

Série B : Études et analyses scientifiques



**La compétence interculturelle
actualisée dans une approche
d'empowerment au service des
familles immigrantes**

RAPPORT DE RECHERCHE

Nicole Chiasson
Geneviève Deschênes

Ce projet a été réalisé grâce à une subvention conjointe du
ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la
santé et des services sociaux de l'Estrie dans le cadre du
Programme de subventions en santé publique

Avril 2007

Recherche et rédaction : Nicole Chiasson, professeure, Université de Sherbrooke
Geneviève Deschênes, agente de recherche, Université de Sherbrooke

Ont collaboré au projet : *En tant que partenaire :*
Une équipe multidisciplinaire du CSSS – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke intervenant auprès de familles immigrantes dans le cadre d'un programme intégré 0-5 ans; Claude Marchand et Hélène Beaudry.

Pour faire la revue des écrits :

Sophie Boudrias, doctorante à l'Université de Sherbrooke

En tant que consultants :

Lucie Mandeville, professeure, Université de Sherbrooke
Claude Charbonneau, professeur, Université de Sherbrooke

Soutien du Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement :
Stéphane Dubuc et Suzy Girard

**Mise en pages et
révision linguistique :** Nancy Hamel, agente administrative
Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement

Vous pouvez vous procurer ce document à l'adresse suivante :

Julie Pouliot, agente administrative
Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)
500, rue Murray, bureau 100
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6
(819) 562-9121, poste 47087
jpouliot.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

ISBN-13 : 978-2-922997-44-6 (PDF)
Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2007
Dépôt légal : Bibliothèque et Archives Canada 2007



Avril 2007

Bonjour,

Nous sommes heureux de vous présenter le rapport d'une recherche qui s'est déroulée au sein d'une équipe œuvrant auprès de familles récemment immigrées au Québec. Dans le contexte de la croissance continue de la pluriethnicité au Québec, des intervenants du milieu de la santé souhaitent améliorer leurs compétences pour gérer des interventions interculturelles complexes.

Ainsi, l'objectif premier de cette étude était de contribuer à l'amélioration de la formation et de l'encadrement des intervenants qui visent la promotion de la santé physique et mentale chez une clientèle immigrante et ce, avec une approche d'*empowerment*. À la quête d'un modèle intégrateur, la présente recherche a permis de faire une revue des écrits pertinents et surtout, de mener une étude en terrain naturel. En partenariat avec une équipe multidisciplinaire, vingt-cinq visites à domicile auprès de dix familles immigrantes installées au Québec depuis moins de quatre ans ont été observées. Les observations ont été soumises à une analyse de contenu qualitative en fonction de l'*empowerment* et de la relation coopérative.

Cela a conduit à l'identification de sept types d'intervention allant de l'établissement de la relation de confiance à la gestion des rencontres, en passant par l'utilisation de son champ de compétence disciplinaire et la transmission d'informations liées à l'adaptation culturelle au Québec. Une synthèse des connaissances théoriques et des résultats empiriques a donné lieu à un modèle présentant la compétence interculturelle dans une approche d'*empowerment*.

Nous vous invitons à faire une lecture attentive de ce rapport et à communiquer avec la chercheuse principale, Nicole Chiasson, si vous avez des questions ou si vous souhaitez simplement partager vos réactions.

Bonne lecture!

La directrice de la coordination et des affaires
académiques,

Johanne Archambault
Centre d'innovation, de recherche et
d'enseignement

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION	3
1. LA PROBLÉMATIQUE	4
1.1. La situation des familles immigrantes	4
1.1.1 Une santé correcte	4
1.1.2 La pauvreté	4
1.1.3 La santé mentale	5
1.1.4 Le stress postmigratoire	5
1.1.5 Une vulnérabilité plus grande chez les femmes	6
1.1.6 Des problèmes liés aux relations dans le couple	6
1.1.7 Des problèmes liés au rôle parental	6
1.1.8 De la mère à l'enfant	7
1.1.9 Des forces	7
1.2 La compétence interculturelle	7
1.2.1 La tolérance à l'ambiguïté et l'empathie	8
1.2.2 Les habiletés interculturelles	8
1.2.3 La connaissance de l'autre	9
1.2.4 La conscience de soi	9
1.2.5 La motivation	10
1.3 Des modèles qui encadrent le projet de recherche	10
1.3.1 L' <i>empowerment</i>	10
1.3.2 Une recherche menée au Québec	11
1.3.3 Les formes de soutien mises en œuvre auprès de jeunes familles, en Finlande	14
1.3.4 Un modèle de la relation coopérative	15
1.4 Les objectifs de recherche	17
2. LA MÉTHODOLOGIE	18
2.1 L'approche	18
2.2 Personnes participant à l'étude	19
2.2.1 Les intervenantes et les intervenants	19
2.2.2 Les parents	19
2.3 Le devis de recherche	20
2.3.1 Rencontres d'entente avec l'équipe des intervenantes et des intervenants	20
2.3.2 L'étude exploratoire	20
2.3.3 Des activités de formation et de codéveloppement	21
2.3.4 Formation d'un sous-groupe de travail	22
2.3.5 Les moyens de cueillette de données	22
2.3.6 Des rencontres pour faire le point	23
2.4 La cueillette de données	23
2.4.1 L'observation	23
2.4.2 Les entrevues	24
2.5 Considérations éthiques	24
2.6 Le traitement et l'analyse des données recueillies	25
2.6.1 Les données résultant de l'observation	25
2.6.2 Les données recueillies en entrevue	26
2.6.3 La validation des résultats	26

3. LES RÉSULTATS	26
3.1 Un regard global posé sur les résultats, en termes de suppléance et d'assistance	28
3.2 L'établissement et le maintien du lien thérapeutique, de la relation de confiance	29
3.3 La prise en compte des besoins particuliers du parent	30
3.4 La prise en compte des ressources du parent	31
3.5 Les interventions faites à partir du champ de compétence particulier de l'intervenante et de l'intervenant	31
3.6 Les interventions qui ciblent l'apprentissage	32
3.7 Des informations visant l'adaptation au Québec	33
3.8 La gestion des rencontres	33
3.9 L'effet de la formation et de la réflexion sur les habiletés d' <i>empowerment</i>	34
4. DISCUSSION ET CONCLUSION	34
4.1 Une structure de pression ou de service très présente	34
4.2 L'intervention en contexte interculturel	35
4.3 Les résultats en rapport à l'objectif 1	37
4.4 Les résultats en rapport à l'objectif 2	37
4.5 Les résultats en rapport à l'objectif 3 : élaboration d'un modèle de compétence interculturelle	38
4.6 Les forces et les limites de l'étude	41
4.7 Conclusion et recommandations générales	42
Références bibliographiques	45

Liste des tableaux et annexes

Tableau 1 Attitudes et interventions d'habilitation identifiées par St-Cyr Tribble et al.	12
Tableau 2 Formes de soutien offertes aux familles, selon Häggman-Laitila	15
Tableau 3 Distribution des 25 situations observées	23
Tableau 4 Résultats obtenus en fonction des types d'interventions, de leurs indicateurs et des comportements de suppléance et d'assistance	27
Tableau 5 La compétence interculturelle dans une approche d' <i>empowerment</i>	39
Annexe I Caractéristiques des immigrants admis de 2000 à 2004 et établis au Québec en janvier 2006	49
Annexe II Caractéristiques d'une pratique centrée sur l' <i>empowerment</i>	51
Annexe III Les effets d'une pratique basée sur l' <i>empowerment</i>	55
Annexe IV Grille de classification résultant de l'étude exploratoire	57
Annexe V Grilles d'entrevues semi-dirigées	59
Annexe VI Formulaire de consentement	63

RÉSUMÉ

Dans le contexte de la croissance continue de la pluriethnicité au Québec, des intervenants du milieu de la santé doivent être compétents pour gérer des interventions interculturelles complexes. Le but de la présente recherche est d'améliorer la formation et l'encadrement des intervenants qui visent la promotion de la santé physique et mentale chez une clientèle immigrante relativement récente, et ce, avec une approche d'*empowerment*. À la recherche d'un modèle intégrateur, la présente recherche a permis de faire une revue des écrits pertinents et surtout, de mener une étude en terrain naturel. En partenariat avec une équipe multidisciplinaire, vingt-cinq visites à domicile auprès de dix familles immigrantes installées au Québec depuis moins de quatre ans ont été observées. Les observations ont été soumises à une analyse de contenu qualitative en fonction de l'*empowerment* et de la relation coopérative. Il en résulte l'identification de sept types d'interventions allant de l'établissement de la relation de confiance à la gestion des rencontres, en passant par l'utilisation de son champ de compétence disciplinaire et la transmission d'informations liées à l'adaptation culturelle au Québec. Une synthèse des connaissances théoriques et des résultats empiriques compose un modèle présentant la compétence interculturelle dans une approche d'*empowerment*. Ces dimensions sont : 1) une dimension personnelle de base; 2) une dimension personnelle liée au contexte interculturel; 3) une dimension relationnelle liée à l'*empowerment*; 4) une dimension relationnelle liée à son champ de compétence disciplinaire et 5) une dimension relationnelle liée à l'intervention en contexte interculturel.

LA COMPÉTENCE INTERCULTURELLE AUPRÈS DES FAMILLES ACTUALISÉE DANS UNE APPROCHE D'EMPOWERMENT

La société québécoise se transforme d'une société francophone dite « tricotée serrée » en une société pluriculturelle qui se doit d'être ouverte aux différences. La population immigrée, soit les personnes nées à l'étranger, représente 9,9 % de la population totale au Québec, selon le recensement effectué en 2001 par Statistique Canada. Cela peut sembler être une proportion négligeable, mais c'est le rythme de croissance au cours des dernières décennies qu'il faut regarder. En fait, l'accroissement de la population immigrée entre 1996 et 2001 compte pour un peu plus de la moitié de la croissance de la population totale de la période considérée. En effet, la population totale s'est accrue de 80 500 personnes dont 42 470 sont nées à l'étranger. Le poids relatif de la population immigrée dans la population totale est ainsi passé de 9,4 % en 1996 à 9,9 % en 2001.

Contrairement à ce que des personnes peuvent croire, le phénomène de changement du profil ethnique de la population québécoise n'est pas réservé au grand centre urbain qu'est Montréal. Si 21 % de sa population est composée d'immigrantes et d'immigrants récents, c'est-à-dire de personnes ayant immigré au cours de la période quinquennale précédant le dernier recensement, on retrouve des proportions semblables ou légèrement supérieures en région. La Capitale-Nationale, l'Estrie et l'Outaouais ont respectivement, 28 %, 24 % et 21 % de leur population qui est composée de personnes s'étant installées au Québec au cours des cinq années précédant le recensement.

Notons que la population immigrée représente une structure d'âge différente de celle de l'ensemble de la population québécoise, car sa descendance née au Québec est comptabilisée parmi les natifs et non parmi les effectifs de la population immigrée. C'est ce qui explique que les statistiques révèlent qu'à peine 7 % de la population immigrée est âgée de moins de 15 ans contre une proportion de près du cinquième de la population québécoise (18 %). Pour la région de Montréal, le groupe d'âge de 0-14 ans représente officiellement 6 % de la population immigrée alors qu'il représente 13,8 % pour la Capitale-Nationale, 12,5 % pour l'Estrie et 10,4 % pour l'Outaouais. Retenons toutefois que le nombre d'enfants vivant dans des familles immigrantes récentes est plus grand que ne l'indiquent ces proportions.

L'émigration est souvent le résultat de conflits guerriers et de difficultés économiques majeures. Les gens quittent leur pays sentant qu'ils n'ont pas d'autre choix. Mais après avoir laissé derrière elles nombre de difficultés, les familles immigrantes font face à des défis quotidiens d'adaptation, surtout au cours des premières années d'installation. Malgré la présence constante de ces défis, la mémoire des troubles laissés derrière rend souvent les nouvelles difficultés tolérables; d'autant plus que les parents immigrés généralement munis d'un optimisme élevé eu égard à leur capacité à offrir une vie meilleure pour leurs enfants en terre d'accueil (Suarez-Orozco et Suarez-Orozco, 2001). Il n'en demeure pas moins que les familles immigrantes vivent un stress d'adaptation. Elles sont vulnérables et les parents sont sujets à une baisse d'estime de soi. Tout parent, un jour ou l'autre, questionne son rôle, ses compétences en tant que responsable du bien-être et de l'éducation de ses enfants. Dans le contexte de l'immigration, alors que les parents tentent ardemment, d'une part, de s'adapter et de s'intégrer à la nouvelle culture de leur environnement et, d'autre part, de protéger leurs enfants des influences néfastes de la société d'accueil, ils se retrouvent sur la corde raide, envahis par un sentiment d'ambivalence.

Le projet de recherche relaté dans le présent rapport avait pour objet de cerner la nature de l'intervention que peuvent mener des intervenantes et des intervenants en santé et services sociaux auprès de familles immigrantes et ce, dans une approche d'*empowerment*, en concordance avec le Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003). L'étude s'est déroulée dans un contexte de services à domicile, en périnatalité. Alors que l'immigration pose des défis aux familles immigrantes, l'intervention auprès de ces familles pose aussi des défis aux intervenantes et intervenants. Comment être compétentes et compétents dans une approche d'*empowerment* avec des familles immigrantes qui sont encore en plein processus d'adaptation? La recherche qui fait l'objet du présent document a été menée dans le but de répondre à cette question.

Avant de présenter la méthodologie et les résultats de la recherche, la problématique sera déployée à travers différents thèmes qui en justifient la pertinence et en encadrent la démarche. Un tour d'horizon des principales ressources à actualiser dans un contexte d'intervention interculturelle suivra. Par la suite, les cadres de référence sous-jacents à l'élaboration de la recherche et à l'interprétation des résultats seront présentés, notamment la notion d'*empowerment* et la relation de coopération qui s'y insère. La méthodologie, les résultats qui en découlent et leur discussion suivront. Une vision de la compétence de l'intervention interculturelle en contexte de soutien et d'habilitation auprès de jeunes familles immigrantes est présentée. Le rapport se termine avec les considérations d'usage que l'on retrouve dans un rapport de recherche, soit la réflexion sur les forces et les limites de l'étude menée.

1. LA PROBLÉMATIQUE

Afin de bien saisir les résultats de la présente recherche et d'en faire une utilisation judicieuse, il est essentiel de pouvoir les contextualiser. En effet, dans le présent document, nous exposerons les ressources professionnelles pertinentes à la compétence interculturelle. Or, qui dit compétence dit adaptation aux particularités d'une situation donnée. Nous exposons donc divers facteurs de vulnérabilité qui sont observés chez des personnes immigrantes récemment installées dans un nouvel environnement culturel. Il nous semble en effet important de contribuer à une compréhension générale des phénomènes propres à cette clientèle qui influent sur l'intervention. Par la suite, notre regard se portera sur les attitudes et les habiletés liées à la compétence interculturelle. Enfin, seront présentés des modèles qui encadrent le projet de recherche, notamment l'approche d'*empowerment* et la relation coopérative.

1.1 La situation des familles immigrantes

Examinons attentivement les particularités de la clientèle issue d'un processus migratoire, notamment les familles. Une attention particulière est accordée à la réalité telle que vécue par la femme immigrante.

1.1.1 Une santé correcte

Commençons par porter un regard sur les résultats d'une étude publiée par l'Institut de la Statistique du Québec (Clarkson, Tremblay et Audet, 2002). D'après cette étude réalisée auprès d'un peu plus de 4 000 personnes ayant immigré au Québec¹ entre 1988 et 1997, le profil de santé des immigrantes et des immigrants récents est meilleur que celui de la population du Québec dans son ensemble. Cette constatation est basée sur le fait que les personnes ayant participé à l'étude avaient en général de meilleures habitudes de vie, qu'elles rapportaient moins de problèmes de santé de longue durée et qu'elles consommaient moins de médicaments. En contrepartie, le profil socioéconomique de ces personnes immigrantes est moins favorable que celui de la population québécoise. La pauvreté sur le plan matériel est certes un facteur de risque qui ne passe pas inaperçu chez les familles immigrantes.

1.1.2 La pauvreté

Un rapport sur les facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale, publié par Battaglini, Gravel, Boucheron et Fournier (2000), documente le fait que de façon générale, ces mères souffrent de « conditions de vie relativement précaires au plan de l'emploi et des revenus » (p. 54). Dans une étude plus récente, Beiser, Hou, Hyman et Tousignant (2002) ont examiné la relation entre la pauvreté familiale et les problèmes émotifs et comportementaux des enfants et ce, à partir d'une base de données nationale incluant des données sur plus de 13,000 enfants. Les résultats de leurs analyses révèlent que : a) la probabilité de vivre dans la pauvreté est plus élevée chez les familles immigrantes que chez les familles natives du pays d'accueil et que b) la pauvreté est un facteur de risque au plan de la santé mentale. Or, le désavantage socioéconomique crée ou aggrave souvent des insatisfactions maritales, des conflits et des agressions à l'intérieur des familles, ce qui met en danger la santé mentale des enfants.

¹ Régions de Montréal-Centre, de Laval et de la Montérégie.

1.1.3 La santé mentale

Précisons qu'une imposante recension des écrits sur la santé mentale des migrants effectuée par Wood (1988 : cité par Heneman, Legault, Gravel, Fortin et Alvarado, 1994) de même que des études menées par d'autres auteurs (voir Heneman et al.) révèlent qu'il est impossible d'établir une corrélation certaine entre l'immigration et la santé mentale. Pour leur part, Clarkson et al. (Santé et Services sociaux Québec, 2003, p. 3) rapportent que les résultats de leur étude « suggèrent que les immigrants récents présentent un bilan aussi favorable que celui de la population québécoise en ce qui concerne les deux dimensions étudiées, soit la symptomatologie anxiodépressive et la satisfaction face à la vie sociale ». Les études révèlent tout de même qu'il y a un ensemble de variables interreliées qui auraient une incidence sur l'état de santé mentale des personnes immigrantes. Ces variables seraient, d'après Wood, associées à l'un ou l'autre des aspects suivants : le contexte prémigratoire, les conditions entourant l'émigration, le contexte postmigratoire. Par exemple, Clarkson et al. précisent que les personnes ayant souffert de violence avant leur émigration rapportent un niveau moyen de symptômes anxiodépressifs plus élevé et un niveau moyen de satisfaction par rapport à la vie actuelle plus bas que les immigrants récents ne rapportant pas d'expériences de violence.

Il importe ici de cerner que chez les immigrantes et les immigrants, ce sont les réfugiées et les réfugiés qui constituent une population particulièrement à risque pour les problèmes de santé mentale. (L'annexe I présente les proportions de personnes réfugiées accueillies au Québec entre 2000 et 2004, relativement aux autres types de personnes immigrantes.) Les personnes réfugiées ont vécu ou ont été témoins d'événements, tels le viol, la torture, la guerre, l'emprisonnement, le meurtre, les blessures physiques et même le génocide. Elles souffrent fréquemment de stress post-traumatique, d'anxiété, de dépression, de symptômes somatiques, de troubles psychotiques ou d'idées suicidaires (Conner, Schisler et Polatajko, 2002; Engstrom et Okamura, 2005; Keyes et Kane, 2004; Nicholl et Thompson, 2004 ; Rousseau, Mekki-Berrada et Moreau, 2001).

1.1.4 Le stress postmigratoire

Alors que des événements prémigratoires ont une incidence sur la santé mentale des individus, le contexte postmigratoire place aussi les personnes en situation de vulnérabilité. Il est bien documenté que l'immigration est une expérience de vie stressante souvent accompagnée de signes de détresse psychologique. Cette détresse serait en croissance au cours des cinq premières années d'installation au nouveau pays et pourrait connaître une nouvelle émergence après quelques années d'adaptation, si des problèmes familiaux s'intensifient ou si des difficultés d'intégration sont exacerbées (Rotenberg, Kutsay et Venger, 2000). Une telle difficulté est exposée par Bibeau, Chan-Yip, Lock, Rousseau, Sterlin et Fleury (1992) ainsi que par Legault (2000) qui considèrent que la difficulté à s'insérer dans le marché de l'emploi place les nouveaux arrivants dans une situation de marginalité qui nuit à leur intégration et à leur santé mentale. Or, l'étude citée plus haut sur la santé et le bien-être des immigrantes et des immigrants récents au Québec (Clarkson et al., 2002) révèle que, comparativement à l'ensemble de la population du Québec, ces personnes sont moins nombreuses à occuper un emploi rémunéré et ce, particulièrement parmi les personnes de moins de 45 ans.

D'après Bibeau et al. (1992, p. 15), « toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque de la personne et de son milieu constitue un obstacle à la santé mentale ». Ils soutiennent d'ailleurs que la migration comme telle n'augmente pas les risques de troubles mentaux mais que ce sont plutôt les circonstances, les conditions et les situations qui se greffent à l'expérience de la migration qui créent un contexte susceptible de favoriser l'apparition de troubles mentaux. Sur ce plan, l'étude menée par Rotenberg et al. (2000) révèle que le niveau de détresse psychologique est plus élevé chez les personnes qui se voient exposées de façon continue au stress d'adaptation, qui ne se sentent pas bien intégrées à la société d'accueil et qui voient leur immigration comme une expérience négative. Pour leur part, Gaudet, Clément et Deuzeman (2005) avancent que les tracasseries quotidiennes peuvent affecter le bien-être d'une personne encore plus que les événements stressants majeurs de la vie. Ces tracasseries sont non seulement liées aux interactions avec les membres de la société d'accueil mais aussi liées aux interactions avec son groupe d'appartenance culturelle, résultant du désir de s'intégrer tout en maintenant son héritage culturel.

1.1.5 Une vulnérabilité plus grande chez les femmes

Les travaux de Rotenberg et al. (2000) révèlent un niveau de détresse psychologique plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Battaglini et al. (2000) jugent aussi que les femmes sont généralement plus affectées au plan émotif que ne le sont les hommes. Ces auteurs constatent que les mères immigrantes se sentent parfois « dépassées par les événements, ne sachant pas toujours comment s'orienter et vers qui aller » (p. 72). Les sentiments les plus partagés par les mères ayant participé à leur étude sont ceux de solitude et de tristesse, le premier étant fréquent alors que le second paraît plutôt occasionnel. Plus du quart des répondantes ont dit s'être très souvent senties inquiètes, nerveuses et tendues.

Battaglini et al. (2000) soutiennent que « la spécificité des femmes immigrantes, de leurs expériences et de leur place dans l'organisation sociale et familiale les rend tout particulièrement vulnérables sur le plan psychologique » (p. 74). D'ailleurs, l'observation d'un vécu émotif fragile semble être récurrente dans les études sur les femmes immigrantes. En 1992, Duval notait chez les mères immigrantes une anxiété chronique due au manque de nouvelles de la famille et des enfants demeurés au pays d'origine, de même que le sentiment de perte (pertes matérielles, perte de la famille élargie, perte du voisinage, perte de statut socio-économique, perte d'un statut professionnel, etc.). En 1994, Heneman et al. soutenaient que « les femmes immigrantes rencontrent particulièrement des problèmes d'anxiété, de nervosité, de stress, de fatigue, de dépression et d'isolement » (p. 9). Pour leur part, dans une étude réalisée auprès des femmes immigrantes en Estrie, Vatz-Laaroussi, Montejo, Lessard et Viana (1994) ont identifié les difficultés psychosociales qui suivent : des difficultés sociales et relationnelles; une dépendance à l'égard du conjoint ou de la collectivité à cause de la difficulté économique et d'une méconnaissance du système; une invisibilité sociale et économique (manque d'un bon réseau social); de nombreuses ruptures et pertes (manque d'aide et de support du réseau familial lequel est parfois inexistant); un alourdissement des tâches physiques et éducatives (au foyer et au travail, et parfois en état de grossesse) et de l'isolement et de la discrimination raciale subtile. À la suite d'une étude plus récente menée auprès de femmes bosniaques vivant aux États-Unis depuis moins de cinq ans, Keyes et Kane (2004) exposent des sentiments de solitude, de découragement, d'humiliation et d'infériorité ainsi que du chagrin, de la nostalgie, l'absence d'un sentiment d'appartenance et un engourdissement au plan psychique.

1.1.6 Des problèmes liés aux relations dans le couple

Les femmes immigrantes vivent généralement au sein d'une famille, avec un conjoint. Or, les sources de tension favorisant l'émergence de troubles au plan conjugal sont fréquentes pour les nouveaux arrivants. Plus particulièrement, les femmes immigrantes « seraient nombreuses à remettre en question le modèle traditionnel d'assignation des rôles et du pouvoir entre les sexes » (Duval, 1992, p. 18). Par ailleurs, « l'adoption de pratiques éducatives davantage permissives et de nouveaux modes de communication favorisant le dialogue s'effectuerait plus facilement chez les mères que chez les pères » (Duval, p. 19). Les hommes sont bousculés devant ces nouvelles réalités et, avec le temps, d'après Duval, certains parviennent à développer des rapports moins dominateurs au sein de la famille. Lorsqu'ils n'ont pas un emploi rémunéré, certains hommes assumeront graduellement le partage des tâches ménagères ainsi que celles associées aux soins et à l'éducation des enfants. Duval précise néanmoins que la renégociation des rapports de couple ne s'effectue pas sans heurts.

1.1.7 Des problèmes liés au rôle parental

Bien sûr, certaines mères immigrantes reçoivent le soutien de parentes ou amies déjà immigrées au Québec. Mais dans la majorité des cas, elles ne peuvent pas compter sur le soutien d'un réseau social élargi (Duval, 1992). La communauté ethnique présente dans la société d'accueil peut pallier en partie cette perte de soutien. Cependant, les contacts ne sont pas toujours faciles à établir, dépendant surtout des relations qu'entretiennent les hommes avec la communauté. En outre, il semble que ceux-ci soient surtout superficiels.

C'est donc souvent sans soutien et dans un environnement culturel qui leur est étranger que les mères doivent gérer divers problèmes spécifiques aux enfants, notamment des problèmes liés au gardiennage et des problèmes

d'adaptation scolaire et de comportement. Devant une situation où il n'y a plus la présence de la famille élargie et de l'entourage qui, dans une société collectiviste, partage la préoccupation des soins physiques et éducatifs apportés aux enfants, « les mères s'en retrouvent les responsables presque exclusives » (Duval, 1992, p.16). Ainsi, dans une période où elles sont elles-mêmes fragiles dans leur expérience migratoire, elles doivent faire face à des problèmes qui ne faisaient probablement pas partie de leur vie familiale prémigratoire. Au premier plan, il y a souvent la barrière de la langue qui constitue en soi une difficulté. Duval explique aussi que les conflits entre parents et enfants semblent fréquents chez les nouveaux arrivants. Ces conflits seraient associés autant à une redéfinition des rapports entre parents et enfants, qu'au « stress inhérent à l'émigration, à l'adaptation en pays étranger et aux difficultés matérielles » (p. 16). Ces conflits sont une source majeure de stress pour les mères.

