointe M. Bourdeau-Marchand Pauline Carignan Sylvie Gravel	<p>28.1 Vissandjée Bilkis et Bourdeau-Marchand M., (1996) <i>Comportements de promotion de la santé des femmes nouvellement arrivées au Québec</i>. Rapport au comité d'attribution des fonds internes de recherche, Montréal, Québec : Université de Montréal.</p> <p>28.2 Vissandjée Bilkis, Carignan Pauline, Gravel Sylvie et Leduc Nicole, (1998) « Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes au Québec » <i>Revue d'Épidémiologie et Santé Publique</i>, n°46, 124-133.</p> <p>28.3 Vissandjée Bilkis, Carignan Pauline et Bourdeau-Marchand M., (1998) « Les nouvelles immigrantes et la santé », <i>L'infirmière canadienne / The Canadian Nurse</i>, Avril, vol. 95, 35-41</p>

Problématique

La recherche se situe dans le cadre d'une étude pilote dont le but était de cerner les déterminants de l'utilisation des services de santé de 1^{ère} ligne à des fins préventives par des femmes récemment immigrées au Québec.

Méthodologie

L'enquête (questionnaire) est allée recueillir les perceptions, d'une part, auprès des intervenant(e)s (n=23) œuvrant dans des organismes communautaires et publics (CLSC) et d'autre part, auprès des femmes nouvellement immigrées (n=8). Outre le volet socio-démographique, le questionnaire comprenait des questions ouvertes destinées à capter les perceptions et croyances des répondantes ainsi que leurs habitudes de consultation des services préventifs.

Résultats principaux

Au cours des dernières années, la population canadienne est devenue de plus en plus diversifiée sur les plans culturel et ethnique. L'arrivée de cette population pose un nouveau défi aux services de santé : aider les immigrants à conserver l'état de bonne santé qu'ils présentaient généralement à leur arrivée au Canada car ce potentiel se dégrade au fil des ans. Ce défi est encore plus réel dans le cas des immigrantes car une majorité d'entre elles vivent dans des conditions socio-économiques précaires qui menacent leur santé. Dans ce contexte, les services préventifs et les stratégies de promotion de la santé sont des outils de santé publique indiqués pour favoriser le maintien d'un bon état chez les immigrantes récentes. Toutefois, le concept de promotion n'est pas toujours dissocié de celui de la prévention. Examiner ces concepts dans une perspective culturelle représente une difficulté supplémentaire. Pour maintenir ou améliorer la qualité de vie et la santé des immigrantes, il faut également considérer d'autres aspects comme l'intégration économique et "l'empowerment", c'est à dire le processus permettant d'augmenter le sentiment ou le contrôle réel sur sa vie et sa santé. Ce travail propose donc une réflexion critique suivie de pistes de recherche vers des stratégies de promotion plus adaptées aux besoins des femmes immigrantes du Québec.

Les résultats ont montré que l'isolement et le non-emploi ressortent comme un frein important au maintien d'une bonne santé. Les conditions de vie et l'environnement agissent comme principaux déterminants de la santé. Par ailleurs, des tensions lors des interactions entre intervenants et clientes relatives au manque de connaissances des habitudes culturelles, le manque d'adaptation des services sociaux et de santé en matière de besoins spécifiques de ces femmes immigrantes et une résistance de celles-ci à utiliser les services offerts notamment en raison des barrières linguistiques et socioculturelles, sont à l'origine d'une utilisation inadéquate des services préventifs.

SERVICES DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LES CLSC EN MATIÈRE DE PÉRINATALITÉ - ENFANCE-JEUNESSE

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Lucie Richard Danielle D'Amours Louise Séguin Jean-Marc Brodeur Raynald Pineault	29.1 Richard Lucie, (1999). <i>Services de prévention et de promotion de la santé dans les CLSC... Mise à jour de la méthodologie</i> , Rapport intermédiaire de recherche, CRF-CLSC Côte-des-Neiges.

Problématique

Dans le cadre des réformes en santé, les CLSC sont amenés à jouer un grand rôle en matière de prestation de soins continus et de maintien à domicile. Dans cette perspective ils tiennent une place majeure dans les domaines de la périnatalité, l'enfance et la jeunesse. Or, le contexte budgétaire actuel laisse craindre un renforcement du volet curatif au détriment des services de promotion-prévention (OIIQ, 1995). La création d'une nouvelle dynamique d'intégration des services impliquant divers partenaires de la communauté se dessine comme le moyen de maintenir et de renforcer ces services. Mais qu'en est-il exactement sur le terrain ? Quelle est la nature et l'intensité des services de prévention et promotion de la santé offerts par les CLSC ? Quels sont les mécanismes assurant la prestation des ces services dans la communauté ?

Ce projet vise deux objectifs :

- 1) établir un profil détaillé des services de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la périnatalité-enfance-jeunesse en CLSC;
- 2) identifier les déterminants professionnels, organisationnels et contextuels de l'intégration des services prévention/promotion dans le domaine de la périnatalité-enfance-jeunesse en CLSC.

Méthodologie

Le cadre conceptuel et méthodologique se réfère à une étude antérieure pour étudier l'intégration d'une approche d'intervention en promotion de la santé (Richard et al., 1997).

La variable dépendante a trait aux services de prévention et de promotion ; les variables indépendantes sont dérivées du cadre conceptuel liant les pratiques à des attributs des intervenants (formation, expertise, orientation vers la prévention) de leur environnement organisation et politique (orientation des Régies régionales, modes d'organisation du travail, relations inter-institutionnelles, soutien des gestionnaires) et des caractéristiques des communautés desservies (degré d'activation communautaire, structure de la pyramide d'âge, problèmes prioritaires, etc.).

Le premier volet de la recherche impliquera la conduite d'une enquête postale dans l'ensemble des CLSC (n=151) afin de recueillir des informations sur les variables indépendantes et la variable dépendante. L'analyse permettra de construire des indices d'intégration des services. Un second volet procédera à partir des données recueillies au volet 1 et impliquera la sélection de quatre cas : deux CLSC présentant une forte intégration des services prévention et de promotion et deux CLSC présentant une intégration plus faible.

Résultats principaux

Depuis le début du projet en octobre 1998, les travaux de finalisation des instruments de mesure de même que les consultations des membres du comité aviseur ont amené l'équipe de chercheur à réviser certains aspects du protocole en ce qui a trait à la procédure de collecte des données dont sont énumérées ci-dessous les principales étapes :

1. Envoi de lettre d'introduction au CLSC présentant le projet l'invitant à y participer (annexe 1 du rapport intermédiaire).
2. Les questionnaires accompagnés des formulaires de consentement sont envoyés dès réception des listes des répondants constituées par les directeurs généraux.

Actuellement, les questionnaires à compléter sont :

- Le questionnaire sur les caractéristiques organisationnelles (annexe 5)
- L'inventaire général des services PP visant les 0-5 ans et leur entourage (annexe 6) qui contient une section détaillée sur les activités de promotion de l'allaitement.

- L'inventaire général des services PP visant les 6-11 ans et leur entourage (annexe 7) qui contient une section détaillée sur les activités de développement et renforcement de l'estime de soi.
- L'inventaire général des services PP visant les 12-17 ans et leur entourage (annexe 8) qui contient une section détaillée sur les activités de développement et renforcement de l'estime de soi.
- Le questionnaire sur le développement communautaire et les actions de représentation "advocacy" (annexe 9)

ALLAITEMENT ET MARRAINAGE EN MILIEU MULTIETHNIQUE

ÉTAT PROJET : Terminé

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Brigitte Côté Monique Lapointe Josée Brassières Roxanne Gendron Carmen Loïselle Denise Gastaldo Johane Bienvenue Julie Colgan Sonia Semenic Caroline Morin	30.1 Côté Brigitte, Loïselle Carmen, Lapointe Monique, Gendron Roxanne, Gastaldo Denise et Bienvenue Johane, (1999) « <i>Facteurs influençant l'allaitement maternel en milieu pluriethnique dans un territoire montréalais représentatif – Côte-des-Neiges</i> », Communication présentée au colloque <i>Ethnicité, Citoyenneté, Communauté : les enjeux de l'intervention</i> , CRF-CLSC Côte-des-Neiges, 7 & 8 Juin. 30.2 Côté Brigitte en collaboration avec Colgan Julie, Loïselle Carmen, Gastaldo Denise, Semenic Sonia, Gendron Roxanne, Brassières Josée, Lapointe Monique et Morin Caroline, (2000), Rapport de synthèse <i>Allaitement maternel et marrainage en milieu pluriethnique</i> , Santé Canada, juin.

Problématique

Ce projet vise à mieux connaître les facteurs influençant l'allaitement maternel et adapter les interventions en milieu multiethnique et ainsi soutenir et protéger l'allaitement maternel en milieu multiethnique. Les objectifs de cette 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, tels que décrits par les établissements, les intervenants et les femmes (n=200) (volet descriptif);
3. Explorer les facteurs facilitant et les obstacles liés à l'allaitement maternel chez des sous-groupes ethniques (n=4) plus prévalents 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 groups*).

Méthodologie

La méthodologie est décrite à l'intérieur de la problématique.

Résultats principaux

La recherche rend compte du poids du contexte social et politique dans lequel sont posées les interventions. Les marges d'action des individus (intervenants et clients) apparaissant sont à interpréter au cœur de ces enjeux. Ainsi, la compréhension du phénomène de l'allaitement chez les femmes immigrantes 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.

La recherche sur les pratiques d'allaitement et marrainage en milieu multiethnique montre que parmi 419 mères, 28% des mères ont cessé d'allaiter leur enfant à 3 mois alors que 73% d'entre-elles avaient l'intention d'allaiter au-delà de cette période. Les répondantes mentionnent, le manque d'experts disponibles (consultantes en allaitement) pour répondre aux besoins des mères. 50% considèrent que le soutien postnatal intervient trop tard et qu'il y a un manque de sensibilisation à l'allaitement en prénatal.

Les connaissances produites par ce projet sont l'objet de transfert par plusieurs types de canaux. Ils associent de plein pied les intervenants des équipes concernées par les clientèles en question. Ce projet a donné lieu à la production de programmes de formation.

**DEVELOPMENT AND EVALUATION OF A CULTURAL CONSULTATION
SERVICE IN MENTAL HEALTH / DÉVELOPPEMENT ET ÉVALUATION D'UN
SERVICE DE CONSULTATION CULTURELLE EN SANTÉ MENTALE**

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Laurence Kirmayer Cécile Rousseau Ellen Rosenberg Heather Clarke Jean-François Saucier Carlo Sterlin Vania Jimenez Éric Latimer	31.1 Rapport intermédiaire de recherche, CRF – CLSC Côte-des-Neiges

Problématique

Quand il s'agit de repenser l'accessibilité des soins aux communautés culturelles, les services de santé mentale font face à deux constats qui sont bien documentés dans la littérature :

1. Les communautés culturelles sous-utilisent les services en santé mentale;
2. Les services existants ont du mal à faire face aux demandes qu'ils reçoivent parce qu'ils ne sont pas outillés adéquatement.

Ces problèmes se retrouvent aussi bien dans le champ de la psychiatrie qui s'occupe du champ de la santé mentale, tel que défini dans la politique de santé mentale du Québec. Ces besoins particuliers ont donné naissance à plusieurs cliniques et projets pilotes dans la région métropolitaine de Montréal, qui s'inspirent de différents courants de l'ethnopsychiatrie au niveau international. En se fondant sur les diverses expériences montréalaises, le présent projet vise le développement d'un service de consultation spécialisé en santé mentale et en psychiatrie transculturelle qui pourrait établir des liens entre la clientèle des communautés culturelles (communautés autochtones, immigrants, réfugiés et minorités ethniques) et les institutions et organismes dans le domaine.

L'objectif général serait d'améliorer l'accès aux services de santé mentale en leur conférant une sensibilité culturelle adaptée au nouveau profil démographique de la ville. Ce programme constitue une innovation qui pourrait subséquemment inspirer d'autres grandes villes et servir de point de départ au développement d'un réseau provincial et national.

