Table des matières

Sommaire iii

Remerciements viiii

Introduction 1

Contexte théorique 4

L'immigration au Québec 6

Les caractéristiques des familles immigrantes 8

Les obstacles de l'immigration 9

L'immigration et les difficultés au sein des familles immigrantes 11

La réponse aux besoins des familles immigrantes 14

Les politiques de l'intégration de la dimension pluriethnique dans les services 14

Les modèles d'intervention en contexte interculturel 15

Les services régionaux 17

Les obstacles de l'intervention auprès des familles immigrantes 18

Les facilitateurs de l'intervention auprès des familles immigrantes 23

L'initiative AIDES 26

Objectif de l'étude 30

Méthode 34

Devis de recherche 35

Participants 36

Collecte de données 42

Questionnaire de renseignements sur la famille 42

Questionnaire de perception parentale sur les services reçus (QPPSR) 42

Entrevues téléphoniques sur la collaboration parent(s)-intervenant(s) 43

Méthode d'analyse des données 44

Résultats 47

Analyses de premier niveau 48

Premier cas : situation plutôt difficile rapportée par une intervenante d'un centre jeunesse 48

Deuxième cas : situation plutôt difficile rapportée par une intervenante d'un centre jeunesse 51

Troisième cas : situation plutôt facile rapportée par une intervenante d'un CLSC 54

Quatrième cas : situation plutôt facile rapportée par une mère suivie par un centre jeunesse pour son premier enfant 58

Analyse de second niveau 61

Discussion 65

Forces et limites de l'étude 72

Conclusion 74

Références 79

Appendice A. Cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants 92

Appendice B. Questionnaire de renseignements sur la famille 94

Appendice C. Questionnaire de perception parentale sur les services reçus (QPPSR) 103

Appendice D. Protocole de l'entrevue téléphonique sur la collaboration (version parent) 113

Appendice E. Protocole d'entrevues téléphoniques sur la collaboration (version intervenant) 118

Remerciements

J'aimerais remercier mon directeur d'essai, Carl Lacharité, non seulement pour sa présence et ses commentaires constructifs, mais aussi pour avoir respecté mon rythme. Je suis reconnaissante envers lui pour sa grande disponibilité lorsque j'ai rencontré des interrogations ou des hésitations. Sa confiance dans ma démarche m'a laissé la liberté d'explorer mes intérêts. Il fut un guide extrêmement attentif.

Je tiens à remercier toute l'équipe de recherche de l'initiative AIDES et, surtout, Danielle Lessard. Son accueil m'a fait sentir comme une partenaire à part entière au sein de l'équipe. Sa générosité m'a permis d'accéder aux données de recherche dont j'avais besoin pour mon essai. Nos échanges tout au long de l'implantation de l'Initiative AIDES ont nourri mes réflexions.

Introduction

Chaque année, le Québec accueille un nombre important de familles immigrantes et la plupart s'installent dans la région métropolitaine de Montréal. Dès leur arrivée, elles sont confrontées à de nombreux obstacles inattendus, et la difficulté à les gérer peut mener à divers problèmes psychosociaux et psychologiques qui déstabilisent le système familial (Vatz-Laaroussi & Bessong, 2008).

Les professionnels des services sociaux jouent un rôle important dans l'adaptation et l'intégration de ces familles (Cyrulnik, 1999). Par leur intervention, ils établissent une relation significative auprès d'elles, ce qui aide leurs membres à rétablir l'équilibre entre eux et à donner sens à leurs projets de vie (Vatz-Laaroussi, 2009). Cependant, divers facteurs personnels, organisationnels et culturels peuvent nuire ou faciliter l'intervention. La littérature nous montre que la barrière linguistique, les différences culturelles et la complexité des problématiques comptent parmi ces obstacles (Cognet & Verghnes, 2001). Tandis que la présence d'interprètes, la formation continue et une attitude non-jugeante sont des facteurs facilitants (Battaglini et al., 2007).

Cet essai décrit, du point de vue du parent et de l'intervenant, les facilitateurs et les obstacles à l'intervention auprès des familles immigrantes dans le cadre de l'implantation de l'Initiative AIDES (Action Intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité) (Chamberland et al., 2015). La présente étude s'appuie sur deux

démarches de recherche complémentaires : une recension des écrits et une étude de cas multiples. D'abord, nous allons examiner l'état actuel des connaissances portant sur l'immigration et les pratiques d'intervention en contexte interculturel au Québec. Par la suite, nous allons exposer la méthodologie et les résultats de l'analyse qui nous ont permis de déceler les facteurs qui ont favorisé ou entravé la pratique de l'Initiative AIDES auprès des familles immigrantes.

Rapport-Gratuit.com

Contexte théorique

Selon le dictionnaire Larousse (version Web), l'immigration est définie comme « l'installation dans un pays d'un individu ou d'un groupe d'individus originaires d'un autre pays. L'immigration est le plus souvent motivée par la recherche d'un emploi et la perspective d'une meilleure qualité de vie ».

L'immigrant est une personne qui s'installe dans un pays étranger (Larousse). Selon les procédures d'immigration canadiennes, les immigrants sont classifiés en trois catégories. La première est la catégorie du regroupement familial. Elle concerne les membres d'une famille à l'étranger qui viennent retrouver leur(s) proche(s) qui vit ou vivent au Canada. La deuxième catégorie est celle des réfugiés, celle qui regroupe les personnes qui ont une crainte raisonnable d'être persécutées du fait de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social particulier ou de leurs opinions politiques. La troisième catégorie, celle de l'immigration économique, englobe ceux qui s'orientent vers une activité économique comme occuper un emploi, gérer une entreprise ou investir (Becklumb, 2008).

La famille immigrante est celle dont au moins l'un des parents est né à l'étranger (Ahmed, 2005). Le profil de ces familles varie beaucoup selon la catégorie d'immigrant, la structure familiale, le niveau d'instruction, le statut socio-économique, le degré de maîtrise de la langue du pays d'accueil et le projet migratoire (Kanouté, 2002). Ce

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

dernier est particulier à chaque famille et devrait être perçu comme un processus multidimensionnel influencé par des facteurs pré- et post-migratoires ainsi que par la relation avec la société d'accueil (Lazure & Benazera, 2006).

L'immigration au Québec

Depuis les années 1980, l'avenir démographique, et donc, économique du Québec est devenu une préoccupation importante. La chute du nombre de naissances et le vieillissement de la population ont augmenté la pression sur le système de retraite et de santé (Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration du Québec, 1990). Pour contrer ceci, le gouvernement a investi massivement dans la politique familiale. Il a consolidé des prestations monétaires pour soutenir les parents, développé rapidement un réseau de garde d'enfant à faible coût et mis en place un régime de congé parental (Dini et al., 2011).

Complémentairement à la politique familiale, le gouvernement du Québec a mis en œuvre des actions en matière de politique d'immigration afin de redresser la natalité et d'améliorer l'économie. Pour ce faire, il a développé un programme d'augmentation graduelle de l'immigration ainsi qu'un programme de régularisation du statut des demandeurs d'asile (Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration du Québec, 1990).

De ce fait, le nombre d'immigrants dans la province a presque triplé durant les 25 dernières années : il est passé d'environ 19 000 personnes par année en 1986 à 55 000 en 2013 (Girard et al., 2013). La diversité des pays d'origine d'où proviennent les immigrants a augmenté depuis les années 1980; en 2015, ils sont originaires de plus de 150 pays différents (Cognet & Verghnes, 2001) des cinq continents, dont 38,5 % de l'Asie, 27,1 % de l'Afrique, 17,3 des Amériques, 17,1 % de l'Europe et 0,1 % de l'Océanie (Ministère de l'Immigration Diversité et Inclusion, 2015). La majorité des immigrants sont issus de l'immigration économique, ce sont généralement des travailleurs qualifiés; il y a aussi un nombre non négligeable d'immigrants de la catégorie de regroupement familial et de réfugiés (Robichaud, 2009).

Même si les immigrants sont encouragés à s'établir en région, Montréal demeure leur lieu privilégié : autour de 75 % d'entre eux vivent dans la région métropolitaine et ils représentent un quart de la population montréalaise (Communauté métropolitaine de Montréal, 2013). Cette ampleur est d'autant plus marquante lorsqu'on observe les familles immigrantes. Six familles biparentales sur dix (environ 59 %) habitant Montréal sont immigrantes. Cette proportion est aussi importante chez celles qui sont monoparentales, elles représentent 43 % des foyers monoparentaux montréalais (Ministère de la Famille et des Aînés, 2011).

Les caractéristiques des familles immigrantes

La grande majorité des familles immigrantes sont biparentales (neuf sur dix d'entre elles). Parmi les familles monoparentales, la majorité est formée par des mères (Ministère de la Famille et des Aînés, 2011). En général, ces familles ont un taux de natalité supérieur à celles des familles d'origine québécoise et elles sont généralement plus nombreuses : le taux de fécondité des femmes immigrantes est en moyenne de 2,05 comparativement à 1,43 pour les Québécoises (Street & Laplante, 2014). Le pourcentage de femmes immigrantes ayant trois enfants et plus est 1,5 fois plus élevé que pour les Québécoises (Ministère de la Famille et des Aînés, 2011).

Les familles immigrantes ont un niveau de vie plus précaire que la moyenne des familles au Québec. Leur revenu total est plus faible et cette proportion est encore plus importante chez les familles issues de l'immigration récente, dont le revenu moyen est environ la moitié du revenu moyen des familles d'origine québécoise (Ministère de la Famille et des Aînés, 2011). Cela contraste souvent avec leur vécu dans leur pays d'origine où généralement elles appartenaient aux classes moyennes ou supérieures en raison de leur haut niveau de scolarité (postsecondaire et universitaire) (Vatz-Laaroussi, 2007).

Certaines de leurs valeurs, croyances et normes familiales diffèrent de celles de la majorité québécoise, notamment dans la différenciation des rôles et dans les méthodes éducatives. Dans un certain nombre de foyers immigrants, les hommes sont valorisés

davantage par leur attitude d'affirmation de soi, tandis que les femmes ont tendance à être socialisées plutôt vers des rôles liés à la conformité (Berry, 2002). Aussi, dans certaines cultures, le châtiment corporel des enfants est admis et même jugé efficace et nécessaire. Le parent, principalement le père, définit l'éducation en termes d'engagement, de responsabilité et de discipline, y compris la discipline physique (Pangop, 2013).

En général, les aspects de la vie qui incitent le plus les familles immigrantes à immigrer au Québec sont la liberté, le respect des droits et le sentiment de sécurité. Aussi, ils sont motivés par les soins de santé, la qualité de vie, la paix et la stabilité politique qu'offre la société d'accueil. Toutefois, ces deux derniers aspects sont plus importants pour les réfugiés. Ceux-ci s'installent au Québec pour fuir la guerre, les bouleversements politiques et les troubles sociaux; ils retrouvent dans le pays d'accueil un environnement social et politique plus favorable que ce qu'ils ont connu dans leur pays (Schellenberg & Maheux, 2007).

Les obstacles de l'immigration

L'immigration est une des expériences marquantes de la vie. Le processus d'immigration est une source de stress important. La période d'attente pour obtenir le statut de résident qui précède l'immigration provoque de l'incertitude chez les immigrants. Les réfugiés sont particulièrement vulnérables pendant ce processus, car leur situation est souvent pénible dans leurs pays d'origine et ils peuvent rester

longtemps dans des camps de réfugiés où le niveau de violence est élevé et les conditions de vie difficiles (Kirmayer, 2012).

De plus, le fait d'immigrer veut dire quitter des personnes significatives et son environnement connu. La personne doit faire face à des deuils importants, rebâtir des réseaux social et professionnel ainsi que découvrir une autre culture et une langue souvent étrangère. Ce projet suppose une adaptation importante au niveau physique, social et culturel ainsi qu'une bonne capacité d'intégration, c'est-à-dire, une ouverture à un nouvel environnement, un désir d'implication auprès de la société d'accueil et des moyens de réagir face à des valeurs et des comportements différents des siens (Gravel, Battaglini, Riberdy, & Guay, 2000).

Le bilan de l'immigration est parfois vécu comme un succès, mais d'autres fois non. Au cours de leurs premières années de vie au Québec, un nombre important de familles immigrantes éprouvent de nombreux problèmes, notamment des difficultés liées à l'accessibilité au travail et au logement, des problèmes de communication et du racisme ainsi que la précarité financière (Legault & Fortin, 1996). De plus, ils font face à l'isolement et à la perte de leur réseau de soutien (Désy, Bastien, & Battaglini, 2007). À ces difficultés s'ajoutent la stigmatisation et l'exclusion raciale, ethnique ou religieuse (Durand et al., 2007). De plus, certaines familles immigrantes ressentent parfois une pression de la part du groupe majoritaire du pays d'accueil pour modifier différents

aspects de leurs vies, comme l'apprentissage de la langue et les pratiques d'hygiène et de soins (Sabatier, 1991).

Les difficultés et les contraintes vécues sont parfois accentuées chez les immigrants dont le départ du pays d'origine était forcé ou chez ceux qui demeurent ambivalents et ne sont pas encore décidés à s'installer dans le pays d'accueil (Bérubé, 2004).

L'immigration et les difficultés au sein des familles immigrantes

Les obstacles reliés à l'immigration peuvent avoir un impact important sur la capacité des parents immigrants à répondre aux besoins de leur(s) enfant(s). Bon nombre de ces parents deviennent moins disponibles auprès d'eux. (Liu & Kerr, 2003). De plus, un nombre considérable des parents immigrants sont très vulnérables face au stress d'adaptation et ils ont tendance à avoir une faible estime d'eux-mêmes. Ceux-ci se questionnent souvent sur leur rôle et leur compétence ainsi que leur capacité à assurer le bien-être et le développement de leurs jeunes (Chiasson & Deschênes, 2007). Les femmes, généralement responsables de l'éducation de leurs enfants, qui disposaient d'un réseau de soutien important composé par des membres de leur famille (tante, mère, cousine, belle-famille), se retrouvent seules à s'occuper des enfants. Les familles vivent ainsi des changements quant aux rôles parentaux au même moment qu'elles s'adaptent à leur nouvel environnement (Morland, Duncan, Hoebing, Kirschke & Schmidt, 2005).

Certaines familles vivent aussi des conflits familiaux, particulièrement des conflits parent(s)-enfant(s), liés aux différences de valeurs entre la culture d'origine portée par le parent et les valeurs de la société d'accueil intégrées par le(s) jeune(s) (Chuang & Tamis-LeMonda, 2009; Tremblay, 2006). Les difficultés reliées à l'immigration peuvent aussi exacerber les conflits familiaux qui étaient déjà présents avant le départ du pays d'origine, en particulier, les conflits conjugaux qui peuvent s'intensifier par la remise en question du partage des tâches et des rôles (Battaglini, Gravel, Poulin, Fournier, & Brodeur, 2002)

D'ailleurs, les membres de certaines familles composent difficilement avec les obstacles et les réalités du nouvel environnement et souffrent d'une grande détresse psychologique (Sayegh & Lasry, 1993). Par exemple, la littérature montre un nombre important de dépressions chez les mères immigrantes (Miszkurka, Goulet, & Zunzunegui, 2012). Certaines études démontrent que les jeunes immigrants ont plus de problèmes d'adaptation scolaire (marginalisation et conflits) et sont plus susceptibles de rencontrer des problèmes de développement et de comportement que ceux qui sont nés au Canada (Reflet Salvéo, 2014). Un grand nombre d'études montrent que les immigrants ont plus de problèmes d'irritabilité, d'anxiété, de tristesse, de découragement et de dévalorisation de soi que les individus nés dans leur pays d'origine (Larivée, M-A., 2015).

Selon Robert et Gilkinson (2012), environ 30 % des immigrants présenteraient des problèmes psychologiques et 15 % auraient des niveaux de stress élevés et ces taux seraient encore plus importants chez les réfugiés. La persécution, la torture ainsi que les ruptures de liens importants chez ces derniers les prédisposent à la dépression, à l'anxiété, au stress post-traumatique, aux symptômes somatiques, aux troubles psychotiques ou aux idées suicidaires (Chiasson & Deschênes, 2007; Lazure & Benazera, 2006). Par ailleurs, le processus de demande du statut de réfugié peut durer jusqu'à cinq ans, et cette situation d'attente juridique peut entrainer des problèmes de santé mentale à long terme (Association canadienne pour la santé mentale, 2003). La détresse psychologique et le stress perturbent l'équilibre, l'harmonie et les relations à l'intérieur du système familial (Barudy, 1992).