1.1.8 De la mère à l'enfant

Il s'impose de mentionner qu'un certain nombre de problèmes associés au développement des enfants sont notés dans les écrits sur la situation des personnes immigrantes (voir Heneman, 1994). Par exemple, une recherche menée auprès de mères latino-américaines de Côte-des-Neiges ayant de jeunes enfants a révélé « des problèmes de stimulation motrice et verbale et de développement global de ces enfants reliés principalement à l'isolement des mères et l'absence d'espace de jeux pour les enfants » (p. 8). Enfin, rappelons que le bien-être des enfants est indissociable de celui des parents. Moro (1992 : cité dans Heneman et al., p. 8), spécialiste en ethnopsychiatrie, souligne d'ailleurs « la grande vulnérabilité des enfants des migrants dans la période périnatale et la petite enfance [puisque] le destin de la famille détermine, dans une large mesure, le bien-être de l'enfant ».

1.1.9 Des forces

Notons que la situation des familles immigrantes n'est pas que désolation. Certes, il est nécessaire d'exposer les facteurs de risque de ces familles afin d'orienter les décisions sur les services à offrir aux populations à risque et de mieux informer les intervenantes et les intervenants des phénomènes pouvant ou non être présents dans une situation donnée. Cependant, bien que peu d'auteurs se soient penchés sur cet aspect, les familles immigrantes ont aussi des forces et il faut les reconnaître et même miser sur ces forces en situation d'intervention.

Pour leur part, Beiser et al. (2002), qui ont fait l'étude sur la relation entre la pauvreté et les comportements d'un échantillon de 13 000 enfants, constatent que bien que les enfants de familles immigrantes soient plus enclins à vivre dans la pauvreté (plus du tiers des enfants de familles immigrantes canadiennes vivent dans une pauvreté profonde) et que leur santé mentale en est affectée, ils bénéficient de certains facteurs de protection : un profil positif en fonction des critères de sélection des personnes immigrantes, les liens familiaux, le soutien de la famille élargie ou de la communauté et surtout, les parents des familles immigrantes semblent exercer leur rôle parental avec plus de compétence que les parents des familles nées au Canada. En concordance avec les constats de Beiser et al., les auteurs Shields et Behrman (2004) font aussi ressortir des facteurs qu'ils jugent positifs. Les enfants nés dans des familles ayant vécu l'immigration ont plus de chances de vivre avec leurs deux parents, avec une mère qui reste au foyer ainsi qu'au sein d'une famille élargie qui leur procure des soins et de l'affection. Malgré les aléas de la pauvreté et de l'espace domiciliaire restreint, ces situations familiales procurent des bénéfices sociaux notables. En outre, les parents sont généralement disposés à travailler fort et inculquent chez leurs enfants un sens des responsabilités à l'égard de la famille ainsi qu'à l'égard de leurs études.

1.2 La compétence interculturelle

Diverses définitions de la compétence interculturelle sont données dans les écrits sur le sujet. Nous en notons quelques unes rapportées par Boyle et Springer (2001) qui se sont intéressés au travail social avec des populations spécifiques. Green (1982 : Boyle et Springer) énonce que la compétence interculturelle est l'habileté d'avoir des actions professionnelles qui sont en accord avec ce que les membres d'une culture distincte jugent approprié. Pour Schlesinger et Devore (1995 : Boyle et Springer), c'est l'habileté d'un intervenant ou d'une intervenante, de l'organisation ou du macro-système de fournir des services qui rencontrent les besoins de divers groupes ethniques,

surtout des groupes minoritaires. Pour sa part, Sue (1981 : Boyle et Springer) qui a eu un rôle déterminant dans la reconnaissance des traits jugés essentiels chez un thérapeute par l'Association américaine de psychologie (APA), met l'accent sur une connaissance de ses propres valeurs et biais culturels, sur une connaissance de la vision du client et sur l'habileté à développer et à actualiser des interventions appropriées au plan culturel. Dans un article plus récent, Stuart (2004) définit la compétence interculturelle comme étant l'habileté de comprendre et de prendre en compte de façon constructive l'unicité de chaque client, en considérant les diverses cultures qui influencent les perspectives individuelles. Enfin, Beach, Price, Gary, Robinson et al. (2005) qui ont fait une revue systématique de la formation à l'intervention interculturelle dans le milieu de la santé, définissent la compétence interculturelle comme étant l'habileté des individus à établir des relations interpersonnelles et de travail efficaces qui supplantent les différences culturelles. Le principal point de convergence de ces définitions est la capacité à agir de façon appropriée en contexte de différences culturelles; ces différences ne doivent pas constituer des obstacles à l'intervention efficace. Soulignons que bien que cela ne soit pas explicite dans les définitions qui viennent d'être énoncées, il faut voir la compétence interculturelle comme un processus de développement continu (Campinha-Bacote, 2002).

La mise en oeuvre d'une compétence ne relève pas de la seule responsabilité ou capacité d'une personne ou d'un groupe. Elle résulte aussi des conditions propres à la situation, telles les exigences ou l'organisation du travail, les règles de fonctionnement, les procédures, la nature des relations, l'information disponible ou autres éléments contextuels (Le Boterf, 2000, p. 187). La section précédente informe sur divers aspects de l'intervention auprès des familles immigrantes. La section qui suivra mettra en lumière d'autres aspects situationnels, notamment la volonté du système de la santé et des services sociaux de travailler avec une approche d'*empowerment*. Ici, nous nous attarderons aux caractéristiques personnelles de l'intervenante ou de l'intervenant, notamment ses attitudes, ses habiletés, ses connaissances (de l'autre et de soi) et sa motivation.

1.2.1 La tolérance à l'ambiguïté et l'empathie

Les contacts interculturels constituent souvent une situation ambiguë. Ce type de situation peut se caractériser par la nouveauté, la complexité et la contradiction (Chen et Hooijberg, 2000). Alors que les individus sont généralement plus à l'aise lors de situations familières, chacun réagit différemment devant une situation ambiguë. Pour certains, cela génère de l'anxiété; pour d'autres, la situation active l'ouverture à des perspectives multiples et une attitude empathique (Morton, Worley, Nitch, Lamberton, Loo et Testerman, 2000). Aussi, la tolérance à l'ambiguïté et l'empathie sont deux facteurs importants dans le succès des rencontres interculturelles (Chen et Hooijberg; Chung et Bemak, 2002; Dyche et Zayas, 2001; Morton et al.).

Les femmes bosniaques de l'étude de Keyes et Kane (2004) disent d'ailleurs avoir recherché l'empathie dans leurs relations interpersonnelles. Leur perception de l'empathie devenait pour elles une façon de mesurer le niveau de compréhension mutuelle. Par ailleurs, Chung et Bemak (2002) précisent qu'une attitude empathique à l'égard de l'autre ne suffit pas. Il est surtout important de pouvoir communiquer et manifester sa compréhension empathique, habileté qui contribue à être perçue comme une personne crédible. C'est ainsi qu'outre des attitudes interculturelles qui prédisposent l'intervenante ou l'intervenant à gérer adéquatement une rencontre interculturelle, il y a les habiletés interculturelles.

1.2.2 Les habiletés interculturelles

Les habiletés interculturelles font référence aux habiletés de communication et de collaboration (Cioffi, 2003; Dyche et Zayas, 2001). Ces habiletés se développent à travers un processus d'apprentissage qui résulte en un ajustement des règles de communication qui incorporent des règles de l'autre culture, tant sur le plan verbal que sur le plan non-verbal (Molinsky, Krabbenhoft, Ambady et Choi, 2005). L'apprentissage dépend en bonne partie de la capacité d'une personne à utiliser la familiarité intuitive qu'elle a avec son expérience personnelle comme porte d'entrée à la compréhension de l'autre (Kondrat, 1999 : Chun Yan et Wong, 2005).

Dans le but de mieux comprendre l'expérience culturelle d'une personne et son impact sur une situation donnée, les auteurs du programme-cadre de formation à l'intervention en contexte interculturel du ministère de la Santé et des Services sociaux, Proulx et Chiasson (1996, p. 63), suggèrent l'utilisation de questions telles :

- J'ai l'impression qu'ici on a des valeurs différentes. Avez-vous la même impression?
- Je sens que cela est important pour vous. Pourriez-vous m'expliquer pourquoi?
- Racontez-moi comment ça se serait passé chez vous, dans une même situation.

Dans la sphère des habiletés interculturelles, nous incluons l'utilisation d'une approche systémique. Sans être exposée comme une dimension fondamentale de la compétence interculturelle, la mise en oeuvre d'une approche systémique est notée comme étant d'une grande importance dans le travail auprès des personnes immigrantes. Dans un livre édité par Boyd Webb (voir Jones, 2005), intitulé *Culturally competent practice with immigrant refugee children and their families*, on lance un appel aux interventions systémiques. On suggère de débiter une évaluation de la situation par la compréhension de la communauté et de la famille puis de l'individu en relation au sein de ces systèmes. Cela est d'autant plus pertinent dans une approche d'*empowerment* puisque l'intervenante ou l'intervenant peut alors examiner la possibilité d'engager la communauté dans le soutien de la famille, ou la famille dans le soutien de l'individu (Bent-Goodley, 2005; Green, McAllister et Tarte, 2004).

1.2.3 La connaissance de l'autre

La connaissance de l'autre est largement reconnue comme étant la variable principale d'une relation professionnelle interculturelle (Chung Yan et Wong, 2005). Cela comprend : la connaissance de l'histoire de l'individu, ses forces et ses défis, son trajet migratoire, son statut légal, ses attitudes; la connaissance de certains aspects de sa culture d'origine, des méthodes d'aide propres à sa culture ainsi que des barrières à l'intégration de pratiques traditionnelles; des notions sur le stress d'adaptation et les modalités d'intégration des personnes immigrantes (Bent-Goodley, 2005; Boyd Webb : Jones, 2005; Campinha-Bacote, 2002; Chung Yan et Wong; Keyes et Kane, 2004; White Kress, Eriksen, Dixon Rayle et Ford, 2005). Des mises en garde s'imposent cependant au plan des connaissances de la culture de l'autre et des processus normaux d'adaptation. Premièrement, dans la connaissance de l'autre, il importe de se rappeler que les personnes ont des expériences de migration uniques, un profil d'ajustement culturel unique, des forces et des besoins spécifiques (Sonderegger et Barrett, 2004; Sonderegger, Barrett et Creed, 2004). De même, il faut reconnaître la variance au sein d'un même groupe culturel (Wells, 2000; Stuart, 2004). Notons d'ailleurs que Beach et al. (2005) qui se sont penchés sur les effets de la formation à la compétence interculturelle prônent une approche générale aux phénomènes de la culture plutôt qu'une approche sur les spécificités culturelles d'un groupe ou l'autre, malgré qu'ils notent l'insuffisance d'études sur ces variables. Cela concorde avec l'approche développée par Proulx et Chiasson (1996) pour le ministère de la Santé et des Services sociaux. En second lieu, il s'avère beaucoup plus important de *comprendre* que de *connaître*. En effet, selon Dean (2001) c'est dans le tissage des processus de compréhension et de communication que réside le succès de l'intervention interculturelle. Bien entendu, dans ce processus dynamique de création d'une relation interculturelle significative, il n'y a pas que le client qui soit porteur de culture.

1.2.4 La conscience de soi

En accord avec Sue cité plus haut (1981 : Boyle et Springer, 2001), divers auteurs soulignent que la conscience de soi comme individu porteur d'une culture est une dimension essentielle de la compétence interculturelle (Campinha-Bacote, 2002; Proulx et Chiasson, 1996). Elle comprend la connaissance de ses propres valeurs culturelles et de ses biais culturels ainsi que de leur impact potentiel sur l'intervention. Chung Yan et Wong (2005) font pourtant le procès de cette dimension, argumentant qu'elle est généralement introduite avec l'idée que la conscience de soi permet à l'intervenante ou l'intervenant de contrôler ses réactions ou biais culturels. D'après eux, trop d'écrits sur le sujet négligent de considérer les deux interlocuteurs d'une relation interculturelle comme des êtres en construction continue. Aussi, ils jugent que le focus des intervenantes et des intervenants devrait être mis davantage sur la *réflexion sur soi en relation*, afin de devenir conscients de comment leur *soi* contribue à leur perception et leur

expérience de la relation ainsi qu'au comportement du client. Ce type de réflexivité est un processus qui permet l'enrichissement de soi à travers l'accueil de visions nouvelles.

1.2.5 La motivation

Enfin, la compétence interculturelle ne pourrait pas se développer chez un individu sans un ingrédient élémentaire : la motivation, c'est-à-dire le désir sincère d'être en relation avec l'autre différent de soi, d'être ouvert et flexible, d'apprendre sur l'autre, son système et sa culture, d'apprendre sur soi et d'ajuster ses règles de communication - en opposition à l'obligation d'être en relation avec l'autre et engagé à contre coeur dans le processus d'apprentissage qui y est inhérent (Campinha-Bacote, 2002; Wells, 2000).

1.3 Des modèles qui encadrent le projet de recherche

Le projet de recherche relaté dans le présent document s'est construit à l'intersection de deux modèles d'approche : l'*empowerment* et la relation coopérative. Le premier est largement répandu dans les services sociaux et de santé alors que le second s'est développé dans le domaine de la psychologie des relations humaines. Nous étions intéressés de voir comment un modèle théorique de la relation coopérative pouvait être au service d'une approche d'*empowerment*. Avant d'examiner cette question, présentons les notions principales rattachées à ces deux approches.

1.3.1 L'*empowerment*

Le Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003) stipule que l'amélioration de la santé et du bien-être « repose en bonne partie sur le potentiel des personnes (...) à décider par elles-mêmes et à exercer une certaine maîtrise sur leur vie » (p. 21). Il n'y a pas qu'au Québec que cette vision est à l'avant-plan. Un rapport, soumis au bureau européen de l'Organisation Mondiale de la Santé par HEN, *Health Evidence Network* (2006), stipule qu'au cours des dernières décennies, les stratégies d'*empowerment*, de participation et autres approches du bas vers le haut (*bottom-up approaches*) sont devenues des paradigmes prédominants en santé publique. Leur analyse des recherches et des pratiques les amène à conclure que l'*empowerment* a des effets bénéfiques sur la santé et qu'il s'agit d'une stratégie de santé publique viable et prometteuse. Notons cependant qu'une partie importante de leur rapport porte sur les projets collectifs d'*empowerment*, projets particulièrement prisés auprès de populations marginales jugées à risque. Or, la recherche dont il est fait rapport ici s'insère dans une perspective individuelle puisque c'est cette réalité qu'il nous a été possible d'examiner.

Empruntons à Gibson (1991 : St-Cyr Tribble, Gallagher, Paul et Archambault, 2001, p. 1) la définition de l'*empowerment* dans une perspective individuelle : « le processus social à travers lequel les capacités des personnes à satisfaire leurs propres besoins, à résoudre leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires pour contrôler leur vie sont reconnues, soutenues et mises en valeur ». Adopter une approche d'*empowerment* signifie donc qu'il faut construire sur les forces de l'individu et des membres de la famille afin d'activer leur pouvoir de faire les choses par eux-mêmes (Green et al., 2004). Pour cela, il faut croire au client (individu ou famille), c'est-à-dire croire qu'il est fondamentalement bon et résilient, qu'il a la capacité de grandir, de changer et de s'adapter et qu'il possède les habiletés, les connaissances, les ressources et les expériences sur lesquelles il peut s'appuyer pour résoudre des problèmes (Anuradha, 2004; Bent-Goodley, 2005; Häggman-Laitila, 2005).

Les valeurs ou les pratiques culturelles des personnes immigrantes constituent des ressources et des expériences en lesquelles il faut croire (Boyd Webb : Jones, 2005; Sonderegger et Barrett, 2004). Afin d'en maximiser l'utilisation, il importe par ailleurs de pratiquer une écoute active et respectueuse du client : écouter attentivement, croire en ce que dit le client, demander des questions de clarification, respecter les différences et être prêt à reconnaître sa propre ignorance vis-à-vis de certains sujets, notamment en ce qui a trait aux particularités de l'individu (Anger-Diaz, Schlanger, Rincon et Becerra Mendoza, 2004). Si la personne qui intervient croit *savoir* (sur la culture, sur la structure familiale, sur les préoccupations, sur ce qu'il est approprié de faire, etc.), alors elle sera moins encline à poser les

questions nécessaires à une compréhension de la situation *telle que présentée par le client* et à en déceler ce qui est unique dans ce que vit le client ou la famille, dans le moment présent.

Les écrits sur l'*empowerment* sont nombreux et il y a des orientations claires à en dégager. Cependant, l'objet de notre travail ne consiste pas à en faire une analyse approfondie et à en dégager un mégamodèle théorique mais plutôt à y puiser les constats utiles à l'actualisation des pratiques d'intervention en contexte interculturel. Afin de réunir ces constats de façon à pouvoir les garder aisément en mémoire en fonction de la façon dont ils sont exposés par les auteurs, nous proposons deux tableaux synthèses en annexe : Annexe II - Caractéristiques d'une pratique centrée sur l'*empowerment*; Annexe III - Effets d'une pratique centrée sur l'*empowerment*.

Exposons ici les principales caractéristiques que nous identifions et rapportons dans l'annexe II. Tel qu'introduit plus haut, l'approche d'*empowerment* s'appuie sur un postulat d'actualisation : les individus ont en eux la capacité de se développer, ils ont les ressources nécessaires pour faire face à leur situation et pour prendre des décisions. Il faut y croire, sinon l'approche devient une technique sans assise pour en solidifier le processus. Il revient aux intervenants et aux intervenantes de valoriser ces ressources et de donner aux individus les moyens pour faire des choix appropriés. Cela ne peut se faire que s'il y a un partage du pouvoir tout au cours du processus d'intervention : le client doit être un partenaire actif du début jusqu'à la fin. Aussi, des plans d'intervention définis *a priori* peuvent être une entrave à l'*empowerment*. Le *sur mesure* est souhaité; il est donc important de s'attarder à connaître et à comprendre le caractère unique de chaque individu, de chaque situation afin d'y adapter son intervention. Les attitudes et les habiletés de l'intervenante ou de l'intervenant au plan de la relation interpersonnelle, telles l'authenticité, l'empathie, l'ouverture et l'écoute active jouent un rôle majeur dans le processus. Enfin, il ne faut pas négliger l'utilisation des ressources communautaires ainsi que l'intégration sociale et les activités collectives d'entraide. En effet, l'*empowerment* ne consiste pas seulement à renforcer le fonctionnement de l'individu et la structure familiale mais aussi à briser l'isolement et à renforcer le soutien de la communauté et d'autres systèmes sociaux.

Des études effectuées sur les pratiques d'*empowerment* en révèlent les impacts que nous avons regroupés dans l'annexe III sous cinq thèmes : 1) l'accroissement du contrôle perçu, du pouvoir de décision et du mouvement vers l'action; 2) l'augmentation de l'estime de soi et de la confiance en soi; 3) l'acquisition de connaissances et de compétences; 4) le développement d'une conscience critique et 5) l'amélioration de la santé.

1.3.2 Une recherche menée au Québec

Pour les fins du présent rapport, nous nous attardons à exposer ici les résultats de la recherche menée par St-Cyr Tribble, Gallagher, Paul et Archambault (2001) sur les pratiques d'*empowerment* dans des services sociaux et de santé en première ligne, car ces résultats ont eu un rôle déterminant dans notre propre recherche. Ces auteures se sont attardées à « évaluer l'efficacité des pratiques visant l'*empowerment* chez des parents de jeunes enfants qui ont été suivis, entre autres, pour des difficultés en lien avec leur rôle parental » (p. 7). Leurs données ont été recueillies par le moyen d'entrevues semi-dirigées réalisées auprès de 14 intervenantes et intervenants et de 28 parents ayant des jeunes enfants de moins de 11 ans.

Outre le fait que leur recherche se soit déroulée dans un environnement fort semblable à celui de la présente recherche, ce qui nous attire particulièrement dans les travaux de St-Cyr Tribble et ses collaboratrices (2001), c'est qu'elles se sont intéressées au processus même d'*empowerment*. Elles ont ainsi identifié les principales composantes d'une pratique d'*empowerment*, telles que décrites par des parents et des intervenantes et des intervenants, dans ce cas des infirmières et des agents de relations humaines.

Les résultats de la recherche de St-Cyr Tribble et al. (2001) montrent qu'en situation d'intervention, les intervenantes et les intervenants s'activent à : contribuer à la mise en place et au maintien du lien thérapeutique; travailler à partir du point de vue du parent et de ses forces; encourager et soutenir la prise de décision du parent; permettre au parent d'élargir sa vision de ses possibilités et faciliter l'apprentissage de nouveaux savoirs, savoirs-faire et savoirs-être.

Chacune de ces grandes catégories qui décrivent l'actualisation d'une pratique d'*empowerment* regroupe un certain nombre d'attitudes et d'interventions d'habilitation² que nous présentons en reproduisant leur tableau à ce sujet : Tableau I.

Tableau 1

Attitudes et interventions d'habilitation identifiées par St-Cyr Tribble et al.³

Catégories de pratiques d'habilitation	Attitudes et interventions d'habilitation
1. Contribuer au lien thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Écouter ➤ Manifester de l'intérêt pour le parent ➤ Agir en faisant preuve de compassion, chaleur, honnêteté, respect et empathie pour le parent ➤ Utiliser un langage approprié, soit facile à comprendre et imagé ➤ Au besoin, ajouter un peu d'humour
2. Travailler à partir du point de vue du parent et de ses forces	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inviter le parent à exprimer ses attentes, ses besoins, ses espoirs, ses questions, ses objectifs, ses difficultés... ➤ Inviter le parent à nommer les forces qu'il se reconnaît, les solutions utilisées antérieurement... ➤ Laisser réellement le temps au parent de s'exprimer ➤ Nommer les forces (expertise, solutions, résultats obtenus ou autres) du parent et le valoriser ➤ Être disponible ➤ Assurer une continuité dans l'intervention
3. Encourager et soutenir la prise de décision du parent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inviter le parent à décider : <ul style="list-style-type: none"> - des besoins ou des problèmes qui feront l'objet de l'intervention - des objectifs poursuivis - d'accepter ou non l'aide offerte, les solutions envisagées, les références proposées... ➤ Apporter les informations nécessaires à la prise de décision ➤ Accepter la décision du parent et adapter l'intervention au besoin ➤ Adapter le rythme de l'intervention à celui du parent
4. Permettre au parent d'élargir sa vision des possibilités	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informer ➤ Réfléter ➤ Normaliser ➤ Conseiller ➤ Recadrer ou présenter une vision alternative, parfois en dévoilant sa propre expérience ➤ Inviter le parent à se questionner ➤ Faciliter l'accès à diverses ressources
5. Faciliter l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favoriser l'expérimentation de nouvelles façons de faire ou l'acquisition de nouvelles connaissances ou attitudes ➤ Enseigner, entre autres, en situation réelle et à l'aide d'illustrations

² Les auteures utilisent le terme *habilitation* pour nommer les pratiques professionnelles qui actualisent une approche d'*empowerment*. Aussi, elles définissent les interventions comme étant l'ensemble des échanges verbaux et non verbaux entre les intervenantes et les intervenants et les parents (St-Cyr Tribble et al., 2001, p. 7). Nous leur emprunterons cette appellation.

³ Source : St-Cyr Tribble, Gallagher, Paul et Archambault (2001), p. 25.

Comme c'est le cas pour la compétence interculturelle, l'approche d'*empowerment* ne peut être actualisée que si les ressources professionnelles sont motivées à s'y engager. Aussi, dans leurs conclusions, St-Cyr Tribble et ses collaboratrices (2001) soulignent les nombreux efforts déployés par les intervenantes et les intervenants afin d'établir, de maintenir et d'entretenir un lien thérapeutique « fondé sur le respect et la croyance dans le potentiel du parent » (p. 37). Cependant, notent-elles, « dans certains cas, le temps que demande ce processus risque d'en décourager plusieurs » (p. 37).

En plus d'identifier les attitudes et les interventions d'habilitation des intervenantes et des intervenants, St-Cyr Tribble et al. (2001) identifient huit indices d'appropriation⁴ chez les parents ayant participé à leur projet de recherche (p. 30) :

- réflexion et prise de conscience de la situation, de ses forces, de ses besoins;
- développement de l'estime de soi;
- diminution des sentiments désagréables, tels le stress, l'anxiété et la tristesse;
- prises de décisions éclairées qui correspondent aux attentes ou aux besoins du parent et qui sont pertinentes compte tenu de la situation;
- apprentissage et développement d'habiletés parentales, communicatives, sociales ou autres;
- passage à l'action en essayant de nouvelles façons de faire, en s'affirmant ou en mettant des projets en exécution;
- développement de relations avec le réseau d'échange et de soutien ainsi qu'avec les ressources communautaires;
- amélioration des conditions de vie.

Ces différents indices sont en concordance avec les résultats d'autres recherches notées dans l'annexe III.

St-Cyr Tribble et ses collaboratrices (2001) se sont aussi attardées aux éléments contextuels qui favorisent ou rendent plus difficile la mise en œuvre d'une approche d'*empowerment*. Sans prétendre en avoir fait un inventaire exhaustif, elles nomment les éléments suivants (p. 35) :

- A. Les éléments contextuels chez le parent : la complexité de la situation du parent; le revenu familial; une démarche d'appropriation déjà amorcée et la perception de l'utilité de l'intervention d'habilitation.
- B. Les éléments contextuels de l'intervenant ou de l'intervenante : le nombre d'années d'expérience auprès des familles; le sentiment d'efficacité (ou d'inefficacité); la perception de barrières à l'intervention; la vision du parent (vision positive ou négative); le soutien de l'équipe de travail et la durée du suivi.

Leur analyse leur permet de noter que « la complexité de la situation vécue par le parent ne constitue pas nécessairement une contrainte à une démarche d'appropriation » (St-Cyr Tribble, 2001, p. 35). Toutefois, un facteur facilitant semble être le désir chez le parent de modifier sa situation, accompagné d'une bonne dose de confiance en son avenir. Dans le même ordre d'idées, les auteures constatent qu'il y a un lien entre la venue d'un événement marquant et l'amorce d'une démarche d'appropriation chez le parent. Les interventions d'habilitation peuvent alors devenir un moyen de soutien au cours du processus de changement déclenché. À cet égard, il est clair que l'immigration constitue un tel événement marquant et que l'adaptation qui s'ensuit est un réel processus de changement.

Alors que « les conditions de vie et la qualité de l'environnement social auraient un impact sur le processus d'*empowerment* » (St-Cyr Tribble et al., 2001, p. 36), les analyses de St-Cyr Tribble et ses collaboratrices n'ont pas révélé de lien entre le revenu et le processus d'appropriation. Par ailleurs, les éléments contextuels suivants, associés à l'intervenante ou l'intervenant, ont été identifiés comme ayant un impact sur le processus d'habilitation : le niveau d'expérience de l'intervenante ou de l'intervenant, le sentiment d'efficacité face à son intervention, les perceptions des intervenantes et des intervenants. Les auteures rapportent qu'en présence d'une situation complexe,

⁴ L'*appropriation* renvoie à l'augmentation du sentiment de contrôle sur sa vie chez le parent (p. 7).