Méthodologie

Le projet comporte plusieurs niveaux d'évaluation:

- A. Une évaluation de la nécessité de services en consultation culturelle et de formation dans le domaine. Afin d'aider le plus possible les médecins en médecine familiale les travailleurs sociaux, les psychologues et les psychiatres, nous interrogerons de façon sélective des représentants de différentes professions au Québec afin d'évaluer leurs perceptions de la santé mentale transculturelle et leurs connaissances des services et ressources existantes. Cette première enquête constituera une plate-forme de départ permettant l'identification des besoins de formation spécifique et sensibilisera les professionnels quant à l'existence du Service de consultation culturelle et des ressources disponibles sur l'Internet. Un échantillon aléatoire de professionnels mentionnés dans l'annuaire et provenant de différentes professions et de différentes communautés culturelles est constitué. Un court questionnaire d'évaluation permet de déterminer leurs connaissances, leurs intérêts et leurs besoins en terme de formation et de services en consultation culturelle en santé mentale. Le premier contact sera suivi par l'envoi d'un questionnaire qui inclura également une brochure d'information concernant le Service de consultation.

- B. Une évaluation des résultats des programmes de formation. Les programmes de formation offerts aux équipes spécialisées, aux interprètes et aux intervenantes communautaires, seront systématiquement évalués en terme de (a) capacité de transmettre les connaissances; (b) capacité de changer les attitudes et (c) satisfaction des besoins d'information tels que perçus par les intervenants. Tous les participants recevront de brefs questionnaires pré et post atelier afin d'évaluer leur satisfaction quant à la formation et aux connaissances acquises, ainsi que leurs suggestions concernant des sujets et formations futures possibles.

- C. Une évaluation des résultats des différents modèles de soins. La composante principale de ce projet est l'évaluation comparative de l'efficacité et des coûts efficacité des trois modèles d'intervention: (A) soins standards avec interprétation; (B) intervention communautaire; (C) consultation culturelle spécialisée. Trois méthodes d'évaluation de base seront utilisées: (i) une analyse quantitative de la satisfaction des clients et des résultats cliniques; (ii) une méthode d'analyse centrée autour d'événements importants dans des études détaillées de cas afin de révéler les réussites ou les échecs significatifs quant à la satisfaction des besoins du client; (iii) une analyse coût-efficace.

Ce projet aboutira ultérieurement au développement et la validation de mesures et d'indicateurs de qualité des soins en santé mentale multiculturelle, et de méthodes de collecte standardisée de données pour évaluer les services. Ceci permettra une évaluation continue de la performance des services dans le futur afin d'aider les planificateurs et les individus offrant les services.

Résultats préliminaires

AXE A. L'EVALUATION DES SERVICES EXISTANTS

1. Les facteurs culturels liés à l'utilisation des soins de santé mentale par les immigrants.

Cette étude ethnographique est basée sur l'examen exhaustif d'un sous-échantillon de répondants lors d'un sondage impliquant quelque 2500 résidents du quartier Côte-des-Neiges à Montréal. Ces analyses reposent sur les récits concernant : (1) des symptômes inexplicables médicalement; (2) des symptômes somatiques multiples; (3) des symptômes suggérant la présence de détresse psychologique. L'analyse des données se fait à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative de données (nVivo). L'analyse des entrevues menées auprès de 22 immigrants vietnamiens suggère que l'utilisation des soins de santé mentale et des services communautaires est fortement motivée par des représentations culturelles.

2. Les besoins en services de santé mentale des demandeurs d'asile politique

L'équipe de recherche examine les profils actuels des maladies mentales, de l'utilisation des services de soins de santé et des résultats aux traitements prescrits qui caractérisent les demandeurs d'asile politique à la Clinique Santé-Accueil de

Montréal. L'analyse préliminaire des données indique : (1) un taux élevé de problèmes psychiatriques (principalement des PTSD et de la dépression qui se manifestent en une symptomatologie lourde et réfractaire au traitement médical conventionnel ; (2) un manque de ressources habilitées à référer les patients ou d'options alternatives de traitements de santé mentale pour cette population vulnérable hautement stressée et présentant de nombreux symptômes de maladies mentales.

3. La communication médecin/patient et la détection de la détresse psychologique parmi les immigrants au niveau des soins de santé de base

Ce projet, qui bénéficie d'une subvention du CRM, examine le processus de détection par les médecins de famille des problèmes de santé mentale des patients immigrants. Les buts poursuivis sont de : (1) caractériser le processus d'interaction des rencontres au cours desquelles des désordres psychologiques ont et n'ont pas été détectés; (2) décrire et comparer les habitudes et les tactiques de communication affichées par le médecin et le patient lors des rencontres où des désordres psychologiques ont et n'ont pas été détectés. À date, l'élaboration d'outils de mesure et de gestion de données de recherche nécessaires au projet ont été achevés et 14 cas ont été complétés.

4. La prise en charge par l'urgence des immigrants souffrant de psychose

Ce projet qui bénéficie également de subventions du Centre d'Excellence pour la Recherche sur l'Immigration et l'Urbanisation de Montréal, implique une étude axée sur l'examen rétrospectif des admissions à la salle des urgences et les consultations psychiatriques pour les patients présentant des symptômes psychotiques à l'Hôpital Général Juif. Le but est d'identifier les différences dans la prise en charge d'individus qui sont des immigrants récents ou issus de minorités visibles susceptibles d'affecter leur diagnostic et leurs soins. L'analyse est en cours.

AXE B. LE DEVELOPPEMENT ET L'EVALUATION DE SERVICES SPECIALISES EN CONSULTATION CULTURELLE

L'évaluation quantitative:

L'évaluation quantitative en cours du Service de Consultation Culturelle (SCC) à l'Hôpital Général Juif (JGH) considère les résultats des consultations en termes de :

- 1) la satisfaction des personnes consultées;
- 2) la concordance des recommandations fournies;
- 3) le pronostic posé à l'admission du patient et un suivi après une période de 3 mois.

L'évaluation qualitative du SCC, de la clinique transculturelle de l'Hôpital de Montréal pour Enfants, et de la clinique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon:

La composante qualitative de l'évaluation est inspirée de la méthodologie de recherche participative de Guba et Lincoln (1989). Les praticiens, les personnes consultées et les patients sont tous appelés à jouer un rôle actif au cours de l'évaluation. Muni d'un protocole semi structuré permettant de mener des conférences de cas et d'interviewer les consultants et les personnes consultées, l'équipe de recherche devrait être en mesure de documenter : (1) les types de problèmes interculturels référés au SCC; (2) les types de personnes et d'institutions qui ont recours au SCC; (3) les types de formulations culturelles et leur influence lors des interventions; (4) les types de recommandations cliniques et communautaires proposées; (5) les entraves à la mise en oeuvre du service (par ex., les obstacles de nature légale ou éthique rencontrés par les réfugiés) et comment il est possible de les surmonter; (6) les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui facilitent ou compliquent l'observation des recommandations formulées par le SCC. À la suite d'une période de quatre mois pendant laquelle les tests n'étaient pas encore administrés, des rencontres d'évaluation participative formelles ont débuté en janvier 2000, tel que proposé initialement.

**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**

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Ricardo Zuniga Lourdes Rodriguez Ellen Corin Robert Sévigny Cécile Rousseau	32.1 Zuniga Ricardo, Rodriguez del Barrio Lourdes, (2000) « L'intervention en santé mentale dans la communauté : rôle du CLSC », Conférence-midi du CRF, CLSC Côte- des-Neiges.

Problématique

Avec le virage communautaire en santé mentale, les CLSC acquièrent un rôle important dans la réponse aux besoins des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale et cela dans un contexte de compressions budgétaire et de ré-allocation des ressources financières. 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. L'implantation des programmes de santé mentale en CLSC se fait principalement selon deux modèles :

1. La création d'une équipe spécialisée en santé mentale possédant diverses formes de relations avec le CLSC;
2. L'intégration des services en santé mentale dans les programmes existants (programmes transversaux).

On connaît mal les implications du choix de l'un ou de l'autre de ces modèles. Plus fondamentalement, on ne dispose pas actuellement des paramètres permettant de définir les composantes d'une approche communautaire en santé mentale qui soit spécifique aux CLSC et qui permette par la suite de fonder des recherches comparatives. Le projet de recherche concerne le CLSC Côte-des-Neiges qui a 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 possibles de la vie ordinaire et qui a choisi une approche transversale d'implantation.

Méthodologie

Pour le projet plusieurs types de données sont recueillis :

1. Analyse de documents : 1.1 les documents du programme de santé mentale. 1.2 les procès verbaux des réunions interdisciplinaires autour de cas de santé mentale dans les programmes de base. 1.3 le répertoire d'incidents critiques concernant les références et activité de concertation avec les établissements hospitaliers et les organismes communautaires.
2. Entrevues dirigées : 2.1 avec les responsables du programme de santé mentale et de chacun des programmes. 2.2 avec un échantillon d'intervenants sélectionnés de manière à représenter les diverses professions et les différents programmes. 2.3 avec un échantillon d'usagers du CLSC identifiés comme ayant des problèmes graves en santé mentale et sélectionnés en tenant notamment compte des sous-cultures représentatives des milieux de vie. 2.4 avec des parents et proches des usagers sélectionnés.
3. Analyse des dossiers et des données informatisées du CLSC : références, profil des personnes ayant des problèmes de santé mentale et des interventions réalisées selon les intervenants et les programmes. Une analyse de cinquante cas.
4. Observation participante dans différents lieux : 4.1 des réunions interdisciplinaires par programmes. 4.2 des réunions des comités de liaison intersectoriels. 4.3 des réunions réalisées dans le cadre des équipes de quartier auxquelles participent les intervenants des différents programmes et qui visent à soutenir l'approche communautaire.

Résultats préliminaires

Le processus de cueillette de données, tel que défini et appliqué, a permis relativement rapidement d'émettre une opinion sur l'appropriation et la mise en œuvre du programme de santé mentale au CLSC Côte-des-Neiges.

Il ressort de cette étude qu'au plan de la connaissance des orientations du programme, et ce, en dépit d'une séance d'information à laquelle tous les intervenants ont été présents, les intervenants rencontrés se considéraient comme étant peu informés. L'absence d'un document écrit disponible et rédigé à leur intention semble expliquer cet état de fait.

Toutefois, l'analyse de cinquante dossiers, et ce, dans les différents programmes, a permis de constater que les orientations sont généralement respectées. Nous expliquons cette situation par le fait que la formulation des objectifs ou des orientations concernant les services de base en santé mentale est un lien avec le processus habituellement convenu en intervention bio-psycho-sociale. Cependant, il est à noter qu'un aspect ou l'autre de la pratique pourra différer dans son application dépendant des programmes. Ces différences peuvent s'expliquer par le type de services rendus, compte tenu de la spécificité du programme, par la composition de l'équipe d'intervenants et par les choix des modalités de travail convenus par les équipes de base.

L'orientation qui fait en sorte que tous les intervenants doivent travailler dans le programme de santé mentale est considérée comme intéressante, toutefois elle comporte de nombreuses embûches. Celles-ci peuvent être de différents ordres :

- La connaissance: des pathologies, des façons d'intervenir, des ressources disponibles, des limites des interventions dans le cadre du mandat du CLSC Côte-des-Neiges.
- L'encadrement professionnel: supervision clinique, échange entre les intervenants.
- La collaboration avec les ressources externes: protocole de liaison, répondant-local.
- Les particularités de ce champ de pratique: complexité, lourdeur, particularités comportementales liées à certaines pathologies.
- Le travail en multidisciplinarité : multiplicité des rencontres, les cultures professionnelles, la délimitation des champs d'intervention.

Les difficultés de mise en œuvre identifiées par les intervenants réfèrent à ces différents ordres.

Les suggestions émises pour tenter de faciliter et d'améliorer la mise en œuvre touchent également tous ces aspects. Certaines de ces mesures interpellent, soit plus directement les gestionnaires, soit les intervenants.