Afin de favoriser le bien-être de ces familles, les orientations de la politique d'immigration au Québec délèguent la responsabilité des interventions de soutien auprès des familles immigrantes à des organismes spécialisés, à des experts de l'intégration ou à des services sociaux (Vatz-Laaroussi & Charbonneau, 2001). Cependant, nous nous questionnons à savoir si ces professionnels sont assez outillés pour intervenir auprès de cette clientèle aux besoins complexes. Est-ce qu'il y a des politiques et des modèles d'interventions adaptés à la réalité des familles immigrantes? Quels sont les obstacles rencontrés par les intervenants qui œuvrent auprès de ces familles? Quels sont les facteurs qui facilitent l'intervention? Ces réflexions sous-entendent que les programmes de santé et de services sociaux devraient tenir compte de la réalité des familles

Rapport-Gratuit.com

immigrantes dans la planification et l'organisation des programmes et du soutien qui leur sont offerts. Dans les sections suivantes, nous proposons de répondre à ses questions en s'appuyant sur la littérature.

La réponse aux besoins des familles immigrantes

Les politiques de l'intégration de la dimension pluriethnique dans les services

Les années 80 ont été marquées par des lois qui prennent en compte la pluralité ethnique du Québec. En 1982, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a élaboré des politiques favorisant l'embauche de membres des communautés culturelles, la représentation de groupes ethniques dans les conseils d'administration et l'adaptation des services par l'entremise de programmes de sensibilisation (Tremblay, 2008). De plus, le ministère a également présenté le premier plan d'action (1989-1991) sur l'accès aux services par les communautés ethnoculturelles. Selon ce plan, les établissements devaient tenir compte des particularités démographiques, linguistiques, socioculturelles et socio-économiques de leur clientèle (Gratton, 2010). À la même époque, divers comités formés par des personnes de différentes origines ethniques exerçaient des moyens de pression pour assurer l'implantation de ces politiques (Christensen, 1988).

Dans les années 90, de nouvelles orientations et un autre plan d'action (1994-1997) présentés par le MSSS soulevaient l'importance d'offrir de la formation interculturelle aux professionnels de la santé et des services sociaux pour répondre adéquatement aux

besoins de la clientèle multiethnique afin de diminuer ses niveaux d'anxiété, de stress et d'autres facteurs les prédisposant aux problèmes de santé mentale dans le but de faciliter leur adaptation et leur intégration à la société d'accueil (Chiasson, 1998; Tremblay, 2008).

Au cours des dernières années, d'autres politiques et les plans d'action qui en ont découlé ont davantage intégré la dimension pluriethnique dans les services sociaux comme la politique gouvernementale de lutte contre le racisme et la discrimination (Gouvernement du Québec, 2006) et le plan d'action 2013-2016 pour l'amélioration des pratiques des intervenants auprès des réfugiés (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2013).

Parallèlement à ces politiques, au cours des 30 dernières années, des modèles théoriques ont été développés au Québec afin de mieux outiller les intervenants et d'adapter les services aux réalités vécues par les familles immigrantes. Deux d'entre eux ont marqué les pratiques dans ce contexte : l'approche interculturelle et l'approche ethnopsychiatrique (Lecomte, 2015).

Les modèles d'intervention en contexte interculturel

Le premier modèle est l'approche interculturelle, définie comme un processus d'intervention basé sur le respect de l'individu, de sa perception du monde, de ses valeurs et de ses besoins (Cohen-Emerique, 1993). Cohen-Emerique (2011) ne croit pas

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

que la tolérance face à un individu d'une autre culture est d'emblée facile, mais plutôt qu'elle doit se construire. Pendant ce processus, des résistances peuvent surgir chez l'individu lorsqu'il fera face à lui- même ou à autrui (Cohen-Emerique, 2011).

Selon ce modèle, l'intervenant devra réfléchir à ses propres biais, attitudes et préjugés, être sensible aux relations familiales, aux rapports des genres, aux dynamiques des rôles ainsi qu'aux différences culturelles (Bourassa, 1997; Hernandez, 2007). Cette approche est utilisée par les professionnels de divers domaines comme le travail social, la psychologie et la santé. Elle aide à mieux comprendre les familles immigrantes, leurs différences culturelles et des aspects qui appartiennent aux individus : leurs personnalité, le stress migratoire, les traumatismes ou les psychopathologies (Gagnon, 2011).

Le deuxième modèle, l'ethnopsychiatrie, s'intéresse aux désordres psychologiques de l'individu en termes de son appartenance à une culture. Cette approche se divise en deux courants, la psychiatrie transculturelle et l'ethnopsychanalyse. La psychiatrie transculturelle considère la maladie mentale comme étant universelle, mais accorde aussi de l'importance aux manifestations caractéristiques de la maladie qui sont reliées à la culture spécifique (Lecomte, Jama, & Legault, 2006). Celle-ci est une adaptation des approches cliniques occidentales en psychiatrie auprès d'individus d'autres cultures. L'ethnopsychanalyse, par contre, part des éléments culturels dans l'analyse, l'interprétation et le traitement de la maladie mentale (Nathan, 1986).

Les deux principaux modèles d'intervention en contexte interculturel privilégiés au Québec, l'approche interculturelle et l'ethnopsychiatrie, ont servi de base afin de développer des initiatives régionales pour combler les besoins spécifiques des familles immigrantes (Lecomte, 2015).

Les services régionaux

La région métropolitaine de Montréal a été la première à mettre sur pied des services gouvernementaux destinés exclusivement aux nouveaux arrivants. En 1982, le Centre local de services communautaires (CLSC) Côtes-des-Neiges a créé la Clinique santé-accueil qui permet aux réfugiés d'avoir accès aux soins de santé de première ligne (Amar, Bérubé, & Museminali, 2008). Dix ans plus tard, ce même CLSC a développé le service d'aide aux réfugiés et aux immigrants du Montréal Métropolitain, SARIMM (aujourd'hui PRAIDA). Ce programme offre des services sociaux aux réfugiés et fournit des expertises et du soutien aux organismes publics et communautaires qui œuvrent auprès des demandeurs d'asile et des personnes en besoin de régularisation de leur statut d'immigration (Amar et al., 2008; Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, 2012).

En 1993, la Clinique de psychiatrie transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon vit le jour. Elle offrait des services de consultation destinés aux intervenants et aux familles immigrantes. En 1997, l'Hôpital de Montréal pour enfants a développé un programme de consultation en psychiatrie transculturelle consacré à la santé mentale des enfants de

familles réfugiées. Plus tard, d'autres organisations ont mis en place des services afin de répondre aux besoins des familles immigrantes. À Montréal, le Service d'ethnopsychiatrie de l'Hôtel-Dieu, la Clinique de pédiatrie transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le Service de consultation en ethnothérapie et en santé mentale (CESAME) du CLSC St-Michel, le Service de consultation du département de psychiatrie de l'Hôpital général juif et le Service de consultation interculturelle du Centre jeunesse de Montréal ont été mis sur pied (Larivée, A., 2015; Rousseau et al., 2005). De plus, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre a mis au point un service régional d'interprètes culturels dont l'objectif est d'aider les intervenants à comprendre les valeurs, les concepts et les pratiques culturelles de leur clientèle immigrante (Tremblay, 2008).

Les obstacles de l'intervention auprès des familles immigrantes

Malgré l'existence de nombreux efforts afin d'améliorer les services offerts aux familles immigrantes, les intervenants sont souvent confrontés à de nombreux obstacles sur les plans de la famille, de l'intervention et de l'institution.

Pour ce qui est de la famille, la barrière linguistique est un obstacle majeur dans l'intervention en contexte interculturel. Celle-ci peut amener une mauvaise compréhension du discours du client, à une plus grande distance relationnelle ou à une difficulté à créer un lien de confiance (Gervais, 2010; Gervais & Robichaud, 2009). Pour contrer ceci, certains organismes font appel à des interprètes culturels; cependant, la

plupart de ces interprètes ne sont pas des professionnels du domaine des services sociaux, et en conséquence, il arrive que l'intervenant remette en question ce qui est transmis dans cette traduction (Jean-Baptiste, 2013).

Un autre obstacle est la méfiance de certaines familles issues de l'immigration envers les services sociaux. Cette méfiance peut être reliée à un manque de familiarité avec les services psychosociaux ou en santé mentale, à une faible connaissance du rôle des intervenants ou à des mauvaises expériences face aux services gouvernementaux dans leurs pays d'origine (Désy et al., 2007; Morin, Benoît, Dallaire, Doré, & Leblanc, 2012). Cette méfiance peut-être amplifiée par les témoignages d'autres parents qui ont vécu des expériences négatives dans le pays d'accueil (Désy et al., 2007). Elle se traduit de diverses manières, entre autres, par une réticence importante des membres de la famille à parler d'eux-mêmes, de leur vécu ou de leur tendance à dire ce qu'ils croient que l'intervenant veut entendre plutôt que de s'exprimer ouvertement (Racine, 2011).

De plus, les familles issues de l'immigration utilisent peu les ressources institutionnelles et communautaires (Audet et al., 2013). Elles se servent des services surtout pour des questions instrumentales (par exemple, pour l'insertion à l'emploi ou pour suivre des cours de langue) et s'adressent moins souvent aux intervenants lorsqu'elles connaissent des problèmes conjugaux ou familiaux. Pour certaines cultures, ces problèmes relèvent davantage de la sphère privée et doivent se résoudre à l'intérieur de la famille ou de la communauté culturelle. Ainsi, les professionnels ont l'impression

que plusieurs familles usent des services de façon inadéquate et que leurs problèmes demeurent non résolus et risquent de s'intensifier avec le temps (Cognet & Verghnes, 2001).

Au niveau de l'intervention, certains professionnels trouvent exigeant de faire preuve d'ouverture et d'acceptation face aux valeurs, aux croyances et aux pratiques culturelles différentes des leurs. Par exemple, ils peuvent avoir de la difficulté à entendre des propos qui vont à l'encontre du concept d'égalité homme-femme ou, parfois, ils peuvent se sentir heurtés par des pratiques parentales coercitives (Gervais & Robichaud, 2009; Vatz-Laaroussi & Bessong, 2008). Ils peuvent aussi croire que les parents immigrants soient victimes de leurs cultures et donc, responsables des difficultés de leurs enfants (Vatz-Laaroussi & Bessong, 2008). Les différences entre les valeurs, les croyances et les pratiques culturelles peuvent créer des préjugés, provoquer des réactions défensives chez l'intervenant et favoriser des alliances avec certains membres de la famille au détriment des autres (Hassan & Rousseau, 2007).

Un autre obstacle aux interventions auprès des familles immigrantes peut être la méfiance venant de la part des intervenants. Même si certaines études mettent en évidence l'importance de ce thème, peu d'écrits l'ont abordé. Certains facteurs sont reliés à cette méfiance : un doute sur la capacité des parents immigrants de faire le bon choix ou d'agir face à une situation; une tendance à se centrer surtout sur les problèmes familiaux plutôt que sur ses forces; la peur chez l'intervenant de perdre de vue ses

propres valeurs (Chiasson & Deschênes, 2007; Hohl & Cohen-Emerique, 1999; Racine, 2011).

De plus, le temps d'intervention requis auprès des familles immigrantes exige plus de temps – jusqu'à deux fois plus – que la moyenne des interventions auprès de familles non immigrantes. Ceci est dû en partie au fait que les professionnels doivent donner plus d'explications à cette clientèle sur la nature et le fonctionnement des services offerts. Aussi, ils sont appelés à collaborer davantage avec d'autres intervenants pour soutenir ces familles. Ils doivent également allouer plus de temps pour la préparation des rencontres et prêter plus d'attention aux dynamiques familiales spécifiques à chaque culture (Désy et al., 2007).

Comme les outils d'évaluation des intervenants n'appréhendent qu'une partie de la complexité de la réalité des immigrants, cela représente un autre obstacle pour l'intervention (Roy, 1993). D'ailleurs, les grilles utilisées pour évaluer la vulnérabilité de la famille n'abordent pas des questions reliées à l'immigration, par exemple, le traumatisme prémigratoire. Donc, la prise de décision quant aux suivis repose sur des critères qui ne correspondent pas toujours aux besoins des familles (Battaglini et al., 2002). Bien souvent, la non-considération de certaines dimensions culturelles peut mener à des erreurs diagnostiques, des échecs thérapeutiques ou à des alliances fragilisées entre l'intervenant et les clients (De Plaen et al., 2005).

Du point de vue des institutions, l'obstacle qui se pose est la difficulté d'accès aux services. Ceci pourrait être expliqué, entre autres choses, par les restrictions imposées par des lois en matière d'immigration. Les nouveaux arrivants doivent attendre trois mois avant d'avoir droit au système d'assurance maladie du Québec et les personnes qui n'ont pas de statut juridique au pays n'ont pas accès aux services publics (Battaglini & Camirand, 2010). En plus, les familles immigrantes sont mal informées sur les organismes susceptibles de les aider, et en conséquence, elles utilisent peu les services comme ceux d'interprétariat, de soutien aux adolescents, de soutien psychologique ou de périnatalité (Battaglini, 2010; Legault & Fortin, 1996).

Un autre obstacle s'ajoute : le manque de concertation entre les institutions qui jouent un rôle important en matière de services aux familles immigrantes (TCRI, 2011). Ce manque de communication entre les établissements, les organismes et d'autres ressources mettent en péril la continuité de services spécialisés qui prend en compte l'ensemble des besoins des familles issues de l'immigration (Gervais & Robichaud, 2009; Ville de Montréal, 2015). Par ailleurs, un nombre non négligeable de ces ressources et de ces organismes sont laissés à eux-mêmes et sont sous-financés (Ville de Montréal, 2015).

Ces obstacles à l'intervention amènent souvent les familles à abandonner précocement leur fréquentation des services, ce qui augmente leur isolement et renforce le déséquilibre de la dynamique familial (Dumont & Legendre, 2000).

Les facilitateurs de l'intervention auprès de familles immigrantes

Malgré la présence des différents obstacles rencontrés dans l'intervention auprès des familles immigrantes, il existe aussi des facteurs qui favorisent l'intervention. Au sujet de la famille, certaines études font ressortir l'importance de son ouverture et de sa participation dans l'intervention. Lorsque la famille est ouverte à la société québécoise et disponible pour connaître et utiliser les ressources de la communauté, le professionnel peut mettre en place des services adaptés à ses besoins et à son bien-être (Hassan & Rousseau, 2007; Lazure & Benazera, 2006). L'esprit d'ouverture des membres de la famille élargie, même s'ils habitent à l'étranger, peut aussi faciliter l'intervention (Couture, 2013).

Un autre facilitateur dans l'intervention est l'intégration des dimensions psychosociales de l'immigration dans l'évaluation du fonctionnement familial afin d'orienter l'intervention (Roy, 2008). Selon (Hassan, Fraser, Papazian-Zehrabian, & Rousseau, 2012), l'intervenant doit explorer l'histoire migratoire, les deuils, les raisons sous-tendant le processus d'immigration, leur statut actuel ainsi que les liens qu'ils entretiennent avec leur culture. Rufagari (2010) suggère des évaluations multidisciplinaires qui tiennent compte du statut, de la trajectoire et du vécu des membres de la famille, et De Plaen et al. (2005) soulèvent l'importance de poser des questions sur des éléments sociodémographiques de la famille, sur une possible discrimination subie et sur les enjeux institutionnels et politiques qui l'ont affectée. Ces mesures favorisent une meilleure compréhension de la famille et évitent une aggravation

Rapport-Gratuit.com

de leurs problèmes qui pourrait résulter des pratiques inadéquates de l'intervenant dû à son manque d'information (Battaglini, Alvarado, Poirier, & Caulet, 2005; Gratton, 2010).

Plusieurs écrits soulèvent l'importance de la formation des professionnels qui œuvrent auprès de familles immigrantes, c'est-à-dire, une formation qui favorise une attitude d'ouverture, de compréhension et de sensibilisation vis-à-vis d'autres cultures (Rinfret-Raynor, Brodeur, Lesieux, & Dugal, 2013). De plus, elle devrait permettre à l'intervenant de se reconnaître comme porteur d'une culture propre, d'identifier ses référents culturels personnels et professionnels et de remettre en cause ses préjugés (Regroupement des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario, 2008).