« l'inexpérience, la perception de barrières à l'intervention et le peu de soutien professionnel peuvent freiner la mise en œuvre du processus d'habilitation » (p. 36). Aussi, elles se prononcent sur l'importance de soutenir les intervenantes et les intervenants.

Il est important d'avoir des occasions d'échanger avec des collègues à propos de situations vécues sur le terrain. En ce sens, la collaboration avec d'autres membres de son équipe de travail peut représenter une forme de soutien indispensable à la réussite de l'intervention d'habilitation et ainsi diminuer le risque d'abandonner face à des situations complexes où l'expérience de plusieurs personnes peut être mise à contribution pour le mieux-être de la clientèle (St-Cyr Tribble et al., 2001, p. 38).

Enfin, les auteures ont reconnu, chez les ressources professionnelles, une tendance à se restreindre à la dimension individuelle de l'*empowerment* (St-Cyr Tribble et al., 2001). Or, elles rappellent qu'il est important de soutenir les personnes « dans un cheminement qui inclut l'utilisation optimale des ressources communautaires ainsi que l'intégration sociale, dans le but de briser l'isolement dans lequel se trouvent bien des parents » (p. 38). À cet effet, le rapport du *Health Evidence Network* (2006) souligne la valeur des actions qui : visent à accroître l'accès des clients à l'information et aux ressources; utilisent des rencontres de groupe restreint dans le but de rehausser le niveau de conscience critique des individus et de développer un environnement de soutien communautaire; font la promotion de l'action communautaire participative à chacune des étapes de décision, d'implantation et d'évaluation d'un projet.

1.3.3 Les formes de soutien mises en œuvre auprès de jeunes familles, en Finlande

Häggman-Laitila (2005) a cerné les différentes formes de soutien offertes à des familles finlandaises ayant de jeunes enfants et participant à un vaste programme d'amélioration du bien-être des enfants. Il s'agit d'un programme qui vise à mettre en valeur et à accroître les forces et les propres ressources des familles à travers une approche coopérative. Sa recherche a porté sur la nature des interventions entre les ressources professionnelles et les 51 parents (44 familles) participant à la recherche. L'information a été recueillie au moyen d'une série de cinq entrevues menées auprès des parents de chacune des familles. C'est donc l'expérience de soutien telle que vécue par les parents qui a été analysée.

L'auteur identifie quatre formes de soutien à travers le contenu des entrevues fournies par les parents : 1) un soutien affectif, 2) un soutien cognitif, 3) un soutien concret et 4) un soutien communautaire et de réseau. Le tableau 2 présente le type d'interventions répertoriées dans chacune des formes de soutien. En plus de mettre en lumière les diverses dimensions de la relation de soutien coopérative, l'étude de Häggman-Laitila (2005) permet de constater la portée significative et l'efficacité d'une relation professionnel-client qui vise l'habilitation des parents. Entre autres, les observations suivantes chez les parents sont annotées : une diminution de l'anxiété, une meilleure connaissance de soi, un plus grand contrôle de ses situations familiales, une meilleure qualité de vie familiale, notamment dans les sphères de l'éducation et des soins aux enfants et des relations de couple. Les parents disaient se voir, ainsi que leurs enfants, différemment et avoir fait des découvertes positives eu égard à la vie quotidienne.

Tableau 2

Formes de soutien offertes aux familles, selon Häggman-Laitila⁵

Dimensions de soutien	Types d'interventions
1. Soutien affectif	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apporter une perspective neutre ➤ Faire sentir en sécurité et encourager ➤ Donner et maintenir l'espoir ➤ Écouter et consoler ➤ Partager la responsabilité et les problèmes
2. Soutien cognitif	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Habilitier les familles à trouver leurs propres solutions ➤ Ouvrir à de nouvelles perspectives ➤ Porter un regard réaliste sur les événements de la vie quotidienne ➤ Encourager et coacher ➤ Donner du feedback ➤ Travailler pour le mieux-être de la famille ➤ Porter un regard neutre sur la situation familiale ➤ Respecter les apports de la famille
3. Soutien concret	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Donner des conseils ➤ Aider la famille à chercher de l'aide et du soutien ➤ Aider la famille dans des situations concrètes ➤ Prendre des initiatives face à des situations concrètes
4. Soutien communautaire et de réseau	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Briser la solitude ➤ Établir des contacts et la communication ➤ Faciliter des accords mutuels ➤ Aider avec les ententes ➤ Établir un réseau de soutien

1.3.4 Un modèle de la relation coopérative

La relation coopérative a toujours été la pierre angulaire dans l'évolution de la psychologie des relations humaines, domaine d'intervention qui consiste à assister des individus, des groupes et des organisations à travers un processus de changement. Considérant la nature de l'intervention faite auprès des jeunes familles immigrantes dans les services sociaux et de santé au Québec, il nous apparaissait opportun de tirer du modèle de la relation coopérative des pistes utiles au développement de la compétence de l'intervention d'*empowerment* en contexte interculturel.

Un modèle de la relation coopérative a été développé par St-Arnaud (1999, 2003). Nous en dégageons ici les éléments principaux qui peuvent, à notre avis, aider les intervenantes et les intervenants à développer leur compétence d'intervention, à s'autoréguler et à se soutenir dans leurs efforts d'accroître le pouvoir des personnes auprès desquelles ils interviennent. Commençons par distinguer la structure de la relation coopérative de deux autres structures relationnelles.

St-Arnaud (1999, p. 69) définit la relation coopérative à travers trois éléments : 1) les partenaires se concertent dans la poursuite d'un but commun (pour être véritablement *commun*, le but doit être compris et valorisé par les deux parties); 2) les partenaires se reconnaissent mutuellement des compétences à l'égard du but visé; 3) le pouvoir est partagé, chacun des partenaires exerçant une influence sur l'autre en respectant leurs champs de compétences exclusifs. (Rappelons l'importance des notions de *partenaire actif*, de *reconnaissance des compétences du client* et

⁵ Source : Häggman-Laitila, 2005, p. 206

de *partage du pouvoir* si présentes dans l'approche d'*empowerment*.) Ces trois éléments tracent les paramètres à l'intérieur desquels s'établit le rapport entre les deux interlocuteurs⁶ et le but poursuivi. Ce rapport se distingue d'une relation caractérisée par une *structure de pression* ou une *structure de service*.

Dans une structure de pression, c'est l'intervenante ou l'intervenant qui prend l'initiative en fonction d'un but qu'elle ou qu'il a déterminé. Son interlocuteur, pour sa part, répond surtout aux questions et réagit aux directives qui sont avancées par l'initiateur de la rencontre. Cette structure engendre souvent une résistance chez le client à faire ce qui lui est demandé, manifestée par une phrase telle « Je n'ai pas eu le temps de... ». Quant à la structure de service, c'est le client qui formule une demande à laquelle l'intervenante ou l'intervenant s'efforce de répondre. Le premier s'attend d'ailleurs à ce que le second réponde à sa demande, règle son problème, lui dise quoi faire. La principale lacune de cette structure relationnelle est qu'elle suscite de la passivité et le détachement de sa responsabilité face à la gestion de sa propre situation. Dans certaines situations professionnelles, l'une et l'autre de ces structures sont adéquates. Dans une relation qui vise l'*empowerment*, il est clair que ce ne sont pas les structures à privilégier tout au cours du processus, même si l'origine de l'intervention se situe dans le cadre d'une structure de pression encadrée par un programme de prévention en périnatalité.

Alors que ces deux types de structures relationnelles, de pression et de service, émergent naturellement dans le cadre d'un programme de santé et de services sociaux mis sur pied pour une clientèle particulière, il importe de reconnaître l'effet pervers qu'elles peuvent avoir eu égard à l'*empowerment* si l'intervenante ou l'intervenant maintient la relation à l'intérieur de ces deux cadres. Le partenariat est alors laissé pour compte. Ce sont les compétences de la ressource professionnelle qui sont à l'avant plan et la responsabilité du succès de l'intervention lui est attribuée car on juge que c'est elle qui sait ce qu'il est approprié de faire. Cette connaissance du *savoir quoi faire* est à la fois sollicitée par le client et mise de l'avant par l'intervenante et l'intervenant. « Après tout, c'est l'expert ! » « Si la ressource professionnelle ne sait pas quoi faire, que fait-elle là ? » Ces deux phrases sont justes, mais elles reflètent une partie seulement des connaissances nécessaires à une intervention adéquate. L'autre partie, c'est la connaissance des particularités du client, son expérience de vie personnelle, ses craintes, ses désirs, ses espoirs, ses habiletés, ce qui est propre à sa situation. C'est ce que St-Arnaud (1999, p. 18) appelle le Facteur P, en opposition au Facteur G qui réfère à tout le savoir général et l'expérience accumulés à l'intérieur d'une discipline. Nous l'avons vu, reconnaître le client dans son unicité et adapter l'intervention aux particularités de chaque situation est une dimension importante dans l'approche d'*empowerment*.

St-Arnaud (1995 : 1999 p. 71) propose cinq règles pour établir et maintenir une relation de coopération :

1. la règle du partenariat où l'on cherche avec son interlocuteur un objectif où les intérêts convergent de façon à pouvoir travailler ensemble;
2. la règle de l'alternance qui consiste à assurer un équilibre entre des fonctions de suppléance et des fonctions d'assistance;
3. la règle de concertation qui réfère au processus de communication;
4. la règle de la non-ingérence qui consiste à reconnaître les limites de son champ de compétences et à supprimer l'ingérence dans le champ de compétence de l'autre;
5. la règle de la responsabilisation qui consiste à reconnaître à chacun le droit d'être ce qu'il est et à se confirmer mutuellement dans son champ de compétence particulier.

Nous souhaitons expliquer la deuxième règle plus à fond. St-Arnaud (1999) explique que l'écart entre le Facteur G (connaissances générales et disciplinaires) et le Facteur P (particularités de l'individu et de la situation) « oblige à exercer deux grandes fonctions dans une intervention professionnelle destinée à opérer un changement particulier : les fonctions de suppléance et d'assistance » (p. 20). On peut tirer la définition qui suit à partir de celle fournie dans le

⁶ Bien que nous parlions ici de *deux interlocuteurs*, il faut comprendre qu'il peut s'agir de plus de deux personnes, par exemple un des interlocuteurs étant une intervenante et l'autre étant des parents ou un groupe communautaire. Le lecteur ou la lectrice doit comprendre le mot *client* de la même façon.

Petit Robert : suppléer signifie ajouter ce qu'il faut pour remplacer ou pour fournir ce qui manque. Ainsi, les fonctions de suppléance permettent d'utiliser ses connaissances pour fournir un éclairage nouveau, extérieur, sur la situation qui fait problème et pour introduire des pistes de solution nouvelles auxquelles le client pourrait ne pas penser seul. Une intervenante ou un intervenant peut faire de la suppléance en évaluant, en orientant ou en utilisant son expérience et ses connaissances pour induire un apprentissage chez la personne. La suppléance est aussi utilisée dans la gestion d'un plan d'intervention, en proposant par exemple une démarche qui a déjà fait ses preuves, procurant ainsi au client de nouveaux moyens de travailler à atteindre le but visé. L'exercice de la suppléance peut se faire en structurant la démarche ou la rencontre et en l'encadrant. Au besoin, l'intervenante ou l'intervenant peut instrumenter la personne, par exemple en lui fournissant une liste de pourvoyeurs de services.

Alors que la suppléance prend son envol dans le champ de compétence de la ressource professionnelle, l'assistance permet d'établir un rapport relationnel axé sur les compétences du client. Les fonctions qui y sont associées permettent à ce dernier « d'être le maître d'œuvre du changement visé » (St-Arnaud, 1999, p. 21). En consultant le *Petit Robert*, on voit qu'assister signifie seconder quelqu'un dans ses fonctions, dans sa tâche. Au cours d'une intervention, c'est le client qui a « la responsabilité du changement à produire : c'est lui qui décide de rendre disponible l'information nécessaire pour définir et produire le changement et pour valider les éléments de suppléance fournis par l'intervenant » (St-Arnaud, p. 21). Le rôle de l'intervenante ou de l'intervenant est alors d'aider le client à exercer sa responsabilité en utilisant des procédés d'écoute active (accentuations, questions, reformulations, reflets, résumés) pour amener l'expression de l'information pertinente, pour la traiter et pour confier au client un rôle créateur. Dans l'assistance, l'intervenante et l'intervenant sont centrés sur l'activation et l'utilisation des ressources du client.

Il faut être prudent de ne pas voir les premières fonctions comme étant « mauvaises » et les secondes comme étant « bonnes ». C'est une erreur souvent commise car nous vivons dans une société qui valorise à prime abord des valeurs démocratiques d'égalité, de partage du pouvoir ainsi que le respect de l'autonomie de l'individu. La suppléance peut sembler aller à l'encontre de ces valeurs. Elle peut sembler aussi aller à l'encontre d'une approche d'*empowerment*. Mais il faut comprendre que la suppléance et l'assistance « sont deux fonctions indissociables; elles se complètent mutuellement » (St-Arnaud, 1999, p. 21). Alors qu'une intervention où la suppléance domine peut nuire à l'appropriation chez le client, une intervention où la suppléance est insuffisante peut faire en sorte que le client tourne en rond. Le modèle mis de l'avant par St-Arnaud repose donc sur l'équilibre entre les deux fonctions.

1.4 Les objectifs de recherche

Le but à moyen terme de la présente recherche est d'améliorer la formation et l'encadrement d'intervenantes et d'intervenants qui visent la promotion de la santé physique et mentale chez une clientèle issue d'une immigration relativement récente, notamment les enfants de jeunes familles rencontrées dans le cadre de programmes de périnatalité. Une enquête feedback menée en 2002 par une des chercheuses auprès des ressources professionnelles d'un CLSC a révélé qu'elles étaient nombreuses à vouloir développer leurs compétences interculturelles. En ce qui a trait à l'*empowerment*, des intervenantes et des intervenants se questionnent sur l'efficacité de cette approche dans leur travail auprès de familles immigrantes.

Nous avons vu comment la situation des personnes immigrantes peut être fragile. Leur nouvelle vie dans un environnement non familial est soumise au stress d'adaptation qui est souvent exacerbé par une situation de pauvreté au plan matériel. Elles perdent leurs points de repère et par le fait même leur confiance en leur propres ressources. Zaharna (1989) explique comment la personne qui vit une situation de choc culturel a une baisse d'estime de soi au moment même où elle a besoin de faire appel plus que jamais à ses forces, à ses ressources, à son sentiment de confiance en soi, d'autant plus que le réseau social naturel qui l'appuyait n'est plus présent. Aussi, les personnes immigrantes affichent à la fois leur résilience et leur lassitude face à l'adaptation quotidienne qui leur est exigée. En outre, la perception des rôles varie d'une culture à l'autre. Or, une hypothèse mise de l'avant par des intervenantes et des intervenants est que la ressource professionnelle est perçue comme étant celle qui possède l'expertise et qu'une approche centrée sur les ressources du client est déstabilisante pour les personnes

immigrantes. Enfin, le besoin, chez la personne immigrante, de protéger son identité culturelle peut l'amener inconsciemment à résister à de nouvelles valeurs et à de nouveaux comportements, entraînant des problèmes de communication interculturelle (Zaharna). En contrepartie, Rotenberg, Kutsay et Venger (2000) soulignent que le sentiment d'intégration réussie chez les personnes immigrantes joue un rôle majeur dans leur bien-être psychologique et qu'une expérience d'adaptation négative est liée au sentiment de ne pas être bien accepté dans la société d'accueil. Il est clair que l'intervenante et l'intervenant du secteur des services sociaux et de santé qui entrent chez une famille immigrante contribuent de façon significative à l'intégration des membres de cette famille à la société québécoise. Il importe donc que la relation interculturelle qu'ils établissent avec des personnes immigrantes résulte en une expérience d'adaptation positive.

Sensibles aux divers éléments et phénomènes en jeu dans l'intervention auprès des familles immigrantes, les intervenantes et les intervenants sont justifiés de se demander : comment peut-on intervenir dans une perspective d'*empowerment* avec des familles immigrantes qui sont encore en plein processus d'adaptation? C'est à cette question que nous tentons de répondre avec la recherche relatée dans le présent rapport. Toutefois, plutôt que de tenter d'y répondre d'un point de vue uniquement théorique, nous avons choisi de l'examiner à partir d'une approche naturelle, c'est-à-dire enracinée dans le travail concret et quotidien des intervenantes et des intervenants.

L'objectif général du projet de recherche est de modéliser l'intervention réalisée auprès de familles immigrantes dans le cadre d'un programme de prévention périnatale visant le respect de l'identité culturelle et l'*empowerment*. Le modèle envisagé doit tenir compte du contexte particulier de l'intervention, des habiletés interculturelles reconnues, des valeurs et des visées de l'approche de l'*empowerment* et de la réalité concrète du travail terrain.

De façon plus spécifique, les objectifs opérationnels suivants ont guidé la recherche :

- identifier les comportements d'habilitation (paroles et gestes) qui favorisent l'appropriation de son propre pouvoir à travers une relation de coopération avec un client ou une cliente (individu ou famille);
- identifier les comportements (paroles et gestes) qui favorisent une communication interculturelle optimale et contribuent à l'adaptation et éventuellement l'intégration des familles immigrantes;
- élaborer un modèle enraciné à la fois dans une approche naturelle et un modèle théorique.

2. LA MÉTHODOLOGIE

Dans cette section, nous décrivons l'approche qui a caractérisé la mise en œuvre du projet de recherche ainsi que les personnes qui y ont participé, soit des intervenantes et des intervenants d'une équipe multidisciplinaire et des parents de familles immigrantes. Les informations relatives au devis de recherche qui s'insérait dans le cadre d'une recherche-action sont présentées, suivies de leur mise en opération, particulièrement la cueillette des données et leur analyse qualitative.

2.1 L'approche

Cette étude s'est inspirée de l'approche de *recherche-action* (Mayer, Ouellet, Saint-Jacques, Turcotte et al., 2000) puisque nous avons mené, avec l'équipe participant au projet, des rencontres de formation et de co-développement visant à accroître leurs ressources d'habilitation, ce qui avait un effet sur la nature des données recueillies. En outre, les principales caractéristiques d'une recherche-action étaient présentes dans l'approche : elle était *naturaliste*, *participative* et *qualitative* (Mayer et al.). D'une part, nous avons ciblé l'intervention interculturelle dans son contexte naturel de travail puis les membres de l'équipe qui collaboraient avec les chercheurs ont contribué non seulement à titre de participantes et de participants, mais aussi à titre de partenaires tout au long du processus, influençant non seulement le devis de la recherche mais également l'interprétation des résultats. D'autre part, les données ont été recueillies par des observations et des entrevues semi-dirigées et soumises à une analyse de contenu qualitative.

2.2 Personnes participant à l'étude

La nature du projet de recherche imposait un échantillon constitué selon une méthode non probabiliste. Deux types de personnes ont participé à l'étude : des intervenantes et des intervenants et des parents de familles immigrantes installées au Québec depuis moins de quatre ans. Les seconds étaient clients des intervenantes et des intervenants dans le cadre d'un programme en périnatalité.

2.2.1 Les intervenantes et les intervenants

L'échantillon intentionnel prévu pour cette étude devait comprendre six membres professionnels d'une équipe multidisciplinaire d'un programme intégré 0-5 ans d'un établissement en dehors de Montréal. Cette équipe travaille surtout avec des familles immigrantes rencontrées à domicile. Deux autres membres de l'équipe, une auxiliaire familiale et sociale ainsi qu'une organisatrice communautaire, n'ont pas participé à la collecte de données à cause des spécificités de leur rôle qui auraient obligé une ouverture trop grande à différents types d'intervention. Au cours du projet, il y a eu des changements de personnel au sein de l'équipe et, en fin de compte, ce sont cinq intervenantes et intervenants qui ont participé à la cueillette de données : trois infirmières, un agent de relations humaines et une éducatrice spécialisée. Chacune de ces personnes constituant l'échantillon effectif avait un poste stable dans l'équipe et entre trois et dix ans d'expérience avec la clientèle immigrante. Notons que malgré une variation dans la composition de l'équipe, l'équipe entière participait à des rencontres d'information, de formation, de codéveloppement et de validation de l'instrument de traitement d'information.

2.2.2 Les parents

L'intention des chercheuses était d'obtenir la participation de 12 familles immigrantes, soit deux par intervenante ou intervenant, selon l'échantillon intentionnel défini plus haut. L'échantillon effectif n'étant que de cinq personnes, ce sont dix familles qui ont constitué l'échantillon de ce côté. La possibilité d'observer plus de deux familles par intervenante ou intervenant a été envisagée, mais il s'est produit, durant le temps nécessaire à la collecte de données, une baisse du nombre de familles répondant aux critères d'admissibilité dans les dossiers gérés par l'équipe et cela n'a pas été possible.

Pour être admissibles, les familles devaient être installées au Québec depuis moins de quatre ans, elles devaient être suivies dans un plan d'intervention post-natale et elles devaient maîtriser le français suffisamment pour pouvoir procéder à la cueillette de données sans la présence d'un interprète, cela dans le but d'éviter un nombre trop élevé de personnes présentes lors des situations d'observation. Malgré une méthode d'échantillonnage non probabiliste (puisque nous devons sélectionner les familles participantes à l'intérieur du *caseload* des intervenantes et des intervenants et que ces derniers ne soumettaient que les noms de personnes qu'ils jugeaient aptes ou ouvertes à se soumettre à l'observation), un effort a été fait pour choisir les familles au hasard tout en cherchant à avoir une variété au plan des origines culturelles; il s'agissait donc d'une sélection au « hasard contrôlé ». Les noms des familles potentielles, regroupés par pays d'origine, étaient transmis à l'agente de recherche qui pigeait au hasard celles qui seraient sollicitées pour participer à l'étude. Une fois la famille ciblée, l'intervenante ou l'intervenant informait celle-ci du projet de recherche lors de l'une de ses visites habituelles et vérifiait si les parents acceptaient qu'un membre de l'équipe de recherche l'accompagne lors de la prochaine visite pour présenter les objectifs et les modalités du projet de recherche et vérifier le désir de la famille d'y participer. Notez que vers la fin, en fonction des possibilités restreintes dans le choix des familles, une cueillette de données a été effectuée auprès d'une famille où la présence d'un interprète était nécessaire, malgré le critère précité.

Les pays d'origine des dix familles constituant l'échantillon effectif de la clientèle immigrante sont les suivants : 1 famille d'Algérie; 2 familles du Burundi; 4 familles de la Colombie; 2 familles du Congo et 1 famille d'Ouzbékistan. Ces familles étaient installées au Québec depuis un temps variant entre 8 et 38 mois.

2.3 Le devis de recherche

Comme il s'agissait d'un projet de recherche-action caractérisé par la participation des intervenantes et des intervenants tout au cours de la démarche, plusieurs actions ont été mises en oeuvre avec eux. Notez qu'une première phase de recherche de type exploratoire a eu lieu en vue de bien orienter le projet de recherche dont il est fait ici rapport. Une brève description de cette phase de travail est incluse dans cette section. De façon générale, les opérations sont présentées de façon chronologique.

2.3.1 Rencontres d'entente avec l'équipe des intervenantes et des intervenants

Avant d'entreprendre une élaboration avancée du projet, il était important d'en vérifier la pertinence auprès de l'équipe professionnelle ciblée ainsi que leur intérêt à y participer. Une première rencontre d'environ 90 minutes a eu lieu afin d'informer les membres de l'équipe de la nature du projet envisagé, de leur présenter le modèle théorique de la relation coopérative (St-Arnaud 1999, 2003), d'intégrer leurs idées aux orientations du projet, de vérifier le réalisme du projet envisagé et de s'assurer d'une motivation réelle de leur part à y participer. Les objectifs de cette rencontre ayant été atteints de façon satisfaisante, le projet a été élaboré. Soulignons que l'idée du projet de recherche ayant émergé de collaborations antérieures avec le personnel de l'établissement, il s'est avéré facile d'en valider la pertinence et de susciter la motivation des membres de l'équipe à se joindre aux chercheuses comme partenaires de la démarche.

Une deuxième rencontre a eu lieu avec l'équipe deux mois plus tard, afin de lui présenter de façon plus concrète les opérations projetées. Il fallait en vérifier plus à fond la pertinence et le réalisme. Avec l'accord et l'intérêt de l'équipe, une phase exploratoire a été mise en oeuvre.

Notons qu'au fur et à mesure que de nouvelles ressources professionnelles se joignaient à l'équipe en remplacement d'autres, une agente de recherche tentait de les rencontrer afin de leur expliquer la démarche ainsi que les modèles théoriques qui la sous-tendaient.

2.3.2 L'étude exploratoire

Afin de mieux connaître la nature du travail des intervenantes et des intervenants, pour être en mesure de bâtir des outils de travail adéquats au plan de la cueillette et du traitement de l'information, des observations sur le terrain se sont déroulées, échelonnées sur une période de sept mois. Une agente de recherche a accompagné quatre intervenantes et intervenants⁷ lors de leurs visites habituelles auprès de quatre familles immigrantes distinctes, pour un total de 15 situations d'observation. Le recrutement des familles s'est fait de la façon décrite plus haut sauf en ce qui a trait au hasard dans le choix des familles ciblées. Au plan des critères d'admissibilité, les mêmes étaient appliqués sauf pour l'obligation d'être en suivi post-natal.

Au cours des observations à domicile, les mères étaient au cœur des interventions, donc toujours présentes avec leurs enfants. La présence des pères variait d'une famille à l'autre et d'une visite à l'autre. Certains étaient présents et participaient activement aux rencontres, d'autres étaient présents à la maison mais retirés dans une autre pièce lors des visites, d'autres étaient absents. L'observatrice se tenait à l'écart et prenait en note tout ce qu'il lui était possible de voir et d'entendre en rapport avec le travail de l'intervenante ou de l'intervenant. Aucun appareil d'enregistrement n'a été utilisé.

⁷ Trois de ces personnes ont par la suite participé à la cueillette des données dont il est fait rapport dans le présent document.

Les 15 situations d'observation ont produit une grande quantité de données, appelées *interventions*⁸ ou *unités de sens*⁹, qui ont été classées en huit catégories conceptuelles selon la nature de l'intervention et 37 sous-catégories respectant l'*exhaustivité*¹⁰ du matériel recueilli, ces dernières étant considérées comme des indicateurs des huit types d'intervention répertoriés. L'élaboration de cette grille de classification a été faite de façon mixte (Landry, 1993 : Mayer et al., 2000) : d'une large part déductive basée sur les travaux de St-Cyr Tribble et al. (2001), d'autre part inductive à partir du matériel observé. Deux membres de l'équipe de recherche ont participé à l'analyse de contenu, une personne procédant à la codification et à la catégorisation, la seconde vérifiant les choix de classement, assurant leur *homogénéité*¹¹ et la *pertinence*¹² du matériel retenu par rapport à l'objet de recherche (Mayer et al., 2000).