Il s'agit entre autres de préciser certains éléments du programme relatif à la clarification de concepts et à l'opérationnalisation des orientations. Cette opérationnalisation peut consister notamment à définir ou à mettre en place des mécanismes sous formes d'encadrement, d'échanges, de liaison avec les ressources externes. Comme les intervenants sont au cœur de l'action, ils souhaitent être partis-prenants dans cette étape du développement du programme de santé mentale.

Selon les spécificités d'intervention dans les différents programmes, il est probable que certains mécanismes varient lorsque l'on songe à la supervision, aux échanges multidisciplinaires, par exemple. Toutefois, il apparaît souhaitable, dans l'intérêt du client et pour faciliter le travail des différents intervenants, qu'un plan d'intervention multidisciplinaire soit convenu et présent dans le dossier du client, et il va sans dire, mis à jour au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

Dans l'ensemble, les critiques émises et les pistes de développement suggérées devraient, à ce stade-ci de la mise en œuvre du programme, contribuer à son amélioration et faire en sorte que le service rendu au client soit approprié en respectant les limites du mandat dévolu au CLSC et en soutenant l'action des intervenants qui en assument la réalisation.

FONCTIONNEMENT ET EFFICACITÉ DES ÉQUIPES MULTIDISCIPLINAIRES DANS LES SERVICES SOCIAUX

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Claude Larivière André Savoie	

Problématique

Il y a méconnaissance de l'efficacité réelle des équipes de travail multidisciplinaire (ÉTM) et des déterminants de cette efficacité dans les services sociaux en dépit de la prolifération des ÉTM. Il s'ensuit que les stratégies d'implantation, de soutien et d'amélioration peuvent être aléatoires et improvisées. Les objectifs de la recherche sont :

1. Documenter à l'aide d'un instrument sur mesure le fonctionnement et l'efficacité réels d'un échantillon représentatif des ÉTM du réseau montréalais de services sociaux (en CLSC, CJ et CH);
2. Approfondir par observation et *focus group* les praxis quotidiennes différenciant les ÉTM performantes des autres l'étant moins;
3. Partager ces découvertes avec les personnes responsables et mettre au point des stratégies viables d'intervention pouvant hausser l'efficacité des ÉTM existantes;
4. Implanter ces stratégies auprès d'équipes non performantes et évaluer les apports;
5. Permettre l'appropriation efficace des résultats de l'enquête et des interventions aux directions des établissements, aux responsables d'ÉTM, aux équipiers d'ÉTM de l'ensemble du réseau.

Préoccupé par l'approche du développement d'équipes multidisciplinaires à fonctionnement interdisciplinaire, ce projet vise à cerner le processus vécu au sein des

ÉTM, à évaluer leurs fonctionnements et leurs répercussions sur le travail quotidien, sur l'atteinte des objectifs de l'organisation et sur les services à la clientèle. Elle permettra également de développer des déterminants et des indicateurs de performance propres aux ÉTM dans les services sociaux de manière à les outiller dans leur gestion de l'efficacité groupale. Elle constitue un jalon important dans la réponse aux questions que soulève le vérificateur général du Québec sur les pratiques sociales dans le réseau et leur efficacité.

La recherche permettra une analyse approfondie des résultats observés en fonction des différences inhérentes aux types d'établissements étudiés (CLSC, CJ, CH), mettra en évidence l'existence d'un certain nombre de modèles d'équipes (formulation d'une typologie), dévoilera les facteurs de succès et les déterminants des équipes de travail performantes, permettra de savoir s'il existe des différences entre les équipes à dominante francophone et multiethnique, si la dominance d'une discipline (service social versus nursing, par exemple) ou encore la multiplicité des professions mises en présence en son sein joue un rôle déterminant. À un autre niveau, la recherche permettra aussi d'identifier les facteurs de coordination et de gestion contribuant à l'efficacité des ÉTM et de comparer le seuil de performance des équipes perçu par le supérieur immédiat avec celui mesuré auprès des équipiers par notre instrument.

Les résultats seront partagés avec les organisations participantes et diffusés aux autres ÉTM grâce aux centres universitaires. Il faut aussi rappeler que l'appartenance disciplinaire des chercheurs à des écoles professionnelles différentes favorisera la diffusion des constats dans les champs des services sociaux et de la psychologie, tant à l'université qu'auprès des ordres professionnels respectifs. Cette étude contribuera à l'avancement des connaissances sur l'organisation du travail professionnel, sur ses conséquences pour le milieu organisationnel et les services directs à la clientèle, ainsi que sur la possibilité concrète de réaliser une approche interdisciplinaire dans un contexte complexe, qu'il s'agisse d'organismes de services sociaux ou communautaires, de réadaptation ou même de santé.

Méthodologie

Une première préoccupation est d'obtenir un échantillon représentatif d'environ 120 ÉTM formés de professionnels dans neuf établissements incarnant les grandes variantes de services offerts (CLSC, CJ, CH) et de culturalité (mono, multi) typiques des services

sociaux de la région montréalaise. Ensuite, après enquête préalable, L'équipe procède à l'élaboration et traduction anglaise de deux instruments de mesure applicables respectivement aux équipiers et à leur responsable immédiat. Après l'expérimentation, les propriétés métriques sont établies, elles permettent de décrire statistiquement les réalités vécues par les ÉTM et vérifier les liens explicatifs entre les déterminants et les résultats (efficacité). Après validation auprès des décideurs, une observation serrée de six ÉTM (plus performantes et moins performantes) doit être effectuée. Ultérieurement, un programme d'intervention sera conçu et appliqué aux trois ÉTM moins performantes.

Résultats préliminaires

Cette recherche permet de cerner comment la mise en place d'équipes multidisciplinaires de travail (ÉTM) dans le réseau des établissements offrant des services sociaux constitue un secteur névralgique de la transformation des pratiques professionnelles et peut contribuer à l'accroissement de l'efficacité du travail interprofessionnel.

Cette recherche touche essentiellement des intervenants professionnels dont les pratiques doivent être intégrées et s'inspirer d'une approche interdisciplinaire malgré la multiplicité des acteurs, leurs discours différents et leur formation actuelle de nature unidisciplinaire. Ce modèle, bien qu'encouragé par les établissements, n'a jamais fait l'objet d'une évaluation approfondie. En recueillant le point de vue des acteurs, les chercheurs peuvent concilier des visions différentes (selon l'organisation, la profession et l'ethnicité) et dégager une perspective d'ensemble utile à la fois aux gestionnaires, aux intervenants eux-mêmes et aux formateurs universitaires.

LES AUXILLIAIRES FAMILIAUX EN CLSC: ETHNICITÉ, FORMATION ET INSERTION INSTITUTIONNELLE.

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Marguerite Cognet Deirdre Meintel Jean Renaud Sylvie Fortin Laurent Raigneau Barbara Fournier	34.1 Cognet Marguerite, (2000). « Territoires du travail et enjeu identitaire chez les auxiliaires familiaux des centres locaux de services communautaires (CLSC) », <i>Cahiers du GRES</i> , Université de Montréal, Montréal.
	34.2 Cognet Marguerite, Meintel Deirdre, Laurent Raigneau, Barbara Fournier, Sylvie Fortin, (2000). « Les auxiliaires Familiaux en CLSC : ethnicité, formation et insertion institutionnelle », Présentation des résultats de l'enquête par observation, Journée des AFS, CLSC Côte-des-Neiges, 11 avril.
	34.3 Cognet Marguerite, Meintel Deirdre, (2000). « Les auxiliaires familiaux et sociaux : domestiques ou soignants ? », Communication présentée au XVI ^e congrès de l'ASLF, du 3 au 7 juillet, Université Laval, Québec.
	34.4 Cognet Marguerite, (2000). « Territoires du travail et ethnicité : le cas des auxiliaires familiaux en CLSC », Communication présentée au Colloque du CEETUM, 14 avril, Université de Montréal.

Problématique

Le développement des programmes de Maintien à domicile fait du travail des auxiliaires familiaux et sociaux une des composantes fondamentales des soins de santé et ce d'autant plus que la population des personnes dépendantes en perte d'autonomie ou en risque de l'être (personnes âgées; malades mentaux) occupe une part très importante des clientèles.

Si la part de travail des auxiliaires gagne en importance relativement au nombre d'interventions en lien avec l'extension du champ de l'activité, elle s'accroît aussi considérablement en termes de responsabilités et de tâches. Les auxiliaires constituent une interface prépondérante entre la clientèle et les services de maintien à domicile. Le temps passé auprès de patients pour des services et des soins qui sont le plus souvent de

longue durée, le type de tâches effectuées liées aux activités de la vie quotidienne et de la vie domestique leur permettent d'accéder à un très haut degré d'intimité sur les plans physique et psychologique avec les patients qu'ils prennent en charge. Même si les auxiliaires ne sont pas les seuls intervenants auprès des clients, ils sont ceux qui y passent le plus de temps et qui atteignent la plus grande familiarité. Paradoxalement, au moment où les soins et services à domicile deviennent une des composantes majeures du système de santé, ils reposent de plus en plus fortement sur le travail des auxiliaires familiaux, sur leurs aptitudes présumées à répondre aux besoins alors même que ceux-ci sont au plus bas de l'échelle hiérarchique, reçoivent le moins de formation et que leur degré d'insatisfaction les conduit à un plus fort *turnover*.

Plusieurs écrits mettent l'accent sur le poids des facteurs genre, ethnicité, classe sociale et âge dans les relations entre les auxiliaires et leurs clients. Ces facteurs servent de toile de fond comme autant d'éléments de catégorisation sur lesquels viennent s'appuyer les relations et plus globalement les pratiques de travail. Or, le groupe des "auxiliaires familiaux et sociaux" actuellement en exercice présente parallèlement une certaine hétérogénéité sur le plan des formations et des positions institutionnelles. Il est possible que ces variables soient à même d'influencer les pratiques de travail, de pondérer le poids des autres variables comme le genre et l'ethnicité.

Compte tenu de l'état actuel des connaissances sur cette catégorie de personnel, il s'agit de procéder à une analyse critique de leurs pratiques professionnelles. Au moyen d'une approche globale où sont articulées des méthodes quantitatives et qualitatives (observation, questionnaire, entretien) nous souhaitons explorer à quel point la formation et/ou l'expérience des différentes positions influent sur les perceptions et les pratiques des auxiliaires et par voie de conséquence sur l'origine ethnique.

Le premier point fort de cette étude est d'abord de contribuer à une meilleure visibilité des soins et des services dispensés dans le cadre du maintien à domicile et en particulier pour la part accomplie par les auxiliaires familiaux. Une meilleure compréhension des processus à l'œuvre dans les pratiques des auxiliaires familiaux ainsi qu'une évaluation des effets de la formation permettront des ajustements ou des réorientations en matière de formation initiale et continue, d'organisation du travail collectif et de dynamique des échanges entre les différents intervenants auprès de la clientèle.

À terme, les résultats attendus conduiront à une utilisation optimum des ressources humaines, matérielles et financières déployées dans ce secteur. En s'attachant à comprendre et améliorer l'articulation "client/auxiliaire familial" qui constitue en quelque sorte l'unité de base, cette étude participe de façon opérationnelle à l'optimisation des orientations des politiques de gestion de la clientèle par programmes et contribue tout particulièrement à répondre à l'objectif de qualité qui doit accompagner la productivité.

Méthodologie

La méthode déployée pour cette recherche conjugue des investigations quantitatives (questionnaire) et qualitatives (observations des situations de travail; entrevues approfondies). Les investigations seront conduites dans les dimensions suivantes : pratiques professionnelles, références aux savoirs (formation théorique, expériences), positions vis-à-vis des CLSC, dynamiques d'intégration (facteurs de soutien et/ou de résistance) à un projet collectif, origines ethniques des acteurs concernés.

Observations

Trente et une auxiliaires ont été observées *in situ* sur leur terrain de travail. Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat mais en tenant cependant à échantillonner au maximum selon les différents niveaux de formation et positions occupées vis-à-vis des CLSC.