Étant donné la complexité de l'intervention dans le contexte interculturel, il est bénéfique pour les professionnels de travailler en collaboration afin de favoriser la complémentarité des services. Par exemple, pour éviter des malentendus et des incompréhensions qui pourraient produire des erreurs d'évaluation et de suivi, il est recommandé de travailler en partenariat avec un interprète quand c'est nécessaire (Désy et al., 2007). Aussi, travailler de concert avec des organismes communautaires qui offrent des services aux immigrants peut aider l'intégration des familles et ainsi briser leur isolement. Ces organismes offrent, entre autres services, des programmes

d'apprentissage du français, d'échanges culturels et d'aide à la recherche d'emploi (Roy, 2003).

En conclusion, l'intervention auprès des familles immigrantes a ses particularités et les professionnels des services sociaux doivent composer avec certains obstacles et facilitateurs différents de ceux qu'ils rencontrent auprès de la clientèle québécoise. Est-ce que les politiques de santé et des services sociaux actuels et les interventions qui en découlent pallient ces enjeux?

Depuis une dizaine d'années, la Politique de la santé et du bien-être du Québec reconnaît que le bien-être de la population requiert l'implication de l'ensemble des réseaux de la société et que l'action intersectorielle est un incontournable (Mercier et al., 2003). Le Québec a mis sur pied des programmes de services intégrés centrés sur les familles misant sur l'action intersectorielle. Tous ces programmes préconisent une lecture écosystémique de la négligence des enfants, un accent sur les forces des familles, une approche basée sur l'*empowerment*, l'implication de plus qu'un membre de la famille dans l'intervention, la collaboration intersectorielle et interorganisationnelle et des interventions soutenues par des données probantes (Brousseau, 2012). L'Initiative AIDES est un de ces programmes.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

L'initiative AIDES

De 2007 à 2011, une équipe de recherche en partenariat avec des institutions qui œuvrent auprès d'enfants présentant des besoins complexes et de multiples facteurs de risques ont implanté une nouvelle pratique inspirée du modèle de collaboration intersectorielle et interorganisationnelle développé en Angleterre par les services destinés aux enfants en difficulté et leur famille (Dufour, Lessard, & Chamberland, 2014; Lessard, Chamberland, & Léveillé, 2007).

Ce modèle de collaboration britannique est basé sur un cadre d'analyse écosystémique (voir Appendice A) qui offre une terminologie commune et une référence standardisée pour évaluer les besoins et les progrès des enfants. À partir de ce cadre, les intervenants obtiennent un portrait juste et détaillé des besoins des enfants, des capacités de leurs parents à les satisfaire et des facteurs familiaux et environnementaux influençant les réponses à ces besoins (Lacharité et al., 2005).

Ce cadre se réfère à trois systèmes soit l'enfant, ses parents et l'environnement familial et social. Chacun possède des dimensions diverses qui, ensemble, mènent à une meilleure compréhension de la situation de l'enfant et favorisent l'identification des facteurs de risque et de protection présents dans le contexte familial permettant ainsi aux intervenants d'offrir des services adaptés à la situation de chaque enfant. Un outil a été créé pour recueillir et analyser les informations selon ce cadre écosystémique et structurer le partenariat autour d'une vision commune des besoins des enfants (Lessard

et al., 2007). Le cadre d'analyse des besoins de l'enfant et l'outil qui l'accompagne visent à améliorer le fonctionnement des collaborations en favorisant l'échange d'informations ainsi que la planification, la prestation et la continuité des services (Dufour et al., 2014).

À l'aide du cadre d'analyse écosystémique, l'Initiative AIDES a comme objectif premier de soutenir le développement de l'enfant en implantant des pratiques qui encouragent une évaluation et une intervention plus holistiques centrées sur ses besoins (Chamberland et al., 2015).

Le deuxième objectif de l'Initiative AIDES est d'améliorer l'exercice des responsabilités parentales. Basée sur la théorie écosystémique du développement de l'enfant, l'Initiative AIDES suppose qu'une relation de qualité entre les parents et les professionnels de la santé et des services sociaux a un effet positif sur l'exercice des responsabilités parentales, car toujours selon cette théorie, les relations positives que l'individu entretient avec les personnes de leurs réseaux de proximité sont des moteurs du développement humain. La qualité des liens, leur continuité et leur intensité sont considérées comme des facteurs qui affectent le développement des personnes impliquées dans la relation. Donc, le développement de l'exercice des responsabilités parentales serait influencé par l'intensité, la continuité et la qualité des liens que les parents entretiennent avec des figures éducatives qu'ils côtoient sur une base régulière, y compris les professionnels de la santé et des services sociaux. Ainsi, une collaboration

positive entre les parents et ces figures éducatives favorise un partage équitable des responsabilités entre les adultes qui prodiguent les soins à l'enfant, ce qui a des effets positifs sur le développement de ce dernier (Chamberland et al., 2015).

Afin d'améliorer l'exercice des responsabilités parentales, l'Initiative AIDES promeut aussi le développement du pouvoir d'agir des parents. Selon les principes de l'*empowerment* appliqués aux interventions sociales et éducatives, les alliances relationnelles se fondent sur le sentiment des figures parentales d'être soutenues et reconnues dans leurs capacités et leurs compétences et d'avoir des choix et des informations leurs permettant d'avoir du contrôle sur leurs vies. Les résistances des parents sont souvent reliées à des contextes et des pratiques professionnelles qui leur offrent peu de soutien et de reconnaissance ou qui utilisent des mécanismes oppressifs ou dégradants. Les pratiques professionnelles qui soutiennent et renforcent les figures parentales dans leurs compétences sont définies comme des activités participatives. L'Initiative AIDES vise à développer ces activités en aidant les parents à identifier leurs besoins et ceux de leurs enfants et en les invitant à participer à toutes les étapes de l'intervention. Ceci permet aux parents de se responsabiliser face à leur conduite envers leurs enfants (Chamberland et al., 2015).

L'Initiative AIDES promeut quatre moyens d'intervention, soit 1) réaliser une analyse centrée sur les besoins développementaux de l'enfant à l'aide du cadre d'analyse écosystémique avec les parents et les partenaires du milieu ; 2) compléter l'outil qui

découle du cadre (le Cahier d'analyse des besoins de l'enfant, CABE) avec les parents ; 3) utiliser une approche participative avec les parents tout au long du processus d'intervention ; 4) impliquer les parents et les partenaires dans l'élaboration et la réalisation d'un plan d'action (Dufour et al., 2014).

De 2007 à 2011, l'Initiative AIDES a été implantée dans la région de Montréal et dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec dans deux centres jeunesse et quatre centres de la santé et des services sociaux (CSSS). Les chercheurs-promoteurs du projet ont proposé cette démarche d'intervention à des intervenants sociaux œuvrant auprès d'enfants âgés de neuf ans et moins présentant des besoins complexes et de multiples facteurs de risque. Une recherche (Chamberland et al., 2015) a permis d'évaluer l'implantation de l'Initiative AIDES et ses effets sur les enfants et leurs parents.

Par une étude de cas multiples, cet essai vise à documenter le volet portant sur la collaboration parent(s)-intervenant(s) de l'étude sur l'implantation de l'Initiative AIDES (Chamberland et al., 2015). Plus précisément, il cherche à identifier des facilitateurs et des obstacles qui surviennent dans une intervention qui utilise les quatre moyens promus par l'initiative AIDES auprès des familles immigrantes.

Objectif de l'étude

Ce travail propose de faire l'analyse des points de vue de trois intervenants et un parent ayant participé à l'implantation de l'Initiative AIDES, en particulier dans un contexte interculturel. Il cherche à déceler les différences et les points de ressemblance dans leurs expériences et leurs perspectives afin d'identifier les facteurs facilitateurs et les obstacles à l'intervention auprès de familles immigrantes dans le cadre de l'Initiative AIDES. L'objectif est de dégager les conditions qui favorisent ou qui posent des obstacles à cette intervention et de comparer ces résultats et ceux des études antérieures sur les pratiques courantes des intervenants auprès de familles immigrantes afin de dégager ce que cette pratique novatrice pourrait apporter aux interventions auprès des familles immigrantes.

Étant donné que notre étude se situe dans le prolongement de la recherche entamée par Chamberland et al. (2015), nous croyons important d'expliquer dans un premier temps la nature de cette recherche. Un total de 184 enfants âgés de 0 à 9 ans et leurs parents ont participé à cette recherche : 99 familles faisaient partie du groupe expérimental (celles qui ont reçu des interventions qui utilisaient les quatre moyens promus par l'Initiative AIDES) et 85 composaient le groupe témoin (celles qui ont reçu des services courants). Toutes les familles recrutées pour cette étude ont répondu au Questionnaire de renseignements sur la famille (voir Appendice B) qui a servi de base pour créer une base de données des familles participant à l'étude.

La recherche de Chamberland et al. (2015) se sert d'une méthodologie mixte (qualitative et quantitative). L'évaluation de l'implantation, qualitative, use d'une approche inductive pour étudier l'écart entre l'implantation prévue et celle réalisée ainsi que l'appréciation des expériences vécues par les intervenants et par les autres acteurs impliqués. L'évaluation des effets, quantitative, a utilisé une approche hypothético-déductive par devis quasi-expérimental. Elle compare des situations d'enfants et de figures parentales exposées à l'Initiative AIDES à d'autres situations d'enfants et de figures parentales où les services courants étaient dispensés.

Pour documenter l'appréciation des expériences vécues, Lemay, Dufour, Bouchard et Plourde (2012) ont étudié, entre 2009 et 2011, les pratiques professionnelles qui ont fait une différence sur la qualité de la relation de collaboration vécue entre les parents et les intervenants. Leur étude examinait les conditions qui ont affecté la qualité de la relation dyadique parent(s)-intervenant(s). D'une part, du point de vue des parents et des intervenants qui ont expérimenté les moyens promus par l'Initiative AIDES (groupe expérimental). D'autre part, du point de vue des parents et des intervenants exposés aux pratiques courantes (groupe témoin).

Les parents sélectionnés pour l'étude de Lemay et al. (2012) ont été parmi ceux qui ont rapporté un niveau de satisfaction élevé ou faible en regard de cette relation de collaboration. Leur satisfaction a été évaluée à l'aide du Questionnaire de Perception Parentale sur les Services Reçus (QPPSR) (voir Appendice C) décrit dans la section sur

la collecte de données plus bas. Au total, 31 parents ont été ainsi sélectionnés pour participer à une entrevue téléphonique semi-dirigée (voir Appendice D) qui visait à faire ressortir les éléments qui ont influencé leur perception de la collaboration avec leur intervenant; 14 de ces parents, dont une mère immigrante, faisaient partie du groupe expérimental, et 17 faisaient partie du groupe témoin, dans lequel il n'y avait pas de parents immigrants. Tous ces parents ont parlé individuellement de leurs expériences de collaboration satisfaisantes ou non satisfaisantes.

Par ailleurs, les intervenants qui ont participé à l'étude de Lemay et al. (2012) étaient ceux qui avaient référé deux enfants ou plus aux fins de la recherche. Parmi un bassin de 41 intervenants, 25 (dont cinq ont référé des enfants de familles immigrantes) avaient utilisé les pratiques préconisées par l'Initiative AIDES – donc, dans le groupe expérimental – et 16 (dans le groupe témoin) ont utilisé les pratiques courantes, mais n'ont référé aucun enfant d'une famille immigrante. Tous les intervenants ont aussi participé à une entrevue téléphonique semi-dirigée (voir Appendice E) sur leurs expériences de collaboration avec le(s) parent(s). Afin de favoriser une diversité de points de vue, les chercheurs ont demandé à la moitié d'entre eux de décrire une situation plutôt facile lors de l'intervention, et à l'autre moitié, une situation plutôt difficile. Cette division a été faite de façon aléatoire.

Dans le cadre de cet essai, nous avons voulu enrichir l'étude de Lemay et al. (2012) en apportant un regard sur l'intervention auprès des familles d'autres cultures. L'intérêt

pour ce sujet de recherche est survenu pendant notre travail comme assistante de recherche dans l'étude de Chamberland et al. (2015). Lorsque nous avons analysé les entrevues sur la collaboration parent(s)-intervenant(s), nous avons entamé des réflexions sur la nature et les enjeux de cette collaboration dans un contexte interculturel. Toutefois, seulement six participants de l'étude de Lemay et al. (2012) ont vécu l'expérience d'intervention dans ce contexte : un parent et cinq intervenants, qui, en l'occurrence, participaient à l'implantation de l'Initiative AIDES. C'est en raison du nombre limité de participants que nous avons orienté notre travail de recherche vers une étude exploratoire de nature qualitative.

Rapport-Gratuit.com

Méthode

Devis de recherche

L'étude de cas est une méthode qualitative reconnue par la communauté scientifique pour sa contribution à la compréhension de phénomènes difficilement mesurables et pour sa capacité d'expliquer des liens complexes dans un contexte de vie réelle (Alexandre, 2013). Cette méthode permet d'explorer le vécu des personnes dans différents contextes de vie et en fonction d'expériences particulières (Mucchielli, 2009; Simons, 2009). Elle implique un examen approfondi d'une situation, d'un événement ou d'un processus uniques – le cas – au lieu d'étudier un vaste échantillon avec un nombre limité de variables. L'étude de cas permet ainsi de découvrir et d'interpréter dans l'optique d'expliquer certains phénomènes non résolus à l'intérieur d'un contexte social particulier (Roy, 2009). Par contre, cette méthode présente une limite importante : elle peut difficilement être reproduite par un autre chercheur et il y a peu de chances d'avoir suffisamment d'autres études de cas reliés au même thème pour pouvoir généraliser des résultats (Gagnon, 2012).

Pour pallier cette limite, nous avons utilisé la méthode de l'étude de cas multiples, qui repose sur une logique de réplication – chaque cas étant considéré comme une réplication des autres cas – comparable à celle utilisée dans les études de comparaison multiples, ce qui renforce sa validité externe par rapport à une étude de cas unique (Yin, 2003). Les conclusions auxquelles on arrive dans l'étude de cas multiple ne peuvent

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

toutefois être généralisées à toute une population; néanmoins, ces conclusions permettent de contribuer à la problématisation d'un objet de recherche particulier en proposant de nouvelles questions ou hypothèses de recherche. Pour ces raisons, l'étude de cas multiples a été utilisée ici afin d'analyser le contenu des entrevues réalisées avec les six participants retenus.

Participants

Dans une étude de cas multiples, le choix des cas revêt une importance particulière. Ce choix met en évidence des contrastes et des similarités entre les contextes et les processus. Chaque cas est donc une unité d'analyse qui peut prendre différentes formes : il peut concerner un individu, un groupe ou une organisation (Miles & Huberman, 1994). Étant donné que cette étude s'intéresse aux expériences personnelles vécues en contexte de collaboration parent(s)-professionnel(s) lors des pratiques préconisées par l'Initiative AIDES, il était approprié que les cas de cette étude soient des individus ayant participé directement à la démarche clinique.

Le nombre de participants, selon Yin (2003), doit tenir compte du degré de certitude souhaité (réplication littérale) et de l'ampleur des différences constatées (réplication théorique). Selon ces principes, si le degré de certitude souhaité est élevé ou si les différences entre les cas sont subtiles, cinq ou six cas doivent constituer la taille minimale de l'échantillon. Si, au contraire, un degré de certitude important n'est pas souhaité ou si les différences entre les cas sont importantes, le choix de deux ou trois cas

peut être considéré comme satisfaisant (Hlady-Rispal, 2002). Nous avons choisi de tenir compte particulièrement de la réplication théorique de cas, car les sujets de ce travail proviennent de contextes d'intervention ayant des mandats institutionnels différents (protection de la jeunesse ou services sociaux de première ligne) et témoignent d'expériences différentes (positives ou négatives) sur le plan de la collaboration parent(s)-intervenant(s), ce qui représente des particularités importantes. Cependant, comme tous les sujets de cette étude ont participé à la même pratique (l'Initiative AIDES), les cas risquaient de présenter certaines similitudes.

Selon Hamel (2000), le choix des participants ne doit pas se limiter seulement à une quantité préétablie, mais il doit plutôt bien représenter l'objet de l'étude. En d'autres termes, ce n'est pas la quantité de cas dans l'étude qui assure leur représentativité, mais plutôt la qualité du contenu de chaque cas choisi (Hamel, 2000). Dans notre étude, c'est la richesse du contenu des entretiens avec les participants qui a augmenté la validité interne et qui a permis de déceler et de comprendre les facilitateurs et les barrières à la pratique préconisée par l'Initiative AIDES dans le contexte de familles immigrantes.