Les résultats des observations exploratoires ont été présentés à l'ensemble de l'équipe. Quatre intentions guidaient la rencontre : maintenir une dynamique participative, valider l'information recueillie et sa représentativité du travail des membres de l'équipe, valider la justesse de la grille de classification qui servirait pour la recherche proprement dite, notamment au plan de son *exhaustivité* et de l'*univocité*¹³ des catégories (Mayer et al., 2000). Cette rencontre a aussi permis un échange formateur au sein de l'équipe.

Les intervenantes et les intervenants ont dit bien se reconnaître dans le matériel recueilli et ont profité de l'occasion qui leur était donnée pour réfléchir sur leurs comportements d'habilitation. Ils ont validé la pertinence de la grille de classification qui leur était soumise, laquelle a été légèrement modifiée suite à leurs commentaires. Particulièrement, de 37 sous-catégories, la grille est passée à 40, assurant ainsi un meilleur respect de la règle d'exhaustivité. Cette grille est présentée à l'annexe IV. Notons que des intervenantes et des intervenants ont exprimé leur surprise de voir un nombre relativement restreint d'interventions qui s'adressaient directement à la variable culturelle des situations. Par ailleurs, la discussion a révélé que chacune des catégories et des sous-catégories avait le même sens pour chacune des personnes, ce qui était favorisé par le fait que le matériel présenté contenait bon nombre d'exemples concrets tirés des observations pour chacun des indicateurs composant la grille de classification.

2.3.3 Des activités de formation et de codéveloppement

Durant la phase exploratoire de la recherche, des activités de formation et de codéveloppement ont été réalisées avec les membres de l'équipe participant au projet. Soulignons d'abord que ces personnes avaient déjà une bonne expérience de travail avec la clientèle immigrante et qu'elles avaient suivi antérieurement des ateliers de formation offerts par l'établissement sur le choc culturel ainsi que sur les valeurs culturelles et des attitudes ou des comportements qui peuvent en découler. Certaines avaient aussi suivi un atelier plus avancé sur le développement d'habiletés interculturelles.

Deux activités de formation de trois heures s'adressant uniquement à l'équipe impliquée ont été réalisées. La première portait sur le développement des habiletés à établir une relation coopérative avec un client en se centrant particulièrement sur la notion d'objectif commun et sur les fonctions d'assistance. La deuxième activité de formation portait sur l'intégration des connaissances, des habiletés et des expériences des membres de l'équipe au plan des

⁸ Tout comme pour St-Cyr Tribble et al. (2001) « l'intervention se rapporte ici à l'interaction entre des parents et [l'intervenante ou l'intervenant]. Cette intervention se définit comme étant l'ensemble des échanges verbaux et non verbaux entre les intervenantes et intervenants et les parents » (p. 7).

⁹ « Toute analyse de contenu suppose la décomposition du matériel traité en éléments d'analyse. (...) C'est aussi ce qui s'appelle une *unité de sens*, soit un élément d'information ayant un sens complet en lui-même » (Mayer et al., 2000, p. 165).

¹⁰ « L'exhaustivité suppose que les catégories établies permettent de classer l'ensemble du matériel recueilli » (Mayer et al., 2000, p. 167).

¹¹ L'homogénéité réfère au classement du matériel qui doit se faire selon un même principe de classification, c'est-à-dire être soumis aux mêmes critères de classement d'une personne à l'autre (Mayer et al., 2000, p. 168).

¹² « Une catégorie est pertinente quand elle rend possible l'étude du matériel obtenu d'après les questions et le cadre d'analyse retenus » (Mayer et al., 2000, p. 168).

¹³ « Une catégorie est univoque si elle a le même sens pour tous les chercheurs » (Mayer et al., 2000, p. 168).

relations interculturelles et de la relation coopérative et ce, à travers une mise en situation. Une disponibilité pour animer d'autres activités de formation a été annoncée à l'équipe qui n'a toutefois pas identifié de besoins spécifiques.

Des rencontres de codéveloppement dont la méthode est inspirée de Payette et Champagne (1997) ont été initiées dès le démarrage de la phase exploratoire. Ces rencontres permettaient aux membres de l'équipe de soumettre une situation vécue durant une visite à domicile et de profiter des ressources de chacun et de chacune dans la recherche de solutions. Deux rencontres de codéveloppement ont été animées par une des chercheuses. Par la suite, l'équipe a intégré le codéveloppement à l'intérieur de certaines de ses rencontres.

2.3.4 Formation d'un sous-groupe de travail

Pour assurer une planification réaliste des étapes à venir pour le projet de recherche, la collaboration de l'équipe a été sollicitée sous la forme d'un comité restreint de travail. L'équipe a délégué trois personnes, un agent de relations humaines et deux infirmières pour prendre avec les chercheuses les décisions sur la mise en œuvre des opérations du projet de recherche. Deux rencontres de travail ont eu lieu et ont permis : a) de définir les critères de sélection des familles et la procédure de recrutement, b) de peaufiner et de valider des grilles d'entrevues qui seraient utilisées suite aux observations, c) d'améliorer les formulaires de consentement adressés aux familles et d) de procéder, en cours de route, à la régulation des opérations de recrutement. Ces personnes jouaient aussi un rôle d'intermédiaire avec les autres membres de l'équipe pour les informer de l'avancement des travaux, solliciter au besoin leur feedback et recueillir leurs commentaires.

2.3.5 Les moyens de cueillette de données

Deux moyens de cueillette de données ont été retenus : 1) l'observation servant à décrire l'intervention et 2) l'entrevue individuelle semi-dirigée servant à saisir la dimension phénoménologique de la relation professionnel-client. Tel que durant la phase exploratoire, l'agente de recherche devait s'asseoir à l'écart et s'efforcer de ne pas attirer l'attention. Sa tâche était de noter sur le vif le plus d'interventions possible (gestes, interactions, expressions verbales et non verbales), sans grille d'observation préétablie. Il s'agit donc d'une observation non participante, *directe et libre*¹⁴. Aucune forme d'enregistrement ne serait utilisée, d'une part, afin de protéger le plus possible le caractère naturel des actions observées et, d'autre part, pour éviter de prendre le risque de susciter un sentiment de méfiance chez des personnes pouvant avoir fui un pays où la méfiance était devenue une arme de survie. Le projet de recherche annonçait 24 visites à domicile, soit deux par famille selon l'échantillon intentionnel.

L'observation se voulant non participative, l'entrevue semi-dirigée a été pensée afin d'avoir accès aux intentions et aux réactions internes des interlocuteurs, ainsi qu'à tout autre aspect subjectif qui pourrait s'avérer utile à la compréhension de la dynamique relationnelle interculturelle. Cette visée supposait de mener des entrevues auprès des deux interlocuteurs, soit l'intervenante ou l'intervenant et le parent. Les grilles d'entrevue bâties à cet effet sont présentées à l'annexe V. Le nombre exact d'entrevues à effectuer n'a pas été déterminé lors de l'élaboration du projet. À cause du coût élevé de cette méthode de cueillette de données, il semblait irréaliste de vouloir mener des entrevues après chaque situation d'observation. La visée était donc de mener huit à douze entrevues auprès des ressources professionnelles et, en réciproque, huit à douze entrevues auprès du parent. Il revenait à l'observatrice de déterminer quelles situations bénéficieraient le plus du complément d'information recherché par l'entrevue. Alors que les entrevues auprès des intervenantes et des intervenants pouvaient être enregistrées, celles auprès des parents ne le seraient pas.

¹⁴ « Dans le cas de l'observation directe et libre, 'le chercheur ne part pas avec des grilles d'observation préétablies, découpant par avance le réel; il pose un regard naïf – non précodé—sur le terrain' » (De Robertis et Pascal, 1987 : Mayer et al., 2000, p. 137).

2.3.6 Des rencontres pour faire le point

La cueillette d'information s'est déroulée sur une période plus longue que prévue. Au cours de cette phase de travail, les chercheuses ont rencontré l'ensemble de l'équipe brièvement à deux reprises pour les informer de la démarche et des délais encourus ainsi que des étapes à venir. C'était aussi l'occasion d'être à l'écoute des préoccupations de l'équipe et de consolider la relation de partenariat.

2.4 La cueillette des données

La cueillette des données s'est effectuée sur une période de 14 mois. Les deux moyens de cueillette ont été mis en œuvre, soit l'observation et l'entrevue semi-dirigée.

2.4.1 L'observation

Au total, 25 situations ont été observées, soit deux ou trois par famille. Le tableau 3 permet de voir la distribution de ces 25 situations en fonction de l'échantillon. En tant qu'invitée dans la maison, l'agente de recherche faisait les salutations d'usage, pour ensuite s'installer à l'écart et prendre des notes manuscrites. Durant les rencontres, cette observatrice ne faisait aucune intervention (observation non participante). D'ailleurs, lors du retour de l'information auprès des intervenantes et des intervenants, une personne a voulu souligner le fait qu'elle oubliait que l'observatrice était là, que l'observation n'était pas un obstacle au déroulement naturel de l'intervention. L'observatrice notait l'ensemble des échanges ainsi que les réactions non verbales des intervenantes ou des intervenants et des parents. À la fin, elle remerciait les familles ainsi que les intervenantes et les intervenants. Chaque situation d'observation durait approximativement entre 60 et 90 minutes.

Les mères étaient au cœur des interventions, donc toujours présentes avec leurs enfants lors des observations. Dans le cadre de ces observations effectuées pour la recherche, un seul père était présent et participait activement aux rencontres. Dans les autres familles, les pères étaient absents lors des visites ou, dans certains cas, les pères n'habitaient pas avec la mère et les enfants.

Tableau 3
Distribution des 25 situations observées

Intervenants	Nombre de familles observées	Nombre de situations observées	Total des situations d'observation
A	2	5	25
B	2	5	
C	2	5	
D	2	4	
E	2	6	

2.4.2 Les entrevues

Les entrevues furent difficiles à organiser. Devant décider *a posteriori* quelles situations bénéficieraient le plus d'être suivies par une entrevue, le temps et l'espace nécessaires n'étaient pas prévus d'avance. La disponibilité des personnes est alors devenue un facteur déterminant. Parfois, les entrevues devaient se dérouler plusieurs semaines après la situation d'observation. Pour pallier cette lacune, l'agente de recherche qui avait d'abord été l'observatrice des visites, fournissait, lors des entrevues, des descriptions d'intervention très détaillées aux personnes interviewées. Aucune entrevue n'a été enregistrée. L'agente de recherche prenait en note les propos pertinents à l'objet d'étude.

Dix entrevues ont été effectuées avec les intervenantes et les intervenants. Cela a permis de revenir avec chacun d'eux sur deux visites familiales observées. Pour certaines personnes, ces entrevues ont été une occasion de porter un regard réflexif et évaluatif sur leurs interventions, notamment au plan de l'efficacité de leurs choix de stratégies. Étant donné que l'observation ne permettait pas une analyse longitudinale du processus d'intervention, les entrevues ont permis d'expliquer certaines observations qui, sans le contexte relié aux rencontres précédentes non observées, étaient plus difficiles à interpréter.

Six entrevues ont été réalisées avec les familles immigrantes. Une entrevue a été réalisée avec le père et la mère alors que les cinq autres ont été effectuées avec la mère seulement, conformément aux situations d'observation. Il s'est avéré difficile d'obtenir une information satisfaisante auprès de ces personnes pour les fins de la recherche. Elles s'empressaient de dire combien elles aimaient l'intervenante ou l'intervenant et qu'elles savaient que tout ce qu'elle ou il faisait était pour leur bien. Malgré les questions sur des moments précis d'interaction et les relances utilisées pour aller plus loin, l'agente de recherche n'est pas parvenue à obtenir un regard critique sur les situations. Notons que les personnes paraissaient très sincères dans leur appréciation et il n'est pas soupçonné que la crainte ou le manque de confiance soient les causes de la difficulté à aller plus loin. Nous émettons toutefois l'hypothèse qu'une variable culturelle puisse être en cause, la communication directe et l'expression ouverte de difficultés ou d'insatisfactions à l'égard de personnes appréciées étant vues comme incorrectes. En effet, dans de nombreuses cultures dites collectivistes, il importe en tout temps de permettre à l'autre de *sauver la face*.

2.5 Considérations éthiques

Le projet de recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'établissement impliqué. Outre l'obtention de cette autorisation de mener le projet, l'équipe de recherche a été soucieuse de favoriser une participation active et engagée des membres de l'équipe multidisciplinaire y participant et leur a accordé du pouvoir sur les décisions jalonnant l'ensemble de la démarche. Pour ce qui est de leur consentement à participer à la recherche, bien que les membres de l'équipe multidisciplinaire soient tous engagés dans ce projet, un formulaire de consentement a été signé en bonne et due forme par chaque intervenante ou chaque intervenant participant à la cueillette des données. Ce formulaire présenté, à l'annexe VI, contenait les objectifs de la recherche, la nature de la participation demandée pour la cueillette d'information, les bénéfices potentiels du projet de recherche et les risques pouvant découler de la participation à la cueillette ainsi que les mesures pour les diminuer, l'information relative à la confidentialité des informations recueillies lors des observations. Il leur était précisé qu'aucune identification nominale ne se retrouverait dans les exemples, synthèses et rapports. Toutefois, il était mentionné qu'étant donné la petite taille de l'équipe, il était possible que les collègues reconnaissent le style d'intervention d'une personne lors des retours d'information. Tous les membres de l'équipe étaient libres d'accepter ou de refuser de participer au projet de recherche.

Dans le cas des familles, lors d'une de ses visites régulières, l'intervenante ou l'intervenant demandait la permission aux parents de leur présenter l'agente de recherche qui leur exposerait les objectifs et conditions de participation. Si le ou les parents acceptaient, l'agente de recherche accompagnait l'intervenante ou l'intervenant lors de la rencontre suivante pour présenter le projet de recherche à la famille et solliciter sa participation. Le cas échéant, l'agente de recherche devait s'assurer d'obtenir un consentement libre et éclairé en prenant le temps de bien faire comprendre le formulaire de consentement contenant les mêmes éléments que ceux énoncés plus haut (voir annexe VI). Elle

accordait une attention particulière à présenter les mesures pour assurer la confidentialité des données. Elle insistait aussi pour que les parents comprennent qu'un refus de participer au projet de recherche n'allait d'aucune manière nuire à la continuité et à la qualité des services reçus. Un autre élément auquel a été attentive l'agente de recherche fut de bien faire comprendre aux parents que l'observation de l'intervenante ou de l'intervenant n'allait d'aucunes façons pouvoir se retourner contre cette ressource professionnelle. Cette dernière était d'ailleurs présente pour rassurer les parents sur ces deux derniers points. Notez que lorsque les intervenantes ou les intervenants le jugeaient nécessaire, les formulaires étaient traduits dans la langue d'origine des personnes à qui ils étaient présentés pour s'assurer d'une bonne compréhension et d'un consentement éclairé. Le formulaire de consentement a ainsi été traduit en espagnol pour quatre familles. Dans la famille où un interprète était présent, le formulaire a été traduit sur place par l'interprète.

Lors des observations, l'agente de recherche était cordiale et respectueuse et elle évitait toute intervention ou ingérence dans le processus d'interaction. Lors des entrevues, elle a maintenu une position de neutralité et a manifesté une écoute attentive et une attitude de non-jugement à l'égard des personnes.

2.6 Le traitement et l'analyse des données recueillies

Les données obtenues à l'aide des observations ont été soumises à une analyse de contenu qualitative. Celles recueillies en entrevue se sont avérées insatisfaisantes et n'ont pas été soumises à une analyse complète et systématique.

2.6.1. Les données résultant de l'observation

Une première phase de travail consistait à transcrire dans l'ordinateur les notes prises par l'observatrice, soit la principale agente de recherche. La phase exploratoire décrite plus haut avait permis de produire et de valider auprès de l'équipe multidisciplinaire la grille de classification des interventions observées. Ainsi, chacune des interventions annotées, appelées aussi unités de sens, a été comparée aux indicateurs de cette grille et codifiée en conséquence. Tel que l'expliquent Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires (1997), la grille de classification est un outil qui demeure en construction puisque la comparaison de chacune des unités observées au contenu des catégories déjà formées « mène au raffinement de leurs propriétés ou à la création d'autres catégories au besoin » (p. 317). Ainsi, quatre nouvelles sous-catégories ont été ajoutées à la grille de classification, pour un total de 44 sous-catégories permettant de respecter la règle de l'exhaustivité, au plan de la validité de l'analyse (Mayer et al., 2000). Chacune des ces sous-catégories correspond à un indicateur d'un type d'intervention. Rappelons que huit types d'intervention constituent les catégories conceptuelles retenues à partir des comportements d'habilitation identifiés par St-Cyr Tribble (2001) et de l'analyse inductive du matériel.

Une fois chacune des unités de sens classée, une deuxième phase de codification a été effectuée, cette fois en comparant chaque unité aux définitions théoriques des fonctions de suppléance et d'assistance du modèle de la relation coopérative de St-Arnaud (1999, 2003). Ainsi, pour chaque type d'intervention et en fonction de chacun des indicateurs, les interventions observées ont été classées comme manifestant de la suppléance, de l'assistance ou ni l'une ni l'autre de ces fonctions.

L'univocité de 40 des 44 catégories de classement ayant été assurée lors de la phase exploratoire, la codification et la catégorisation des unités de sens ont été effectuées par une seule personne, notamment celle ayant procédé à la cueillette de données et qui possédait ainsi l'information essentielle du contexte naturel dans lequel s'insérait chacune de ces unités. Certaines unités, se révélant plus difficiles à classer que d'autres, ont été soumises à l'analyse de deux personnes autres que l'observatrice, notamment une personne jugée experte au plan des concepts de suppléance et d'assistance. L'unité de sens était alors replacée dans son contexte, enrichie parfois par les données recueillies en entrevue et classée suite à un consensus sur la codification adéquate. Il en résultait parfois la suppression d'unités jugées non pertinentes à l'objet de recherche.

2.6.2 Les données recueillies en entrevue

Aucune analyse exhaustive et systématique n'a été faite du contenu obtenu par voie d'entrevues. Rappelons que celles-ci avaient été intégrées au plan de recherche afin d'assurer une interprétation et classification justes des observations effectuées. Un autre objectif était d'avoir accès à l'effet phénoménologique d'interventions spécifiques sur la clientèle immigrante, en termes de son appropriation et de son intégration au Québec. Or, cet objectif n'a pas été atteint. En effet, les premières impressions de l'agente de recherche furent confirmées lors de la pré-analyse des données recueillies. Cette étape permet de s'imprégner du matériel, de pressentir les unités de sens à retenir pour sa classification et de reconnaître les théories applicables au matériel (Mayer et al., 2000). Il s'avère qu'il n'y avait pas, parmi les réponses fournies par les parents interviewés, de matériel permettant de cerner les effets phénoménologiques d'interventions spécifiques sur leurs processus d'appropriation et d'adaptation culturelle. Quant au matériel recueilli auprès des intervenantes et des intervenants, il a été juxtaposé aux observations et a servi à un meilleur classement des unités de sens ainsi qu'à l'interprétation du matériel.

2.6.3 La validation des résultats

Les résultats obtenus à travers les processus de cueillette, de traitement et de classement des interventions annotées ont été présentés aux cinq intervenantes et intervenants ayant été observés. Ce retour d'information s'est déroulé en deux temps distincts avec deux sous-groupes. Un tableau de classification regroupant, d'une part, les types d'interventions avec leurs indicateurs et, d'autre part, la fréquence des interventions classées comme étant de la suppléance ou de l'assistance a servi à la présentation des résultats (voir Tableau 4). Ce tableau était accompagné d'exemples pour chacun des éléments contenus dans le tableau de classification. Cette étape de validation des résultats a permis de vérifier une dernière fois la pertinence du matériel retenu, l'exhaustivité de la grille de classification et, jusqu'à une certaine mesure, l'univocité des catégories. Bien entendu, cette démarche a aussi permis de recueillir des commentaires, observations et interrogations qui serviront à l'interprétation des résultats et la discussion. Enfin, comme ce fut le cas lors de la terminaison de la phase exploratoire avec l'équipe multidisciplinaire et comme ce fut le cas aussi lors des entrevues, l'échange avec les intervenantes et les intervenants ayant participé à la cueillette de données s'est avéré être une occasion de réflexion sur leurs pratiques d'habilitation en contexte interculturel.

3. LES RÉSULTATS

L'observation des 25 visites à domicile a permis l'annotation de 801 interventions (échanges verbaux et non verbaux), classées selon les concepts et indicateurs retenus pour la classification ainsi qu'en fonction des comportements de suppléance et d'assistance. Ces résultats sont présentés au tableau 4. Nous exposerons, en premier lieu, les huit types d'intervention répertoriés, lesquels sont présentés selon un ordre qui correspond quelque peu au processus logique d'intervention. Nous porterons ensuite un regard global sur l'ensemble des résultats présentés dans le tableau 4 au regard des fonctions de suppléance et d'assistance. Notez que les propos recueillis auprès des intervenantes et des intervenants lors des entrevues et du retour d'information en sous-groupes servent à enrichir la présentation de ces résultats. Quelques lignes sur l'effet des formations et du codéveloppement sur l'intervention compléteront cette section.

Tableau 4
Résultats obtenus en fonction des types d'interventions, de leurs indicateurs
et des comportements de suppléance et d'assistance

TYPES D'INTERVENTIONS	FRÉQUENCES	
	Suppléance	Assistance
1. Établissement et maintien du lien thérapeutique, de la confiance (14,5 %)		
a) Prendre des nouvelles de la famille		25
b) Écouter attentivement		2
c) Manifester de l'intérêt pour les clients	5	10
d) Humour, rires (* 10 interventions) ¹⁵		
e) Adapter son langage		8
f) Manifester de la sollicitude	3	
g) Faire connaître sa disponibilité	10	
h) Faire des compliments	8	
i) Parler de soi-même, ouvrir sur son expérience personnelle (*3 interventions)	11	
j) Avoir un contact physique (* chaque rencontre pour certains)		
k) Accepter à boire ou à manger / accepter un cadeau (*2 interventions)		
l) Contact avec les enfants (*10 interventions)	34	
	71	45
2. Prise en compte des besoins particuliers des clients (19,35 %)		
a) Inviter les clients à exprimer leurs besoins, questions, difficultés...	1	29
b) Laisser aux clients le temps de s'exprimer, de réfléchir à leurs questions		1
c) Se centrer sur les besoins, questions ou difficultés que peuvent exprimer les clients	39	19
d) Poser des questions ou amener de l'information liée à une préoccupation mentionnée par les clients lors d'une rencontre antérieure	11	21
e) Proposer des solutions qui tiennent compte de la situation particulière des clients	16	18
	67	88
3. Prise en compte des ressources des clients (9,86 %)		
a) Explorer le champ de compétence des clients	2	17
b) Nommer les forces des clients; les soutenir dans leurs choix	29	1
c) Respecter le point de vue des clients, les inviter à décider	7	22
d) Utiliser le champ de compétence des clients		1
	38	41

¹⁵ L'astérisque indique qu'il s'agit d'interventions répertoriées qui ne reflètent ni la suppléance ni l'assistance, mais qui sont reliées à l'établissement et au maintien du lien.

TYPES D'INTERVENTIONS	FRÉQUENCES	
4. Interventions en fonction de son champ de compétence particulier (39,2 %)		
a) Poser des questions liées au mandat		87
b) Donner de l'information non sollicitée	67	4
c) Informer sur des ressources auxquelles les clients peuvent avoir accès	8	
d) Faire des actions concrètes	13	
e) Faire des contacts, agir comme intermédiaire avec les garderies, écoles, etc.	20	
f) Donner des conseils, des suggestions, des trucs	61	1
g) Rassurer, normaliser en donnant de l'information	43	
h) Remettre du matériel offert par le CLSC	2	8
	214	100
5. Facilitation de l'apprentissage (4,24 %)		
a) Renforcer l'utilisation de ce qui a été montré	2	
b) Faire des démonstrations / modeling	22	
c) Se soucier de la quantité d'information que les clients peuvent absorber	5	5
	29	5
6. Information directement liée à l'adaptation au Québec (7,74 %)		
a) Donner de l'information, des conseils, des suggestions en lien avec les façons de faire au Québec	6	2
b) Se centrer sur les besoins, questions ou difficultés que peuvent exprimer les clients liés à l'adaptation au Québec	6	4
c) Faire des contacts, agir comme intermédiaire avec les garderies, écoles, etc. de façon à favoriser l'adaptation au Québec	6	
d) Faire des appels, effectuer des démarches pour les clients	13	
e) Favoriser l'expérimentation	4	6
f) Parler des différences culturelles	8	5
g) Faire ressortir les points communs	1	1
	44	18
7. Gestion des rencontres (5,11 %)		
a) Avertir de la fin prochaine des rencontres	2	
b) Avertir de la diminution de services	2	1
c) Prise de rendez-vous	17	9
d) Gestion du temps / Ramener au sujet	9	
e) Mettre des limites, clarifier son rôle	1	
	31	10
Total pour l'ensemble des interventions observées (100 %) : sur 801 interventions	Suppléance	Assistance
	494	307

3.1 Un regard global posé sur les résultats, en termes de suppléance et d'assistance

Dans l'ensemble, les résultats révèlent que lors des visites à domicile observées, les intervenantes et les intervenants oscillent entre des fonctions de suppléance (62 %) et des fonctions d'assistance (38 %). Les fonctions de suppléance sont prédominantes dans les interventions qui émergent du champ spécifique de compétence de la ressource professionnelle (catégorie 4) : il y a deux fois plus de fonctions de suppléance que d'assistance dans cette catégorie. Des proportions semblables se retrouvent dans les interventions qui sont directement liées à l'adaptation au Québec (catégorie 6). En contrepartie, les fonctions d'assistance sont plus présentes dans les types d'interventions centrés sur le parent : celles qui favorisent la prise en compte des besoins particuliers du parent (catégorie 2), celles qui visent la prise en compte de ses ressources (catégorie 3) et celles qui facilitent l'apprentissage (catégorie 5).

En additionnant les fréquences respectives des interventions contenues dans ces trois dernières catégories (catégories 2, 3 et 5), nous obtenons un total de 134 interventions de suppléance (16,7 %) et de 134 interventions d'assistance (16,7 %). On peut donc constater ici un équilibre entre les deux types de fonctions. Il n'est certes pas nécessaire d'avoir un nombre partagé aussi exactement pour parler d'équilibre, mais ces proportions révèlent chez les intervenantes et les intervenants la capacité d'appliquer la règle de l'alternance inhérente à une relation de coopération telle que définie par St-Arnaud (1999) et qui consiste à assurer un équilibre entre des fonctions de suppléance et des fonctions d'assistance. Au-delà de ce regard général posé sur les résultats selon les proportions de suppléance et d'assistance, voyons plus en détail les résultats rapportés au tableau 4.