Questionnaire

Tous les auxiliaires des agences et CLSC partenaires ont été conviés à répondre au questionnaire. 172 questionnaires ont été récupérés.

Entrevues

Sur la base de sondage du questionnaire, trente à quarante auxiliaires sont actuellement consultés pour répondre à une entrevue approfondie (durée moyenne 1h).

En respect des considérations éthiques en vigueur, pour chacune des enquêtes les individus impliqués ont formalisé leur consentement sur les formulaires prévus à cet effet.

En vue d'une collaboration active, les partenaires (CLSC et agences) sont conviés à réagir aux différents temps de la recherche par le biais d'outils de communication : comités de travail; rencontres ponctuelles élargies à l'ensemble des services impliqués aux moments clés de la démarche, soit à la fin de chacune des collectes d'enquêtes aux vues des résultats d'analyses intermédiaires et de la préparation de l'enquête suivante.

Résultats préliminaires

L'enquête par observation a permis de suivre 31 auxiliaires durant leur journée de travail. Sur cet ensemble 87% étaient des femmes, 77% des auxiliaires sont des employés des CLSC (permanents ou temporaires) et 23% le sont par les agences. Mais plus encore que le ratio entre les deux types de structures institutionnelles, la durée des observations accuse une variation importante du fait même du contexte du travail entre les deux. Les auxiliaires d'agences privées sont de fait soumis à une plus grande précarité d'emploi. Il n'existe pas de postes permanents au sens où on l'entend dans les CLSC, le travail se fait à la commande. Les contrats sont surtout des emplois à temps partiels de quelques heures par semaines. En même temps, ces contrats sont sur des périodes tout à fait variables. On assiste pour ces raisons à très fort *turnover* même si cela n'exclue pas que certains auxiliaires puissent exercer plusieurs années durant pour le compte d'une même agence. Le temps des observations auprès des auxiliaires du privé reflète très clairement cette réalité.

Cent-soixante-huit situations mettant en scène un auxiliaire et un client(e) ont été observées. À cela s'ajoute deux journées complètes dans 2 centres de jours et 67 situations d'interactions entre des auxiliaires et des partenaires professionnels (en face à face et en groupe). Pour la partie de l'enquête effectuée avec les auxiliaires du privé, le nombre d'observations pour cette catégorie représente 7% des 168 situations. À ce jour l'analyse des observations confirme et complète les analyses qui étaient déjà apparues lors de l'étude exploratoire de 1998-99, mais elles nous ouvrent aussi de nouvelles pistes d'exploration.

CONFIRMATIONS ET COMPLEMENT DES DONNEES RECUEILLIES LORS DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE

- 1) Les réalités physiques de l'exercice
- 2) Les aspects multidimensionnels ou bio-psycho-sociaux du travail des auxiliaires
- 3) La gestion du temps en question
- 4) L'importance du territoire de travail dans l'espace d'autonomie

NOUVELLES DONNEES ET PISTES D'ANALYSES

- 1) La dimension individuelle et la dimension collective du travail
- 2) L'enjeu identitaire d'un métier en évolution
- 3) Les bons et les mauvais clients : les attentes de part et d'autre

- 4) L'influence de la présence des tiers dans le travail et la relation au client
- 5) La place du genre et des origines dans les modèles de référence des pratiques

L'enquête questionnaire en cours d'analyse, permet d'ores et déjà, de tracer à grandes lignes le profil de ce corps de métier à partir des 172 questionnaires valides retournés. Cet échantillon donne à voir de la population des auxiliaires (auxiliaires et préposés) exerçant en agences privées et en CLSC.

La distribution par sexe dans l'échantillon souligne l'importance des femmes qui représentent plus de 80% (81.3%) soit un peu plus de 4 auxiliaires sur 5 en exercice. Néanmoins, il est intéressant de noter que le poids des hommes avec près de 20% (18.6%) est plus important que dans les représentations couramment véhiculées et si cette donnée varie légèrement selon que l'on regarde la population des CLSC (19.6%) et celle des agences (17.2%), la différence est néanmoins trop faible pour être statistiquement significative.

L'âge moyen des auxiliaires est assez élevé puisque qu'il est de près de 43 ans ($x=42.75$). Si les âges s'étirent sur un continuum entre 18 et 65 ans, le plus gros des effectifs se situe sur une tranche [46-55 ans] et on compte que plus de 50% de la distribution a plus de 44 ans. La première recherche (Meintel et al., 1999), avait souligné le fait que beaucoup d'enquêtés entrent tardivement dans le métier, souvent après une série de divers emplois. Les données quantitatives permettent une analyse plus nuancée. Certes, un nombre important d'individus entrent dans le métier à un âge tardif puisque 50% de la population y est entrée à plus de 37 ans. Mais à l'opposé, certains entrent très jeunes, puisqu'un individu sur six (16,4%) entre dans le métier avant son 26^{ème} anniversaire.

La majorité des enquêtés (56.6%) sont au niveau « Secondaire ou moins » ce qui en a une certaine concordance avec le niveau traditionnellement requis pour suivre la formation d'auxiliaire familial. Ce qui est plus étonnant c'est l'importance de ceux qui ont un niveau plus élevé que le secondaire (43.4%) dont 9% ont complété un niveau universitaire. Ces niveaux de formation fluctuent selon les sexes. Globalement se sont surtout des hommes qui paraissent avoir un niveau de scolarité plus élevé que le secondaire et en particulier ils sont presque 26% à avoir complété un niveau universitaire alors que les femmes ne sont que 5% dans ce cas.

L'analyse de l'échantillon par pays de naissance montre que les auxiliaires de l'étude viennent de 20 pays différents mais plus de la moitié (55.2%) est née au Canada. Le deuxième groupe le plus important est représenté par les originaires d'Haïti avec 24%. Un niveau plus général, on voit que plus de deux auxiliaires sur 5 (44.8%) sont des immigrants. Parmi les migrants, les 2/3 (64.3%) viennent des Caraïbes. Viennent ensuite les originaires d'Amérique Latine mais en nombre beaucoup moins importants, ils ne représentent que 14,3% de l'ensemble des immigrants. Les originaires des continents Afrique et Europe ne sont pas plus d'un sur dix.

Si on regarde, parallèlement les trajectoires familiales, les taux d'individus migrants ou descendants de parents migrants sont légèrement supérieurs (48% au lieu de 44,8%). Notons aussi que l'endogamie est très forte avec un taux de 98% ce qui revient à dire que les deux parents, dans 98% des cas examinés, sont originaires du même pays. La faiblesse de l'écart entre les deux taux, et par ailleurs l'analyse des pays d'origine, nous conduisent à considérer que nous pourrions avoir deux types de profils qui entrent dans le métier : soit d'un côté des Canadiens (depuis au moins deux générations) et de l'autre des individus immigrants et plus particulièrement originaires des pays de la Caraïbe. Les enfants d'immigrants, eux choisiraient d'autres secteurs d'activité.

THE PROCESS OF DETECTION OF MENTAL HEALTH PROBLEMS OF IMMIGRANT PATIENTS BY FAMILY PHYSICIANS

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Ellen Rosenberg Laurence Kirmayer Marie-Thérèse Lussier Claude Richard	35.1 Kirmayer Laurence, (1998). « <i>Languages of the Body: Understanding Somatization in Cultural Context</i> », Conférence-midi du CRF, CLSC Côte-des-Neiges.

Problématique

Mental disorders affect one-third of patients seen in primary care, but 50% of these are not detected by physicians. The health care system is required to provide services to an increasingly multiethnic clientele many of whom are recent immigrants and refugees. We are proposing to study immigrant patients with a high General Health Questionnaire (GHQ) score and their family physicians in order to : 1) identify physicians' and patients' perceptions of the role of ethnicity in the clinical encounter; 2) identify physicians' and patients' perceptions of the nature of the patient's problem; 3) identify physicians' and patients' goals in encounter; 4) describe physicians' and patient's' strategies tactics to attain their goals; 5) characterize goals and tactics in encounters in which mental disorders were and were not detected by physician.

Méthodologie

Videotapes of inter-cultural encounters between 40 patients with mental disorders (as defined by a high GHQ-12 score) and their family physicians; and audiotapes of commentaries on the videotapes by the physicians and patients will undergo qualitative analyses. The doctor and patient will comment on the videos with the research associate. We will apply the classic steps for the qualitative analysis beginning with the identification of themes in individual interviews and clinical encounters, followed by discourse analysis of clinical encounters.

Résultats préliminaires

Les travaux d'analyse des rencontres cliniques entre patients et médecins dans un contexte de différences ethniques, montrent comment des perceptions et des attentes différentes entre les deux types d'acteurs amènent les uns et les autres à développer des stratégies en vue de leurs objectifs propres et pas nécessairement convergents. Les résultats des travaux mettent à jour les écarts de perceptions sur les buts poursuivis et les stratégies afférentes entre des médecins et des patients de différents groupes ethniques. L'étude de la détection des problèmes de santé mentale souligne l'influence potentielle de ces écarts dans les difficultés à reconnaître les symptômes et à poser le diagnostic.

Les résultats préliminaires de l'étude suggèrent que si l'ethnicité joue un rôle dans la relation qui s'établit entre le médecin et son patient, d'autres aspects de l'identité des acteurs tels que l'histoire de la migration, le niveau d'éducation, la pauvreté et le genre sont tout aussi importants.

**PROJET DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES : IMPACT DU FAIT D'ÊTRE
TÉMOIN DE VIOLENCE CONJUGALE SUR LA SANTÉ MENTALE DES
ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 12 ANS D'IMMIGRATION RÉCENTE ET QUÉBÉCOISE**

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Vania Jimenez Jean-François Saucier Jacques Rhéaume	36.1 My Huong Pham, Jimenez Vania, Saucier Jean-François, Murphy Cathy, Buzetti Lynda, (2000). « <i>La santé mentale d'enfants témoins de violence conjugale en milieu pluriethnique</i> » Séminaire de formation de quatre sessions, CRF – CLSC Côte-des-Neiges.

Problématique

Ce projet de transfert de connaissances fait suite à la recherche « impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale des enfants âgés de 6 à 12 ans de famille d'immigration récente et québécoise ». Cette recherche permet de dégager des faits saillants qui peuvent intéresser tout intervenant(e) oeuvrant auprès d'enfants ou de parents confrontés à un problème de violence conjugale.

L'objectif de ce projet de transfert vise à donner suite à cette recherche et, en un sens, à fournir aux intervenants qui rencontrent ce type de problèmes la possibilité de s'approprier à la fois la problématique de la recherche, ses principales conclusions et d'en tirer des pistes d'intervention dans leurs propres activités professionnelles ou communautaires.

Cette formation emprunte au modèle de *l'échange de savoirs* entre intervenants(es) et chercheur(es). Une large place est prévue autant pour la présentation des résultats de la recherche que pour la réflexion sur les expériences vécues par les intervenants qui ont à intervenir en contexte de violence conjugale en milieu pluriethnique. La mise en commun de ces deux regards complémentaires doit conduire, à la fin du séminaire, à dégager des pistes d'intervention appropriées aux différents contextes de pratique des participants (es).

Les objectifs spécifiques consistent à permettre aux intervenants de :

- S'approprier les résultats d'une recherche.
- Les mettre en relation avec leur propre savoir d'expérience et celui d'autres participants
- En tirer une compréhension renouvelée de la problématique de la santé mentale des enfants témoins de violence conjugale
- Dégager en groupe des pistes d'intervention.

Méthodologie

Le projet de transfert de connaissances a donné lieu à quatre séances de formation réparties en deux journées auprès d'intervenants impliqués dans la problématique de santé mentale des enfants et de violence conjugale dans les milieux multiculturels.

Plus largement, la formation s'adresse à tous les intervenants de CLSC ou de groupes communautaires confrontés à des problèmes de violence conjugale, en particulier dans des familles avec enfants, dans différents milieux.