Le choix des personnes sélectionnées pour cette étude a été fait à partir des données secondaires obtenues dans le cadre de l'implantation de l'initiative AIDES. Ce sont des données fournies par des intervenants qui ont tous suivi une formation, ont reçu le soutien de l'équipe de recherche et ont utilisé les moyens promus par l'Initiative AIDES auprès de familles dont au moins un des parents est immigrant. Les données ont aussi été

fournies par des parents, dont au moins un est né à l'étranger, qui ont accepté de faire participer leur enfant et de participer eux-mêmes à la démarche proposée par l'Initiative AIDES.

Dans ce choix de personnes sélectionnées, nous avons écarté la possibilité de recourir à un groupe de comparaison, celui de non-immigrants. Cette décision a été prise, d'une part, parce qu'il serait nécessaire que nous disposions de compétences plus poussées en analyse de données statistiques. Ce besoin se traduit par des analyses plus longues et plus coûteuses. D'autre part, pour certains concepteurs et promoteurs de programme, l'évaluation ne se limite pas aux exigences de preuve des épistémologies positives (référents externes), mais elle s'intéresse aussi aux processus qui produisent les impacts (référents internes) (Cambon, Ridde, & Alla, 2010; Chamberland & Bilodeau, 2000; McQueen & Anderson, 2000).

Les critères d'inclusion pour la sélection des participants pour cette étude étaient les suivants : 1) être une famille ayant participé à l'initiative AIDES dont au moins un des parents est immigrant; OU 2) être un intervenant ayant appliqué l'initiative AIDES auprès des familles dont au moins un des parents est immigrant; ET 3) avoir participé à l'entrevue sur la collaboration parent(s)-intervenant(s).

La sélection des sujets pour cette étude s'est déroulée en six temps. En premier lieu, nous avons repéré, avec l'aide du Questionnaire de renseignements sur la famille pour

les parents (présenté dans la section collecte des données), les familles immigrantes qui ont participé à l'implantation de l'Initiative AIDES. Deuxièmement, avec l'aide de la base de données qui a servi pour l'étude de Chamberland et al. (2015), nous avons identifié les intervenants qui ont travaillé avec ces familles. Troisièmement, nous avons ciblé, dans l'étude de Lemay et al. (2012), les parents et les intervenants qui ont participé aux entrevues. Parmi ces participants, nous avons repéré un parent[1] (une mère immigrante) ainsi que cinq intervenants qui ont œuvré auprès de cinq familles immigrantes. Quatrièmement, nous avons pris connaissance de la qualité de la collaboration rapportée dans chaque entrevue. Dans les entrevues, trois intervenants (un du CLSC et deux de centres jeunesse) et la mère immigrante (ayant reçu les services du centre jeunesse) ont décrit des situations satisfaisantes pendant l'intervention, et deux intervenants (de centres jeunesse) ont rapporté des situations non satisfaisantes. À noter que chacun de ces six sujets (la mère et les cinq intervenants) représentait une dyade parent(s)-intervenant(s) différente, ce qui correspondait à six pratiques d'intervention qui utilisaient les moyens promus par l'Initiative AIDES. Cinquièmement, nous avons séparé les six entrevues en deux groupes : un groupe composé d'entrevues où le participant a rapporté une expérience satisfaisante lors de la collaboration parent(s)-intervenant(s), et l'autre composé d'entrevues où l'on a rapporté une expérience non satisfaisante. Enfin, pour mieux dégager les différences entre ces groupes, il était souhaitable d'établir un équilibre quantitatif entre eux. Pour cette raison, en retenant

---

[1] Il a été difficile de repérer des parents issus de l'immigration aux fins de cette étude, car la recherche principale a été réalisée surtout auprès de familles québécoises et seulement une mère a répondu à nos critère de sélection.

deux expériences qui comportaient des situations difficiles d'un côté, nous avons sélectionné deux expériences qualifiées de faciles de l'autre, dont une avait été rapportée par la mère immigrante et, l'autre, par l'intervenant du CLSC. Pour déceler des facilitateurs et des obstacles dans ces quatre expériences d'intervention, le choix d'inclure un parent dans l'échantillon – tout comme le choix d'inclure des institutions différentes – permet d'augmenter la réplication théorique. Le Tableau 1 présente une brève description des caractéristiques saillantes des participants retenus dans cette étude.

Tableau 1

Caractéristiques saillantes des sujets retenus dans cette étude

Cas	1	2	3	4
Informateurs	Intervenante CJ	Intervenante CJ	Intervenante CLSC	Mère
Enfants	Garçon 17 mois	Garçon 5 ans	Garçon 2 ans	Garçon 10 mois
Parent(s)	Mère 21 ans monoparentale haïtienne	Mère 25 ans Père 31 ans Couple biparental haïtien	Mère 26 ans Père 31 ans Couple biparental haïtien	Mère 18 ans monoparentale haïtienne
Fratrie	Enfant unique	Frère 6 ans Sœur 3 ans	Frère 10 mois	Grossesse au cours de l'intervention
Expérience de collaboration	Difficile	Difficile	Facile	Facile
Particularités	Mère victime de violence conjugale de la part de son ex-conjoint Enfant témoin de violence conjugale	Frère aîné autiste Deux frères placés en famille d'accueil et en retour progressif à la maison Historique de violence conjugale Père historique d'abus d'alcool	Réfugiés Deux parents ont un problème de santé mentale Mère atteinte du SIDA	Famille reçoit services du CJ pour son premier enfant Mère et père du premier enfant avec historique de gang de rue et violence conjugale. Il n'a pas de contact avec son fils Pas des données sur le père du bébé à naître

Collecte de données

La collecte de données s'est effectuée à partir des questionnaires et des entrevues qui faisaient partie de la recherche de Chamberland et al. (2015) pendant l'implantation de l'Initiative AIDES. Aucune collecte de données supplémentaire à celle de l'étude de Chamberland et al. (2015) n'a été réalisée.

Questionnaire de renseignements sur la famille

Ce questionnaire permet d'établir un portrait sociodémographique des familles (voir Appendice B). Il apporte des informations sur la structure familiale, le nombre d'enfants et d'adultes qui habitent dans la maison. Il documente aussi le niveau de scolarité, la situation d'emploi, le revenu des parents et le type d'habitation familial. De plus, il donne des renseignements sur le pays de naissance du parent et de l'enfant ainsi que sur la langue parlée à la maison.

Questionnaire de perception parentale sur les services reçus (QPPSR)

Ce questionnaire (voir Appendice C), réalisé par téléphone, a été construit à partir de la fusion de quatre instruments validés : 1) le questionnaire sur les pratiques d'aide qui permet de mesurer la perception des parents de la qualité des pratiques d'aide employées par l'intervenant ; 2) l'échelle de contrôle sur les services qui s'intéresse à la perception des parents du degré de contrôle qu'ils ont sur les décisions ayant traits aux services reçus par leur(s) enfant(s) et leur famille ; 3) le questionnaire de collaboration parent(s)-professionnel(s) qui porte sur la perception des parents de la qualité de la

collaboration avec l'intervenant ; 4) le questionnaire sur l'évaluation des services reçus AIDES qui vise à comprendre la perception des parents concernant les services reçus dans le contexte de collaboration intersectorielle dans le cadre de l'Initiative AIDES. Chaque parent participant à la recherche de Chamberland et al. (2015) a rempli ce questionnaire. L'analyse des réponses a permis de dégager les parents les plus satisfaits et les moins satisfaits à propos des services reçus. Ce sont ces parents qui ont été sélectionnés pour répondre à l'entrevue téléphonique sur la collaboration.

Entrevues téléphoniques sur la collaboration parent(s)-intervenant(s)

Tous les parents sélectionnés de la façon décrite ci-haut ainsi que tous les intervenants impliqués dans l'implantation de l'Initiative AIDES qui ont référé deux enfants et plus ont accepté de participer à une entrevue d'une durée d'environ 30 minutes sur leur perception de la collaboration parent(s)-intervenant(s) (voir Appendices D et E). La technique utilisée a été celle de l'incident critique (Flanagan, 1954). Les participants ont été invités à raconter individuellement une situation qu'ils percevaient comme importante afin d'illustrer la dynamique de collaboration entre le parent et l'intervenant.

Le canevas de l'entrevue a été structuré autour de cinq dimensions : 1) les actions et les séquences d'interaction entourant l'incident (qui fait quoi); 2) les dimensions du contexte; 3) la signification de ces actions pour les participants; 4) les effets de l'incident; et 5) les raisons permettant d'expliquer ces effets. Les détails de l'événement

Rapport-Gratuit.com

ont permis de situer l'interaction vécue et d'avoir une meilleure compréhension des comportements et de l'interaction entre le parent et l'intervenant ainsi que de faire des liens avec les conséquences produites et le contexte entourant la relation de collaboration.

Ces entrevues ont été transcrites dans leur globalité et le travail d'analyse a été effectué à partir de ces transcriptions.

Méthode d'analyse des données

La valeur d'une recherche qualitative repose sur la capacité du chercheur à donner du sens aux données (Savoie-Zajc, 2000). Ainsi, cette démarche requiert un processus de réflexion de la part du chercheur qui va au-delà des descriptions (Masseroni, Dominguez, & Maidana, 2012). Comme l'explique Mucchielli (1983), pour atteindre le sens, « il faut donc s'efforcer de comprendre le contexte présent. Car seul le contexte peut faire apparaître la signification, laquelle n'est pas dans la connaissance des causes, mais dans l'ensemble de tous les éléments présents reliés entre eux » (p. 18).

Il existe différentes méthodes d'analyse pour donner du sens aux données qualitatives et aucune d'entre elles n'est meilleure que les autres. En général, le choix de la méthode est plutôt basé sur la tradition dans laquelle le chercheur travaille, les objectifs de la recherche et du matériel disponible (Wanlin, 2007). Étant donné que cette étude prétend extraire le sens qui sous-tend les expériences de collaboration entre les

intervenants et les familles lors des pratiques proposées par l'Initiative AIDES, nous avons privilégié l'analyse par catégories conceptualisantes.

Cette forme d'analyse tente de comprendre un phénomène existant au sein de l'expérience exprimée par le participant (Paillé & Mucchielli, 2012). Ces phénomènes sont interprétés en les structurant autour du vécu du participant et de ses représentations. Ils doivent avoir aussi un lien direct avec les questions de recherche (Baumard & Ibert, 2007). Ils sont représentés par des catégories conceptualisantes. Celles-ci se définissent comme « une production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 316). Dans cette optique, le chercheur ne se contente pas de désigner une catégorie par un titre du sujet abordé ni par les propos du participant. Elle ne doit pas être préétablie, mais devra plutôt émerger lors des lectures du récit de cette personne.

La démarche d'analyse a été effectuée en deux temps. La première étape a été la création de concepts; lors de cette étape, nous avons analysé chaque entrevue individuellement. Nous avons repéré dans les récits des phénomènes qui sont revenus et ayant un sens par rapport à la question de recherche et à sa solution.

> L'idée est de pouvoir saisir une portion de la complexité de la vie psychologique, sociale et culturelle à travers des formules qui sont relativement évocatrices tout en étant précises et empiriquement fondées, en tenant compte de l'intention de la communication de l'acteur et de la mise en scène incarnée par les comportements observés (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 323)

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Cette opération a été révisée, corrigée et enrichie à chaque création de nouveaux concepts, ce qui suppose des retours réguliers dans les différents récits (Raab, 2015).

Lors de la deuxième étape, les concepts ont été regroupés en catégories. Dans cette étape, il était important de porter attention à la présence de concepts isolés. Cela peut être le signe d'une carence probable du modèle, d'une variante mal identifiée, d'une catégorie ou de l'annonce d'une nouvelle catégorie. Ainsi, les concepts isolés ont dû être réexaminés avec soin au cours de la construction des catégories conceptualisantes. L'analyse est considérée saturée lorsque les phénomènes étudiés ne permettent plus de faire émerger de nouvelles catégories et que celles recensées semblent suffisamment étoffées pour permettre des interprétations pertinentes (Raab, 2015).

Résultats

Les résultats sont présentés en deux parties. D'abord, dans l'analyse de premier niveau des quatre cas sélectionnés, nous identifions les concepts qui ressortent des descriptions des intervenants ou du parent immigrant de situations vécues difficiles ou faciles lors des expériences de collaboration des acteurs qui ont participé à la pratique proposée par l'Initiative AIDES. Ensuite, dans l'analyse de deuxième niveau, nous présentons les catégories conceptualisantes issues des liens qui ont émergé entre ces concepts. À partir de ces catégories, nous tenterons de faire ressortir des obstacles et des facilitateurs qui surviennent dans une intervention qui utilise les moyens préconisés par l'initiative AIDES auprès de familles immigrantes.

À noter que, dans les entrevues, les réponses à la question principale – de raconter une situation plutôt difficile ou facile au sein d'une intervention – soulevaient plus d'un exemple; aussi, il existait des nuances dans les récits. Tous les aspects ont été intégrés dans l'analyse.

Analyses de premier niveau

Premier cas : situation plutôt difficile rapportée par une intervenante d'un centre jeunesse

Le premier concept qui est ressorti du discours de l'intervenante était la difficulté à faire passer les messages; l'intervenante et la mère n'avaient pas une

lecture commune de la situation de la famille. L'intervenante l'a exprimé ainsi dans l'entrevue sur la collaboration : « *elle [la mère] ne voit pas la même chose que nous, là. Pour elle, ç'a pas d'importance* ». L'intervenante a dit à plusieurs reprises que la mère banalisait ses interventions. Elle avait l'impression que la mère ne retenait pas le message qu'elle voulait lui transmettre, qu'elle ne se mobilisait pas et ne collaborait pas, sauf lorsqu'on lui faisait des menaces ou qu'on la confrontait : « *on est obligés de la menacer, là; regardez, c'est parce que ç'a pas de bon sens. C'est quoi, là? Tu veux-tu qu'on arrive à un placement, là? Si c'est pas ça que tu veux, il faut que tu te mobilises* ». L'intervenante semblait avoir des priorités différentes de celles de la mère. Les solutions mises en place par la mère pour résoudre les problèmes de la famille n'étaient pas bien reçues par l'intervenante. La mère avait recours à des pratiques liées au vaudou pour essayer de régler son problème de violence conjugale. L'intervenante se sentait dépassée et démunie face à ces pratiques. Elle avait l'impression d'être à court de moyens pour sensibiliser la mère : « *Quel est le moyen, sans en arriver à un placement, comment qu'on peut sensibiliser ces jeunes mères-là?* ».

Le deuxième concept qui est ressorti suite à cette situation plutôt difficile rapportée par l'intervenante était le doute, c'est-à-dire, le doute de l'intervenante vis-à-vis l'honnêteté de la mère : « *Quand on lui demande des choses, on a l'impression qu'on n'a pas la vérité* ». L'intervenante a souvent remis en question ce que la mère lui disait et a fait des visites surprises afin d'avoir « *une vue d'ensemble plus claire de la situation* ». L'intervenante a essayé de contacter des partenaires afin d'obtenir des

renseignements qu'elle n'avait pas réussis à obtenir de la mère. Par exemple, elle a appelé la garderie pour savoir si l'enfant se présentait quotidiennement, et elle a contacté le CSLC pour savoir si la famille respectait bien les rendez-vous. La mère aurait aussi eu des comportements qui démontraient un certain doute envers son intervenante. Parfois, elle ne se présentait pas aux rendez-vous qu'elle avait cédulés avec son intervenante ni aux rencontres au CLSC : « *parce qu'elle n'avait pas le goût de faire affaire avec eux autres* ». La mère a changé souvent de numéro de téléphone et ne l'a pas donné à l'intervenante.

Le troisième concept qui est ressorti du discours de cette intervenante était la difficulté à travailler avec d'autres professionnels. Ceci est relié à son sentiment de ne pas réussir à obtenir la collaboration qu'elle aurait souhaitée avec d'autres partenaires. Elle a mentionné que la garderie ne l'informait pas lorsque l'enfant était absent : « *la mère a été trois semaines à pas avoir été porter le petit à la garderie, puis [ils m'ont] jamais informé là* ». Aussi, l'intervenante se sentait mal comprise lorsque la clinique pédiatrique ne retournait pas ses appels. Surtout, elle a trouvé difficile que ses collègues ne communiquent pas avec elle, mais plutôt avec le CLSC. Par ailleurs, ce dernier a été le seul collaborateur avec qui elle avait eu une bonne communication. Toutefois, la mère n'a pas voulu entamer une démarche pour rencontrer l'intervenante et le professionnel qui la suivait au CLSC, comme l'intervenante l'avait proposé. L'intervenante avait l'impression que la communication entre les partenaires « *fatiguait* » la mère, et que cette dernière souhaitait que ses rencontres au CLSC fussent confidentielles.