3.2 L'établissement et le maintien du lien thérapeutique, de la relation de confiance

Le rôle essentiel de la relation dans l'intervention est reconnu par les intervenantes et les intervenants et ce, de façon particulière dans le contexte interculturel. Aussi, ces professionnelles et ces professionnels font des efforts pour favoriser une relation de confiance et un lien thérapeutique nécessaires à l'interaction et ce, dès la première rencontre et tout au long du processus. Dans l'ensemble des interventions observées, celles centrées sur la relation occupent d'ailleurs le troisième rang en fréquence (14,5 % du total des interventions répertoriées). Lors du retour de l'information auprès des intervenantes et des intervenants, l'importance de la qualité de la relation a été confirmée par une personne : « *lors du premier contact, il faut prendre le temps de dire qu'ils sont fins, que leurs enfants sont beaux (...); se centrer beaucoup sur la relation, sur le lien* ». Il semble que ce type de contact se vit différemment avec une clientèle d'origine québécoise : « *il faut le faire aussi, mais j'en fais moins; on va y aller sur des choses plus externes, par exemple le ménage, sinon ils vont nous trouver 'têteuses'* », révélait une intervenante. Alors que les intervenantes et les intervenants sont conscients de devoir faire des efforts pour établir une bonne relation avec les familles, ils trouvent cela facile car les familles sont généralement accueillantes, chaleureuses et expriment leur appréciation de la présence de l'intervenante ou de l'intervenant. Lors du retour d'information sur les résultats, certaines personnes nous confiaient ne pas vouloir changer de type de clientèle, tellement elles trouvent agréable de travailler avec les familles immigrantes. « *Ils sont accueillants en partant. Il est rare que les Québécois disent merci, montrent leur appréciation, comme si ça va de soi qu'on est à leur service.* » À cet égard, les intervenantes et les intervenants notent des différences au plan du profil socioéconomique de ces deux clientèles : chez les personnes d'origine québécoise, on observe moins de stabilité familiale, plus de problèmes de santé mentale et un niveau d'éducation souvent moins élevé puisque souvent c'est l'émigration qui a placé les familles immigrantes en situation de pauvreté matérielle plutôt que leur propre profil socioéconomique antérieur à l'émigration. Une intervenante révélait aussi que pour elle, avec la clientèle d'origine québécoise, la relation va plutôt s'établir sur la base de sa profession que sur une base personnelle (« *En partant, j'ai besoin de faire valoir mon professionnalisme. Avec la clientèle immigrante, le lien est plus facile à établir*»). En contrepartie du volet facilitant et agréable de la relation interculturelle, une personne de l'équipe des intervenantes et des intervenants révélait qu'avec les personnes d'origine québécoise, la communication était plus simple dû à l'absence de limites langagières : « *Avec un Québécois, je ne pense pas autant à ce que je vais dire, à comment je vais le dire. Le Québécois, il me comprend!* » Enfin, attentifs à ne pas généraliser, les intervenantes et les intervenants sont tous d'accord pour dire qu'il ne faut pas perdre de vue les tempéraments individuels et qu'immigrantes ou non, « *des personnes nous 'syphonnent'* ».

En ce qui a trait aux fonctions de suppléance et d'assistance, rappelons en premier lieu que, globalement, la suppléance consiste à utiliser ses propres connaissances et ses expériences dans une situation, alors que l'assistance consiste plutôt à activer et utiliser les ressources du client. En regardant le tableau 4, nous constatons à prime abord que dans cette catégorie, plusieurs interventions n'ont pu être classées en fonction de ces concepts. Par ailleurs, on constate une oscillation entre des interventions de type suppléance et celles de type assistance. Ainsi, l'intervenante ou l'intervenant utilise parfois sa propre expérience ou son point de vue pour valoriser, rassurer, informer ou instrumenter la personne. Par exemple : l'utilisation de compliments, (« *Tu as une belle robe.* »), de feedback (« *C'est 'cute' son ensemble. Il est bien, il n'a pas trop chaud.* »), ou d'instructions (« *Pour tes assurances, si tu essaies de téléphoner et que ça ne marche pas, tu m'appelles.* »). Par ailleurs, d'entrée de jeu, l'intervenante ou l'intervenant se soucie de se centrer sur la personne : elle recueille de l'information, en prenant par exemple des nouvelles de sa famille, elle reflète l'expérience que lui communique la personne (« *Ce n'est pas facile l'intégration à*

un nouveau pays, surtout quand on est monoparentale.») ou elle s'adapte dans la communication de façon à s'assurer que la personne comprend bien, par exemple en montrant l'image d'un objet.

D'autres interventions dans cette catégorie révèlent que l'intervenante ou l'intervenant parle parfois de son expérience personnelle, en lien avec les préoccupations exprimées par la personne. Par exemple, une intervenante parle du jeu de l'avion qu'utilise sa sœur pour faire manger les enfants. Une autre normalise, rassure une mère en lui dévoilant qu'elle a vécu des sentiments semblables : « *C'est normal. J'ai moi-même eu les mêmes inquiétudes avec ma fille. Elle est petite et j'avais peur qu'elle ne mange pas assez.* ». Dans la recherche menée par St-Cyr Tribble et al. (2001), les parents ont révélé beaucoup apprécier cette forme particulière de normalisation. Ils considéraient les exemples « comme étant 'du vrai vécu' » (p. 28). Nous faisons la même constatation que St-Cyr Tribble et ses collaboratrices : cette ouverture de la part des intervenantes et des intervenants favorise la relation de confiance.

Une dernière observation à souligner en lien avec le maintien de la relation est le fait qu'en contexte interculturel, les intervenantes et les intervenants en sont venus à se sentir à l'aise d'accepter des petits cadeaux, de la nourriture ou un breuvage, malgré un code d'éthique institutionnel qui oriente différemment les comportements professionnels. D'après eux, faire autrement serait une entrave à une relation interpersonnelle basée sur la confiance et où l'information circule librement.

3.3 La prise en compte des besoins particuliers du parent

Cette catégorie représente une caractéristique de l'approche d'*empowerment* et les comportements qui s'y regroupent sont au deuxième rang en fréquence par rapport à l'ensemble des interventions observées (19, 35 %). On y constate aussi un nombre supérieur d'interventions d'assistance, comparativement aux interventions de suppléance. Cela reflète des moments du processus d'intervention où les ressources professionnelles s'actualisent à l'intérieur du champ particulier du client plutôt qu'en fonction d'un contenu prédéterminé.

Tout comme c'était le cas pour les interventions répertoriées par St-Cyr Tribble et al. (2001), les intervenantes et les intervenants utilisent divers moyens pour se centrer sur la personne, pour découvrir ses particularités : inviter les clients à exprimer leurs besoins (« *Autre chose vous inquiète?* »); s'arrêter aux besoins, aux questions ou aux difficultés exprimées par la personne en reflétant par exemple ses craintes (« *Tu as peur de grossir?*») ou en répondant à ses questions sur des sujets précis (« *C'est normal, c'est plus long à digérer; ce n'est pas comme le lait maternel.* »); en posant des questions (« *Comment ça va l'allaitement?* »); en proposant des solutions qui tiennent compte de la situation particulière de la personne (« *Il faudrait que les jours où elle ne va pas à la garderie, tu ne l'allaites pas l'avant-midi* »). Lors des entrevues, une personne de l'équipe des intervenantes et des intervenants expliquait sa stratégie pour prendre en compte les besoins des clients : « *À chaque visite, je pars avec une question de la fois d'avant, je laisse la place à l'instant pour suivre le besoin. Je ne veux pas dire à l'avance une planification.* ».

Notez qu'une autre personne de l'équipe des intervenantes et des intervenants soulignait ce qu'elle voit être une particularité culturelle : « *Les immigrants ne parleront pas de ce qu'ils ont vécu dans la semaine ou de leur enfant, si je ne vais pas le chercher.* ». Cette même personne partageait l'observation suivante : « *C'est au moment où on s'apprête à partir, quasiment sur le bord de la porte, que là émergent leurs questions. (...) Ils nous respectent en tant qu'experts et attendent qu'on ait fini. Ils posent leurs questions après.* ». Cette observation n'était pas partagée par les autres membres de l'équipe ayant participé à la cueillette de données, bien que l'un d'eux dise « *peut-être, des fois...* ».

Un indicateur utilisé pour identifier les interventions centrées sur les besoins de la personne est le fait de lui laisser le temps de s'exprimer, de réfléchir à ses questions. Or, non seulement l'observatrice a-t-elle été rarement témoin de l'actualisation de cet indicateur (une seule annotation à cet effet), elle a pu observer le comportement contraire : l'intervenante ou l'intervenant continue d'apporter des éléments d'information ou change de sujet. Face à cet indicateur, alors qu'une personne dit qu'elle va être plus attentive à prendre le temps de faire cela avec les personnes

immigrantes, une autre partage l'observation suivante : « *les personnes immigrantes ne sont pas habituées à développer; donc, on doit suppléer* ».

3.4 La prise en compte des ressources du parent

Tout comme pour la catégorie précédente, la prise en compte des ressources particulières des parents s'insère dans l'approche d'*empowerment*. Ce type d'intervention est au quatrième rang en termes de fréquence (9,86 %). Les intervenantes et les intervenants cherchent à valider les ressources de la personne en tentant d'abord de l'aider à les identifier (« *Alors le problème est que tu ne manges pas beaucoup dans la journée. Qu'est-ce que tu peux faire pour aider?* ») en nommant ses forces ou en la soutenant dans ses choix (« *Vous souvenez-vous, il y a à peu près deux mois, tout était difficile, et là ça va mieux. Grâce à votre courage et votre persévérance, ça va mieux car vous avez travaillé très fort* »). Une intervenante précisait en entrevue que, face aux questions des parents, avant d'amener de l'information sur les façons de faire ici, elle s'efforce de questionner sur les façons de faire dans leur pays d'origine, de mieux connaître leurs habitudes pour faire ressortir les compétences qu'ils possèdent déjà et parfois leur faire réaliser qu'ils ont la réponse.

À d'autres occasions, l'intervenante ou l'intervenant peut aider à développer une piste introduite par la personne, par exemple l'inviter à aller chercher plus d'information auprès d'une amie qui semble avoir déjà solutionné un problème semblable (dans ce cas, la recherche d'un logement plus économique). L'*empowerment* vise à donner du pouvoir à la personne sur sa propre situation. À cet effet, les intervenantes et les intervenants s'efforcent habituellement de respecter son point de vue, de l'inviter à décider en fonction de ce qu'elle juge le mieux pour elle-même (« *Tu n'aimes pas ça, c'est correct* »; « *Pour l'introduction des aliments solides, es-tu pressée? As-tu des inquiétudes? Si tu veux, on peut en parler aujourd'hui, sinon à la prochaine rencontre.* »). En entrevue, une intervenante expliquait qu'elle est parfois surprise par les réponses ou les façons de faire des parents immigrants, mais que si c'est correct pour eux et qu'il n'y a pas de problème, elle ne va pas en créer un en essayant de faire faire les choses à sa façon.

L'observation révèle que parfois, il est difficile d'accepter pleinement le choix de la personne ou de faire confiance à sa capacité de faire le bon choix ou d'agir sur sa situation. Cela se manifeste, entre autres, par le fait d'insister sur une option autre que celle envisagée par la famille : « *Ce n'est pas une bonne façon. Beaucoup d'immigrants arrivent ici, s'affolent et veulent tout de suite travailler. Mais il faut d'abord apprendre la langue et avoir un diplôme. Il y a un cours de préposés aux bénéficiaires. Au Québec, la population est vieillissante, tu sais. OK, j'ai fini mon sermon, qu'est-ce que tu en penses? – Mon mari aime les machines, les tracteurs. – Oui mais s'il fait un cours là-dedans et qu'il n'a pas de travail, ce n'est pas mieux non plus. C'est un milieu de travail très québécois et lui est un immigrant qui ne parle pas bien français.* » D'autre fois, l'intervenante ou l'intervenant peut accepter de faire à la place de l'autre : « *OK, je vais appeler le médecin cette fois-ci et prendre le rendez-vous, mais la prochaine fois, c'est toi qui va devoir le faire* ». À ce sujet, lors du retour d'information auprès des intervenantes et des intervenants, une personne nommait son dilemme comme suit, compte tenu de l'expérience d'immigration de la personne : « *Il y a des immigrants qui partent d'extrêmement loin. Il faut quasiment les porter par la main, comme des enfants.* ». Une autre personne qui n'était pas dans le même sous-groupe lors du retour d'information, émet une position différente : « *Ça vaut la peine de vérifier leurs connaissances. On est surpris... puis ça les valorise. Il ne faut pas donner trop vite. Ils sont capables de se débrouiller.* ». Une autre personne de l'équipe des intervenantes et des intervenants partageait une observation semblable : « *Des fois on les stimule tellement qu'ils deviennent plus affirmatifs.* ».

3.5 Les interventions faites à partir du champ de compétence particulier de l'intervenante ou de l'intervenant

Les interventions qui relèvent du champ de compétence particulier de la ressource professionnelle sont au premier rang en termes de fréquence : 314 sur 801 interventions répertoriées, soit 39,2 %. Aussi, il n'est pas étonnant de voir ici un nombre plus élevé de fonctions de suppléance que de fonctions d'assistance, soit un peu plus du double. Dans

cette catégorie, les intervenantes et les intervenants posent des questions liées à leur rôle. Par exemple : « *Sophie¹⁶ ne va plus à la garderie? – Non elle n'y va plus. – Et qu'est-ce qui a amené le changement?* ». Une telle intervention est centrée sur les particularités de la situation que l'intervenante tente de comprendre. Notez que si elle n'est pas classée dans la catégorie 2, c'est parce que le sujet a été initié par l'intervenante ou l'intervenant qui, en fonction de son champ d'intervention, s'interroge sur cette situation. Poser des questions en lien avec le programme qui justifie sa présence auprès de la famille est le type d'interventions le plus fréquemment observé lors des visites à domicile. C'est là une caractéristique d'une structure de pression telle que décrite plus haut : c'est l'intervenante ou l'intervenant qui prend l'initiative en fonction d'un but qu'elle ou qu'il a déterminé; le parent, pour sa part, répond surtout aux questions et réagit aux directives qui sont avancées par l'intervenante ou l'intervenant. Il n'est certes pas étonnant de trouver une telle structure relationnelle dans un contexte où les familles sont inscrites à un programme de prévention qui a ses objectifs propres.

Dans la même veine, les intervenantes et les intervenants donnent aussi du matériel, de la documentation, puis une quantité importante d'information non sollicitée (« *Les portions, ce n'est pas comme nous, ce n'est pas beaucoup. À son âge, ce n'est pas de la purée de bébé. Elle a des dents. (...) En mangeant avec ses mains, elle travaille beaucoup de choses. Sa motricité fine [Etc.]* ») ou des conseils (« *Pour faciliter l'allaitement, tu peux prendre une douche chaude avant.* »). Ont aussi été classées dans cette catégorie, des interventions où des actions concrètes sont mises en œuvre en fonction du rôle professionnel, par exemple peser le bébé ou agir à titre d'intermédiaire avec la garderie ou l'école. Les intervenantes et les intervenants vont également rassurer en utilisant leur pôle des connaissances pour informer, normaliser (« *Oui, comme les adultes, certains transpirent, d'autres non.* ») ou en adressant directement le sentiment d'inquiétude de la personne (« *J'ai laissé un message à 'X'. Elle va te rappeler. Ne t'inquiète pas.* ») Enfin, les intervenantes et les intervenants parlent aussi parfois de ressources extérieures qui peuvent leur être utiles (« *J'ai pensé à quelque chose : Marraine-tendresse. [Explications] Est-ce que quelque chose comme ça pourrait t'intéresser?* »).

De façon générale, les intervenantes et les intervenants jugent que la quantité d'interventions classées dans cette catégorie reflète bien la nature première de leur travail : « *C'est le vif de notre travail!* » En contrepartie, une personne révélait avoir tendance à faire plus de ce type d'interventions avec les familles immigrantes qu'avec des familles québécoises. Une autre disait qu'elle ne voyait pas de différences sur ce plan. Enfin, une personne soupçonne que bien que ce type d'interventions prenne beaucoup de place durant leurs visites à domicile, autant chez les familles d'origine québécoise que chez les familles immigrantes, les proportions de suppléance et d'assistance chez les unes et chez les autres sont différentes : « *On ferait plus d'assistance avec les Québécois. Ils aiment montrer qu'ils savent quoi faire. Il faut être leur égal. Aussi, ils ont eu des cours (par exemple l'éducation sexuelle dans les écoles), ils vont sur Internet; ils connaissent plus de choses généralement.* ».

3.6 Les interventions qui ciblent l'apprentissage

Les intervenantes et les intervenants ont été étonnés de constater qu'ils faisaient relativement peu d'interventions orientées vers l'apprentissage du parent (7^e rang avec 4,24 % d'interventions de ce type). Pourtant, certains ont révélé avoir tendance à faire plus de ce type d'interventions avec les familles immigrantes. En contrepartie, une personne disait être plus attentive aux particularités de la famille immigrante, n'en faisant que peu à la fois et s'assurant que ce qu'elle fait est bien adapté.

Alors qu'ils vont faire des démonstrations ou utiliser le *modeling* (par exemple comment stimuler un enfant par le jeu ou comment le distraire lorsqu'il demande le sein), peu d'observations ont permis de voir que les intervenantes et les intervenants avaient le souci de renforcer l'utilisation des comportements abordés. Notez que cela peut être dû à une limite du devis de recherche qui ne permettait pas l'observation suivie d'une même famille. Enfin, les intervenantes et les intervenants tentent d'éviter de donner trop d'information d'un seul coup (« *Tu as eu beaucoup de papier pour*

¹⁶ Nom fictif.

aujourd'hui. La prochaine fois, je vais t'amener le 4-6 mois. »). Mais ils reconnaissent qu'ils oublient parfois de porter attention à la quantité d'information et qu'ils en livrent alors trop pour ce que le parent est en mesure d'absorber.

3.7 Des informations visant l'adaptation au Québec

Tel que ce fut le cas lors des observations de la phase exploratoire, relativement peu d'interventions liées de façon spécifique à l'adaptation au Québec ont été répertoriées : 62 sur un total de 801, soit 7,74 %. Ces interventions étaient identifiées à partir des indicateurs suivants : donner de l'information, des conseils, des suggestions en lien avec les façons de faire au Québec (ex., sur les garderies); se centrer sur les besoins, questions ou difficultés que peuvent exprimer les clients en lien avec leur adaptation au Québec (ex., relativement à un compte à payer); faire des contacts, agir comme intermédiaire (ex., avec le médecin); faire des appels, des démarches pour le client (ex., auprès d'un service de la Ville ou d'un organisme de soutien aux personnes immigrantes); favoriser l'expérimentation (ex., pour faire un appel téléphonique); parler des différences culturelles (ex., vis-à-vis de la présence du père à l'accouchement) et faire ressortir des similarités entre les deux cultures (ex., sur la vie de famille). Quant à l'orientation donnée aux interventions, on constate que la suppléance dépasse largement l'assistance. À cet effet, une intervenante révèle ce qui suit : *« Moi, j'oublie l'assistance dans ce volet-là. On peut favoriser l'expérimentation. Il faut que je travaille là-dessus. »*. Une intervenante expliquait en entrevue que son implication auprès des familles varie en fonction de leur niveau d'adaptation au Québec. *« Quand ils ne parlent pas français, je suis souvent plus active, je fais des contacts avec les garderies, les organismes communautaires, les responsables de la francisation, etc. »*.

Les intervenantes et les intervenants constatent qu'une présence plus ou moins habituelle de ce type d'interventions lors de leurs visites dépend en bonne partie de la nature de leur rôle auprès de la famille. Par exemple, selon qu'on soit infirmière ou agent de relations humaines, les cibles d'intervention et, conséquemment, les sujets abordés ne sont pas les mêmes. Ils soulignaient aussi l'importance des tâches de l'auxiliaire familiale et sociale dans ce type d'intervention (ex., aider à faire l'épicerie); or, celle-ci ne participait pas à la cueillette des données. Enfin, une personne soulignait le fait que même si son rôle ne l'amène pas à avoir des interventions identifiées comme étant directement liées à l'adaptation des personnes immigrantes, cette préoccupation est toujours présente et traverse l'ensemble de ses interventions.

3.8 La gestion des rencontres

Au cours de leurs visites, les intervenantes et les intervenants doivent faire quelques interventions visant à gérer leur présence auprès des familles (5,11 % des interventions répertoriées). Celles-ci sont majoritairement en lien avec la prise de rendez-vous; d'autres interventions visent à informer de la terminaison prochaine du suivi ou d'une diminution des services. Parfois, ils interviennent pour gérer le fil des interventions dans le temps, en ramenant par exemple une personne sur un sujet non terminé avant de passer à un autre. Enfin, une situation a permis d'illustrer qu'il arrive que les intervenantes ou les intervenants doivent clarifier leur rôle, en préciser les limites (*« C'est à toi d'aller chercher ta fille à la garderie, pas à moi. »*).

Se rappelant la formation reçue sur la relation coopérative et l'importance accordée à la définition d'un but commun dans le modèle présenté, une intervenante fait le constat que ce type d'intervention (définition d'un but commun) n'a pas été observé. Elle remarque qu'elle-même oublie de le faire, que cela ne fait pas partie de son mode habituel d'intervention et elle conclut en disant qu'elle aimerait être plus attentive à intégrer cette action dans ses interventions.

En rapport avec la gestion des rencontres et de l'ensemble des interventions qui y sont rattachées, une intervenante notait combien l'intervention en contexte interculturel est coûteuse en temps : *« Ça prend beaucoup plus de temps, il y a beaucoup plus de démarches à faire, il y a toutes sortes d'à côté. »*.

3.9 L'effet de la formation et de la réflexion sur les habiletés d'*empowerment*

La présente recherche s'inscrivant dans une approche de recherche-action, des activités de formation et de codéveloppement ont été introduites au cours de la démarche. Il semble juste d'avancer que cela a permis d'élever à un niveau de conscience supérieure l'orientation d'*empowerment* privilégiée dans l'établissement. En outre, la distinction entre les fonctions de suppléance et d'assistance semble avoir aidé des intervenantes et des intervenants à s'autoréguler dans l'action de façon à pouvoir faire des choix cohérents avec cette orientation. C'est ainsi que deux des intervenantes et des intervenants participant à la cueillette de données ont exprimé d'emblée avoir augmenté et amélioré leurs interventions d'habilitation : « *Le modèle m'est resté en tête et déjà cela a amené un changement dans ma façon de faire.* »; « *La recherche m'a conscientisée. Je les laisse plus faire et ils ne s'en portent pas plus mal. On respecte plus leur rythme.* ».

Cette expérience d'apprentissage s'insère dans la trajectoire continue du développement des compétences.

Le professionnel sait tirer les leçons de l'expérience. Il sait transformer son action en expérience. Il ne se contente pas de faire ou d'agir. Il fait de sa pratique professionnelle une opportunité de création de savoir (Le Boterf, 1997, p. 89).

4. DISCUSSION ET CONCLUSION

Les comportements d'habilitation qui ont été identifiés par St-Cyr Tribble et al. (2001) à partir du contenu recueilli dans des entrevues se sont avérés utiles pour amorcer un projet de recherche ciblant l'observation en direct sur le terrain. Cependant, l'observation directe effectuée dans le cadre de la présente recherche a conduit à des regroupements quelque peu différents. Les catégories qui en résultent (présentées dans le tableau 4) sont satisfaisantes puisqu'elles permettent l'inclusion de données naturelles exhaustives. En effet, les 801 éléments dégagés de l'observation de 25 situations de suivi postnatal ont pu être classés à l'intérieur de ces sept catégories et les intervenantes et les intervenants s'y reconnaissent très bien.

Dans cette section, nous portons notre regard sur divers types d'interventions, notamment celles qui occupent une place prépondérante dans les données recueillies, eu égard à l'approche d'*empowerment*. Toujours en rapport avec cette approche, nous exposons des écueils potentiels à l'intervention d'habilitation en contexte interculturel. L'analyse des résultats de notre recherche se poursuit ensuite en rapport avec les objectifs annoncés. Par la suite, nous exposons ce qui nous semble être les forces et les limites de l'étude effectuée. Nous concluons avec quelques recommandations en cohérence avec le Programme national de santé publique 2003-2012 qui prône l'approche d'*empowerment*.

4.1 Une structure de pression ou de service très présente

Nous constatons une place importante accordée aux interventions qui émergent du champ spécifique de compétence de la ressource professionnelle (catégorie 4). Celles-ci sont caractérisées par une prépondérance de comportements de suppléance, ce qui est typique d'une *structure de service* ou *de pression*, telle qu'expliquée par St-Arnaud (1999). Le client s'attend à ce que la ressource professionnelle réponde à ses questions, règle son problème, « sans qu'il ait trop d'efforts à faire lui-même » (p. 68). Considérant qu'ils offrent un service grâce à un programme de suivi en périnatalité, les intervenants et les intervenantes jugent « normal » qu'une structure relationnelle de pression soit très présente dans leurs visites à domicile. Intervenir dans le cadre d'un programme spécifique signifie avoir des objectifs définis *a priori*. Or, l'approche *empowerment* s'inscrit dans une visée de particularisation; il s'agit plutôt d'une approche de type *sur mesure*. Sur ce plan, il nous semble important de distinguer les objectifs généraux qui peuvent être prescrits par un programme d'intervention et les objectifs spécifiques, taillés à la mesure de l'individu qui est devant soi. Notons ici que malgré un niveau élevé de suppléance, les intervenantes et les intervenants observés ont manifesté une attention aux particularités des individus. Cela était manifeste dans la qualité de la relation établie avec chacun d'eux et l'importance accordée au fait d'entrer en relation de façon significative avec les personnes. Aussi, les

principales visées d'une rencontre à domicile émergeaient des besoins *ici et maintenant* tels que manifestés par la situation et le parent.

C'est dans l'élaboration des objectifs spécifiques à l'individu que l'intervenante ou l'intervenant s'engage dans une démarche adaptée aux particularités de la situation. Mais bien entendu, elle ou il ne peut s'y engager seul. Les divers écrits sur l'*empowerment* mettent de l'avant l'importance d'un partenariat : le client doit être un partenaire actif du début jusqu'à la fin. Le rôle de la ressource professionnelle dans ce partenariat est de donner aux individus les moyens pour faire émerger l'information pertinente et pour faire les choix appropriés. C'est alors que souvent les interventions axées sur une transmission de connaissances prennent le dessus. En permettant à l'individu d'avoir accès à telle ou telle connaissance grâce à mon expertise et à mon expérience, il pourra faire les bons choix, peut se dire l'intervenante ou l'intervenant. C'est à l'intérieur de ces paramètres que se situe, selon nous, cette prépondérance aux interventions directement liées aux compétences disciplinaires de la ressource professionnelle.

Il est juste de considérer que l'information que l'on transmet à une personne lui est utile. Cela peut, entre autres, lui permettre d'élargir ses possibilités, une intervention d'habilitation identifiée par St-Cyr Tribble et al. (2001). Par ailleurs, d'autres types d'interventions reflèteront ou non la confiance qu'une intervenante ou un intervenant peut avoir en la capacité de la personne de faire des choix appropriés et d'exercer du pouvoir sur sa situation. Ces autres types d'interventions ont été observés chez les intervenantes et les intervenants participant à la recherche rapportée ici, notamment la prise en compte des particularités des familles et de leurs ressources, ainsi que quelques interventions visant à favoriser leur apprentissage.