Thèmes abordés : facteurs affectant la santé mentale des enfants dans des situations de violence conjugale, facteurs de risque et facteurs de protection, effets de la situation d'immigration (ancienne ou récente) sur les enfants témoins (développement des enfants de 6 – 12 ans), types de problèmes (intériorisés ou extériorisés) manifestés par les enfants selon les sous-groupes (immigrants ou non), rôle des mères, des pères, du réseau social, etc.

Présentation, des résultats les plus importants de la recherche; échange sur les réactions des intervenants à ces résultats et sur leur impact possible sur l'intervention; présentations de séquences vidéo; brefs exposés sur des thèmes pertinents aux résultats.

Un questionnaire d'évaluation à remplir sur place, a été distribué aux participants. Il permettra l'amélioration ultérieure du séminaire de formation. Les activités prévues ici pourront s'étendre par la suite dans d'autres programmes de formation.

Résultats principaux

Le questionnaire d'évaluation en cours de traitement montre aux premières analyses que la formation a été reçue de façon positive tant sur le fond (thèmes abordés) que sur la méthode interactive de transfert.

LES MINEURS NON ACCOMPAGNÉS. PROFILS ET TRAJECTOIRES DE JEUNES RÉFUGIÉS

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Catherine Montgomery	

Problématique

Parmi les 18 millions de réfugiés dans le monde aujourd'hui, on retrouve des jeunes mineurs séparés de leurs familles. En termes juridico-politiques, ces jeunes sont des mineurs non accompagnés. Ils viennent de différentes régions du monde aux prises avec des phénomènes de guerre, d'instabilité politique ou de désastres naturels. Bien que les difficultés liées à la migration des réfugiés soient souvent étudiées dans la population adulte, la réalité des mineurs non accompagnés demeure relativement peu connue. Qu'en est-il de ces jeunes ? Comment vivent-ils leur intégration au Québec ? Quels sont les obstacles spécifiques auxquels ils font face ? Quelles sont les stratégies qu'ils mettent en œuvre pour surmonter ces obstacles ? Est-ce que l'encadrement et le soutien intensif qu'ils reçoivent dès leur arrivée facilitent ou posent obstacle à leur intégration à long terme et à la réalisation de leurs projets de vie ? Quels sont les pistes d'intervention qui pourraient faciliter l'intégration à long terme ?

Méthodologie

Une cinquantaine d'entrevues semi-dirigées permettra de mieux connaître le vécu et les besoins des mineurs non accompagnés à partir de trois points de vue complémentaires : 1) d'intervenants; 2) de jeunes ayant ce statut ou ayant déjà eu ce statut; 3) d'interlocuteurs clés des communautés d'origine des jeunes.

Résultats préliminaires

The initial phase of the project, for which the preliminary results are available, is based on individual and group interviews with 18 social practitioners. This phase of the project

examines the history of unaccompanied minors, their migratory profiles and the specific issues of protection which apply to them.

History of the phenomenon: The term 'unaccompanied minor' emerged in the WWII period. However, since there have been wars and situations of economic and political instability, there have most certainly been children living in exile, separated from their parents and other close relations. In this broader sense of the term we can identify several waves of unaccompanied minors in Quebec history: Irish orphans in the mid-1800s, *Children of the Empire* between 1868 and 1925, *British Guest Children* and young Jewish refugees from France in the 1940s, Hungarian children in 1956-57, Haitian youth in the late 1960s and Vietnamese, Cambodian and Laotian youth from 1978 to 1983. Since the 1980s, we have witnessed an increasing number of unaccompanied minors from a diversity of origins. In 1999, 35 countries were represented in the clientele of unaccompanied minors of the *Service d'aide aux réfugiés et aux immigrants de Montréal métropolitain (SARIMM)* at the CLSC Côte-des-Neiges.

Migratory profiles. Unaccompanied minors also constitute a heterogeneous population in terms of their personal histories and trajectories. Three principal migratory profiles were identified in the interviews with social practitioners. The first corresponds to youth for whom the departure from their homelands is provoked by events beyond their control. In this category, we find youth who have fled because of the disappearance of family members, situations of extreme violence, persecution or the fear of persecution. The second profile corresponds to youth for whom the decision to leave their countries is generally planned. In this profile, we generally find youth who are seeking to establish themselves as young adults and to escape the constraints of their homelands in which opportunities are limited because of political unrest and economic instability. A final profile corresponds to youth who have been caught up in trafficking networks. This profile is exceptional in relation to the unaccompanied minor population in general, but nonetheless represents a reality which is both difficult to measure and to control.

Issues of protection. In some ways, the needs of unaccompanied minors are similar to those of other young immigrants with whom they share several common barriers, such as language, school integration, lack of knowledge of resources, discrimination, etc. At the same time, however, the practitioners emphasised some specific issues of protection with regards to this population: coping with loss, shock and trauma, support networks and

adequate placement resources, access to education and the question of legal status. Most of these issues have a dual character, revealing at the same time both factors of protection and of risk for these youth. Underlying these issues is a basic humanitarian consideration. In international law, they are protected by the Geneva Convention on the Status of Refugees and the United Nations Convention on the Rights of the Child, both of which have been ratified by Canada. These conventions reflect an ethical position based on humanitarian *ideals* and the protection of basic human rights. From this point of view, the double status of these youth as *refugees* and as *minors* dictates the necessity, even the responsibility, to intervene on their behalf in a logic of protection.

Les travaux en cours de Montgomery C. en collaboration avec le SARIMM (Service d'aide aux réfugiés et aux immigrants de Montréal) sur les mineurs non accompagnés viennent appuyer le développement d'un programme de bourse de carrière.

**TRAJECTOIRES DE VIE ET PAUVRETÉ EN MILIEU MULTIETHNIQUE
L'IMPACT DE DIFFÉRENTES STRATÉGIES D'INTERVENTION DÉVELOPPÉES
PAR LE SECTEUR COMMUNAUTAIRE**

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Christopher McAll Catherine Montgomery	

Problématique

La pauvreté en milieu multiethnique présente de multiples visages, ce qui pose un défi particulier à l'intervention. Ce projet examine de plus près les différentes stratégies d'intervention développées par le secteur communautaire à l'égard de ces populations. Jusqu'à quel point les projets qui mettent l'accent sur la valorisation des personnes et la reconnaissance de leurs compétences réussissent-ils à avoir un impact positif sur les trajectoires de vie de ces dernières ? Dans le cadre de cette recherche, la pauvreté est vue non pas comme un «état» ou une «condition» mais comme un rapport; le produit d'un jeu constant de rapports d'exclusion et d'inclusion dans le quotidien.

Méthodologie

La méthode principale utilisée est celle de la reconstruction de trajectoires. Elle permet de comprendre l'expérience des personnes à travers l'analyse des événements-clés qui ont marqué leur parcours (immigration, déménagements, embauches, etc.) Elle permet aussi de saisir l'impact des interventions sur les trajectoires. L'approche repose donc avant tout sur la réalisation d'entrevues semi-dirigées auprès de responsables des projets mis sur pied par le secteur communautaire, ainsi que l'observation participante et les journaux de bord.

Résultats préliminaires

Les travaux sur les profils de pauvreté, portent une attention spécifique aux perceptions des intervenants, aux analyses qu'ils font des situations où se trouvent leurs clients mais

aussi de leurs actions et des moyens dont ils disposent. Au travers des récits de leurs interventions, de la compréhension qu'ils en ont, on voit émerger les mécanismes qui sous-tendent leurs pratiques. Les intervenants prennent une place d'acteurs au sein de rapports sociaux complexes entre des collectivités qui détiennent des ressources et d'autres qui en sont exclues. Leurs pratiques paraissent difficiles à disjoindre des idéologies qui les supportent. Leurs analyses montrent que ces individus ne constituent pas un ensemble homogène et face aux situations de pauvreté, certains sont plus à même de survivre. La "débrouillardise" caractérise nombre d'entre eux. Cette capacité montre combien les individus, quel que soit le niveau de difficulté dans lequel ils se trouvent, sont et restent des acteurs. Les stratégies de survie leur permettent d'exercer un certain contrôle sur la situation de pauvreté. Dans cette étude qui a démarré au cours de l'automne 1999, la pauvreté est vue comme un rapport : le produit d'un jeu constant de rapports d'exclusion et d'inclusion dans le quotidien.

**ÉTUDE DES DÉTERMINANTS JURIDIQUES, PSYCHOLOGIQUES ET
CULTURELS DES PROCESSUS DÉCISIONNELS DE LA COMMISSION DE
L'IMMIGRATION ET DU STATUT DES RÉFUGIÉS**

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Cécile Rousseau Gilles Bibeau François Crépeau Denise Lainé Marian Shermarke	

Problématique

De nombreuses décisions de la CISR accordant ou refusant le statut de réfugié suscitent la controverse. En effet, de nombreux professionnels (avocats, médecins, psychologues, politologues, etc.) expriment, à l'occasion, des doutes sur les positions prises par la CISR dans tel ou tel cas. Ces professionnels partent de leur expérience et de leurs connaissances, dans leur champ de pratique, pour estimer que la CISR fait fausse route, aux plans intellectuel ou scientifique, dans tel cas spécifique. Ils signalent l'incompétence de tel commissaire sur telle question politique, les préjugés de tel agent d'audience sur les ressortissants de tel pays, les comportements inappropriés de tel commissaire en cours d'audience, le dédain de tel autre envers les rapports d'expert déposés en preuve, etc., en plus de signaler l'insuffisance de la formation continue des commissaires, l'absence d'une jurisprudence unificatrice, etc.

Par ailleurs, les commissaires, les interprètes, les agents d'audience et les fonctionnaires du ministère de l'Immigration dénoncent souvent l'incompétence de tel avocat, les manœuvres dilatoires de tel autre, le comportement inacceptable de tel autre enfin, etc. Or, comme dans tout système de type judiciaire, la collaboration et la responsabilisation de tous sont essentielles à la bonne marche du processus. Sans une confiance commune en la crédibilité du système, sa fonction même est mise en péril : les retards s'accroissent,

les conflits deviennent ouverts, les médias s'en emparent, la pression politique augmente, etc. Cette confiance est d'autant plus importante que la CISR constitue un système de protection des réfugiés dont le rôle est crucial, tant au plan collectif - la CISR est le plus gros tribunal administratif canadien en volume d'affaires - qu'au plan individuel - les décisions de la CISR ont une incidence directe sur la liberté, la sécurité, voire la vie de chaque revendicateur et de sa famille.

Méthodologie

Une première analyse des facteurs qui pourraient sous-entendre un tel état de chose a été réalisée suite à des rencontres avec des informateurs clefs et un *focus group* réunissant des acteurs des milieux communautaires, juridiques et des professionnels de la santé. L'analyse documentée d'un nombre donné de dossier ayant conduit à une décision de la CISR permettrait de vérifier lesquels de ces déterminants ont une influence significative dans la création des désaccords qui minent l'autorité morale et juridique de la CISR et donc de proposer des mesures correctives appropriées.

Résultats préliminaires

Un sentiment de malaise diffus s'est installé chez tous ceux qui traitent d'une manière ou d'une autre de dossiers de reconnaissance du statut de réfugié. Sans que ce sentiment ait été analysé, ni ses causes déterminées et documentées avec précision, une méfiance s'est installée entre tous ces acteurs. Des bruits courent, des rumeurs s'enflent, des anecdotes circulent, etc. Si une majorité de décisions (positives ou négatives) ne semblent pas faire problème, l'existence d'une "zone grise" importante met en cause la crédibilité de tout le système.

L'ampleur du phénomène n'est pas mesurée. Mais ses conséquences sont claires. La méfiance alimente toutes les accusations d'incompétence dont est victime la CISR de la part des uns et la réputation douteuse qui est faite aux avocats des revendicateurs de la part des autres. Le relais des médias auprès d'une opinion publique très sensible à ces questions contribue à monter en épingle des cas individuels et à entretenir un climat exécrable entre tous ces acteurs. Il conviendra donc d'identifier, le cas échéant, les tendances qui œuvrent à fragiliser l'autorité morale de la CISR. En ce sens, la recherche visera à proposer des solutions susceptibles de restaurer la confiance des acteurs, et donc celle du public, envers notre système de reconnaissance du statut de réfugié.