Deuxième cas : situation plutôt difficile rapportée par une intervenante d'un centre jeunesse

Le premier concept qui est ressorti de l'entrevue avec cette intervenante était celui d'un rythme différent entre l'intervenante et les (deux) parents, c'est-à-dire, un décalage entre les démarches de l'intervenante et celles de la famille. L'intervenante a verbalisé que lorsqu'elle et son équipe ont commencé à travailler avec la famille, ils ont réalisé une évaluation de la situation familiale, ils ont mis en place un plan de service et ils ont fait ressortir les besoins des enfants et un échéancier. Les intervenants ont cherché des solutions en référant la famille à des services spécialisés pour répondre aux besoins spécifiques des enfants et ils ont visé les objectifs que la famille devrait atteindre : « *Puis, nous, on est arrivé avec. Ben, on avait des solutions, ben, on voyait tout là. On avait des références, y'avait le CLSC, puis y'avait [le centre] Gabrielle Major* ». Mais les parents, selon l'intervenante, voulaient « *digérer* » la situation, comprendre les besoins de leurs enfants pour trouver des solutions par la suite. Le rythme de l'intervenante était différent de celui de la famille : « *Comme si tout le monde voulait leur trouver des solutions! Alors que, eux là, ils n'étaient pas rendus au stade de solutions là* ». L'intervenante voulait insérer une éducatrice au domicile familial et les parents n'en voyaient pas le besoin. La famille recevait déjà beaucoup de services à cause du fils aîné autiste. En plus, les parents faisaient des démarches pour le retour à la maison des deux enfants plus âgés qui avaient été placés. Quand les parents ont dit à l'intervenante qu'ils ne voulaient pas d'un service additionnel, cela a été compris comme un refus de l'aide offerte. Toutefois, l'intervenante travaillait avec un échéancier limité pour le retour des enfants et elle sentait que les parents avaient besoin de l'éducatrice

afin d'accueillir les enfants plus âgés. Compte tenu du manque de concordance entre les perceptions des parents et de l'équipe d'intervenants quant à l'état d'urgence de la situation, l'intervenante se sentait incomprise par les parents : « *Y'avait l'impuissance, puis on avait l'impression qu'on n'était pas bien, que les parents ne comprenaient pas vraiment là qu'on voulait les aider* ».

Le deuxième concept qui est ressorti de cette entrevue était celui du besoin de comprendre la perspective des parents. À partir du moment où l'intervenante s'est sentie impuissante et incomprise, elle a commencé à se remettre en question et à réfléchir sur ce qu'elle pouvait faire pour améliorer la situation. Elle s'est mise à la place du parent : « *Oui, si moi j'étais à leur place là, moi je ne pense pas que j'ouvrirais ma porte à tout ce beau monde-là qui avec toutes les intentions qu'ils ont de m'aider là* ». Elle a réalisé qu'en plus d'avoir beaucoup d'intervenants autour de la famille, un nouvel intervenant dans leur vie viendrait leur « *dicter quoi faire* ». Elle a reconnu qu'elle-même était en train de « *dicter quoi faire* » aux parents, et que cela ne produisait pas les résultats désirés. Elle a compris qu'elle ne respectait pas le rythme des parents, que son échéancier ne semblait pas conforme aux besoins qu'ils avaient exprimés. Suite à ces réflexions, elle a saisi : « *qu'y fallait développer d'autres stratégies d'intervention pour amener ces parents-là [à travailler de concert avec nous] en fin de compte* ».

Le troisième concept qui est ressorti lors de cette entrevue était le besoin de collaboration pour améliorer la communication. Lorsque l'intervenante a réalisé qu'elle

devait trouver d'autres stratégies d'intervention pour travailler auprès de la famille, elle a décidé de chercher la collaboration du CLSC pour améliorer la communication avec les parents. À ce moment-là, le CLSC intervenait auprès des parents, et la travailleuse sociale avait une bonne relation avec le père : « *le CLSC n'avait aucune difficulté là en fait à travailler avec le papa* ». C'est lui qui avait réalisé les démarches lorsque l'intervenante a référé la famille au CLSC. Sachant que la travailleuse sociale avait un bon lien avec la famille, l'intervenante lui a proposé des rencontres conjointes dans le milieu familial. Avec l'aide du CLSC, l'intervenante a réussi à passer son message aux parents : « *on a dû faire affaire avec la travailleuse sociale du CLSC pour faire passer le message, expliquer aux parents c'était quoi le bénéfice qu'y pouvaient tirer de la présence de cette intervenante-là [l'éducatrice à la maison]* ».

Le dernier concept qui a émergé dans ce cas était le besoin de chercher des solutions en collaboration avec les parents. Lorsque l'intervenante entra dans la vie de la famille, elle eut l'impression que toutes les solutions mises sur la table venaient d'elle et que ces solutions ne résolvaient pas les problèmes. À ce stade de la démarche, les moyens promus par l'Initiative AIDES ont été proposés à la famille. L'intervenante a commencé à utiliser le CABE et ceci l'a aidé à communiquer avec les parents. Selon elle, à l'aide de cet outil, les parents ont mieux compris les difficultés de leurs enfants. Ils ont été capables de nommer leurs besoins et de comprendre par eux-mêmes l'importance de l'aide offerte par l'intervenante : « *Les parents étaient capables là de s'exprimer, de parler eux-mêmes à travers des images, à travers un questionnaire. Donc on n'était pas*

Rapport-Gratuit.com

tout à fait centré vraiment à vouloir dire et redire, à vouloir trouver des solutions par nous-mêmes pour les parents-là ».

Ainsi, les parents ont commencé à s'impliquer afin de trouver eux aussi des solutions pour leurs enfants. Cela a permis à l'intervenante de partager les responsabilités avec les parents et de se sentir soulagée :

> « *Des parents comme ça là, qui se mettent en marche là, qui se mobilisent, je vous dis que la collaboration elle devient encore là moins énorme parce que ça nous enlève, comme je vous dis là, du poids là sur nos épaules et nous, on est là juste vraiment pour les accompagner, puis intervenir au besoin.* »

Troisième cas : situation plutôt facile rapportée par une intervenante d'un CLSC

Le premier concept qui est ressorti de cette entrevue était celui de la peur du contrôle externe. Selon l'intervenante, il a été très difficile d'intervenir auprès de la famille. Autant la mère que le père avaient l'impression que les services sociaux étaient rentrés dans leur vie à cause du statut séropositif de la mère, pour contrôler la vie de la famille. Selon l'intervenante, le père a dit à la mère : « *T'es comme un fléau, un danger-là* ». La famille était très résistante aux services et les intervenants ne savaient pas comment intervenir auprès d'elle.

Le deuxième concept qui est ressorti de ce cas était celui des actions qui n'ont pas donné les résultats escomptés. Ceci concernait les diverses démarches que l'intervenante a mises en place, mais auxquelles la mère n'a pas donné suite. Ce phénomène a été observé dès que l'intervenante est entrée en contact avec la famille. L'intervenante a dit en entrevue, qu'elle avait été très touchée par la situation familiale qu'elle la trouvait

inquiétante. L'intervenante avait l'impression que tous les membres de la famille étaient en détresse et que leurs problèmes étaient très profonds. L'intervenante était particulièrement sensible à la fatigue de la mère : « *Pourquoi elle était fatiguée? Ben, c'est que, elle est carrément en dépression post-partum puis en choc post-traumatique, SIDA, négligences antérieures, parcours migratoire difficile, abandon* ».

L'intervenante a fait plusieurs démarches pour aider la famille. Elle a offert à la mère des services d'ophtalmologie, de halte-répit, de pédopsychiatrie, de clinique somatique, de neurologie et de banque alimentaire. La mère semblait apprécier cette aide, mais elle ne s'est pas prévalue des services en question : « *Elle disait " oui, oui ", mais c'était après, de le faire là. Donc, c'était pas évident ce bout-là* ». Face à la non-réponse de la mère, l'intervenante est devenue affectée : « *elle était fatiguée, puis moi qu'est-ce que ça m'a fait de la voir fatiguée? Ben, ça me fatiguait* ». L'intervenante s'est sentie ensevelie par les problèmes de la famille.

Le troisième concept qui est ressorti de cette entrevue était celui de l'importance de s'intéresser au parent. Lorsque l'intervenante a donné une attention particulière à la mère, celle-ci a commencé à participer à l'intervention. D'abord, l'intervenante a mis en suspens les démarches auprès des enfants afin d'axer l'intervention sur la mère. Elle a offert un espace à cette dernière pour parler de ses souffrances afin que celle-ci puisse se sentir écoutée et considérée. L'intervenante a aussi proposé d'accompagner la mère pour bénéficier des services. La mère est devenue ainsi moins fatiguée et plus disponible pour

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

écouter l'intervenante. Elle a été aussi plus attentive aux besoins de ses enfants. Suite à cette attention apportée à la mère, l'intervenante a pu mieux intervenir auprès des autres membres de la famille : « *Ça a redonné un second souffle là par la suite qui était vraiment plus des démarches spécialisées avec le petit* ».

Le quatrième concept à émerger était celui de l'importance de la participation du père à l'intervention. L'intervenante a rapporté que cela l'aidait quand le père était impliqué dans le processus. Lors d'une visite au domicile familial, l'intervenante a invité le père à participer à la rencontre. Celui-ci a accepté et cela créa un espace de discussion entre les deux parents et l'intervenante pour mieux comprendre les difficultés de la famille. L'intervenante a observé que la perception du père de ces difficultés était différente de celle de la mère :

> « *Le père, il ne voyait pas que son enfant avait des problèmes là, puis la mère elle disait qu'il avait des problèmes, puis lui, il disait " Ben non, c'est à cause que c'est elle qui a des problèmes. Notre fils, c'est pas lui qui a un problème"* ».

Ayant cet espace de réflexion, le père a mieux compris que l'enfant avait effectivement des difficultés, et a commencé à s'impliquer dans la démarche. Par la suite, la mère s'est sentie soulagée de pouvoir partager les responsabilités reliées à l'intervention.

Le dernier concept observé était celui de la collaboration interdisciplinaire pour mieux répondre aux besoins de la famille. L'intervenante a parlé de l'importance de travailler auprès de la famille avec des collègues. L'intervenante avait l'impression que

toute seule, son aide n'était pas suffisante, car elle considérait que les besoins étaient nombreux. Elle a trouvé que la collaboration avec d'autres professionnels lui apportait une grande aide : « *C'est des familles qui stressent les gens. Faque le monde est content qu'il y ait d'autre monde, en tout cas, je pense* ». Chacun s'est occupé d'une « dimension » : elle-même intervenait auprès de l'enfant le plus âgé, la travailleuse sociale auprès de la mère, et l'infirmière, issue de la même culture que la famille, travaillait sur les rapports culturels; il y avait aussi des partenaires d'autres institutions. Cette collaboration rassurait l'intervenante; on s'occupait de tous les besoins de la famille. Cette aide lui a permis d'être plus disponible pour réaliser son intervention auprès de l'enfant et de sa famille dans le cadre de l'implantation de l'Initiative AIDES.

Dans la même lignée, nous trouvons aussi, dans le discours de l'intervenante, l'importance de la concertation et de la possibilité de discuter avec ses collègues, quand elle se sentait stressée et même traumatisée suite aux rencontres avec la famille. Le seul fait qu'il y ait d'autres professionnels impliqués auprès de la famille ne lui semblait pas entièrement suffisant pour qu'elle se sente à l'aise lors des contacts avec la famille. Elle sentait le besoin d'un espace d'échanges avec ses collègues pour se sentir écoutée et soutenue : « *Y'avait tellement de la détresse là. C'était tellement inquiétant là qu'on s'est concertés à chaque semaine* ».

Quatrième cas : situation plutôt facile rapportée par une mère suivie par un centre jeunesse pour son premier enfant

Le premier concept ressorti du discours de la mère dans l'entrevue était sa peur de l'autorité, représentée par sa mère et par le système de protection à l'enfance. Vis-à-vis du système, elle avait entendu divers commentaires négatifs de la part de son entourage :

> « *Avant que la DPJ [Direction de la protection de la jeunesse] rentre dans ma vie [pour son premier enfant], les histoires que j'ai entendues, comment je pourrais dire ça, tu sais, " ah non, la DPJ, ils t'obligent à faire telle affaire, mais si tu ne veux pas, ils t'enlèvent ton enfant"* ».

Elle avait aussi peur de la réaction de sa mère si elle lui annonçait sa deuxième grossesse : « *Maman, c'est, disons, c'est l'étape finale que j'aurais dû avoir peur* ». Toutefois, elle avait encore plus peur de le dire à l'intervenante (qui œuvrait auprès de la famille suite au signalement de son premier enfant) par crainte que cette dernière fasse le signalement de sa deuxième grossesse à la DPJ.

Ces craintes ont généré des comportements d'évitement chez la mère : elle cachait à son intervenante des informations sur sa vie et elle ne retournait pas les appels de cette dernière. Finalement, quand elle a avoué à sa mère qu'elle attendait un deuxième enfant, la grand-mère a « bien réagi » selon elle. Sa peur a diminué et elle s'est sentie plus à l'aise par la suite d'en parler à son intervenante : « *Je trouve que ça m'a plus dégênée* ».

Le deuxième concept relève du sentiment de la mère d'être acceptée par l'intervenante. Avec le soulagement qu'elle a senti suite à la réaction plutôt favorable de la grand-mère face à l'annonce de cette nouvelle grossesse, la mère a pris l'initiative

d'en parler avec l'intervenante. Celle-ci l'a félicitée et l'a rassurée : son deuxième enfant ne serait pas signalé. Face à ce comportement d'acceptation de l'intervenante, la crainte de la mère envers la DPJ a diminué. Elle s'est sentie soulagée : « *ça m'a comme enlevé un poids* » et elle s'est sentie plus à l'aise dans la relation avec son intervenante. À partir de ce moment, elle a été capable de parler davantage d'elle-même sans avoir peur de la réaction de son intervenante. Elle a aussi compris que la DPJ était dans sa vie pour la soutenir dans son rôle de parent.

> « *Elle [l'intervenante] dit : " Bien non, je ne vois pas pourquoi tu avais eu peur. Ça, c'est bizarre. " Elle riait, elle me mettait à l'aise, puis elle me disait, non. Puis après ça, on a vite changé de sujet, je voyais qu'elle était vraiment là pour le dossier de mon fils [son premier enfant].* »

L'image que la mère avait à propos des intervenants a commencé à changer : « *Une personne qui n'est pas infiniment proche, mais que tu sais que tu peux faire confiance* ».

Le troisième concept qui est ressorti de cette entrevue était celui de l'intérêt de faire des compromis. Ici, nous retrouvons les efforts de la mère et de son intervenante à établir une relation positive : « *Tout dépend des deux personnes, de l'intervenant et du parent [...] il faut qu'il y ait de la coopération entre les deux* ».

La mère s'est rendue compte du compromis fait par l'intervenante dans les efforts de celle-ci à négocier et à travailler avec elle : « *elle t'oblige pas, elle te force pas, elle te montre pas que juste la DPJ, puis tu dois faire ça. OK, on va prendre une entente, puis OK on va essayer de s'entendre* ». La mère a apprécié le fait que l'intervenante ait offert

des suggestions et des pistes de réflexion plutôt que de lui donner des ordres. Elle avait l'impression que son point de vue a été considéré au sein de la relation. Elle ressentait aussi qu'elle pouvait parler sans se sentir jugée et demander de l'aide au besoin, car la DPJ était là pour l'aider.

La mère a dit qu'elle aussi avait fait des compromis pour mieux comprendre son intervenante. Elle a pris le temps de l'écouter, elle a exprimé son point de vue par la suite, et elle était ouverte à tout moment à une entente : « *Essayer de comprendre, puis ne pas s'énerver tout le temps, aux deux secondes, puis laisser l'autre parler puis dire non, moi, je suis pas d'accord, puis OK, puis non, on va essayer de s'entendre* ». Pour elle, il était important de garder son calme et de ne pas se laisser guider par la colère et l'impulsivité, ce qui améliorait la communication. Chacun a pu exprimer son point de vue ouvertement et il y a eu un espace pour réfléchir ensemble et trouver des solutions.