Une alternance entre des fonctions de suppléance et d'assistance a été observée. Par ailleurs, une lacune est possiblement le fait de ne pas partager avec les parents l'objectif d'*empowerment* visé par les intervenantes et les intervenants. Le fait de vouloir habiliter la personne lui est-il communiqué? Au début d'un suivi auprès d'une famille, l'intervenante ou l'intervenant explique la nature des services pouvant lui être apportées. Le type de partenariat visé est-il expliqué? Nos résultats ne nous permettent pas de répondre à cette question de façon définitive. Cependant, nous soupçonnons que non, appuyant notre jugement sur l'absence d'observations liées à la clarification d'un but avec les parents ainsi qu'au commentaire d'une intervenante qui dit ne pas le faire.

Il nous semble qu'il serait pourtant plus efficace de travailler ensemble à développer l'appropriation chez le client plutôt que d'essayer d'habiliter ce dernier sans qu'il sache devoir y contribuer. L'intervenante et l'intervenant veulent lui donner l'occasion d'accroître son pouvoir sur sa situation. Le parent peut ne pas saisir cette orientation si elle ne lui est pas présentée et si on ne travaille pas avec lui pour qu'il voie les avantages qui peuvent en découler.

Nous appuyant sur l'affirmation d'intervenantes ou d'intervenants eu égard à une plus grande intégration de comportements d'assistance suite aux formations, nous croyons qu'avec la formation adéquate et des changements relativement simples à ce qui a été observé, les ressources professionnelles d'un établissement pourraient apprendre à transformer une structure relationnelle de service ou de pression en une structure de coopération. Une telle structure s'insère plus dans une approche d'*empowerment* que les deux premières. Rappelons que la structure de coopération valorise et actualise les champs de compétence des deux parties impliquées : il n'est donc pas question ici d'écarter les connaissances et l'expérience des intervenantes et des intervenants. C'est ainsi d'ailleurs que l'oscillation entre les fonctions de suppléance et d'assistance est prônée pour assurer l'efficacité de l'intervention (St-Arnaud, 1999). L'efficacité repose aussi sur un équilibre entre ces deux types de fonctions. Selon les observations effectuées, il y a place à l'amélioration sur ce plan : visons augmenter l'utilisation de l'assistance dans les interventions.

4.2 L'intervention en contexte interculturel

Quant aux interventions qui sont directement liées à l'adaptation culturelle des personnes immigrantes, elles semblent occuper une place restreinte dans l'ensemble des interventions répertoriées (catégorie 6). Une hypothèse explicative que nous avons est que les visites à domicile se font dans le cadre d'un programme de prévention en

périnatalité, non d'un programme conçu pour favoriser spécifiquement l'adaptation culturelle. Aussi, tant l'agente de recherche qui faisait les observations que les intervenantes et les intervenants participant à la cueillette des données ont noté que selon le rôle professionnel (infirmier ou infirmière, éducatrice ou éducateur spécialisé, agente ou agent de relations humaines), une attention plus ou moins grande était accordée de façon directe aux phénomènes d'adaptation culturelle; l'agente de relations humaines ou l'agent de relations humaines étant plus centré sur cette particularité. Par ailleurs, l'ensemble des intervenantes et des intervenants ne perdent jamais de vue la situation particulière de la personne immigrante et du stress occasionné par sa situation. C'est ainsi que les intervenantes et les intervenants accordent beaucoup d'importance à établir et maintenir une relation caractérisée par l'intérêt à l'égard de la famille, l'accueil, l'ouverture et l'adaptation des comportements (adapter son langage, prendre plus de temps, petits écarts au code d'éthique). Comme le soulignait une intervenante, il s'agit d'une préoccupation qui traverse l'ensemble des interventions. Par exemple, si une intervenante demande « Qu'est-ce qui t'inquiète? », il est difficile d'associer ce type d'intervention à l'adaptation culturelle. Cette même question pourrait être posée telle quelle à une personne d'origine québécoise. Cependant, l'intervenante sait très bien que la réponse à cette question peut inclure des éléments associés au stress d'adaptation. Dès qu'elles s'intéressent aux particularités de l'individu, les ressources professionnelles sont en contact avec l'expérience rattachée à l'adaptation culturelle des familles immigrantes.

Si la connaissance des facteurs de vulnérabilité des familles immigrantes et du stress lié à l'adaptation culturelle aide les ressources professionnelles à se centrer sur les besoins particuliers des familles, elle peut aussi nuire à l'émergence d'interventions d'habilitation. C'est ainsi que, malgré le fait que les intervenantes et les intervenants valorisent une approche d'*empowerment* et l'adoptent pour orienter leur travail, ils dérogent parfois de leur rôle qui est d'activer le pouvoir des parents de faire les choses par eux-mêmes (Green et al., 2004). Ils peuvent être tentés de faire, du moins occasionnellement, « à la place de » pour soutenir la personne. La compréhension empathique, la compassion et la lassitude devant le fait de devoir demander à l'autre de faire des choses qui sont simples pour tout un chacun mais difficiles pour une personne immigrante prend le dessus. Cela peut ou non être une entrave à l'*empowerment* dépendamment de la place que ce soutien, caractérisé par la suppléance, prend sur l'ensemble des interventions et de la toile de fond sur laquelle ce type de soutien s'exprime. La perception que nous avons des capacités des individus récemment arrivés au Québec d'exercer leur pouvoir et de faire des choix appropriés tisse cette toile fond.

L'*empowerment* est une approche qui s'appuie d'abord et avant tout sur une croyance en les ressources de la personne. Rappelons les éléments de définition de l'*empowerment* donné par Gibson (1991 : St-Cyr Tribble et al., 2001, p. 1) : « les capacités des personnes à satisfaire leurs propres besoins, à résoudre leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires pour contrôler leur vie sont reconnues, soutenues et mises en valeur ». Une compréhension des différences culturelles et de la situation précaire, déstabilisante et stressante des familles immigrantes induit toutefois des réflexions comme celles qui suivent :

- « *Les personnes immigrantes ne sont pas habituées à développer; donc, on doit suppléer.* »
- « *Il y a des immigrants qui partent d'extrêmement loin. Il faut quasiment les porter par la main, comme des enfants.* »

Une telle perception, si normale en contexte interculturel, est propice aux structures relationnelles de service et de pression (St-Arnaud, 1999), et peu propices à la structure de coopération. La ressource professionnelle partage alors l'espace d'insécurité et d'incompétence qui habite la personne immigrante. C'est son identité même qui est bousculée et le type de renforcement qu'elle reçoit contribue ou non à retrouver une forme d'équilibre dans son image de soi.

Zaharna (1989) explique comment l'identité personnelle se construit dans un contexte social à travers l'interaction entre les comportements de la personne et les réactions des autres à ces comportements. C'est donc à travers une accumulation des réactions de son entourage à ses comportements que la personne se construit une image d'elle-même. La confrontation aux obstacles culturels et le sentiment d'incompétence qui l'accompagne transmettent à l'individu des images de soi négatives; la personne se sent tiraillée entre la connaissance d'un soi positif et les

preuves d'un soi incompetent. En processus d'adaptation à un nouvel environnement culturel, l'individu a un besoin accru d'avoir confiance en soi, d'être confirmé dans son identité. Pourtant, les obstacles culturels de son nouvel environnement et l'ambiguïté des situations qui l'entourent ont pour effet de diminuer sa capacité à affirmer celle-ci et à la faire confirmer. Il nous apparaît donc important que l'approche d'*empowerment* soit non seulement valorisée et souhaitée, mais actualisée à travers des interventions qui communiquent à la personne immigrante une confiance en ses ressources, en son potentiel, en sa capacité à faire des choix éclairés.

4.3 Les résultats en rapport avec l'objectif 1

Le premier objectif énoncé dans le projet de recherche est le suivant : identifier les comportements d'habilitation (paroles et gestes) qui favorisent l'appropriation de son propre pouvoir à travers une relation de coopération avec un client ou une cliente (individu ou famille). À cet égard, l'objectif est atteint d'un point de vue théorique et partiellement atteint d'un point de vue empirique, c'est-à-dire qu'il est possible d'établir un lien entre les interventions observées et les connaissances théoriques sur l'*empowerment* et la relation coopérative. Cependant, n'ayant pas procédé à une observation longitudinale, il ne nous est pas possible de statuer sur l'impact des interventions observées en termes d'appropriation réelle et durable chez les parents immigrants. Sur ce plan, nous référons aux résultats de St-Cyr et Tribble (2001) qui ont identifié huit indices d'appropriation chez les parents ayant participé à leur étude (voir p. 17 du présent document), tous en concordance avec les résultats d'autres auteurs introduits plus haut.

Parmi les interventions répertoriées, celles qui ont le plus de potentiel pour actualiser une approche d'*empowerment* s'observent en terrain naturel à travers les comportements centrés sur les résultats suivants :

- l'établissement et le maintien d'une relation de confiance, car c'est le fondement sur lequel s'érige le succès d'une intervention;
- une prise en compte des besoins particuliers du client (individu, couple, famille, groupe), ce qui est nécessaire à une relation coopérative;
- la reconnaissance et l'actualisation des ressources du client (individu, couple, famille, groupe), aussi nécessaires à une relation coopérative;
- l'apprentissage par le client (individu, couple, famille, groupe), ce qui augmente son pouvoir sur sa situation.

La recherche a également permis d'observer en terrain naturel une oscillation entre des fonctions de suppléance (62 %) et d'assistance (38 %), laquelle est jugée essentielle pour être efficace dans une relation de coopération. Alors que les fonctions de suppléance observées confirment l'importance de la compétence disciplinaire de la ressource professionnelle, notamment à l'intérieur d'un programme avec ses objectifs propres, les fonctions d'assistance rendent compte du désir de cette ressource professionnelle de reconnaître les compétences du parent et de travailler en coopération avec ce dernier. Or, les interventions observées qui sont le plus souvent caractérisées par une fonction d'assistance sont celles qui consistent à poser des questions, qui sollicitent l'expression des parents et qui indiquent un respect de leur point de vue. Cela laisse place à l'exploration et au développement de nouvelles formes de comportements d'assistance, ce qui permettrait d'obtenir un meilleur équilibre dans l'alternance entre les fonctions de suppléance et d'assistance, dont la visée a été soulignée plus haut.

4.4 Les résultats en rapport avec l'objectif 2

Le second objectif énoncé dans le projet de recherche est le suivant : identifier les comportements (paroles et gestes) qui favorisent une communication interculturelle optimale et contribuent à l'adaptation et éventuellement à l'intégration des familles immigrantes. Considérant la difficulté à obtenir une information pertinente sur ce plan lors des entrevues individuelles avec les parents, cet objectif n'est que partiellement atteint, du moins d'un point de vue microscopique. Toutefois, le niveau élevé de satisfaction exprimé par les parents à l'égard des interventions menées par les intervenantes et les intervenants permet de conclure que les relations interculturelles qu'ils établissent

supplacent, du moins en partie, les différences culturelles. Les efforts mis à établir et maintenir une relation de confiance semblent porter fruits.

Nous jugeons que les connaissances en matière de diversité culturelle et de processus d'adaptation, la motivation et l'expérience des intervenantes et des intervenants ayant participé à la cueillette de données jouent un rôle primordial dans la satisfaction exprimée par les parents. Aussi, bien que l'observation n'ait pas permis d'annoter des interventions du type de celles suggérées par Proulx et Chiasson (1996), la dynamique relationnelle observée suggère que, comme l'explique Kondrat (1999 : Chun Yan et Wong, 2005), la qualité de la communication interculturelle dépend beaucoup de la capacité des intervenantes et des intervenants à faire confiance aux moyens intuitifs qu'ils peuvent avoir pour accéder à la compréhension des particularités des parents. Lorsque leurs perceptions et réactions sont explorées dans un cadre de réflexion sur l'action, comme le permettent les rencontres de codéveloppement, le niveau de conscience de soi, tant individuel que professionnel est accru.

En ce qui a trait à la contribution à l'adaptation et à l'intégration des familles immigrantes dans leur nouvel environnement, le fait de leur fournir l'occasion d'avoir une relation significative positive avec un membre de la société d'accueil est en soi une contribution. Les intervenantes et les intervenants sont soucieux aussi de nommer les forces des parents et de respecter leur point de vue. En cohérence avec les explications de Zaharna (1989) au sujet de l'identité personnelle, ce type d'interventions contribue à rehausser chez les personnes leur image de soi positive, contribuant, par le fait même, au développement des ressources exigées par l'adaptation.

Une communication interculturelle optimale consiste à interagir du mieux que l'on peut dans les conditions inhérentes à une situation. Ici, certaines conditions régissent la nature des services offerts qui émergent d'un programme spécifique et qui délimite, dans une bonne mesure, le temps pouvant être accordé aux rencontres. Au-delà de cela, pour être optimale, elle se situe dans une approche d'*empowerment*. Les habiletés sur ce plan ont déjà été discutées. Qu'il s'agisse d'habiliter les parents à gérer leur santé, l'éducation de leurs enfants ou leur adaptation au Québec, les mêmes compétences doivent s'exercer. Nous avons aussi vu comment la perception que nous avons des capacités de l'immigrant peut être un écueil à l'actualisation de fonctions d'habilitation en contexte interculturel.

4.5 Les résultats en rapport avec l'objectif 3 : élaboration d'un modèle de compétence interculturelle

Le but à l'origine du projet de recherche documenté dans ce rapport est de développer chez les intervenantes et les intervenants du milieu de la santé et des services sociaux, particulièrement dans le cadre des programmes de périnatalité, les habiletés requises pour intervenir efficacement, dans une approche d'*empowerment*, auprès des familles immigrantes. Diverses activités de formation ont lieu à cet égard dans des établissements de santé au Québec. Notre visée est d'améliorer la qualité et l'efficacité de ces activités de formation en développant un modèle d'intervention intégré qui s'inspire de la théorie mais qui soit enraciné dans les situations naturelles de travail. C'est donc là le troisième objectif du projet de recherche.

Nous nous intéressons d'abord à la notion de compétence, telle que développée par Le Boterf (1997). La compétence, selon cet auteur, est « la disposition à agir de façon pertinente par rapport à une situation spécifique » (p. 47). Chaque action compétente est le produit d'une combinaison de ressources. Les sections précédentes ont permis d'exposer les diverses ressources pertinentes à l'intervention d'habilitation en contexte interculturel. Le tableau 5 les réunit dans une nouvelle structure, en tant que constituantes d'un modèle d'intervention en contexte interculturel dans une approche d'*empowerment*. Il comprend cinq dimensions principales : 1) une dimension personnelle de base; 2) une dimension personnelle liée au contexte interculturel; 3) une dimension relationnelle liée à l'*empowerment*; 4) une dimension relationnelle liée à son champ de compétence disciplinaire et 5) une dimension relationnelle liée à l'intervention en contexte interculturel. Bien que chacune de ces dimensions soit déployée dans son espace propre, il importe de saisir que les ressources étant combinatoires, les frontières des dimensions ne sont pas étanches, au contraire. Il importe aussi de reconnaître le processus dynamique d'une relation et le mouvement progressif des comportements d'habilitation et de l'appropriation qui en résulte. Précisons aussi qu'il « n'y a pas qu'une seule façon d'être compétent par rapport à un problème ou une situation. Il n'y a pas qu'un comportement

observable qui soit le bon. Plusieurs conduites sont possibles. » (Le Boterf, p. 12). C'est d'ailleurs le *savoir innover* qui caractérise une ressource professionnelle.

Nonobstant l'indéniable variance dans la façon d'agir efficacement en contexte interculturel, les dimensions et les ressources présentées dans le tableau 5 permettent l'élaboration d'un programme de formation intégré qui soit cohérent avec l'approche d'*empowerment* et qui prenne en compte la réalité concrète de l'intervention auprès des familles immigrantes. Il est d'ailleurs projeté de s'inspirer des données recueillies pour développer des cas représentant des situations concrètes d'intervention comme matériel de formation. Car ce n'est pas en misant principalement sur la transmission des connaissances contenues dans le présent rapport que nous pourrions contribuer à ce que les intervenantes et les intervenants soient des professionnels compétents. Pouvoir combiner ses ressources pour agir adéquatement s'apprend dans l'action.

Tableau 5

La compétence interculturelle actualisée dans une approche d'*empowerment*

Compétence interculturelle	
La disposition à agir de façon pertinente par rapport à une situation interculturelle spécifique.	
<i>Empowerment</i>	
Le processus social à travers lequel les capacités des personnes à satisfaire leurs propres besoins, à résoudre leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires pour contrôler leur vie sont reconnues, soutenues et mises en valeur. ¹⁷	
Principales dimensions	Ressources combinatoires nécessaires à l'actualisation de la compétence
1. Dimension personnelle de base	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Croyance en la capacité des individus d'utiliser leurs ressources (valeurs, traits, forces, connaissances, expérience, réseau...) pour prendre des décisions et agir sur leur situation ➤ Capacité de réflexion sur soi, ses valeurs, ses forces et ses limites ➤ Capacité de poser un regard critique sur ses actions et d'apprendre à partir de l'action ➤ Motivation et authenticité ➤ Tolérance à l'ambiguïté et empathie ➤ Confiance en soi
2. Dimension personnelle liée au contexte interculturel	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Connaissances générales sur les différences culturelles et leur influence potentielle sur le comportement ➤ Connaissances générales sur les phénomènes liés à l'immigration et le stress d'adaptation ➤ Compréhension de la présence de variances individuelles à l'intérieur des paramètres culturels d'un groupe donné ➤ Conscience de soi en tant que porteur d'une culture ➤ Conscience et contrôle de ses filtres perceptuels à l'égard de la clientèle immigrante
3. Dimension relationnelle liée à l' <i>empowerment</i>	<p>La capacité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ développer une relation de confiance <ul style="list-style-type: none"> - manifester de l'intérêt pour la famille - se montrer disponible - renforcer la personne avec des compliments - parler de situations personnelles

¹⁷ Gibson (1991), cité dans St-Cyr Tribble, Gallagher, Paul et Archambault, 2001, p. 1.

	<ul style="list-style-type: none"> - donner la main, faire l'accolade - accepter un breuvage, un goûter, des petits cadeaux - sourire, rire, utiliser l'humour - être soi-même (utiliser sa « familiarité intuitive » avec son expérience) ➤ structurer les bases d'une relation de coopération <ul style="list-style-type: none"> - clarifier les buts à court et à moyen termes - d'entrée de jeu, impliquer le parent en tant que partenaire de la démarche - clarifier son rôle, son champ de compétence, ses limites - être au clair avec ses intentions - expliciter ses intentions - transmettre les informations pertinentes à la gestion des rencontres ➤ prendre en compte les besoins, les intérêts et les phénomènes de vie particuliers du parent <ul style="list-style-type: none"> - aider le parent à s'exprimer sur sa situation (dosage progressif en ce qui a trait à son trajet migratoire) - aider le parent à s'exprimer; laisser le temps de s'exprimer, de réfléchir - pratiquer de l'écoute active - proposer des solutions qui tiennent compte de sa situation particulière ➤ activer les ressources du parent <ul style="list-style-type: none"> - explorer les ressources du parent - nommer les ressources, les forces, les succès; encourager le parent - amplifier l'information qui conduit à des choix autonomes et éclairés ➤ utiliser les ressources du parent <ul style="list-style-type: none"> - accorder de la valeur aux idées du parent, respecter son point de vue - apporter une perspective neutre - inviter le parent à décider; l'habiliter à trouver ses propres solutions - soutenir le parent dans le processus de choix - soutenir le parent dans l'actualisation de ses choix - instrumenter le parent, favoriser l'apprentissage - renforcer l'utilisation des apprentissages ➤ osciller entre des fonctions de suppléance et des fonctions d'assistance; viser une proportion plus élevée d'assistance que de suppléance ➤ prendre le temps nécessaire à l'habilitation et à l'appropriation visée
<p>4. Dimension relationnelle liée à son champ de compétence disciplinaire</p>	<p>La capacité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ utiliser son champ de compétence disciplinaire (connaissances, expérience) lorsque requis : pour informer, pour faire des choses ➤ distinguer entre les situations où ses compétences disciplinaires sont requises et les situations où elles ne le sont pas ➤ ouvrir à de nouvelles perspectives ➤ aider le parent à trouver de l'aide et du soutien ➤ se soucier de la quantité d'information que le parent peut s'approprier ➤ apporter, au besoin, un soutien concret (faire des contacts, agir en tant qu'intermédiaire, instrumenter) ➤ favoriser l'apprentissage (information, démonstration, modeling) ➤ donner du feedback ➤ encourager et coacher ➤ conseiller ➤ rassurer, normaliser
<p>5. Dimension relationnelle liée à l'intervention en contexte interculturel</p>	<p>La capacité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ se dégager de ses filtres perceptuels qui ne sont pas cohérents avec l'approche d'<i>empowerment</i>

-
- contribuer au renforcement de l'image positive de soi du parent
 - être à l'écoute des questions ou difficultés liées à l'adaptation au Québec et au stress qui l'accompagne
 - distinguer entre les situations où une information culturelle est requise et où elle ne l'est pas
 - parler des différences et similarités culturelles
 - informer le parent sur des aspects de la vie au Québec
 - apporter, au besoin, un soutien concret (faire des appels, agir en tant qu'intermédiaire, expliquer un document, instrumenter)
 - favoriser l'apprentissage (information, démonstration, modeling)
 - respecter les apports de la famille, du réseau communautaire
 - conseiller
 - rassurer, normaliser
 - ajuster son mode de communication aux paramètres de la situation
 - travailler adéquatement avec un interprète, le cas échéant
-

4.6 Les forces et les limites de l'étude

La principale force de cette étude réside dans le fait que l'intervention a été observée en direct, sur le terrain, sans interférence. Le nombre de situations observées est assez élevé pour permettre de poser un regard englobant, bien que non exhaustif, sur les types d'interventions déployées par les intervenantes et les intervenants durant leurs visites. Cela donne accès à un portrait concret des situations réelles de travail et, conséquemment, à des ateliers de formation dont les contenus et les moyens atteindront un niveau élevé de pertinence. En contrepartie, l'observation directe étant une méthode de travail coûteuse et difficile à organiser, des choix s'imposaient sur l'échantillon des situations observées et seulement deux ou trois visites à domicile par intervenante et intervenant ont pu être observées. Cela prive les résultats de données relatives à la progression de l'habilitation et de l'appropriation qui peut en résulter dans une même famille. Il aurait été intéressant de pouvoir inclure dans le modèle de la compétence interculturelle des éléments relatifs à l'ajustement des interventions tout au cours d'un suivi; ajustement influencé par une compréhension croissante de la situation particulière de la famille et par une croissance progressive de responsabilisation chez les parents.

Une deuxième force de l'étude est sans contredit sa nature participative : l'étude a été réalisée en partenariat avec une équipe multidisciplinaire. D'une part, la motivation des membres de l'équipe, leur engagement et leur intérêt continu vis-à-vis de l'étude confirment la pertinence des objectifs poursuivis et des résultats obtenus. D'autre part, ce projet a fourni aux membres de l'équipe des occasions de perfectionnement à travers la formation et la réflexion sur leur action professionnelle.

Cependant, travailler en partenariat sur l'intervention en contexte naturel présente bien des aléas. Le parcours est jalonné d'imprévus sur lesquels les chercheurs n'ont pas de contrôle. Dans ce cas-ci, des changements de personnel au sein de l'équipe et des fluctuations dans le *caseload* de familles immigrantes ont affecté le déroulement de la recherche. D'une part, nous sommes passés d'un niveau de motivation et de participation très élevé de toute l'équipe à un partenariat solide maintenu surtout avec les cinq intervenantes et intervenants participant à la recherche. D'autre part, l'observation n'a pas pu se réaliser à l'intérieur du calendrier prévu. Une autre difficulté relève de la charge de travail des intervenantes et des intervenants. Bien que le projet de recherche prévoie du temps et des ressources financières pour des rencontres de durée significative avec ces partenaires, dans la réalité, il est difficile d'organiser ces rencontres.

Notons aussi quelques faiblesses au plan méthodologique, notamment en ce qui a trait aux entrevues. Premièrement, organiser les entrevues s'est avéré difficile et elles se sont déroulées à des moments éloignés de la situation sur laquelle revenait l'agente de recherche. Deuxièmement, la grille d'entrevue s'est avérée inadéquate pour

recueillir une information utile aux objectifs de recherche. Un autre aspect méthodologique sur lequel nous portons un regard critique est l'absence d'une analyse des observations effectuée indépendamment par plusieurs juges pour en valider l'homogénéité et l'univocité. La validation de la classification effectuée par les intervenantes et les intervenants à la phase exploratoire et la consultation mise en œuvre dans l'équipe des chercheuses et des collaborateurs pallient toutefois cette faiblesse. Enfin, les variables culturelles inhérentes à l'intervention auprès des familles immigrantes auraient pu être mieux circonscrites si des observations avaient été effectuées dans un groupe de comparaison composé de familles d'origine québécoise.

4.7 Conclusion et recommandations générales

Cette étude apporte un regard empirique sur l'intervention d'*empowerment* en contexte interculturel et enrichit les données recueillies par St-Cyr Tribble et al. (2001) qui n'avaient pas eu un accès direct à l'intervention et qui ne s'étaient pas penchées sur ses variables culturelles. Nous référons souvent à cette étude car elle fournit en quelque sorte un échantillon québécois de comparaison et elle a beaucoup orienté les paramètres de notre recherche. Il nous semble que c'est ainsi que doit se faire la recherche empirique, dans un mouvement continu et en interrelation avec les recherches antérieures et subséquentes.

L'observation de vingt-cinq situations d'intervention en milieu naturel a permis de dégager cinq dimensions personnelles et relationnelles qui façonnent une personne professionnelle compétente. Les ressources combinatoires rattachées à chacune de ces dimensions sont identifiées, et ce, majoritairement à partir de données empiriques recueillies en contexte naturel. Cette opérationnalisation de l'approche *empowerment* en contexte interculturel ouvre la porte à des retombées intéressantes au plan de la formation et de l'orientation de nouvelles personnes-ressources.

Du point de vue de la recherche, il serait intéressant de pouvoir observer les mêmes intervenantes et les mêmes intervenants en intervention auprès de familles québécoises. Tout au cours du processus de recherche, la question suivante émergeait : « Est-ce que ce serait différent avec une famille québécoise? ». Il est aussi souhaité pouvoir raffiner notre compréhension des facteurs de communication interculturelle.

Cependant, avant de nous concentrer à nouveau sur d'éventuelles envolées au plan de la recherche, nous souhaitons d'abord compléter la démarche entreprise avec l'équipe multidisciplinaire. Tous ses membres n'ont pas eu l'occasion de connaître les résultats de la cueillette d'information et aucun n'a vu et réagi au modèle de compétence qui s'en dégage. Ce dernier demeure donc en construction. Aussi, avant de mettre un terme au partenariat avec cette équipe multidisciplinaire, il est impératif de procéder à cette étape de validation du modèle puis d'évaluer avec elle la démarche que nous avons menée ensemble. Enfin, en tant que praticiennes et praticiens, il nous appartient maintenant de nous affaier à élaborer des devis de formation et à contribuer activement au développement des compétences interculturelles des intervenantes et des intervenants qui oeuvrent dans des programmes de prévention en périnatalité. Loin de fermer la boucle, les activités de formation ouvriront à leur tour la porte sur de nouvelles avenues de recherche, notamment la recherche évaluative permettant de mesurer les retombées réelles de l'opérationnalisation d'un modèle de compétence interculturelle actualisée dans une approche d'*empowerment*.