**FORMATION ET ETHNICITÉ DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
DES INTERVENANTS EN SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE ET SOINS
AMBULATOIRES**

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Marguerite Cognet Deirdre Meintel Jean Renaud Jacques Rhéaume	40.1 Cognet Marguerite, (à paraître), « Quand l'ethnicité colore les relations du personnel soignant », <i>Hommes & migrations</i> , Paris. 40.2 Cognet Marguerite, (2000). « Les relations interethniques dans les professions de santé », Journée d'étude, Immigration et santé, le traitement de la différence, URMIS - Hommes & migrations, 15 mai 2000, Paris.

Problématique

La politique de santé publique engagée depuis 1991 a mis l'accent sur les soins et services dispensés en ambulatoire. À la désinstitutionnalisation des modes de prise en charge au profit de services publics de proximité s'ajoute un transfert d'activités vers les secteurs privés et associatifs. Pour assurer la nouvelle organisation des soins et services, de nouveaux groupes professionnels, de nouveaux segments au sein de catégories préexistantes ou encore des ré-aménagements dans les affectations ont émergé.

Ces intervenants sont très hétérogènes que ce soit au plan des niveaux de formation en santé, de ceux des degrés d'insertion dans le dispositif institutionnel ou encore de ceux de leurs expériences antérieures professionnelles et personnelles. Ces expériences intègrent les multiples appartenances sociales des individus et en particulier celles qui sont liées aux dimensions de l'ethnicité et du genre dans les relations.

Les recherches, effectuées en Amérique du Nord et Europe, prouvent que le sentiment d'appartenance professionnelle n'acquiert pas la même intensité pour tous les groupes de salariés des institutions de soins et ne produit pas de référent standard codant *ipso facto* la relation entre soignants et soignés.

Ce programme de recherche explore la construction des identités au travail et de leurs incidences sur les pratiques et les relations des intervenants avec leurs clients et leurs partenaires professionnels relativement aux tensions qui s'exercent entre, d'un côté : les modèles professionnels qui sont diffusés lors des formations et des expériences de travail au cours de processus d'intégration dans les institutions sanitaires publiques ou privées (celles-ci étant considérées comme des espaces organisationnels où s'élaborent et se transmettent des modèles de soins et de services); et de l'autre : les modèles culturels acquis au sein de groupes ethniques d'appartenance.

Nous considérons que l'impact des niveaux de formation et d'insertion, au sein du dispositif institutionnel de santé sur la diffusion et l'intégration des modèles professionnels, est propre à influencer les identités des individus au travail. Le programme développé comprend quatre projets. Les trois premiers se donnent pour principal objectif d'étudier trois groupes de professionnels (auxiliaires familiaux (Cf. projet N°34), infirmier(e)s, travailleurs sociaux) des services sanitaires et sociaux dans le contexte de la réorganisation du système de santé. Au sein de chacun de ces trois groupes, nous interrogerons la multiplicité des profils en regard de l'incroyable diversité des origines ethniques des formations et des positions occupées vis-à-vis des institutions publiques et privées dispensant des services de premières lignes.

L'objectif de la politique de santé, de bien-être d'amélioration des services et des soins ne peut faire l'économie des questions afférentes à ces variables compte tenu de l'impact qu'elles peuvent avoir sur la qualité desdits services, des soins dispensés et sur les relations qu'ils impliquent tant avec la clientèle qu'avec les partenaires professionnels des intervenants. Un quatrième projet proposera une analyse en perspective des trois premiers au regard de la pluriethnicité dans la dynamique des équipes multidisciplinaires.

Les résultats proposeront des outils et des éléments de réflexion qui aideront, les responsables des établissements de santé et de services sociaux mais aussi ceux des institutions chargées des enseignements, à mieux cerner les besoins et définir le contenu des programmes. Ils devraient aussi conduire à des actions de gestion en ressources humaines qui favoriseront des investissements plus positifs des identités professionnelles et amélioreront la vie des individus au travail. À terme, parce que les modalités et les conditions dans lesquelles s'exercent les pratiques ont un impact direct sur la qualité des

soins et des relations entre professionnels et avec la clientèle, les améliorations seront au bénéfice de cette dernière.

Méthodologie

L'enquête est engagée à Montréal, auprès de plusieurs CLSC et de leurs partenaires d'action (agences privées; associations) de façon à prendre en compte: a) la diversité des origines ethniques dans la population desservie et dans le personnel des intervenants; b) la présence d'intervenants formés selon les différents niveaux distingués; c) les contextes organisationnels différents.

Pour l'étude des trois groupes d'intervenants, nous appliquerons une démarche méthodologique identique appuyée sur des approches qualitative et quantitative. La combinaison des techniques d'enquête permet de dépasser la limite de chacune d'elles en exploitant au maximum leur complémentarité. 1) *Le questionnaire* : permettra de dresser les profils socio-démographiques pour chacun des groupes. Des items portant sur l'organisation (planification de la journée de travail, nombre d'interventions formelles et informelles), les pratiques (critères de priorité donnés dans la planification), le degré d'intégration à la fois aux groupes statutaires et aux équipes multidisciplinaires (nombre de déplacements hebdomadaires au CLSC, nature du déplacement, personnes contactées) et le degré de satisfaction au travail (réalisation, implication, collaboration, soutien) seront corrélés aux caractéristiques socio-démographiques. À l'aide de modèles comme la régression linéaire ou logistique (selon le niveau de mesure ultime obtenu), on pourra évaluer l'effet net de ces dimensions. 2) *Les observations*: pour chacun des trois groupes, on retiendra un échantillon d'une trentaine de sujets permettant de croiser les différents types possibles en regard des profils de formation et de position. Les séquences d'observation conçues sur une période hebdomadaire (1 semaine par individu) donnent à voir de la relation entre les acteurs (intervenant-client et intervenant-partenaire) dans le cadre habituel de l'interaction (indexicalité et contextualisation). Cette méthode permet de saisir les intervenants en situation de travail (analyse des attitudes et du langage ordinaire) au delà de leur seule interprétation (descriptibilité). 3) *Les entrevues*: sont destinées à revenir sur des situations observées pour en approfondir le sens qu'en donnent les individus. Le nombre d'enquêtés sera délimité selon la méthode de saturation. Les thèmes interrogeront les intervenants sur leurs pratiques; l'acquisition et la mobilisation de leurs modèles de références; la façon dont ils se représentent leurs

relations aux clients et celles aux autres professionnels; les perceptions de leur place au sein d'équipes multidisciplinaires. On y fera une ouverture particulière au récit subjectif par le biais de la narration d'incidents critiques pour saisir les catégories spontanées qui émaillent le discours et qui font sens pour l'enquêté (appartenance ethnique ou/et de genre, appartenance au groupe professionnel, appartenance de service, d'équipe, etc.).

Le projet concernant la dynamique des équipes multidisciplinaires fera d'abord l'objet d'une enquête pilote dans le cadre de la réorganisation du CLSC Côte-des-Neiges de son approche par "programme" pour une approche par "quartier". L'enquête pilote s'appuyant principalement sur des observations directes et des entrevues exploratoires commencera dès la mise en place de la nouvelle organisation. L'analyse conduira à un projet de recherche ordinaire qui, en complément d'une enquête terrain par observations et entrevues auprès de deux équipes multidisciplinaires dans les CLSC partenaires, mettra en perspective les analyses des trois premiers projets.

Les données des questionnaires seront l'objet de traitements statistiques classiques sur le logiciel SPSS. Les données obtenues par les observations et entrevues seront traitées par la méthode de la théorie ancrée (les découpages et codages seront effectués avec le logiciel NUDIST).

Résultats préliminaires

Les résultats de ce programme sont liés au développement de chaque projet. À date le premier projet est en cours (projet N°34). Les lecteurs peuvent donc se reporter à la fiche de ce projet pour les résultats préliminaires.

LA CONSTRUCTION ET L'EXPLICITATION DES SAVOIRS D'ACTION DANS DES ÉQUIPES D'INTERVENTION SOCIALE

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Guylaine Racine	41.1 Racine, Guylaine (2000). <i>La production de savoirs d'expérience chez les intervenants sociaux</i> , éditions L'Harmattan, collection Action et savoir, Paris.

Problématique

L'étude vise plus loin que les travaux effectués depuis une dizaine d'années qui ont surtout mis en évidence les savoirs d'intervention directe, développés par le praticien individuel qui incorpore et structure son expérience à travers ses interactions avec d'autres. Cette nouvelle recherche a pour objet de décrire et d'analyser la construction de savoirs, d'actions/savoirs, d'expérience dans des équipes d'intervention sociale en répondant à trois objectifs : identifier et décrire le processus de construction de savoirs d'action dans ces équipes; analyser les types de savoirs ainsi produits (nature, niveau d'abstraction et de généralisation de ces savoirs); décrire les mécanismes actuels et potentiels de diffusion de ces savoirs.

Méthodologie

Six équipes d'intervention sociale montréalaises seront recrutées pour participer à la recherche. La stratégie de recherche retenue sera essentiellement exploratoire et qualitative, s'inspirant de l'approche ethnographique de la théorie ancrée. Quatre activités de collectes de données sont prévues dans chacune des équipes participantes : 1) des « groupes d'appréciation partagées » (GAP) qui permettra de situer le contexte dans lequel les savoirs d'action de l'équipe sont produits et qui sera l'occasion de colliger des données socio-démographiques sur les membres de l'équipe; 2) l'observation participante de trois discussions en équipe de situations jugées complexes par les membres de l'équipe; 3) des entretiens individuels semi-structurés auprès des intervenant(e)s

directement impliqué(e)s dans les situations présentées pour discussions en équipe; 4) une rencontre de présentation des analyses préliminaires aux membres de l'équipe, rencontre qui permettra de mettre à l'épreuve les conclusions des analyses partielles et de raffiner les analyses finales.

Résultats préliminaires

La pratique qui sert de toile de fond à l'étude, est celle d'intervenants œuvrant dans des organismes communautaires montréalais pour femmes en difficulté et sans abri. Les résultats révèlent une constante chez les intervenantes étudiées : le rapport entre «faire ses expériences» et les «faire avec d'autres». Plutôt qu'un processus individuel de production de savoirs, le concept d'apprentissage expérientiel peut apparaître comme une co-production de savoirs.

PROMOTION, PRÉVENTION CHEZ LES FEMMES IMMIGRANTES SUD-ASIATIQUES : ÉCHANGE DE CONNAISSANCE ET ACTIONS CONCERTÉES

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Bilkis Vissandjée Sylvie Gravel Isabelle Hemlin Janine Hohl Mulay Shree	

Problématique

Ce projet de diffusion des connaissances est une suite logique de l'étude antérieure (27). Ne voulant pas se limiter à une diffusion traditionnelle des résultats, il s'agit de maximiser les retombées sociales de la recherche ainsi que de contribuer au développement et à l'ajustement de programme en matière de santé des immigrantes, notamment celles issues de l'Asie du Sud. Le partage des résultats de recherche développés en partenariat par le biais de stratégies adaptées aux réalités et aux besoins d'information et de diffusion des femmes elles-mêmes et des partenaires. Il s'agit d'assurer une intégration progressive des résultats de recherche et de recommandations au sein des institutions des partenaires.

Méthodologie

Deux stratégies seront utilisées. 1) des ateliers d'échanges : basés sur une pédagogie interactive avec des intervenants œuvrant auprès de ces femmes. Au-delà d'une simple communication de résultats de recherche, une rencontre de partage et de réflexion dans le cadre de laquelle les résultats s'uniront aux expériences professionnelles et personnelles des intervenants. 2) une implantation d'un comité stratégique d'orientation : dans le contexte actuel de la reconfiguration du réseau de la santé et des services sociaux, il est essentiel que les intervenants communautaires, les professionnels de la santé, les chercheurs et les décideurs issus de divers milieux se rencontrent, discutent et s'entendent sur les enjeux prioritaires. Ceci permettrait de développer, implanter et évaluer

des plans d'action sensibles aux conditions de vie et aux spécificités culturelles des immigrantes.