Le dernier concept relevé par l'entrevue était celui du bénéfice de la continuité des services. Cette observation était reliée au besoin de la mère d'avoir accès à un autre service quand la DPJ aura arrêté le suivi familial. Elle a dit à trois reprises qu'elle se sentait comme une enfant et qu'elle avait besoin d'aide pour élever ses enfants : « *Je me sens encore un peu enfant, puis j'ai besoin d'aide des fois* ». La DPJ serait pour elle une source de support très importante et craignait ce qui allait arriver après l'arrêt de leurs services : « *Je ne voulais pas que directement quand ils me laissent que je sois comme dans le vide, personne pour m'aider* ». L'idée de se retrouver sans service lui donnait

une sensation de solitude, une impression d'un vide. Elle sentait le besoin d'un autre service qui continuerait le suivi de la DPJ afin qu'avec cet appui, elle pût développer davantage son autonomie : « *C'est juste pour avoir, des fois, quelqu'un. Des fois, j'ai besoin d'aide alimentaire, j'ai besoin de ressources ou. C'est juste avoir quelqu'un que je sais que je pourrais compter* ».

Analyse de second niveau

Les comparaisons et l'évaluation des similitudes entre les concepts ressortis des quatre cas nous ont permis d'établir des relations et de dégager les catégories conceptualisantes, qui, à leur tour, nous ont aidées à comprendre quels étaient les facilitateurs ou les obstacles qui surviennent dans une intervention qui utilise les moyens préconisés par l'initiative AIDES en contexte interculturel.

La première catégorie conceptualisante est la méfiance, présente dans les situations soulignées dans trois de nos cas. Ce phénomène sous-tendait des sentiments de peur, de doute et l'impression d'être contrôlé. Ces sentiments étaient reliés, entre autres, à des commentaires négatifs de la part de l'entourage, à des questionnements sur la sincérité des parents, et à des soupçons envers le fondement de l'intervention. Dans ce climat de méfiance, nous avons noté une résistance face aux services, une difficulté sur le plan de la communication entre l'intervenant et la famille (pas de retour d'appels, l'existence de non-dits) ainsi que des enquêtes sur la véracité des énoncés. Lorsqu'il y avait un climat de méfiance, les interventions ne produisaient pas les résultats escomptés.

La deuxième catégorie conceptualisante est l'accordage. Selon Lecompte (2012), l'accordage est défini comme « des expériences mutuelles de dialogue émotionnel fondé sur des expériences de régulation interactive verbales et non verbales dans lesquelles le client se sent compris, entendu, respecté et validé ». Trois participantes ont témoigné d'expériences d'accordage reflétées dans l'acceptation, la compréhension de la perspective de l'autre, et de l'intérêt envers autrui. Ces expériences ont été traduites par des attitudes qui transmettaient l'empathie, une bonne écoute et la considération envers l'autre, ou par des comportements observables comme un sourire, une voix douce et calme, ou un geste pour mettre l'autre à l'aise. Le phénomène d'accordage a déclenché des réflexions, des ajustements et des améliorations dans la démarche d'intervention.

La troisième catégorie conceptualisante est le désaccordage, soit la difficulté éprouvée par l'intervenant à maintenir un dialogue émotionnel dans ses rapports avec la famille. Les trois intervenantes de notre étude de cas multiples ont vécu cette difficulté qui a pris les formes de problèmes à transmettre les messages, à suivre le rythme de l'autre, ou d'actions qui n'ont pas produit les résultats souhaités. Dans leurs récits, nous avons observé une difficulté d'arriver, avec les parents, à une lecture commune des besoins de l'enfant, ainsi qu'à un décalage entre les services offerts et ce que la famille était prête à recevoir. Les démarches suggérées par les intervenantes n'étaient pas toujours adoptées par les familles. Le désaccordage a engendré des sentiments chez les

participants tels que : l'impuissance, l'incompréhension, l'impression de manquer de moyens, la fatigue, l'envahissement et le dépassement.

La quatrième catégorie conceptualisante est le travail en partenariat entre l'intervenant et les parents. Trois participantes ont identifié ce partenariat sous la forme de recherche de solutions avec les parents, d'invitation auprès du père à participer à l'intervention, et de se mettre disponible pour faire des compromis. Ce phénomène a permis d'améliorer la communication entre la famille et l'intervenante et la connaissance du rôle de chacun dans la situation. Faire participer les parents a permis une meilleure compréhension de la dynamique familiale et une plus grande confiance mutuelle. Le travail en partenariat permettait aussi le partage des responsabilités entre les parents et l'intervenante. Les personnes qui sentaient qu'elles avaient trop de responsabilités dans la démarche ont pu se sentir soulagées, tandis que les personnes qui ne participaient pas ont pu s'impliquer dans l'intervention.

La dernière catégorie conceptualisante est la collaboration entre professionnels. Différentes raisons ont motivé les intervenantes à collaborer avec d'autres partenaires : pour obtenir plus d'informations sur la famille, pour améliorer la communication entre l'intervenante et la famille, pour répondre à tous les besoins de l'enfant, pour se concerter afin de diminuer la détresse, et pour assurer la continuité des services. Tandis qu'un participant a vécu une expérience difficile par rapport au travail interorganisationnel, les trois autres ont rapporté des expériences positives à cet effet. La

Rapport-Gratuit.com

présence de professionnels d'autres institutions a aidé ces trois répondantes à se sentir soutenues; les intervenantes sentaient qu'elles arrivaient à mieux faire passer leurs messages et qu'elles étaient plus disponibles pour la famille. L'expérience négative était reliée surtout au fait que cette intervenante n'avait pas pu obtenir les informations qu'elle aurait souhaitées des partenaires.

Discussion

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

C'est en relevant les liens entre les concepts émis dans les expériences de collaboration plutôt difficiles ou faciles à l'intérieur des quatre entrevues que nous sommes arrivés à les constituer en catégories conceptualisantes. C'est à partir de l'identification de ces catégories que nous avons pu déterminer quels étaient les facteurs qui facilitaient ou créaient des obstacles à l'intervention selon les points de vue des intervenants et du parent qui ont participé à l'implantation de l'Initiative AIDES en contexte interculturel. Nous allons présenter ces obstacles et ces facilitateurs et faire des liens entre eux et ces mêmes éléments dans les modèles d'intervention spécialisés auprès des clientèles multiethniques.

Le premier obstacle que nous avons identifié dans l'intervention en contexte interculturel dans le cadre de l'implantation de l'Initiative AIDES était la méfiance. Celle-ci touchait autant les familles que les intervenants. Au sein des familles, nous avons observé que la méfiance était reliée à une peur de perdre leur(s) enfant(s) et une crainte du contrôle externe gouvernemental. Cette méfiance a été amplifiée par le témoignage d'autres parents qui ont vécu des expériences d'interventions négatives, en particulier celles menées par les centres jeunesse.

Il est possible que la méfiance ait été exacerbée par des expériences négatives vécues par les familles dans leurs pays d'origine ou encore par la peur de perdre leur

statut valide ou légal au pays. Pour certains parents immigrants, il est difficile de comprendre que les services sociaux les soupçonnent de pratiques parentales inadéquates, une fois qu'ils ont quitté leurs pays afin d'offrir à leurs enfants un avenir meilleur (Gagnon, 2011). Selon Désy et al. (2007), lorsque les parents immigrants manifestent une méfiance envers leur intervenant ou envers les services gouvernementaux, les interactions deviennent plus difficiles et complexes. Lors de l'implantation de l'Initiative AIDES, nous avons noté chez les familles des comportements d'évitement et une résistance aux services reliés à la méfiance qui, bien entendu, ont complexifié la démarche.

La méfiance de la part de l'intervenant a surgi à partir du doute envers l'honnêteté du parent et par l'impression de ne pas avoir obtenu toutes les informations nécessaires. Selon Denis (2004), lors de l'intervention auprès d'immigrants, certains praticiens ont l'impression que leurs clients sont réticents à exprimer leurs opinions ou à raconter leur vécu, et qu'ils n'ont accès qu'à des informations très générales qui n'offrent pas une compréhension globale de la situation. Dans le cadre des pratiques proposées par l'Initiative AIDES, nous avons noté que malgré l'utilisation du CABE, l'une des intervenantes avait eu l'impression qu'elle n'avait pas une vue d'ensemble de la situation de la famille. Nous nous demandons si le climat de méfiance n'a pas eu une influence lors de l'administration du CABE qui a biaisé sa compréhension de la situation familiale.

Le deuxième obstacle relevé dans l'intervention qui utilisait des moyens promus par l'Initiative AIDES en contexte interculturel était le désaccordage entre les familles et les intervenants. Cette dysharmonie était présente au niveau de la communication entre les deux parties. Dans certains cas, les intervenants et les familles n'avaient pas les mêmes inquiétudes et ils avaient différents points de vue sur la façon de régler les problèmes. Il y avait aussi des différences dans la lecture des besoins et de la situation de la famille. Il était difficile pour chaque partie de faire comprendre son point de vue à son interlocuteur. Un climat d'incompréhension mutuelle s'est installé comme trame de fond de l'intervention. Selon Cohen-Emerique (2011), dans une relation d'aide, le processus d'encodage et de décodage des messages échangés est construit à partir des cadres de référence. Ces cadres sont composés des croyances, des valeurs et des représentations du monde. Les différences entre les cadres de référence de l'intervenant et du client peuvent être à l'origine des malentendus. Malgré les moyens proposés par l'Initiative AIDES afin de favoriser une lecture commune de la situation de la famille, il n'a pas été facile pour certains intervenants de construire une vision commune et d'obtenir des réponses ajustées à leurs besoins dans le contexte interculturel.

Le désaccordage était présent aussi dans les gestes posés par les intervenants et les familles. Ceci semble avoir été amplifié par les échéanciers des intervenants. Certaines familles n'ont pas été en mesure de suivre le rythme de l'intervention. Les intervenants ont initié des démarches auxquelles les familles n'ont pas adhéré, n'étant pas encore prêtes à le faire. Les réactions des familles ont été interprétées par les intervenants

comme un refus de l'aide ou encore comme un manque de collaboration. Selon Battaglini et al. (2005), le temps d'intervention auprès d'une clientèle immigrante est environ 40 % plus long en raison de l'incompréhension, de la complexité des cas et de la méconnaissance des services. L'allongement de la durée de l'intervention auprès des familles immigrantes semble être un autre enjeu important lors des pratiques proposées par l'Initiative AIDES.

Parmi les facteurs qui ont favorisé les interventions, le premier facilitateur que nous avons identifié, c'est l'accordage entre l'intervenant et la famille. L'accordage est d'ailleurs un processus important lors de l'intervention, car il permet d'établir le lien thérapeutique et de le rétablir lorsqu'il devient fragile pendant le processus d'intervention (Lecompte, 2012). L'accordage dépend de la capacité de l'intervenant à tolérer et à réguler ses propres affects lors de la modulation de l'affect de l'autre (Schore, 2003). Pour ce faire, l'idéal est que l'intervenant garde une position de respect, d'empathie, et de disponibilité émotionnelle tout au long de la démarche (Lecompte, 2012). Ceci peut représenter un défi particulier lors de l'intervention auprès de familles immigrantes. Lors des rencontres, des stéréotypes et des préjugés peuvent monter à la surface, ainsi que des jugements portés sur des comportements observés qui vont à l'encontre de la culture de l'intervenant (Misiorowska, 2009). Lors de l'implantation d'Initiative AIDES, certains intervenants ont fait face à des situations inattendues sur les plans des pratiques parentales et religieuses ainsi que sur celui des valeurs. Certains intervenants ont réussi à donner un sens aux dynamiques familiales et à maintenir un

dialogue émotionnel avec les familles. Il nous semble que l'utilisation du CABE a aidé les intervenants à mieux comprendre les dynamiques familiales et ainsi trouver un sens aux situations qui allaient à l'encontre de leurs valeurs culturelles. Ceci aurait pu contribuer à l'attitude d'acceptation, de compréhension et d'intérêt envers les familles et aurait pu aider les familles à se sentir écoutées, considérées et à l'aise dans la relation avec leurs intervenants.

Le deuxième facilitateur relevé dans l'intervention qui utilisait des moyens promus par l'Initiative AIDES a été le travail en partenariat entre l'intervenant et le(s) parent(s). Le concept de partenariat parent(s) et intervenant(s) est le reflet d'une préoccupation sociale majeure qui s'est développée vers la fin des années 1980 pour préciser les rôles et les attentes de chacun des acteurs. Les parents ont commencé à être appelés pour participer à la prise de décision concernant les services offerts à leur(s) enfant(s) au lieu de rester dans leur rôle d'observateur. Les intervenants ont réorienté leurs pratiques pour considérer les parents comme faisant partie du processus de recherche de solutions (Bouchard, Kalubi, & Sorel, 2011). À l'heure actuelle, ce concept est intégré dans le système des services sociaux du Québec. Ce partenariat a une importance particulière dans le processus d'adaptation à un nouvel environnement culturel. Il communique au parent immigrant une confiance en ses ressources, en son potentiel et en sa capacité à faire des choix éclairés (Chiasson & Deschênes, 2007). L'Initiative AIDES encourage les parents à participer à toutes les étapes de l'intervention et aux prises de décisions. Lorsque l'Initiative AIDES a été appliquée aux familles immigrantes, nous avons

constaté que certains parents sont devenus des partenaires actifs, ce qui a permis un partage des responsabilités entre les professionnels et les familles et entre les parents à l'intérieur de la famille.

Finalement, un autre facilitateur à l'intervention, c'est la collaboration interorganisationnelle, qui, elle, a amélioré les services offerts aux familles. Les actions rattachées à cette collaboration ont pris diverses formes : la concertation entre les intervenants, une entente de continuité de services, une demande de médiation et un échange d'informations. Ces différentes actions évoquent une large définition du concept de la collaboration, qui s'explique en partie par son évolution. Initialement, le concept de la collaboration impliquait une synthèse de différentes perspectives qui permettait de mieux comprendre des problèmes complexes. Ensuite, est apparu le concept de la collaboration interprofessionnelle qui fait référence à des pratiques communes entre les professionnels et les organisations, suivi par celui de la pratique collaborative dans laquelle chaque professionnel contribue de manière synergique aux soins. Aujourd'hui, nous avons également le partenariat de soins et de services qui se traduit par la volonté de collaboration entre les professionnels, mais aussi avec le client (Deschênes et al., 2014). L'initiative AIDES s'inscrit dans cette optique de partenariat de soins et services. Lorsque l'Initiative AIDES a été utilisée auprès de ces familles immigrantes, des actions ont été mises en place pour favoriser et soutenir les démarches de collaboration entre les parents et l'ensemble des réseaux qui œuvrent auprès des enfants et de leurs familles afin de répondre à tous les besoins des enfants. Même si les

résultats désirés n'ont pas toujours été atteints, les différentes formes de collaboration interorganisationnelle adoptées ont facilité les interventions. Dans cette étude, l'intervenante qui a travaillé en silo a eu plus de difficulté dans sa pratique.

Forces et limites de l'étude

En ce qui concerne les forces de cette étude, elle se penche sur un sujet qui n'avait pas été abordé dans la recherche de Chamberland et al. (2015) sur l'implantation de l'Initiative AIDES, soit des facilitateurs et des obstacles qui surviennent dans une intervention qui utilise les moyens préconisés par l'initiative AIDES en contexte interculturel. Elle nous a ainsi permis de mieux comprendre les contextes influençant cette pratique dans les interventions auprès de familles immigrantes. À l'aide de la méthode de catégories conceptualisantes de Paillé et Mucchielli (2012), nous avons pu faire une analyse des expériences vécues par les participants lors d'interventions encadrées par l'Initiative AIDES et comprendre les dynamiques relationnelles entre les intervenants et les familles.

Quant aux limites de cette étude, l'analyse des données n'a pas été triangulée. Ainsi, sa validité est diminuée. Aussi, la généralisation des résultats est limitée à cause du nombre restreint de cas; même si les participants de la recherche constituaient un échantillon représentatif, il y avait très peu de familles immigrantes dans cet échantillon. D'ailleurs, l'ensemble des familles impliquées dans cette étude sont d'origine haïtienne, il serait intéressant d'avoir un échantillon constitué de familles de différentes cultures

d'origine. Une autre limite est l'absence d'un groupe de comparaison, celui de non-immigrants. Ce choix a éliminé la possibilité de comprendre les facilitateurs et les barrières à l'intervention qui utilise les moyens promus par l'Initiative AIDES et qui sont particuliers au contexte interculturel. Des familles d'origine québécoises vivant des contraintes associées à des expériences d'exclusion sociale et de vulnérabilité économique pourraient tenir des propos similaires sur leurs expériences avec les services. La non disponibilité d'un groupe de comparaison laisse cette question ouverte et d'autres études dans ce domaine sont requises. Enfin, le recours à des données cueillies dans une étude antérieure, bien que cette dernière avait des objectifs non loin des nôtres, a restreint notre compréhension des expériences vécues au sein des pratiques de l'Initiative AIDES, car les questions posées dans la recherche précédente ne s'intéressaient pas spécifiquement à notre champ d'investigation.