Avec les résultats de la présente recherche dont le but était l'amélioration de la formation et de l'encadrement d'intervenantes et d'intervenants qui visent la promotion de la santé physique et mentale chez une clientèle issue d'une immigration relativement récente, nous jugeons apporter une contribution à la mise en oeuvre du Programme national de santé publique 2003-2012. Alors que ce dernier prône une approche d'*empowerment*, nous constatons que l'actualisation de cette approche n'est pas complète. En effet, d'une part, croire en les capacités des clients n'est pas toujours facile et, d'autre part, faire plus de place à son expertise en tant qu'intervenante ou qu'intervenant plutôt qu'aux ressources du client semble être un mouvement naturel, justifié par la nature des programmes encadrant les interventions.

L'*empowerment* ne pouvant s'actualiser sans l'établissement d'une relation coopérative, nous recommandons que les intervenantes et les intervenants soient formés à l'établissement et au maintien de ce type de relation, même si au départ la relation s'insère dans une structure de pression ou de service. Celles-ci peuvent se transformer. Nous concluons en effet que les cinq règles de coopération énoncées par St-Arnaud (1999) sont utiles pour la mise en œuvre d'une approche d'*empowerment*, d'autant plus qu'elles sont générales et transversales plutôt que spécifiques à un programme particulier ou à un autre. Rappelons ces règles.

1. La règle du partenariat où l'on cherche avec son interlocuteur un objectif où les intérêts convergent de façon à pouvoir travailler ensemble.
2. La règle de l'alternance qui consiste à assurer un équilibre entre des fonctions de suppléance et des fonctions d'assistance.
3. La règle de concertation qui réfère au processus de communication.
4. La règle de la non-ingérence qui consiste à reconnaître les limites de son champ de compétences et à supprimer l'ingérence dans le champ de compétence de l'autre.
5. La règle de la responsabilisation qui consiste à reconnaître à chacun le droit d'être ce qu'il est et à se confirmer mutuellement dans son champ de compétence particulier.

En ce qui a trait à l'alternance entre des fonctions de suppléance et des fonctions d'assistance, une augmentation de ce dernier type doit être visée en vue d'atteindre l'équilibre souhaitable. Il est encourageant d'entendre des intervenantes et des intervenants dire combien la simple distinction entre ces deux types de fonctions avait été facile à retenir et aidante dans leurs efforts d'habilitation. En contrepartie, l'établissement d'un but commun est moins apparent dans les interventions. Aussi, toujours dans l'optique d'une relation de coopération au service de l'*empowerment*, et en lien avec les 1^{re} et 3^e règles énoncées plus haut, nous recommandons que les intervenantes et les intervenants apprennent à communiquer aux clients leurs visées au plan de l'*empowerment*. En effet, la coopération dans la poursuite d'une visée est plus efficace si les deux parties concernées connaissent et partagent cette visée.

Il est aussi recommandé qu'une formation à l'actualisation d'une approche d'*empowerment* intègre les particularités de l'intervention en contexte interculturel, là où jugé à propos. Nous privilégions une approche intégrée qui peut s'inspirer des ressources identifiées dans le Tableau 5 plutôt qu'une approche où les deux volets (*empowerment* et contexte interculturel) seraient dissociés. En effet, nous avons constaté que la vision qu'une intervenante ou un intervenant peut avoir à l'égard des personnes immigrantes peut influencer sa capacité à considérer celles-ci comme de véritables partenaires actifs dans le processus d'intervention. Il importe donc d'être attentif à traiter de telles difficultés dans l'implantation du Programme national de santé publique 2003-2012.

Enfin, constatant le roulement au sein des équipes de travail, nous recommandons qu'une attention particulière soit accordée à l'orientation et l'intégration de nouvelles personnes ressources, en matière d'*empowerment* et de diversité culturelle. Il nous semble qu'au-delà des activités formelles de formation, des moments d'échanges de type codéveloppement sont particulièrement appropriés au développement continu des ressources professionnelles, tant au plan individuel qu'au plan collectif.

Les visées d'*empowerment* sont justifiées si l'on en considère les impacts observés par différentes études. Les intervenantes et les intervenants ont toutefois besoin d'être assistés dans leur capacité à actualiser cette approche avec force. Quant au contexte interculturel, la croissance de la pluriethnicité au Québec est indéniable et les particularités d'un trajet migratoire doivent être prises en compte dans les interventions auprès de la clientèle issue de l'immigration.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anger-Diaz, B., Schlanger, K., Rincon, C. et Becerra Mendoza, A. (2004). Problem-solving across cultures: Our Latino experience. *Journal of Systemic Therapies*, 24 (4), 11-27.
- Anuradha, K. (2004). Empowering families with mentally ill members: A strengths perspective. *International Journal for the Advancement of Counselling*. 26 (4), 383-391.
- Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L. et Fournier, M. (2000). *Les mères immigrantes : pareilles pas pareilles!* Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre; Direction de la Santé publique.
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A. et al. (2005). Cultural competence: A systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43, 356-373.
- Beiser, M., Hou, F., Hyman, I. et Tousignant, M. (2002). Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada. *American Journal of Public Health*, 92 (2), 220-227.
- Bent-Goodley, T. B. (2005). An African-centered approach to domestic violence. *Families in Society*, 86, 197-206.
- Bibeau, G., Chan-Yip, A. M., Lock, M., Rousseau, C., Sterlin, C. et Fleury, H. (1992). *La santé mentale et ses visages. Un Québec pluriethnique au quotidien*. Montréal : Gaétan Morin.
- Boyle, D. P. et Springer, A. (2001). Toward a cultural competence measure for social work with specific populations. *Journal of Ethic and Cultural Diversity in Social Work*, 9(3-4), 53-71.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 181-184
- Chen, C. C. et Hooijberg, R. (2000). Ambiguity intolerance and support for valuing-diversity interventions. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 2392-2408.
- Chung, R. C. Y. et Bemak, F. (2002). The relationship of culture and empathy in cross-cultural counselling. *Journal of Counseling and Development*, 80, 154-159.
- Chung Yan, M. et Wong, Y.-L. R. (2005). Rethinking self-awareness in cultural competence: Toward a dialogic self in cross-cultural social work. *Families in Society*, 86 (2), 181-188.
- Cioffi, J. (2003). Communicating with culturally and linguistically diverse patients in an acute care setting: Nurses experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 299-306.
- Clarkson, M., Tremblay, R. et Audet, N. (2002). *Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque?* Rapport de l'étude auprès des communautés culturelles 1998-1999, Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Connor Schisler, A. M. et Polatajko H. J. (2002). The individual as mediator of the person-occupation-environment interaction: Learning from the experience of refugees. *Journal of Occupational science*, 9 (2), 82-92.
- Dean, R. G. (2001). The myth of cross-cultural competence. *Families in Society*, 82, 623-630.

Drolet, M. (1997). L'empowerment et intervention familiale : concept paradoxal occultant parfois la pauvreté. *Reflets*, 3, 55-79.

Dunst, C. J. et Trivette, C. M. (1996). Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. *Pediatric Nursing*, 22, 334-337.

Duval, M. (1992). *Être mère au foyer à Montréal... quand on arrive de l'étranger*. Institut québécois de recherche sur la culture; ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration.

Dyche, L. et Zayas, L. H. (2001). Cross-cultural empathy and training the contemporary psychotherapist. *Clinical Social Work Journal*, 29, 245-258.

Echevarria-Doan, S. (2001). Resource-based reflective consultation : accessing client resources through interviews and dialogue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27, 201-212.

Engstrom, D. W. et Okamura, A. (2004). A plague of our time : Torture, human rights, and social work. *Families in Society*, 85, 291-300.

Gaudet, S., Clément, R. et Deuzeman, K. (2005) Daily hassles, ethnic identity and psychological adjustment among Lebanese-Canadians. *International Journal of Psychology*, 40(3), 157-168.

Green, B. L., McAllister, C. L. et Tarte, J. M. (2004). The strengths-based practices inventory: A tool for measuring strengths-based service delivery in early childhood and family support programs. *Families in Society*, 85, 326-334.

Häggman-Laitila (2005). Families' experiences of support provided by resource-oriented family professionals in Finland. *Journal of Family Nursing*, 11(3), 195-24.

Health Evidence Network (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Bureau régional d'Europe, Organisation mondiale de la santé : <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>.

Heneman, B., Legault, G., Gravel, S., Fortin, S. et Alvarado, E. (1994). *Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes*. Université de Montréal, École de service social/Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal-Centre.

Jones, K. (2005). Culturally competent practice with immigrant and refugee children and families. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22, 105-108.

Kettunen, T., Poskiparta, M. et Gerlander, M. (2002). Nurse-patient power relationship : preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education and Counselling*, 46(2), 101-113.

Keyes, E. F. et Kane, C. F. (2004). Belonging and adapting : Mental health of Bosnian refugees living in the United States. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 809-831.

Krumer-Nevo, M. (2003). What helps in help? A new look at help for women in deep, long-term economic and social deprivation. *Families in Society*, 84, 169-178.

Le Boterf, G. (1997). *Compétence et navigation professionnelle*. Paris : Éditions de l'organisation.

Legault, G. (2000). *L'intervention interculturelle*. Boucherville : Gaëtan Morin.

Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D. et al. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Boucherville : Gaëtan Morin.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Gouvernement du Québec : MSSS/Direction générale de la santé publique.

Mitcheson, J. et Cowley, S. (2003). Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 413-426.

Molinsky, A.I., Krabbenhoft, A. A., Ambady, N. et Choi, Y. S. (2005). Cracking the nonverbal code: Intercultural competence and gesture recognition across cultures. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 36, 380-395.

Morton, K. R., Worhley, J. S., Nitch, S. R., Lamberton, H. H., Loo, L. K. et Testerman, J. K. (2000). Intergration of cognition and emotion: A postformal operations model of physician-patient interaction. *Journal of Adult Development*, 7(3), 151-160.

Nicholl, C. et Thompson, A. (2004). The psychological treatment of post traumatic stress disorder (PTSD) in adult refugees : A review of the current state of psychological therapies. *Journal on Mental Health (UK)*, 13, 351-362.

Opie, A. (1998). « Nobody's asked me for my view »: User's empowerment by multidisciplinary health teams. *Qualitative Health research*, 8(2), 188-206.

Ouellet, F., René, J.-F., Durand, D., Dufour, R. et Garon, S. (2000). Intervention en soutien à l'environnement. *Nouvelles pratiques sociales*, 13, 85-102.

Paul, D., Lambert, C., St-Cyr Tribble, D. et Lebel, P. (1997). Tendre la main aux nouveaux parents : écouter ou informer? *L'infirmière du Québec*, 4-5, 28-34.

Payette, A. et Champagne, C. (1997). *Le groupe de codéveloppement professionnel*, Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec.

Pindehughes, E. B. (1983). Empowerment for our clients and for ourselves. *Social casework*, 64, 331-338.

Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. P. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin.

Proulx, J. et Chiasson, N. (1996). *L'approche clientèle dans un contexte interculturel : programme-cadre*. Gouvernement du Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.

Rotenberg, V., Kutsay, S. et Venger, A. (2000). The subjective estimation of integration into a new society and the level of distress. *Stress Medicine*, 16, 117-123.

Rousseau, C., Mekki-Berrada, A. et Moreau, S. (2001). Trauma and extended separation from family among Latin American and African refugees in Montreal. *Psychiatry : Interpersonal and Biological Processes*, 64, 40-59.

Santé et Services sociaux Québec (février 2003). Santé et bien-être d'immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque? *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, numéro 8.

Shields, M. K. et Behrman, R. E. (2004). Children of immigrant families : Analysis and recommendations. *Future of Children, 14* (2), 4-15.

Sonderegger, R. et Barrett, P. M. (2004). Patterns of cultural adjustment among young migrants to Australia. *Journal of Child and Family Studies, 13*, 341-356.

Sonderegger, R., Barrett, P. M. et Creed, P. A. (2004). *Journal of Child and Family Studies, 13*, 357-371.

St-Arnaud, Y. (2003). *L'interaction professionnelle : efficacité et coopération*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

St-Arnaud, Y. (1999). *Le changement assisté : compétences pour intervenir en relations humaines*. Montréal : Gaëtan Morin.

St-Cyr Tribble, D., Gallagher, F., Paul, D. et Archambault, J. (2001). *Les pratiques d'empowerment en première ligne : compréhension et évaluation de l'efficacité des interventions infirmières et psychosociales conduites auprès des parents*. Rapport de recherche/CQRS et CRSH.

Stuart, R. B. (2004). Twelve practical suggestions for achieving multicultural competence. *Professional Psychology : Research and Practice, 35* (1), 3-9.

Suarez-Orozco, C. et Suarez-Orozco, M. M. (2001). *Children of Immigration*. Cambridge : Harvard University Press.

Tsey, K., Whiteside, M, Deemal, A. et Gibson, T. (2003). Social determinants of health, the 'control factor' and the family wellbeing empowerment program. *Australian Psychiatry, 11* (Supp11), S34-S39.

Van Ryan, M. et Heaney, C. A. (1997). Developing effective helping relationships in health education practice. *Health Education and Behavior, 24*, 683-702.

Vatz-Laaroussi, M., Tremblay, P. A., Corriveau, L. et Duplain, M. (1999). *Les histoires familiales au cœur des stratégies d'insertion : trajectoires de migration en Estrie et au Saguenay-Lac-St-Jean*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale.

Wartel, S. G. (2003). A strength-based practice model: Psychology of mind and health realization. *Families in Society, 84*, 185-191.

Wells, M. (2000). Beyond cultural competence: A model for individual and institutional cultural development. *Journal of Community Health Nursing, 17* (4), 189-199.

White Kress, V. E., Eriksen, K. P., Dixon Rayle et Ford, S. J. W. (2005). The *DSM-IV-TR* and culture: Considerations for counselors. *Journal of Counseling & Development, 83*, 97-104.

Zaharna, R. S. (1989). Self-shock : The double-binding challenge of identity. *International Journal of Intercultural Relations, 13*, 501-525.

ANNEXE I
Caractéristiques des immigrants admis de 2000 à 2004 et établis au Québec en janvier 2006

Types d'immigrantes et d'immigrants	Province de Québec	Capitale-Nationale	Estrie	Montréal	Outaouais
Immigration économique	55,8 %	51,8 %	41,1 %	58,6 %	44,9 %
Regroupement familial	24,3 %	20,6 %	14,2 %	23,4 %	26,4 %
Réfugiées et réfugiés	19,3 %	27,4 %	44,3 %	17,3 %	28,1 %
Autres immigrants	0,6 %	0,2 %	0,4 %	0,7 %	0,6 %

Source : Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, Direction de la recherche et de l'analyse prospective.

ANNEXE II : CARACTÉRISTIQUES D'UNE PRATIQUE CENTRÉE SUR L'EMPOWERMENT

Dimensions	Caractéristiques	Sources
1. Reconnaître les compétences et la capacité de prise de décision des clients	<p>a) Une idéologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les individus ont les forces et les capacités nécessaires et ils ont la capacité de devenir plus compétents. - Le client a le droit fondamental de prendre des décisions sur ce qui le concerne et il est la personne la plus appropriée pour prendre de telles décisions. <p>b) Des croyances</p> <ul style="list-style-type: none"> - Croyance en la valeur essentielle du client. - L'individu est capable de gérer de façon efficace les situations de la vie, les préoccupations et les désirs. - L'individu est capable de résoudre ses problèmes. - L'individu est capable de prendre des décisions. - Les parents ont la capacité d'être en projet, ils ont la motivation et les habiletés pour agir. <p>c) Des conditions</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'individu possède les forces nécessaires pour surmonter les difficultés si on lui en donne les moyens. - Exprimer la croyance que l'individu a ce qu'il faut pour atteindre ses buts. - L'acceptation que l'autre peut refuser l'aide offerte. - Respect du point de vue du client. 	<p>Dunst & Trivette, 1996</p> <p>Van Ryan & Heaney, 1997</p> <p>Van Ryan & Heaney, 1997 Dunst & Trivette, 1996; Anuradha, 2004; Häggman-Laitila, 2005; Drolet, 1997; Opie, 1998; Paul, Lambert, St-Cyr Tribble & Lebel, 1997; Ouellet, René, Durand, Dufour et Garon, 2000</p> <p>Ouellet et al., 2000</p> <p>Van Ryan & Heaney, 1997</p> <p>Opie, 1998 Paul et al, 1997</p>
2. Partager le pouvoir	<p>a) Le partenaire doit être un partenaire actif dans le processus d'empowerment</p> <ul style="list-style-type: none"> - La participation est essentielle pour l'empowerment et l'autonomie. - Le client recherche la participation mutuelle. - Impliquer le client activement et significativement dans le processus; l'encourager à prendre un rôle actif; le considérer comme partenaire, un collaborateur. - La participation et le partage du pouvoir sont essentiels pour des relations d'aide efficaces. - Le thérapeute doit être prêt à partager le pouvoir avec le client. - Donner la parole au client, lui donner la possibilité d'exprimer ses propres préoccupations et questions. - Faciliter la participation : de la définition du problème à sa solution. 	<p>Mitcheson & Cowley, 2003 Kettunen, Poskiparta et Gerlander, 2002 Dunst & Trivette, 1996; Kettunen et al., 2003; Ouellet et al., 2000; Paul et al., 1997</p> <p>Van Ryan & Heaney, 1997</p> <p>Pinderhughes, 1983 Paul et al., 1997</p> <p>Van Ryan & Heaney, 1997</p>

b) Une relation de coopération

- Processus démocratique; rôle d'accompagnateur, relation égalitaire; partage des connaissances.
- Établir une relation de collaboration entre le praticien et le client.
- Les thérapeutes doivent abandonner leur besoin de contrôle et développer des relations coopératives et collaboratives.
- Établir une relation égalitaire, de collaboration et de respect; il doit y avoir un juste équilibre entre l'écoute et l'information.

Drolet, 1997

Mitcheson & Cowley, 2003
Opie, 1998

Paul et al., 1997

c) Les champs de compétence

- Le partenariat s'établit sur la base de l'expertise du thérapeute (connaissances de son domaine, dilemmes, difficultés, souffrances) et de l'expertise du client (son expérience particulière).
- Les parents sont une source de connaissances au sujet de leur bébé alors que l'intervenant doit reconnaître la validité de son point de vue, de son expérience, etc. et l'aider à mobiliser ses ressources, à prendre contrôle de sa situation et à faire preuve d'autonomie.
- Le patient conserve un sens des responsabilités comme co-expert pendant la discussion.

Echevarria-Doan, 2001

Paul et al., 1997

Kettunen et al., 2002

d) La prise de décisions

- L'*empowerment* est lié au pouvoir de décision.
- L'*empowerment* requiert la participation dans les décisions; le client prend les décisions; pouvoir partagé.
- Donner de l'information pour aider à choisir.

Paul et al., 1997

Drolet, 1997; Dunst & Trivette, 1996; Mitcheson & Cowley, 2003

Dunst & Trivette, 2005

e) Se centrer sur l'ici et maintenant

- Une pratique d'*empowerment* se centre sur l'ici et maintenant.
- Commencer là où se trouve la personne; travailler à partir de ses préoccupations du jour; travailler à partir du projet des parents.

Wartel, 2003

Ouellet et al., 2000; Van Ryan & Heaney, 1997

3. Miser sur les ressources de la personne

a) Le focus

- Valoriser la compétence du client.
- Tenir davantage compte des forces, des droits et des capacités de la personne que de ses lacunes et de ses besoins; identifier les forces et ne pas renforcer le sentiment d'échec.
- Penser « ressources » au sujet du client.
- Favoriser l'autovalorisation.

Drolet, 1997

Paul et al., 1997

Echevarria-Doan, 2001

Opie, 1998

	<p>b) Comment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construire sur les forces de la famille et des personnes; renforcer les capacités existantes et promouvoir l'acquisition de nouvelles compétences. - Explorer les expériences positives; donner au client l'opportunité de parler de ses forces et ressources. - Utiliser les ressources qui renforceront le sens du contrôle et l'habileté individuelle. - Favoriser une relation de confiance. - Utiliser la relation comme situation dans laquelle le client expérimente son pouvoir. - Aider le client à prendre conscience de ses gains. - Construire sur les succès de l'individu et des familles afin de réorienter les services vers une utilisation de leurs ressources. 	<p>Dunst & Trivette, 1996; Green, McAllister et Tarte, 2004</p> <p>Echevarria-Doan, 2001</p> <p>Opie, 1998</p> <p>Ouellet et al., 2000 Paul et al., 1997</p> <p>Ouellet et al., 2000 HEN, 2006</p>
<p>4. S'adapter au caractère unique de chaque personne</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suspendre ses suppositions. - Définir des méthodes d'intervention spécifiques pour chaque client. - Adapter le plan d'intervention suivant l'évolution du projet des parents. - Avoir une intervention adaptée à la situation plutôt que définie <i>a priori</i>. - Il faut ajuster l'intervention au processus d'habilitation propre à chaque parent. 	<p>Echevarria-Doan, 2001 Krumer-Nevo, 2003 Ouellet et al., 2000 Paul et al., 1997 St-Cyr Tribble, Gallagher, Paul & Archambault, 2001</p>
<p>5. Soutien et réseau social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître l'importance du soutien et du réseau social. - Il est important d'offrir un support continu, à long terme et des services larges et holistiques. - Aider les parents à utiliser les ressources de leur communauté et ainsi favoriser leur insertion sociale. - L'<i>empowerment</i> ne consiste pas seulement à renforcer le fonctionnement de l'individu et la structure familiale mais aussi à renforcer le support approprié du groupe, de la communauté et d'autres systèmes sociaux. - Le suivi prolongé représente un facteur positif - Il faut être attentif à ne pas créer une dépendance dans un contexte de suivi prolongé; miser sur les ressources du client. - Il ne faut pas négliger l'utilisation des ressources communautaires ainsi que l'intégration sociale et les activités collectives d'entraide. 	<p>Drolet, 1997 Krumer-Nevo, 2003</p> <p>Ouellet et al., 2000</p> <p>Pinderhughes, 1983</p> <p>St-Cyr Tribble et al., 2001 St-Cyr Tribble et al., 2001</p> <p>Drolet, 1997; St-Cyr Tribble et al., 2001</p>

6. Accorder de l'importance aux aspects relationnels	- Dans une pratique d' <i>empowerment</i> , il ne faut pas négliger les aspects relationnels, tel que :	
	o la chaleur et l'ouverture;	Dunst & Trivette, 1996
	o l'empathie;	Mercer, Watt & Reilly, 2001
	o le respect du client et de son point de vue;	Mitcheson & Cowley, 2003
	o l'authenticité;	Paul et al., 1997
	o l'écoute active;	St-Cyr Tribble et al., 2001
	o l'absence de jugement	Van Ryan & Heaney, 1997
	o les postulats de Rogers, dont l'acceptation inconditionnelle	Wartel, 2003

ANNEXE III : LES EFFETS D'UNE PRATIQUE BASÉE SUR L'EMPOWERMENT

Dimensions	Effets	Sources
1. Accroissement du contrôle perçu, du pouvoir de décision et du mouvement vers l'action	<p>a) Sentiment de contrôle</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'individu développe sa conscience et a accès à plusieurs choix; cela lui donne du contrôle sur sa réalité. - A un effet positif sur les évaluations de contrôle (motivation intrinsèque, évaluations d'efficacité, <i>locus</i> de contrôle, concept de soi...) - Perception de contrôle sur l'obtention d'information et de ressources. - L'individu a un sentiment de contrôle plus grand; aide à obtenir un sens de contrôle sur sa vie. - Les clients développent un plus grand sentiment de maîtrise personnelle. - Il se développe chez le client une confiance en la capacité d'une personne de changer sa situation. - L'habilitation supporte les parents dans leur appropriation de leur pouvoir. <p>b) Prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le pouvoir consiste à transformer un choix en une décision. - Le client prend un rôle actif. - Le client se prend en main, se sent habilité à jouer pleinement son rôle; renforce le sens des responsabilités et la capacité d'autonomie. - Le mouvement vers l'action : l'habileté à prendre des risques positifs basés sur le sens de soi interne; rend capable d'avoir plus de choix, de percevoir les choix et de prendre les décisions pour passer à l'action. - Les clients prennent plus de responsabilités. - L'<i>empowerment</i> favorise l'autosoin chez le client. - Les familles reconnaissent avoir le choix et gèrent habilement la condition de leur enfant d'une façon non dépendante. - La pratique de l'<i>empowerment</i> permet de supporter les parents dans leur processus d'appropriation de leur pouvoir. 	<p>Drolet, 1997</p> <p>Dunst & Trivette, 1996</p> <p>Dunst & Trivette, 1996</p> <p>Kettunen, Poskiparta & Gerlander, 2002; Van Ryan & Heaney, 1997; Wartel, 2003</p> <p>Van Ryan & Trivette, 1997</p> <p>Tsey, Whiteside, Deemal, Gibson, 2003</p> <p>St-Cyr Tribble, Gallagher, Paul & Archambault, 2001</p> <p>Ninacs, 1995 : Drolet, 1997</p> <p>Krumer-Nevo, 2003</p> <p>Paul, Lambert, St-Cyr Tribble & Lebel, 1997</p> <p>Sheilds, 1995</p> <p>Tsey et al., 2003</p> <p>Paul, Lambert, St-Cyr Tribble & Lebel, 1997</p> <p>Lord, 1989 : Sheilds, 1995</p> <p>St-Cyr Tribble et al., 2001</p>
2. Augmentation de l'estime de soi et de la confiance en soi	<ul style="list-style-type: none"> - L'<i>empowerment</i> contribue à une augmentation de l'estime de soi (plutôt qu'une perception de soi comme victime). - Les gens ont plus confiance en leurs compétences à faire des choix. - Une perception accrue de leur force; se voient d'un oeil plus positif; permet de découvrir leur potentiel inconnu. - Entraîne des changements significatifs par rapport aux sentiments de soi; libération des sentiments de marginalité. - L'individu prend conscience de son savoir, de ses ressources. - Les familles deviennent connaissantes et font confiance à leurs 	<p>Drolet, 1997; Ouellet, René, Durand, Dufour et Garon, 2000</p> <p>Drolet, 1997</p> <p>Krumer-Nevo, 2003</p> <p>Krumer-Nevo, 2003</p> <p>Paul et al., 1997</p> <p>Sheilds, 1995</p>