Résultats préliminaires

(Voir Projet n^o 27) La recherche sur les femmes originaires d'Asie du Sud-Est est en cours d'élaboration d'un guide pour l'intervention.

JEUNES, IMMIGRATION ET PAUVRETÉ : VERS UNE CITOYENNETÉ INCLUSIVE

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Catherine Montgomery	43.1 Montgomery Catherine, (2000). « Jeunes, immigration et pauvreté : vers une citoyenneté inclusive », Conférence midi, CLSC de la région Sherbrookoise.

Problématique

Le projet porte sur la pauvreté des jeunes en milieu pluriethnique et, plus particulièrement, sur les projets communautaires qui favorisent l'insertion sociale et professionnelle des jeunes de 13 à 18 ans dans ces quartiers. Selon la perspective adoptée, de tels projets constituent des espaces intermédiaires dans lesquels les jeunes peuvent développer des stratégies alternatives de survie. En mettant l'accent sur l'autonomie des jeunes, ces projets peuvent faciliter le développement de la compétence de ceux qui les aident et ainsi, éviter des cycles de pauvreté à long terme ainsi que les formes d'exclusion qui y sont associées (itinérances, décrochages, toxicomanie, dépression). Dans ce sens, ils constituent aussi des espaces de citoyenneté c'est-à-dire des espaces marqués par des rapports d'inclusion. Les objectifs du projet de formulation sont triples : 1) établir un portrait de la pauvreté des jeunes de 13 à 18 ans; 2) mieux connaître les ressources en place dans ces quartiers pour aider les jeunes à surmonter les obstacles reliés à la pauvreté; 3) examiner le rôle de prévention que peuvent jouer les stratégies communautaires de lutte contre la pauvreté des jeunes. À plus long terme, le projet de formulation servira à ouvrir une réflexion plus large, par le biais d'une recherche ordinaire, sur la pauvreté des jeunes en milieu pluriethnique.

Méthodologie

Le projet de formulation comprendra quatre étapes qui permettront de mieux cerner la problématique de la pauvreté des jeunes en milieu pluriethnique et des stratégies d'action auprès de ceux-ci : une recension préliminaire des écrits, une description de projets

existants pour les jeunes de 13 à 18 ans dans les quartiers sélectionnés (activités offertes, profils des clientèles, objectifs visés en lien avec la pauvreté) et des entrevues approfondies auprès de 8-10 organismes. Finalement une analyse thématique, effectuée à l'aide du logiciel NUDIST, servira à dégager des hypothèses et des pistes pour la rédaction d'une demande ordinaire de recherche.

Résultats préliminaires

L'étude pilote de Montgomery C., qui associe les organisateurs communautaires des CLSC Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville, explore les trajectoires des plus jeunes eu égard aux projets communautaires (les statistiques attestent d'une plus grande vulnérabilité de cette catégorie de population face à la pauvreté en même temps que les ressources allouées ne sont pas forcément affectées dans leur direction). Les résultats préliminaires montrent cependant que ces jeunes possèdent des forces et des ressources personnelles susceptibles de les aider à surmonter une situation de pauvreté.

RAPPORT SUR LA MESURE D'URGENCE EFFECTUÉE À KINGSTON PAR DES INTERVENANTS DU CLSC-CÔTE-DES-NEIGES

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Jacqueline Bayreuther John D'Andréa Isabelle Lafleur	44.1 Lafleur Isabelle, Cyr André, Blaise Jennifer, (2000) « Les approches interculturelles lors de mesures d'urgence : apport pour l'intervention », Communication, Réseau canadien du stress traumatique, Ottawa, 30 mai.

Problématique

Des intervenants du CLSC Côte-des-Neiges ont participé à la mesure d'urgence de Kingston qui visait à accueillir des réfugiés kosovars au Québec. Le projet consiste à rendre compte des interventions générées par cette mesure d'urgence en dressant : 1) un portrait des interventions réalisées; 2) une identification des acquis qui ont facilité ces interventions.

Méthodologie

Analyse des expériences vécues par les intervenants. Le projet se base sur des entrevues effectuées auprès d'intervenants qui ont participé à ces mesures d'urgence.

Résultats préliminaires

L'étude des savoirs des intervenants s'ancrent dans le terrain de leurs expériences tant quotidiennes que particulières telle que le fût l'intervention en mesure d'urgence de Kingston pour accueillir des réfugiés Kosovars au Québec et qui a impliqué 33 intervenants du CLSC Côte-des-Neiges sur le site (infirmiers, travailleurs sociaux, médecins). L'évaluation de l'intervention réalisée a posteriori par l'équipe sous la coordination de Bayreuther J., directrice de Santé Globale avec l'aide d'un chercheur (Lafleur I.) vise en particulier à identifier la nature des acquis qui ont facilité le travail des intervenants. Les analyses préliminaires des expériences montrent que les savoirs acquis antérieurement dans le domaine de l'intervention en milieu interculturel les avaient conduit à un véritable processus de transformation qui leur permettait d'agir avec le groupe dont

ils avaient la charge et non pas "sur" le groupe. L'analyse critique, que les intervenants font de leurs actions, peut se classer sous sept rubriques : la matérialisation et la collectivisation des problèmes; la défense du client; le questionnement de l'idéologie dominante; l'augmentation du pouvoir du client; les expériences préalables des intervenants; le contexte pré-migratoire. À la lumière de leurs analyses pointe une remise en question des modèles professionnels et organisationnels au profit d'une ouverture sur les savoirs des clients. Les travaux de ce volet, qui contribuent à enrichir la théorie de la pratique et des savoirs d'action, sont en développement.

**LES PRATIQUES TRADITIONNELLES AFFECTANT LA SANTÉ PHYSIQUE ET
MENTALE DES FEMMES ET LE RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ :
QU'EN EST-IL DES STRATÉGIES D'INTERVENTION ?**

ÉTAT PROJET : Soumis en Sept. 2000 auprès de Santé Canada

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Bilkis Vissandjée Radegonde Ndejuru Mireille Kantiebo Jean Renaud Jacqueline Oxman- Martinez Claude Fortin	

Problématique

La recherche qualitative pan-canadienne a été menée auprès de 162 immigrant(e)s dont 59% de femmes et 41% d'hommes (issus des villes de Montréal, Ottawa, Halifax, Toronto, Winnipeg et Vancouver) dans le but de : 1) mieux comprendre les valeurs et croyances des immigrant(e)s concernant les pratiques traditionnelles (excision, infibulation) affectant la santé mentale et physique des femmes immigrantes au Canada; 2) cerner les défis du processus d'intégration progressive au Canada, et 3) étudier le recours aux services de santé et services sociaux par ces communautés, notamment les femmes. Les résultats de cette étude mettent en relief non seulement les spécificités culturelles et les conséquences médico-sanitaires de ces pratiques, mais également les difficultés rencontrées lors du recours aux services de santé. Une perception de manque de connaissance et de familiarité des intervenants avec les pratiques de l'excision et/ou de l'infibulation est un des résultats les plus marquants. Ces lacunes entraînent des interventions peu appropriées au-delà des problèmes de communication interculturelle. Les constats de notre recherche appuient les résultats d'autres études à ce qui a trait au besoin d'information et de formation des intervenant en matière de pratiques traditionnelles et souligne l'urgence de développer un programme d'interventions appropriées d'autant plus que les curriculums actuels de formation de base des divers professionnels de la santé

n'intègrent pas les aspects relatifs à l'excision et l'infibulation. Ces résultats sont également le fruit des conclusions des travaux du groupe de travail interministériel fédéral sur la mutilation génitale des femmes (menés par Santé Canada). Les répondants s'entendaient clairement sur la nécessité de renseigner les intervenants en santé sur ces pratiques, mais ils étaient moins précis sur la façon de procéder pour y arriver.

Le but de la demande de renouvellement est donc de s'appuyer sur les acquis de la recherche précédente (projet n°18) ainsi que des travaux du groupe de travail interministériel fédéral sur la mutilation génitale des femmes pour développer en partenariat avec les groupes de femmes concernées, des lignes directrices menant à un programme d'interventions reflétant la synergie des efforts multidisciplinaires et intersectorielles ainsi que les connaissances acquises en matière de pratiques traditionnelles. Ce travail permettra d'augmenter l'accessibilité culturelle des services de santé pour les femmes immigrantes issues de pays où prévalent l'excision et l'infibulation. Ce but s'inscrit toujours dans les priorités de recherche définies par le PNRDS concernant les déterminants de la santé des populations, les politiques gouvernementales, le transfert et l'application des connaissances.

Méthodologie

L'accent sera mis dans un premier temps, sur la recension des divers programmes d'information, de sensibilisation et de formation de base des intervenants en santé qui ont été réalisés dans les régions de Montréal, Ottawa et Toronto relativement aux pratiques de l'excision et de l'infibulation; ceci permettra de mettre en relief les besoins non satisfaits des intervenants en terme de canevas ou de contenu de formation. Dans un second temps, une évaluation de stratégies adoptées dans quelques pays d'origine des personnes concernées sera effectuée afin de contribuer à un contenu et à des méthodes culturellement adaptées de formation du personnel de santé à Montréal. Il s'agira à cette étape d'effectuer une revue documentaire et un échange, par contacts téléphoniques et électroniques – bases de partenariat déjà développées- des programmes d'interventions existants et non nécessairement publiés. La troisième étape consistera en une évaluation de prévalence des complications inhérentes à ces pratiques auxquelles doivent faire face les intervenants de la santé de première ligne. Dans ce cadre, il sera nécessaire de développer des protocoles et des instruments qui permettront d'examiner les registres des CLSC, des cliniques, urgences et salles d'accouchement : en essayant d'identifier

l'ampleur du phénomène dans les villes retenues (faible, avancé), il sera possible de développer des priorités d'action ainsi que des types de formation devant être privilégiées en partenariat avec les groupes de femmes œuvrant auprès de ces femmes (lieu, durée, diversité, urgence).

En s'inspirant des résultats de la recherche précédente, de la phase d'évaluation mentionnée ci-dessus et des recommandations des divers rapports qui se sont penchés sur les besoins des intervenants, notamment celui du travail du groupe de travail interministériel fédéral sur la mutilation génitale des femmes qui souligne le besoin urgent d'informer adéquatement les intervenants de la santé, il s'agira de rencontrer ces derniers afin de développer, en partenariat multidisciplinaire et intersectoriel, une stratégie d'interventions relativement aux pratiques traditionnelles.

Résultats attendus

Ce projet de transfert des connaissances fait suite à la recherche « Les pratiques traditionnelles affectant la santé physique et mentale des femmes : l'excision et l'infibulation -situation actuelle et perspectives d'avenir » (18). Dans le cadre de cette demande de renouvellement, il est attendu que, par le biais d'un processus de collaboration avec le milieu des femmes, les chercheurs, le réseau de la santé et des services sociaux et les associations professionnelles, des recommandations stratégiques soient développées. Elles contribueront ainsi à optimiser les programmes de sensibilisation culturelle ainsi que les programmes de formation de base et en cours d'emploi des intervenants de la santé. Elles permettront en même temps, d'élaborer sur la responsabilité professionnelle des intervenants de la santé face à ces pratiques traditionnelles. Par exemple, les recommandations du groupe de travail interministériel fédéral sur la mutilation génitale des femmes indiquent que des organismes de santé publique tels que Santé Canada entre autres et les milieux de l'enseignement devraient travailler en synergie avec les groupes de femmes concernées pour s'assurer que les intervenants pourront œuvrer le plus efficacement possible auprès des femmes ayant subi ces pratiques. Ceci contribuera à l'amélioration de l'accessibilité et de l'adéquation des services de santé. Les résultats de l'étude faisant l'objet de la demande de renouvellement se limiteront aux régions de Montréal, Ottawa et Toronto dans une optique de faisabilité de la recherche relativement aux objectifs, à la vague d'immigration des personnes issues des pays où prévalent ces traditions et à la disponibilité éventuelle des fonds.