Rapport-Gratuit.com

Conclusion

Cet essai s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche plus large, développé par Chamberland et al. (2015) dont un des objectifs était d'évaluer l'implantation de l'Initiative AIDES (2007-2011). Pendant notre travail en tant qu'assistante de recherche, nous nous sommes intéressés au volet des pratiques professionnelles qui font une différence sur la qualité de la relation de collaboration vécue entre les parents et les intervenants étudiée par Lemay et al. (2012). Cette étude a examiné, entre autres, les conditions qui ont affecté la qualité de la relation dyadique parent(s)-intervenant(s), des points de vue des parents et des intervenants qui ont appliqué les moyens promus par l'Initiative AIDES. Nous nous sommes questionnés sur des facteurs qui ont facilité et qui ont posé des obstacles à cette relation de collaboration dans le cadre de l'implantation de l'Initiative AIDES en contexte interculturel. Notre recension d'écrits a permis de mettre en lumière la complexité de l'intervention auprès de familles immigrantes et les divers facteurs culturels qui posent des obstacles à l'intervention dans ce contexte, notamment la méfiance des parents et des intervenants; les différences de valeurs et des pratiques culturelles entre les parents et les intervenants; les outils d'intervention peu adaptés à la clientèle; et le manque de communication entre les organisations qui offrent des services aux familles immigrantes. Face à ces constats, nous cherchions à savoir si certains moyens promus par l'initiative AIDES aidaient à pallier certaines de ces limites.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

L'analyse de quatre cas nous a permis de mettre en évidence que certaines pratiques préconisées par l'Initiative AIDES facilitent la collaboration entre les intervenants et les parents immigrants. Selon les résultats de note étude, l'utilisation de l'outil CABE (qui permet de placer l'enfant au centre de l'intervention) contribuerait à ce que les parents immigrants comprennent mieux les difficultés de leurs enfants et l'importance de l'intervention. Le CABE aiderait aussi ces parents à nommer leurs besoins.

Une autre pratique préconisée par l'Initiative AIDES que nous avons identifiée comme facilitateur dans la collaboration intervenant(s)-parent(s) immigrant(s) était l'implication des parents dans la démarche et dans la recherche de solutions. Ceci peut améliorer la communication au sein de l'intervention et les partages de responsabilités. Les parents qui acceptent de participer activement à l'intervention comprendraient davantage les difficultés qui existent au sein de la famille et seraient plus disponibles pour répondre aux besoins de leur(s) enfant(s). Pour y arriver, il est important d'avoir établi un climat de confiance entre les parents et l'intervenant. Quand il existe un climat de méfiance mutuelle, il est difficile d'amener le parent immigrant à participer au processus d'intervention. Cette méfiance devient un obstacle à la relation de collaboration parent(s)-intervenant(s) qui est un des moyens promus par l'Initiative AIDES.

Nous avons constaté que la collaboration intersectorielle et interorganisationnelle a favorisé la continuité des services et la réponse aux nombreux besoins de la famille

immigrante. Certains partenaires peuvent être plus actifs dans des moments plus précis de la démarche et d'autres peuvent être présents tout au long de l'intervention. Qu'elle soit ponctuelle ou continue, cette collaboration entre partenaires, même s'ils ne sont pas spécialisés auprès de cette clientèle, est une source de support et d'écoute pour l'intervenant et s'est avéré un élément facilitateur dans la collaboration intervenant(s)-parent(s) immigrant(s). En contrepartie, le travail en silo et le sentiment de l'intervenant que les autres professionnels ne le soutiennent pas constitueraient des obstacles aux pratiques promus par AIDES en contexte interculturel.

Mis à part les pratiques promues dans l'Initiative AIDES afin de favoriser la collaboration intervenant(s)-parent(s) immigrant(s), l'accordage entre l'intervenant et le parent est important. Ceci implique, de la part de l'intervenant, une capacité à s'ajuster, à maintenir un dialogue émotionnel avec les parents et à donner un sens à la dynamique familiale.

Du point de vue de la recherche, il serait intéressant de réaliser une étude avec un plus grand échantillon de familles immigrantes ayant participé à des interventions qui utilisent les moyens promus par l'Initiative AIDES et de comparer les résultats avec les nôtres. Cela pourrait renforcer nos conclusions, apporter une compréhension approfondie de certains aspects de notre étude, et permettre des généralisations qui pourraient servir à améliorer les pratiques auprès des familles immigrantes.

Une fois parvenus à ces généralisations qui concernent les pratiques préconisées dans l'Initiative AIDES, il serait intéressant de faire la même démarche auprès des autres programmes qui font partie eux aussi des services intégrés centrés sur les familles qui misent sur l'action intersectorielle. Au Québec, depuis plus de dix ans, l'action intersectorielle est de plus en plus présente dans les pratiques des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (Mercier et al., 2003) et comme la croissance de familles immigrantes au Québec est une réalité, il est important de comprendre les impacts des pratiques qui font appel à l'intersectorialité sur ces familles.

Références

Affleck, G., Tennen, H., & Rowe, J. (1991). *Infants in crisis: How parents cope with newborn intensive care and its aftermath.* New York: Springer-Verlag.

Ahmed, N. (2005). *Effet intergénérationnel de la sélection et de l'assimilation des immigrants sur les résultats en matière de santé des enfants.* Ottawa, ON : Statistique Canada, Direction des études analytiques.

Alexandre, M. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple. *Recherches qualitatives, 32*(1), 26-56.

Amar, M., Bérubé, M.-P., & Museminali, A. (2008). Rapport de recherche évaluation dans le cadre de l'implantation du projet « Des services de santé, médicaux et psychosociaux, accessibles et en continuité dans la région de Québec pour la population immigrante vulnérable ». CLSC Ste-Foy-Sillery, Qc : Centre de Santé et des Service Sociaux de la Vieille-Capitale.

Association canadienne pour la santé mentale. (2003). *La santé mentale chez les immigrants et les réfugiés.* Repéré à http://www.cmha.ca/fr/public_policy/la-sante-mentale-chez-les-immigrants-et-les-refugies-feuillets-dinformation/

Audet, G., Potvin, M., Burham-Bella, M., Casaubon, M., Hassan, G., Papazian-Zohrabian, G., & Bélanger, J. (2013). Les intervenants communautaires-scolaires dans des quartiers défavorisés et pluriethniques de Montréal : synthèse comparée des initiatives et état de la situation. Montréal, QC : InterActions. Centre de recherche et de partage des savoirs. CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Centre affilié universitaire.

Barudy, J. (1992). Migration politique, migration économique : une lecture systémique du processus d'intégration des familles migrantes. *Santé mentale au Québec, 17*(2), 47-70.

Battaglini, A. (2010). Introduction. Dans A. Battaglini (Éd.), *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique* (pp. 7-20). Québec, QC : Éditions Saint-Martin.

Battaglini, A., Alvarado, E., Poirier, L.-R., & Caulet, M. (2005). *Les services de première ligne et les populations immigrantes. Projet pilote : synthese.* Montréal, QC : Direction de santé publique de Montréal.

Battaglini, A., & Camirand, H. (2010). Les services sociaux et de santé face à la diversité linguistique et culturelle : exigences et enjeux organisationnels. Dans A. Battaglini (Éd.), *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique* (pp. 55-73). Québec, QC : Éditions Saint-Martin.

Battaglini, A., Désy, M., Dorval, D., Poirier, L.-R., Fournier, M., Camirand, H., & Fecteau, D. (2007). *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate.* Montréal, QC : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Battaglini, A., Gravel, S., Boucheron, L., Fournier, M., Brodeur, J. M., Poulin, C., . . . Heneman, B. (2002). Quand migration et maternité se croisent : perspectives des intervenantes et des mères immigrantes. *Service social, 49*(1), 35-69.

Battaglini, A., Gravel, S., Poulin, C., Fournier, M., Brodeur, J. M. (2002). Migration et paternité ou réinventer la paternité. *Nouvelles pratiques sociales, 15*(1), 165-179.

Baumard, P., & Ibert, J. (2007). Quelles approches avec quelles données? Dans R.-A. Thiétart (Éd.), *Méthodes de recherche en management* (2e éd., pp. 82-103). Paris, France : Dunod.

Becklumb, P. (2008). *Le programme canadien d'immigration.* Ottawa, ON : Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Bérubé, L. (2004). *Parents d'ailleurs, enfants d'ici : dynamique d'adaptation du rôle parental.* Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.

Berry, J. W. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications* (2e éd.). Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.

Bouchard, J.-M., Kalubi, J.-C., & Sorel, L. (2011). Le partenariat entre les parents et les intervenants : des perceptions aux réalisations. *Rivista Italiana di Educazione Familiare, 2*, 61-78.

Bourassa, F. (1997). Compétences interculturelles : un modèle intégrateur inspiré de la psychologie des relations humaines. *Interactions, 1*(1), 59-76.

Brousseau, M. (2012). Interventions et programmes en contexte de négligence : évolution et défis de l'intervention auprès des familles. *Enfances, familles, générations, 16*, 95-112.

Cambon, L., Ridde, V., & Alla, F. (2010). Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 58*(4), 277-283.

Chamberland, C., & Bilodeau, A. (2000). Identité et légitimité de la promotion de la santé : la nécessaire conjugaison des paradigmes de recherche et d'action. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7*(1), 138-149.

Chamberland, C., Lacharité, C., Lessard, D., Dufour, S., Lemay, L., & Clément, M. È. (2015). L'initiative AIDES : une approche centrée sur les besoins des enfants vulnérables. Dans M. Poirier, S. Léveillé & M. È. Clément (Éds), *Jeunesse en tête : au-delà du risque, les besoins de développement des enfants*. Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université du Québec.

Chiasson, N. (1998). Le soutien à l'intégration et la formation aux compétences interculturelles. *Revue québécoise de psychologie, 19*(3), 251-269.

Chiasson, N., & Deschênes, G. (2007). *La compétence interculturelle actualisée dans une approche d'empowerment au service des familles immigrantes. Rapport de Recherche*. Sherbrooke, QC : Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement.

Christensen, C. (1988). Pour une société multiculturelle et multiraciale : redéfinir notre politique raciale. *Interculture, 21*(3), 2-13.

Chuang, S., & Tamis-LeMonda, C. (2009). Gender roles in immigrant families: Parenting views, practices, and child development. *Sex Roles, 60*(7-8), 451-455.

Cognet, M., & Verghnes, M. (2001). *Services de santé et services sociaux en milieu pluriethnique : bilan critique de recherche 1997-2000*. Montréal, QC : CLSC Côte-des-Neiges, Centre de recherche et de formation, équipe CQRS.

Cohen-Emerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec, 18*(1), 71-91.

Cohen-Emerique, M. (2011). *Pour une approche interculturelle en travail social : théories et pratiques*. Rennes, France : Presses de l'École des hautes études en santé publique.

Communauté métropolitaine de Montréal. (2013). Le Grand Montréal parmi les principaux pôles d'immigration en Amérique du Nord. *Perspective Grand Montréal, 24*, 1-8.

Couture, D. (2013). *La collaboration des parents de minorités visibles avec les services de la protection de la jeunesse : le rôle du soutien informel parental et des compétences de l'intervenant* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, QC. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/8975/Couture_Dominique_2012_memoire.pdf?sequence=2

Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris, France : Odile Jacob.

Denis, D. (2004). L'intervention de surface ou comment dépasser l'impression d'être un « mal nécessaire » auprès des clients immigrants. *Intervention, 120*, 110-116.

De Plaen, S., Alain, N., Rousseau, C., Chiasson, M., Lynch, A., Elejalde, A., & Sassine, M. (2005). Mieux travailler en situations cliniques complexes : l'expérience des séminaires transculturels interinstitutionnels. *Santé mentale au Québec, 30*(2), 281-299.

Deschênes, B., Jean-Baptiste, A., Matthieu, E., Mercier, A.-M., Roberge, C., & St-Onge, M. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Montréal, QC : RUIS Université de Montréal.

Désy, M., Bastien, R., & Battaglini, A. (2007). *Mesure de l'intensité nécessaire à l'intervention auprès des jeunes immigrants et leur famille : Centre jeunesse de Montréal et Centre de la jeunesse et de la famille Batshaw*. Montréal, QC : Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Dini, M., Bout, B., Gournac, M. A., Campion, C.-L., Demotes, C., & Pasquet, I. (2011). *Rapport d'information à la suite d'une mission effectuée du 6 au 14 septembre 2010 par une délégation chargée d'étudier la politique familiale et la protection de l'enfance au Québec*. Paris, France : Sénat.

Dufour, S., Lessard, D., & Chamberland, C. (2014). Facilitators and barriers to implementation of the AIDES initiative, a social innovation for participative assessment of children in need and for coordination of services. *Evaluation and program planning, 47*, 64-70.

Dumont, M.-C., & Legendre, G. (2000). Repenser l'intervention en tenant compte des origines. *Psychologie, 17*(5), 16-18.

Rapport-Gratuit.com

Durand, D., Gravel, S., Desjardins, N., Fortier, M., Bourque, R., Manseau, S., . . . Adrien, A. (2007). *Naître ici et venir d'ailleurs; Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente.* Québec, QC : Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin, 51*(4), 327.

Gagnon, E. (2011). *Approche interculturelle et protection de la jeunesse : application du processus de médiation interculturelle auprès de familles issues de l'immigration en Centre jeunesse* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal, QC. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/6217/Gagnon_%20Edith_2011_essai.pdf?sequence=1

Gagnon, Y. C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2e éd.). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Gervais, C. (2010). *Intervenir auprès des familles immigrantes : le point de vue des intervenants.* Repéré à http://www.centreinteractions.ca/fileadmin/csss_bcsl/Menu_du_haut/Publications/Enseignement_et_recherche/Recherche/Conferences_scientifiques/Pres_conference_Christine_Gervais_5_oct_2010.pdf

Gervais, C., & Robichaud, F. (2009). Intervenir auprès des familles immigrantes : un partage des réalités observées par les intervenants. *L'infirmière clinicienne, 6*(2), 6-10.

Girard, C., Payeur, F. F., Charbonneau, A. B., St-Amour, M., Pacaut, P., & André, D. (2013). *Le bilan démographique du Québec. Édition 2013.* Québec, QC : Institut de la statistique du Québec.

Gouvernement du Québec. (2006). *Vers une politique gouvernementale de lutte contre le racisme et la discrimination.* Montréal, QC : Direction des affaires publiques et des communications.

Gratton, D. (2010). *Communiquer dans un contexte de diversité.* Repéré à http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2010/08/Pr%C3%A9sentation-COMMUNIQUER-DANS-UN-CONTEXTE-DE-DIVERSIT%C3%89.pdf

Gravel, S., Battaglini, A., Riberdy, H., & Guay, D. (2000). Culture, santé et ethnicité. *Direction de la santé publique, Régie régionale de la Santé et Services sociaux de Montréal-Centre, 4*(3).

Hamel, J. (2000). À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point. *Recherches qualitatives, 21*, 3-20.

Hassan, G., Fraser, S., Papazian-Zehrabian, G., & Rousseau, C. (2012). La psychologie clinique culturelle : une question de savoir-être. *Psychologie Québec, 29*(1), 32-34.

Hassan, G., & Rousseau, C. (2007). La protection des enfants : enjeux de l'intervention en contexte interculturel. *Bulletin de la recherche interculturelle, 45*, 37-50.

Hernandez, S. (2007). *Les hommes immigrants et leur vécu familial : impact de l'immigration et intervention.* Montréal, QC : Centre de santé et de services sociaux de la Montagne.

Hlady-Rispal, M. (2002). *La méthode des cas : application à la recherche en gestion.* Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Hohl, J., & Cohen-Emerique, M. (1999). La menace identitaire chez les professionnels en situation interculturelle : le déséquilibre entre scénario attendu et scénario reçu. *Études ethniques au Canada, 21*(1), 106-123.