	<p>connaissances.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il y a une émergence d'un sens interne de soi : les personnes réclament ou affirment une partie de leur identité, développent leur connaissance de soi, leur valeur personnelle et l'acceptation de soi. - Cela favorise la réflexion sur soi et la croissance personnelle. 	<p>Sheilds, 1995</p> <p>Tsey et al., 2003</p>
3. Acquisition de connaissances et de compétences	<ul style="list-style-type: none"> - Les individus acquièrent des connaissances et des compétences. - Des changements significatifs sont observés par rapport au rôle parental. - Des personnes développent leur empathie et leur capacité d'aider les autres. - Les personnes sont davantage capables de s'affirmer. - Les personnes développent une meilleure compréhension des causes réelles d'un problème. - Les habiletés de communication se développent. - Le processus permet d'augmenter les habiletés de résolution de problème. - On constate un changement significatif dans la nature des relations avec les intervenants. 	<p>Ouellet et al., 2000</p> <p>Krumer-Nevo, 2003</p> <p>Mitcheson & Cowley, 2003; Tsey et al., 2003</p> <p>Sheilds, 1995</p> <p>Tsey et al., 2003</p> <p>Tsey et al., 2003</p> <p>Wartel, 2003</p> <p>Kruner-Nevo, 2003</p>
4. Développement d'une conscience critique	<ul style="list-style-type: none"> - Les individus développent leur conscience critique à travers le processus - Les personnes sont davantage capables de prendre de la distance et de voir les problèmes avec une certaine perspective. 	<p>Ouellet et al., 2000</p> <p>Sheilds, 1995</p>
5. Amélioration de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Il y a une diminution de la vulnérabilité, des pensées négatives intrusives et de l'anxiété. - Il est clair que l'<i>empowerment</i> a un effet positif sur la santé; observations d'une amélioration de l'autogestion de la santé et de l'utilisation des services de santé physique et mentale. - Il y a une amélioration de la santé psychologique; satisfaction et bénéfices émotionnels et psychologiques. - Il y a une diminution du stress ressenti par l'individu. - Les parents sont plus aptes à gérer les problèmes de santé de leurs enfants. 	<p>Drolet, 1997</p> <p>HEN, 2006</p> <p>Dunst & Trivette, 1996</p> <p>Paul et al., 1997</p> <p>Sheilds, 1995</p>

ANNEXE IV : GRILLE DE CLASSIFICATION RÉSULTANT DE L'ÉTUDE EXPLORATOIRE

Types d'intervention	Indicateurs
1. Établissement et maintien du lien thérapeutique, de la relation de confiance	<ul style="list-style-type: none"> a) Prendre des nouvelles de la famille b) Écouter attentivement c) Manifester de l'intérêt pour les clients d) Humour, rires e) Adapter son langage f) Manifester de la sollicitude g) Faire connaître sa disponibilité h) Faire des compliments i) Parler de soi-même, ouvrir sur son expérience personnelle j) Faire ressortir des points communs k) Avoir un contact physique l) Accepter un cadeau, accepter à boire ou à manger m) Contact avec l'enfant
2. Prise en compte des besoins particuliers des clients	<ul style="list-style-type: none"> a) Inviter les clients à exprimer leurs besoins, questions, difficultés, etc. b) Laisser aux clients le temps de s'exprimer, de réfléchir à leurs questions c) Se centrer sur les besoins, questions ou difficultés que peuvent exprimer les clients d) Poser des questions ou amener de l'information liée à une préoccupation mentionnée préalablement par les clients e) Proposer des solutions qui tiennent compte de la situation particulière des clients
3. Prise en compte des ressources des clients	<ul style="list-style-type: none"> a) Explorer le champ de compétence des clients b) Nommer les forces des clients; les soutenir dans leurs choix c) Respecter le point de vue des clients, les inviter à décider d) Utiliser le champ de compétence des clients
4. Interventions en fonction de son champ de compétence particulier	<ul style="list-style-type: none"> a) Poser des questions liées au mandat b) Donner de l'information non sollicitée c) Informer sur des ressources auxquelles les clients peuvent avoir accès d) Faire des actions concrètes e) Donner des conseils, des suggestions, des trucs f) Rassurer, normaliser
5. Facilitation de l'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> a) Favoriser l'expérimentation b) Renforcer l'utilisation de ce qui a été montré c) Faire des démonstrations, du modeling d) Se soucier de la quantité d'information que les clients peuvent absorber
6. Information visant à favoriser l'adaptation au Québec	<ul style="list-style-type: none"> a) Donner de l'information, des conseils, des suggestions en lien avec les façons de faire au Québec b) Parler des différences culturelles

7. Donner des choses	a) Remettre du matériel offert par l'établissement (autre que de la documentation) b) Faire des cadeaux
8. Terminaison des rencontres	a) Avertir de la fin prochaine des rencontres b) Ouvrir à une possibilité de suivi c) Dire au revoir d) Prise de rendez-vous

ANNEXE V : GRILLES D'ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES AUPRÈS DES INTERVENANTES ET DES INTERVENANTS

Le but de cette entrevue est de nous permettre de mieux décrire et comprendre la dynamique relationnelle qui a été observée entre vous et XXX. L'observation a en effet ses limites puisqu'elle ne nous permet pas d'avoir accès à ce qui se passe à l'intérieur de vous. Si vous êtes d'accord, nous allons revenir sur certaines situations de la visite que vous avez faite chez XXX pour que vous puissiez me communiquer votre perception de cette situation et ce que vous viviez à ce moment-là comme intervenant (e). Cela peut nous amener à parler de vos intentions, des choix que vous avez faits, de votre satisfaction face aux résultats ou de toute autre chose que vous jugez utile de me communiquer pour m'aider à bien comprendre ce que vous avez vécu durant cette visite chez XXX. Aussi, puisque notre recherche est en lien avec l'intervention auprès de familles immigrantes, j'aimerais qu'on regarde un peu ce que vous avez vécu au plan de la relation interculturelle.

Est-ce que vous avez des questions sur les objectifs de notre rencontre?

Me permettez-vous d'enregistrer notre rencontre? Ce n'est qu'en tant qu'aide mémoire que j'aimerais utiliser l'enregistrement. Je serai la seule à écouter la cassette, au besoin. Après m'être assurée que j'ai bien noté toute l'information, je détruirai la cassette. J'en profite pour vous rappeler que l'information que vous allez me communiquer restera confidentielle. Elle servira à mieux interpréter les données observées et advenant le cas où on y référerait lors des discussions sur les résultats de la recherche, ce sera de façon anonyme qu'on pourra y référer.

Je vous rappelle aussi que vous êtes libre de répondre ou non à mes questions.

Êtes-vous à l'aise avec le fait de participer à cette entrevue?

1. Commençons par regarder d'abord comment vous envisagez cette visite, avant même d'entrer chez les XXX. Qu'est-ce qui circulait dans votre pensée ou dans votre for intérieur avant de commencer la visite? (objectifs, questions, inquiétudes, attentes...)

Au besoin, questions de relance ou d'explicitation.

2. Dans mes observations, j'ai noté *telle ou telle chose*.

Pistes possibles

- a. Pourriez-vous me décrire votre perception de cette situation-là?
- b. C'était quoi votre intention derrière *tel ou tel geste, telle ou telle parole*?
- c. Est-ce que ça s'est passé comme vous vous attendiez?
- d. Êtes-vous satisfait(e) des résultats?
- e. Vous sentiez-vous bien/mal outillé pour agir dans cette situation là?
- f. D'après vous, est-ce qu'il y a des variables culturelles qui ont joué dans la situation?
- g. Comment diriez-vous que XXX décrirait cette situation?
- h. Comment croyez-vous que XXX s'est senti dans cette situation?

Au besoin, questions de relance ou d'explicitation.

3. À un autre moment durant la visite, il s'est passé *telle ou telle chose*.

Même scénario que plus haut.

4. Peut-être s'est-il passé quelque chose durant la visite que je n'ai pas notée, dont je n'ai pas saisi la signification au moment d'observer. Y a-t-il un autre aspect de la rencontre sur lequel vous souhaitez revenir?

À chaque fois, l'entrevue est planifiée de façon particulière, pour aller chercher l'information jugée pertinente, en fonction de la relation professionnel-client observée.

AUPRÈS DES FAMILLES

Le but de cette entrevue est de nous permettre de savoir comment vous pouvez vous être sentis au cours de la visite de XXX. L'observation a en effet ses limites puisqu'elle ne nous permet pas d'avoir accès à ce qui se passe à l'intérieur de vous. Si vous êtes d'accord, nous allons revenir sur certaines situations de la visite de XXX pour que vous puissiez me communiquer votre perception de cette situation et ce que vous viviez à ce moment-là. Cela peut nous amener à parler de vos réactions, de vos questionnements, de vos satisfactions ou vos insatisfactions ou de toute autre chose que vous jugez utile de me communiquer pour m'aider à bien comprendre ce que vous avez vécu durant cette visite de XXX. Aussi, puisque notre recherche est en lien avec l'intervention auprès de familles immigrantes, j'aimerais qu'on regarde un peu ce que vous avez vécu au plan de la relation interculturelle.

Est-ce que vous avez des questions sur les objectifs de notre rencontre?

Je vous rappelle que l'information que vous allez me communiquer ne sera pas communiquée à XXX, ni à ses collègues, ni à ses supérieurs. Sept ou huit autres personnes bénéficiant des mêmes services que vous et participant à la recherche comme vous, vont être vues en entrevue et on va faire une synthèse générale de l'ensemble de l'information recueillie durant ces entrevues. Cette synthèse va nous aider à mieux interpréter nos observations et à identifier ce qui peut aider au processus d'adaptation au Québec et ce qui peut y nuire. De toute façon, à tout moment durant l'entrevue, vous êtes libre de ne pas répondre à une question.

Est-ce que ça vous va? Êtes-vous à l'aise avec le fait de participer à cette entrevue?

1. Commençons par regarder d'abord comment vous envisagiez cette visite. Avant même que XXX n'arrive, comment vouliez-vous que la visite se déroule? (questions, attentes, appréhensions...)

Est-ce que ça s'est passé comme vous vouliez?

Au besoin, questions de relance ou d'explicitation, notamment eu égard à la dimension relationnelle.

2. Dans mes observations, j'ai noté *telle ou telle* chose.

Pistes possibles

- a) Pourriez-vous me décrire votre perception de cette situation-là?
- b) Qu'est-ce que vous ressentiez à ce moment-là?
- c) Auriez-vous aimé que XXX agisse différemment?
- d) D'après vous, est-ce que le fait que vous et XXX ne soyez pas de la même culture a eu une influence dans la façon que s'est déroulée la situation?

Au besoin, questions de relance ou d'explicitation.

3. À un autre moment durant la visite, il s'est passé *telle ou telle* chose.

Même scénario que plus haut.

4. Si on prend la visite d'aujourd'hui (d'hier...) comme exemple, dans sa façon d'être avec vous, trouvez-vous que XXX respecte vos valeurs culturelles?

5. Y a-t-il des choses que XXX a dit ou fait que vous percevez comme étant de culture québécoise?

Puis, est-ce que c'est quelque chose qui vous donne le goût de vous intégrer à cette culture québécoise ou qui, au contraire, vous donne envie de prendre une certaine distance par rapport à cette culture?

6. Toujours en prenant cette visite comme exemple, trouvez-vous que XXX tient compte de vos préoccupations personnelles?

7. Diriez-vous qu'elle tient compte de vos ressources personnelles?

9. Qui d'après vous a le plus d'influence sur ce qui va se passer durant une visite de XXX? Est-ce XXX ou vous?

Cela vous convient-il?

10. Vous êtes au Québec depuis XX années (mois). On sait que cela exige beaucoup de changements de votre part. L'adaptation n'est pas un processus facile. Trouvez-vous que dans sa façon de travailler avec vous, XXX vous aide dans votre processus d'adaptation?

11. Peut-être s'est-il passé quelque chose durant la visite que je n'ai pas notée, dont je n'ai pas saisi la signification au moment d'observer. Y a-t-il un autre aspect de la rencontre ou de la relation que vous avez avec XXX sur lequel vous souhaitez revenir?

À chaque fois, l'entrevue est planifiée de façon particulière, pour aller chercher l'information jugée pertinente, en fonction de la relation professionnel-client observée.

ANNEXE VI : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

Formulaire de consentement des intervenantes et intervenants

Titre du projet: Développement d'une approche interculturelle comme outil d'empowerment et de prévention auprès de jeunes familles immigrantes dans le cadre de programmes de périnatalité en CLSC

Sources de financement : Programme de subvention en santé publique de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.

Chercheuse responsable du projet : Nicole Chiasson, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, 821-8000, poste 2215.

Engagement : Je m'engage à respecter les termes de ce formulaire de consentement.

Signature de la
chercheuse _____

1. Objectifs de la recherche

La recherche porte sur les interventions du CLSC réalisées avec des familles ayant immigré au pays depuis moins de 4 ans et faisant partie du programme intégré 0-5 ans.

- La recherche vise à identifier les comportements (paroles et gestes) de l'intervenant(e) qui renforcent le potentiel de la famille et de ses membres (empowerment)
- La recherche vise à identifier les comportements (paroles et gestes) de l'intervenant(e) qui favorisent une communication interculturelle optimale.
- La recherche vise enfin à identifier un modèle d'intervention d'empowerment spécifique à la clientèle immigrante des programmes de périnatalité.

2. Nature de la participation demandée au participant

En acceptant de participer à la recherche vous acceptez trois choses.

- Qu'une assistante de recherche soit présente lors de 2 rencontres régulières que vous aurez avec deux familles auprès desquelles vous assurez un suivi.
- Qu'une assistante de recherche vous demande la permission de réaliser avec vous une entrevue d'une heure, ultérieurement à une rencontre avec une famille. Cette entrevue sera enregistrée et portera sur les éléments de l'intervention visant l'empowerment des familles.
- Qu'une assistante de recherche puisse réaliser une entrevue d'une heure avec les personnes adultes immigrantes présentes lors de votre rencontre avec une famille, suite à cette rencontre.

Votre participation à la recherche est tout à fait libre et volontaire. Si vous refusez, vous n'aurez aucun préjudice.

3. Bénéfices potentiels de la participation à la recherche

En participant à cette recherche, vous permettrez au chercheur d'identifier la meilleure façon d'intervenir auprès des familles immigrantes qui ont un nouvel enfant peu après leur arrivée dans un nouveau pays. Ceci pourra se traduire par une meilleure formation et préparation des intervenants qui travaillent auprès de ces familles.

En outre, la synthèse des observations et plus particulièrement l'entrevue peuvent vous permettre de porter un regard sur vos stratégies et vos actions auprès de la clientèle immigrante et ainsi favoriser l'autorégulation professionnelle.

4. Risques pouvant découler de la participation à la recherche et mesures pour les diminuer

La présence d'une assistante de recherche lors de votre rencontre avec les familles du CLSC pourrait vous gêner. Vous pourriez vous sentir jugé(e) ou évalué(e) dans vos compétences professionnelles, même si ce n'est pas l'objet de la recherche. À tout moment durant le projet de recherche et jusqu'à six mois après sa terminaison, l'assistante de recherche et la chercheuse responsable seront disponibles pour vous rencontrer personnellement, si vous souhaitez parler avec l'une d'elle de ce que votre participation à la recherche peut avoir suscité en vous.

Par ailleurs, si vous vous sentez mal à l'aise de discuter de certains sujets délicats en la présence de l'assistante de recherche, par crainte de nuire à la qualité de la relation avec la famille, vous pourrez lui demander de se retirer quelques minutes ou de mettre fin à votre participation à la recherche en lui demandant de partir.

Les questions de l'entrevue porteront sur les interventions : les difficultés rencontrées, vos satisfactions, vos interprétations du comportement de l'utilisateur, vos intentions, vos choix, l'efficacité perçue. Si certaines questions vous rendent mal à l'aise, vous pourrez décider de ne pas y répondre ou de mettre fin à l'entrevue à tout moment.

L'assistante de recherche notera des choses lorsqu'elle observera vos rencontres avec les familles. Elle vous demandera la permission d'enregistrer l'entrevue qu'elle réalisera avec vous. Ces informations seront anonymes et seule l'équipe de recherche aura accès aux données brutes. Des synthèses de l'information recueillie tant auprès de vous qu'auprès de certaines personnes immigrantes que vous desservez seront toutefois présentées à votre équipe d'intervenants afin de bénéficier de son apport dans l'interprétation des données et l'élaboration d'un modèle d'intervention. Bien que l'information communiquée à l'équipe restera anonyme, il est possible que des collègues reconnaissent que certaines interventions ont été faites par vous.

À la fin du projet, un rapport de recherche sera publié. Aucune information de ce rapport permettra de vous identifier. En ce sens votre participation à la recherche est complètement anonyme. L'équipe de recherche est cependant consciente et veut vous sensibiliser au fait que le petit nombre d'intervenants au projet permettra au lecteur averti du rapport de recherche d'identifier que la recherche s'est déroulée avec votre équipe de travail. Par ailleurs, si les membres de votre équipe, d'un accord commun, souhaitent que la participation de votre groupe soit reconnue lors d'activités et de documents de diffusion des résultats de la recherche, cela sera possible.

5. Les circonstances pouvant mener le chercheur à ne pas réaliser l'entrevue

Les chercheuses n'ont pas les ressources nécessaires pour rencontrer toutes les personnes en entrevue, suite à l'observation de la visite à domicile. Il se peut donc que votre participation se limite à accepter que l'assistante de recherche puisse observer comment cela se passe lors d'une visite à domicile. L'assistante de recherche vous informera en temps et lieu si votre participation à l'entrevue est nécessaire.

6. Les coordonnées d'une personne responsable de la recherche

Si vous avez des questions, en tout temps, vous pouvez contacter Nicole Chiasson, la chercheuse responsable du projet en téléphonant au 821-8000, poste 2215.

7. Les coordonnées du comité d'éthique de la recherche

Afin de s'assurer du respect de la clientèle et des employé(e)s, ce projet de recherche a été évalué par le comité d'éthique de la recherche du CLSC de Sherbrooke. Vous pouvez contacter le comité d'éthique de la recherche au 565-5370 poste 2101.

8. Déclaration :

Je soussigné(e), _____, déclare que
_____ a réalisé les actions suivantes.

- Elle m'a expliqué le déroulement du projet de recherche et la nature de ma participation
- Elle m'a lu le formulaire de consentement
- Elle a répondu à toutes mes questions sur le formulaire et le projet
- Elle m'a remis un exemplaire du formulaire de consentement

Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche. Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Signature du sujet : _____

Je soussigné(e), _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : _____

Fait à _____, le _____.

Formulaire de consentement des adultes immigrants

Titre du projet : Développement d'une approche interculturelle comme outil d'empowerment et de prévention auprès de jeunes familles immigrantes dans le cadre de programmes de périnatalité en CLSC

Sources de financement : Programme de subvention en santé publique de l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.

Chercheuse responsable du projet : Nicole Chiasson, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, 821-8000, poste 2215.

Engagement : Je m'engage à respecter les termes de ce formulaire de consentement.

Signature de la chercheuse _____

1. Objectifs de la recherche

- La recherche porte sur les interventions du CLSC réalisées dans le cadre de la naissance d'un nouvel enfant dans une famille ayant immigré au pays depuis moins de 4 ans.
- La recherche vise à identifier les moyens pris par les intervenants pour assister les parents suite à la naissance d'un enfant.

2. Nature de la participation demandée au participant

En acceptant de participer à la recherche vous acceptez deux choses.

- Qu'une assistante de recherche soit présente lors de 2 rencontres régulières que vous aurez avec un intervenant du CLSC à votre domicile, afin d'observer la façon de faire de l'intervenant : sa façon de prendre de vos nouvelles, sa façon de répondre à vos questions, sa façon de vous expliquer des choses, sa façon de vous donner des conseils, sa façon de manifester sa compréhension de vos inquiétudes, sa façon de prendre en compte votre identité culturelle, etc.
- Qu'une assistante de recherche vous demande la possibilité de réaliser avec vous une entrevue d'une heure suite à une rencontre avec votre intervenant du CLSC. Cette entrevue portera sur ce que vous pensez de cette rencontre avec l'intervenant du CLSC et, en particulier, sur les éléments de l'intervention qui vous ont aidé et d'autres éléments qui auraient pu être fait différemment pour mieux répondre à vos besoins. Si cela est nécessaire, l'entrevue se réalisera en présence d'un interprète.

Les chercheuses n'ont pas les ressources nécessaires pour rencontrer toutes les personnes en entrevue, suite à l'observation de la visite à domicile. Il se peut donc que votre participation se limite à accepter que l'assistante de recherche puisse observer comment cela se passe lors d'une visite de l'intervenant. L'assistante de recherche vous informera en temps et lieu si votre participation à l'entrevue est nécessaire.

Votre participation à la recherche est tout à fait libre et volontaire. Si vous refusez, vous aurez droit aux mêmes services du CLSC; cela n'affectera en rien la qualité de la relation avec votre intervenant ni la qualité des services. Même si vous donnez votre consentement pour participer à la recherche, vous serez contacté à nouveau avant les rencontres prévues, afin de vérifier si vous maintenez votre accord.

Notez que la participation de votre intervenant à ce projet de recherche est aussi volontaire. Rien ne l'oblige à accepter d'être observé lors de ses fonctions.

3. Mesures pour assurer la confidentialité des données

L'assistante de recherche notera des choses lorsqu'elle observera vos rencontres avec l'intervenant du CLSC. Elle prendra aussi des notes lors de l'entrevue. L'information demeurera anonyme; ni le nom de l'intervenant, ni le vôtre ne seront dévoilés. L'assistante de recherche ne révélera pas à votre intervenant l'information obtenue lors de l'entrevue.

Seule l'équipe de recherche aura accès aux informations brutes recueillies. À la fin du projet, un rapport de recherche sera publié. Aucune information de ce rapport permettra de vous identifier. En ce sens votre participation à la recherche est complètement anonyme.

Notez que votre dossier du CLSC ne sera pas consulté par l'équipe de recherche et que celle-ci n'inscrira rien dans ce dossier.

4. Bénéfices potentiels de la participation à la recherche

En participant à cette recherche vous permettrez au chercheur d'identifier la meilleure façon d'intervenir auprès des familles immigrantes qui ont un nouvel enfant peu après leur arrivée dans un nouveau pays. Ceci pourra se traduire par une meilleure formation et préparation des intervenants qui travaillent auprès de ces familles, améliorant ainsi la qualité des services offerts.

5. Risques pouvant découler de la participation à la recherche et mesures pour les diminuer

La présence d'une assistante de recherche lors de votre rencontre avec l'intervenant du CLSC pourrait vous gêner. Si vous vous sentez mal à l'aise de discuter de certains sujets en sa présence, vous pourrez lui demander de se retirer quelques minutes ou de mettre fin à votre participation à la recherche en lui demandant de partir.

Les questions de l'entrevue porteront sur ce qu'aura dit et fait l'intervenant et sur votre réaction face à ses interventions. Si certaines questions vous rendent mal à l'aise, vous pourrez décider de ne pas y répondre ou de mettre fin à l'entrevue à tout moment.

Votre participation et celle de votre intervenant ne peuvent pas nuire d'aucune façon à son emploi au CLSC puisque les observations annotées resteront toujours anonymes.

6. Les coordonnées d'une personne responsable de la recherche

Si vous avez des questions, vous pouvez contacter Nicole Chiasson, la chercheuse responsable du projet en téléphonant au 821-8000, poste 2215. Si les services d'un interprète sont requis, Nicole Chiasson pourra vous contacter à l'aide d'un interprète afin de vérifier si vous avez des questions.

7. Les coordonnées du comité d'éthique de la recherche

Afin de s'assurer du respect de la clientèle, ce projet de recherche a été évalué par le comité d'éthique de la recherche du CLSC de Sherbrooke. Vous pouvez contacter le comité d'éthique de la recherche au 565-5370 poste 2101.

8. Déclaration

Je soussigné(e), _____, déclare que
_____ a réalisé les actions suivantes.

- Elle s'est assurée que je comprenais la langue du formulaire de consentement
- Elle m'a expliqué le déroulement du projet de recherche et la nature de ma participation
- Elle m'a lu le formulaire de consentement
- Elle a répondu à toutes mes questions sur le formulaire et le projet
- Elle m'a remis un exemplaire du formulaire de consentement

Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante sur la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

Ceci étant, j'accepte librement et volontairement de participer à ce projet de recherche.

Je consens aussi à ce que les enfants qui sont sous ma responsabilité et qui sont présents lors des interventions soient observés pour les fins de la recherche.

Signature du sujet : _____

Je soussigné(e), _____, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : _____

Fait à _____, le _____.

À PROPOS DU DOCUMENT...

Ce document rend compte d'une recherche dont l'objectif principal consistait à modéliser l'intervention réalisée auprès de familles immigrantes dans le cadre d'un programme de prévention périnatale visant le respect de l'identité culturelle ainsi que l'*empowerment*. De façon plus spécifique, l'étude a permis d'observer vingt-cinq visites à domicile effectuées par un ou des intervenants auprès de 10 familles immigrantes installées au Québec depuis moins de quatre ans. Ces interventions ont par la suite été décrites puis analysées sous l'angle de leur efficacité, ce qui a enfin permis de créer un modèle composé de cinq dimensions : 1) une dimension personnelle de base; 2) une dimension personnelle liée au contexte interculturel; 3) une dimension relationnelle liée à l'*empowerment*; 4) une dimension relationnelle liée à son champ de compétence disciplinaire et 5) une dimension relationnelle liée à l'intervention en contexte interculturel. Par ailleurs, les membres de l'équipe multidisciplinaire participant au projet ont pu développer leurs compétences interculturelles ainsi que des habiletés de codéveloppement pouvant être mises en pratique lors de leurs réunions d'équipe.

À PROPOS DES AUTEURES...

Cette recherche est le fruit d'une étroite collaboration entre des chercheurs, des intervenants et des gestionnaires. Les intervenants d'une équipe de périnatalité du secteur Enfance jeunesse famille (EJF) ont été au cœur de ce projet en participant étroitement à sa définition de même qu'à sa concrétisation.

Nicole Chiasson est professeure titulaire au Département de psychologie et responsable du doctorat en psychologie de l'Université de Sherbrooke. Elle est également membre invitée du comité interculturel de la mission CLSC du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS).

Geneviève Deschênes est consultante et formatrice en relations interculturelles. Elle a participé à ce projet en tant que professionnelle de recherche au CIRE. Elle travaille, entre autres, comme chargée de cours au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke ainsi qu'au Cégep de Sherbrooke.

À PROPOS DU CIRE...

La composante CLSC du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a créé une direction au sein de l'établissement afin de soutenir et coordonner la mission d'enseignement et de recherche en favorisant l'innovation clinique, pédagogique, scientifique et en transfert de connaissances. Cette direction porte le nom de « Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement » (CIRE). À cette direction s'est ajoutée, en 2002, une direction scientifique de la recherche qui relève de la direction générale, mais collabore au quotidien avec le CIRE. Le rôle de cette direction est d'assurer un leadership scientifique au niveau du développement de la recherche.

La mission du CIRE est conçue pour favoriser des interactions continues entre quatre domaines d'intervention : 1) le soutien aux programmes et à l'innovation clinique; 2) l'enseignement; 3) la recherche et 4) la diffusion scientifique et le transfert des connaissances. Ces quatre domaines sont envisagés comme des moyens de soutenir l'amélioration de la qualité des services et le développement continu du personnel.