**PRATIQUES DE SOINS ET FIGURES DU LIEN. DES AIDANTS À DOMICILE
DANS UN CONTEXTE NOUVEAU : DIFFUSION DES RÉSULTATS**

ÉTAT PROJET : En cours

ÉQUIPE DE RECHERCHE	PRODUCTION DES RÉSULTATS
Éric Gagnon Francine Saillant Robert Sévigny Catherine Montgomery Steve Paquet	46.1 (2000) Colloque « <i>Nouvelles pratiques d'aide et de soins. Le communautaire, le privé et l'économie sociale dans l'aide à domicile</i> », colloque tenu le 8 juin à Québec, le 20 juin à Montréal, organisé en partenariat avec le CRF CLSC Côte-des-Neiges, Centre Affilié Universitaire, Université Laval, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Direction de la Santé publique et le Centre de recherche sur les Services communautaires de l'Université Laval 46.2 Gagnon Éric, Saillant Francine, Montgomery Catherine, Paquet Steve, Sévigny Robert, <i>Nouvelles pratiques d'aide et de soins. Le communautaire, le privé et l'économie sociale dans l'aide à domicile : Synthèse d'une recherche.</i> 46.3 Gagnon Éric, Saillant Francine, Montgomery Catherine, Paquet Steve, Sévigny Robert, (2001). <i>De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux</i> , Presses de l'Université Laval, Québec.

Problématique

Ce projet a pour objet la diffusion des résultats de la recherche « Pratiques de soins et figure du lien : des aidants et des services à domicile dans un contexte nouveau » (n° 16). Cette étude visait à décrire et à comprendre la nouvelle organisation des services générés par l'apparition et la diversification des organismes intermédiaires dans le maintien à domicile, de même que la relation aidant/aidé.

Les objectifs ici, sont de favoriser l'appropriation locale des résultats et la tenue d'échanges publiés autour de la question de la qualité des services dans le contexte des nouveaux services de maintien à domicile et de favoriser l'échange entre les divers intervenants concernés, les milieux de décision, les milieux associatifs et les services publiques.

Méthodologie

Le projet tentera de diffuser les résultats par l'organisation de colloques avec diffusion des résultats sous forme vulgarisée en édition papier et électronique. L'organisation d'un colloque itinérant est prévu dans les trois milieux de la recherche (présentation, ateliers, synthèse).

Résultats préliminaires

Le colloque porte sur les pratiques d'aide et de soins à domicile des intervenantes œuvrant dans des organismes communautaires, des entreprises d'économie sociale et des entreprises privées. Il vise à engager une discussion sur les principaux enjeux entourant ces pratiques, touchant la qualité des services, leur accessibilité, les nouveaux emplois de services, les responsabilités dans l'aide et le soutien aux personnes dépendantes.

Exercées au sein d'organismes insérés entre la famille et les services publics, ces pratiques d'aide et de soins sont soumises à diverses contraintes qui en limitent l'exercice, mais elles recèlent également de nombreuses potentialités. Ces pratiques sont une manière de composer avec la dépendance dans notre société. C'est autour des formes de relations possibles et nécessaires qu'elles nouent avec les personnes dépendantes, que les intervenantes donnent un sens et une valeur à leur travail.

Les retombées prévues sont l'appropriation locale des résultats; aider à l'amélioration et à la coordination des services; alimenter les réflexions en cours sur l'économie sociale et alimenter le débat public sur l'équité.





RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ARPIN, J. (1992). « L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans la relation avec le patient ». *Santé mentale au Québec*, vol.17, no.2, 99-112.
- BEISER, M. ET COLL. (1988). *Puis ... la porte s'est ouverte. Problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*. Rapport du groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, Secrétariat au multiculturalisme, ministère de la Santé et du Bien-être social, Ottawa.
- BERGER, F. (1997). « Fonds spécial pour attirer les immigrants en région ». La Presse, 26 mars.
- BERRY, J.W. (1988). « Acculturation and Psychological Adaptation: A Conceptual Overview ». In J. W. Berry et R. C. Annis (Ed.), *Ethnic psychology: Research and practices with immigrants, refugees, native people, ethnic groups and sojourners*, Swets & Zeitlinger: Amsterdam.
- BERTOT, J. ET A. JACOB (1991). *Intervenir auprès des immigrants et réfugiés*. Le Méridien : Montréal.
- BIBEAU, G., A.M. CHAN-YIP, M. LOCK, C. ROUSSEAU ET C. STERLIN (1992). *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*, Gaëtan Morin éditeur, Boucherville.
- BILODEAU, G. (1993). « Méthodologie de l'intervention sociale et interculturalité ». *Service social, Culture et Intervention*, vol. 42, 25-48.
- BLANCHET, L., M.C. LAURENDEAU, D. PAUL ET J.F. SAUCIER (1993). *La prévention et la promotion en santé mentale: préparer l'avenir*. Gaëtan Morin éditeur, Boucherville.
- BOUCHER, N. (1991). « Société multiethnique: implications pour la déontologie et l'éthique ». Communication présentée le 23 mai au colloque du RUFUTS (Reg. des unités de formation en travail social du Québec).
- CHEN, J. NG, E., WILKINS, R. (1996), La santé des immigrants au Canada en 1994-1995, *Rapports sur la santé*, 7 (4) : 37-50.
- CHIASSON-LAVOIE (1991). *L'approche interculturelle auprès de réfugiés et de nouveaux immigrants*, CSSMM-SMI.
- CHRISPIN-BRUTUS, M. (1994). « Intervention socio-judiciaire et communautés culturelles: le cas de la communauté haïtienne ». *Intervention*, 97: 11-19.
- CÔTÉ, C. ET H. BOULET (1996). « Les compétences des clients et de leurs familles: des ressources à utiliser davantage ». *Intervention* 102: 96.
- DUVAL, M. (1991). *Être mère au foyer et récemment immigrée à Montréal*. Institut québécois de recherche sur la culture.
- DYKE, N. ET SAUCIER, J.-F. (1999). *La paternité aujourd'hui. Bilan et nouvelles recherches*, CLSC Côte-des-Neiges, Série de publications du Centre de recherche et de formation, no. 3.
- DYKE, N. ET SAUCIER, J.-F. (2000), *Culture et Paternités*, Éditions St-Martin, Montréal.
- HENEMAN, B., G. LEGAULT, S. GRAVEL, S. FORTIN ET É. ALVARADO (1994). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*. École de service social, Université de Montréal et direction de la santé publique de Montréal, Rapport de recherche.
- JACOB, A., J. BERTOT, L.R. FRIGAULT ET J. LÉVY (1997). *De l'exil à l'espoir*. Éditions Fides, Montréal.

- JIMENEZ, V., SAUCIER, J.F., MARLEAU, J., MURPHY, C., CIAMPI, A., COTE, B., TONG, G. (1999a), *Impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale des enfants âgés de 6 à 12 ans de familles d'immigration récente et québécoises*, Série des Publications du Centre de recherche et de formation, CLSC Côte-des-Neiges, n°1, Montréal.
- JUTEAU, F. (1991). « Divorce and the Migration Process Among Salvadorians in Montreal ». In S. P. Sharma, M. Ervin et D. Meintel (Ed.), *Immigrants and refugees in Canada*, University of Saskatchewan, 282-293.
- LEBLANC, N. (1996). *Quelques enjeux de l'intervention en CLSC pluriethnique*, mémoire de maîtrise, CLSC Côte-des-Neiges, Centre de recherche et de formation.
- 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.
- MCALL, C. (1992). *Class, ethnicity and social inequality*. Montréal: McGill-Queen's University Press.
- MCALL, C. (1995). « Les murs de la cité: territoire d'exclusion et espaces de citoyenneté ». *Lien Social et Politiques*, no. 34, 81-92.
- MEIKLE, S.F., M. ORLÉANS, M. LEFF, R. SHANI ET R.S. GIBBS (1995). «Women's Reasons for Not Seeking Prenatal Care: Racial and Ethnic Factors». *Birth*, no. 22, 81-86.
- MEINTEL, D. ET J. LE GALL (1995). *Les jeunes d'origine immigrée. Rapports familiaux et transitions de vie - Le cas des jeunes chiliens, grecs, portugais, salvadoriens et vietnamiens*. Groupe de recherche ethnicité et société, Université de Montréal.
- NAIDOO, J. C. (1992). «The Mental Health of Visible Ethnic Minorities in Canada ». *Psy Dev Soci*, no. 4, 165-186.
- PICHÉ, V. ET BÉLANGER, L. (1997), « Le quartier Côte-des-Neiges : Fiction statistique ou milieu d'insertion pour les groupes d'immigrants? » in *Le quartier Côte-des-Neiges à Montréal : les interfaces de la pluriethnicité*, L'Harmattan, 77-102.
- 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 » in Tellier, Y. et Tessier, 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 » in *Recherche, formation et pratiques en éducation des adultes*. Collectif sous la direction de F. Serres, Sherbrooke, Éditions du CRP, Université de Sherbrooke, Faculté de l'éducation, 131-157.
- RHÉAUME, J. (1993b). « Dimensions épistémologiques des liens entre théories et pratique » in Enriquez, E., Houle, G., Rhéaume, J., Sévigny, R., *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 83-89.
- RHÉAUME, J. ET R. SÉVIGNY (1985). « Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol.10, no.2, 156-160.
- RHÉAUME, J. ET R. SÉVIGNY (1987). « Les enjeux de la pratique dite "alternative", *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol.6, no.7, 133-147.
- RHÉAUME, J. ET R. SÉVIGNY (1988). *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale* (2 vol.). Éditions Saint-Martin, Montréal.
- ROBICHAUD, J.B. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité*. Gaëtan Morin éditeur, Boucherville.

- ROUSSEAU, C. (1991). « Manifestations cliniques de symptômes de traumatismes chez les personnes victimes et témoins de violence organisée ». Conférence donnée dans le cadre du cours « *santé et groupes ethniques* » du Certificat en intervention multiethnique, FEP, Université de Montréal.
- SAUCIER, J.-F., DYKE, N. (1998), *La paternité aujourd'hui. Bilan et nouvelles recherches*, Actes du Colloque de l'ACFAS, mai, Université Laval, Québec.
- SÉVIGNY, R. (1983). « Théories psychologiques et sociologie implicite », *Santé mentale au Québec*, vol.8, no.1, 7-21.
- SÉVIGNY, R. (1991a). « La sociologie implicite des intervenants en développement organisationnel » in in Tellier, Y. et Tessier, R. (eds), *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, no.1, 29-48.
- SÉVIGNY, R. (1993a). « Les alternatives en santé mentale et la gestion du social », *Sociologie et sociétés*, vol. 25, no.1, 114-123.
- SÉVIGNY, R. (1993b). « L'approche clinique », Enriquez, E., Houle, G., Rhéaume, J., Sévigny, R., *L'analyse clinique dans les sciences humaines*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 13-28.
- SHORT, K.H. ET C. JOHNSON (1994). « Ethnocultural Parent Education in Canada: Current Status and Directions », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 13, no. 1, 43-54.
- SUE, D.W. ET D. SUE (1990). *Counselling the Culturally Different*. John Wiley & Sons: New York.
- WESTERMEYER, H. (1989). *Mental Health for Refugees and Other Immigrants : Social and Preventive Approaches*. Charles C. Thomas: Springfield.
- WOOD, M. (1988). « Revue de littérature sur la santé mentale des migrants ». *Santé, Culture and Health*, GIRAME, vol. 5:1.
- WORNHAM, W. L. (1988). « Cultural Targeted Health Services for Immigrant Children and Adolescents ». *Canadian Journal of Public Health*, vol.79, 39-43.