Jean-Baptiste, J.-C. (2013). Les particularités et les défis de l'intervention en toxicomanie en contexte ethnoculturel. *Bulletin de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, 121*, 11-12.

Kanouté, F. (2002). Profils d'acculturation d'élèves issus de l'immigration récente à Montréal. *Revue des sciences de l'éducation, 28*(1), 171-190.

Kirmayer, L. (2012). La santé mentale chez les immigrants et les réfugiés. *Quintessence, 4*(7), 1-2.

Lacharité, C., Fafard, G., Bourassa, L., Bizier, M., Duracher, F., Cossete, F., & Lessard, D. (2005). *Programme d'aide personnelle, familiale et communitaire : nouvelle génération.* Trois-Rivières, QC : GRIN/UQTR.

Larivée, A. (2015). *Adolescence, immigration et santé mentale : schisme et articulation des discours soignants autour des orientations et des stratégies d'intervention en contexte ethnopsychiatrique* (Mémoire de maîtrise inédite). Université de Montréal, QC. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12429

Larivée, M-A. (2015). *La détresse psychologique des travailleurs immigrants au Québec* (Mémoire de maîtrise inédite). Université du Québec à Montréal., QC. Repéré à http://www.archipel.uqam.ca/8093/

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Lazure, G., & Benazera, C. (2006). *Devenir parent au Québec : le parcours des familles immigrantes dans la région de Québec.* Québec, QC : Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale.

Lecompte, C. (2012). La supervision clinique favorise le développement de la compétence et de l'efficacité thérapeutique. *Psychologie Québec, 29*(3), 28-32.

Lecomte, Y. (2015). *SAM 4300 - Cultures et pratiques d'intervention.* Recueil inédit : TÉLUQ.

Lecomte, Y., Jama, S., & Legault, G. (2006). Présentation : l'ethnopsychiatrie. *Santé mentale au Québec, 31*(2), 7-27.

Legault, G., & Fortin, S. (1996). Problèmes sociaux et culturels des familles d'immigration récente. Perceptions des familles et des intervenants. Dans J. Alary & L. Éthier (Éds), *Comprendre la famille. Actes du troisième symposium de recherches sur la famille* (pp. 411-433). Sainte-Foy, QC : Les Presses de l'Université du Québec.

Lemay, L., Dufour, S., Bouchard, V., & Plourde, S. (2012). *Practitioner-parent collaboration: under what conditions? The views of parents who participated in the AIDES social innovation.* Communication présentée au 8th BASPCAN International Congress, Belfast, Ireland.

Lessard, D., Chamberland, C., & Léveillé, S. (2007, automne). L'évaluation de l'initiative AIDES : pour changer la culture d'aide à l'enfance et à la famille dans des communautés québécoises. Repéré à http://www.initiativeaides.ca/fr/system/files/Lessardetal2007.pdf

Liu, J., & Kerr, D. (2003). Family Change and Economic Well-being in Canada: The Case of Recent Immigrant Families with Children. *International Migration, 41*(4), 113-140.

Masseroni, S., Dominguez, V., & Maidana, V. (2012). La construction de sens à partir d'entrevues : le cas des immigrés de l'ex-bloc soviétique. *Recherches qualitatives, 31*(3), 93-129.

McQueen, D. V., & Anderson, L. M. (2000). Identité et légitimité de la promotion de la santé : la nécessaire conjugaison des paradigmes de recherche et d'action. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7*(1), 79-98.

Mercier, C., Métivier, A., Coulombe, C., Duquette, G., Gendreau, C., Pillette, M.-L., & Rousseau, N. (2003). *Action intersectorielle et développement local à Sherbrooke : impacts et perspectives pour l'action communautaire*. Sherbrooke, QC : Moisson-Estrie, Université de Sherbrooke.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Ministère de l'Immigration Diversité et Inclusion. (2015). *Bulletin statistique sur l'immigration permanente au Québec. 1er trimestre 2015*. Montréal, QC : Direction de la recherche et de l'analyse prospective.

Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. (2013). *Plan d'action du gouvernement du Québec pour l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées sélectionnées à l'étranger 2013-2016*. Gouvernement du Québec : Québec, QC. Repéré à https://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/divers/PLA_AccueilRefugies2013-2016.pdf

Ministère de la Famille et des Aînés. (2011). *Un portrait statistique des familles au Québec*. Québec, QC : Direction des communications.

Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration du Québec. (1990). *Au Québec pour bâtir ensemble. Énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration*. Québec, QC : Direction des communications.

Misiorowska, M. (2009). Formation interculturelle en tant qu'intervention pratique dans le processus d'intégration des nouveaux immigrants en emploi au québec. *Revue du SHA, 1*(1), 32-38.

Miszkurka, M., Goulet, L., & Zunzunegui, M. (2012). Antenatal depressive symptoms among Canadian-born and immigrant women in Quebec: Differential exposure and vulnerability to contextual risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(10), 1639-1648. doi: 10.1007/s00127-011-0469-2

Morin, P., Benoît, M., Dallaire, N., Doré, C., & Leblanc, J. (2012). *L'intervention de quartier au CSSS-IUGS : une recherche évaluative*. Sherbrooke, QC : Centre de santé et de services sociaux. Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Morland, L., Duncan, J., Hoebing, J., Kirschke, J., & Schmidt, L. (2005). Bridging refugee youth and children's services: A case study of cross-service training. *Child Welfare, 84*(5), 791-812.

Mucchielli, A. (1983). *L'Analyse phénoménologique et structurale en sciences humaines*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines.* Paris, France : Armand Colin.

Nathan, T. (1986). *La folie des autres : traité d'ethnopsychiatrie clinique.* Paris, France : Dunod.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e éd.). Paris, France : Armand Colin.

Pangop, D. (2013). Croyances et valeurs culturelles des pères immigrants d'origine latine relativement au châtiment corporel. *Le cyber journal, 4*(2).

Raab, R. (2015). Quelles opérations de recherche dans une démarche inductive inspirée de l'analyse par catégories conceptualisantes? *Recherches qualitatives, 34*(1), 122-142.

Racine, G. (2011). *La méfiance de l'intervenant à l'égard de l'usager : évolution d'une réflexion.* Repéré à http://labossedusocial.com/2011/05/25/la-mefiance-de-l%E2%80%99intervenant-a-l%E2%80%99egard-de-l%E2%80%99usager-evolution-dune-reflexion/

Reflet Salvéo. (2014). *Santé mentale des immigrants, une revue de la littérature.* Toronto, ON : Rifssso. Repéré à http://refletsalveo.ca/wp-content/uploads/2015/05/Sante-mentale-des-immigrants-une-revue-de-la-littérature-22-juin-2014.pdf

Regroupement des intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario. (2008). *Besoins de formation et d'information des intervenants francophones en intervention pluriethnique. Rapport final.* Repéré à http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2008/08/rapport-final-competences-culturelles.pdf

Rinfret-Raynor, M., Brodeur, N., Lesieux, É., & Dugal, N. (2013). *Adaptation des interventions aux besoins des immigrants-es en situation de violence conjugale : état des pratiques dans les milieux d'intervention.* Montréal, QC : Cri-Viff.

Robert, A.-M., & Gilkinson, T. E. (2012). *Mental health and well-being of recent immigrants in Canada: Evidence from the longitudinal survey of immigrants to Canada.* Ottawa, ON: Citizenship and Immigration Canada.

Robichaud, F. (2009). Les familles et l'immigration : apprécier les différences et faire face aux défis. Dans C. Lacharité & J.-P. Gagnier (Éds), *Comprendre les familles pour mieux intervenir – repères conceptuels et stratégies d'action* (pp. 229-251). Montréal, QC : Gaëtan Morin.

Rousseau, C., Alain, N., DePlaen, S., Chiasson-Lavoie, M., Elejalde, A., Lynch, A., & Moss, E. (2005). Repenser la formation continue dans le réseau de la santé et des services sociaux : l'expérience des séminaires interinstitutionnels en intervention transculturelle. *Nouvelles pratiques sociales, 17*(2), 109-125.

Rouzier, R., Jézéquel, M., Montejo, M. E., Therrien, S., Thibault, C., Gagnon, L. R., . . . Bashala, E. B. (2007). *Avis sur la prise en compte et la gestion de la diversité ethnoculturelle*. Montréal, QC : Conseil des relations interculturelles.

Roy, G. (1993). Complexité et interculturel. *Service social, 42*(1), 145-152.

Roy, G. (2003). *Pratique sociale interculturelle au SARIMM (Service d'aide aux réfugiés et aux immigrants du Montréal métropolitain)*. Montréal, QC : CLSC Côte-des-Neiges.

Roy, G. (2008). Les outils de pratique. Dans G. Legault & L. Rachédi (Éds), *L'intervention interculturelle* (2e éd., pp. 168-195). Montréal, QC : Gaëtan Morin.

Roy, S. N. (2009). L'étude de cas. Dans B. Gauthier (Éd.), *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données* (5e éd., pp. 199-225). Sainte-Foy, QC : Les Presses de l'Université du Québec.

Rufagari, M. C. (2010). *Le succès des interventions auprès des nouveaux immigrants passe inévitablement par l'adaptation des pratiques.* Communication présentée au Colloque sur les enjeux interculturels, Montréal, QC.

Sabatier, C. (1991). Les relations parents-enfants dans un contexte d'immigration : ce que nous savons et ce que nous devrions savoir. *Santé mentale au Québec, 16*(1), 165-190. doi: 10.7202/032209ar

Savoie-Zajc, L. (2000). L'analyse de données qualitatives : pratiques traditionnelle et assistée par le logiciel NUD* IST. *Recherches qualitatives, 21*, 99-123.

Sayegh, L., & Lasry, J.-C. (1993). Acculturation, stress et santé mentale chez des immigrants libanais à Montréal. *Santé mentale au Québec, 18*(1), 23-51.

Schellenberg, G., & Maheux, H. (2007). *Perspectives des immigrants sur leurs quatre premières années au Canada : faits saillants des trois vagues de l'enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada*. Ottawa, ON : Statistique Canada.

Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self* New York, NY: WW Norton & Company.

Simons, H. (2009). *Case study research in practice*. Los Angeles, CA: SAGE publications.

Street, M. C., & Laplante, B. (2014). Pas plus élevée, mais après la migration! Fécondité, immigration et calendrier de constitution de la famille. *Cahiers québécois de démographie, 43*(1), 35-68.

TCRI. (2011). *Mémoire présenté par la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) dans le cadre de la consultation du gouvernement du Québec La planification de l'immigration au Québec pour la période 2012-2015*. Québec, QC : Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes.

Tremblay, L. (2011). Intervenir avec un interprète en santé mentale. Entrevue avec Yvan Leanza. [Numéro spécial]. *Entre-Vues, 2*(3).

Tremblay, M. (2006). *L'accessibilité et l'adaptation des services de santé et des services sociaux et psychosociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles de la région de la Capitale-Nationale. Bilan, 2005, 2006-2009*. Québec, QC : Agence de la Santé et des Services Sociaux de la Capitale-Nationale.

Tremblay, M. (2008). *Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec. Rapport 6. Incidence de l'immigration sur le système de santé au Québec*. Québec, QC : École nationale d'administration publique.

Vatz-Laaroussi, M. (2007). Les relations intergénérationnelles, vecteurs de transmission et de résilience au sein des familles immigrantes et réfugiées au Québec. *Enfances, familles, générations, 6*, 1-15.

Vatz-Laaroussi, M. (2009). *Mobilité, réseaux et résilience : le cas des familles immigrantes et réfugiées au Québec*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Vatz-Laaroussi, M., & Bessong, J. M. (2008). Être parents en situation d'immigration : défis, enjeux et potentiels. Dans C. Parent (Éd.), *Visages multiples de la parentalité* (pp. 223-253). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Vatz-Laaroussi, M., & Charbonneau, J. (2001). L'accueil et l'intégration des immigrants : à qui la responsabilité? Le cas des jumelages entre familles québécoises et familles immigrantes. *Liens social et politique* (46), 111-124.

Ville de Montréal. (2015). *Mémoire de la Ville de Montréal.* Présenté à la Commission des relations avec les citoyens de l'assemblée nationale. Dans le cadre de la consultation portant sur le document « vers une nouvelle politique québécoise en matière d'immigration, de diversité et d'inclusion ». Repéré à https://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/BUR_DU_MAIRE_FR/MEDIA/DOCUMENTS/memoireville_de_montreal_immigration09_02_2015.pdf

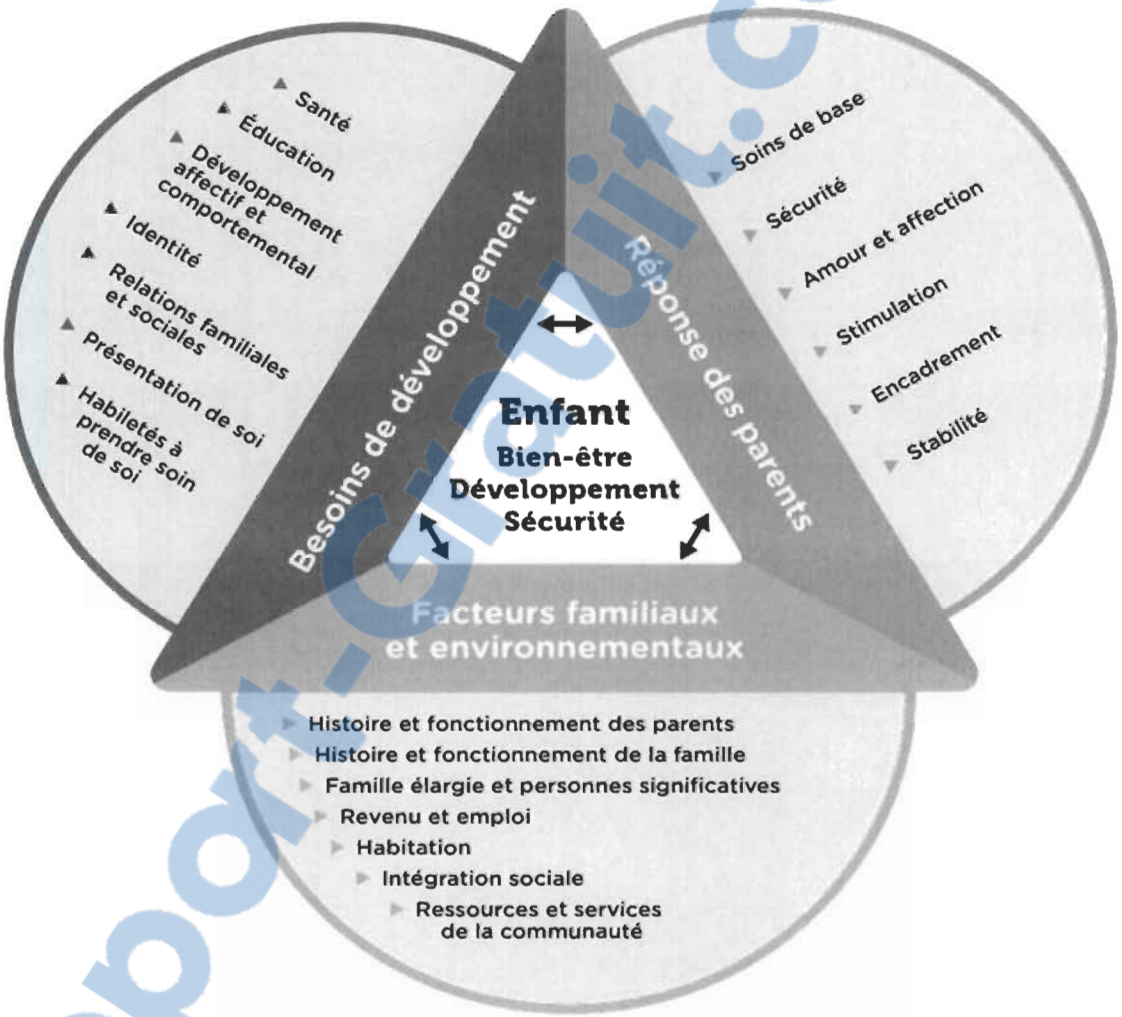
Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherches qualitatives, 3*, 243-272.

Yin, R. K. (2003). *Case study research design and methods* (3e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Appendice A

Cadre d'analyse écosystémique des besoins de développement des enfants

CADRE D'ANALYSE ÉCOSYSTÉMIQUE DES BESOINS DE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS



Rapport-Gratuit.com

Appendice B

Questionnaire de renseignements sur la famille

Numéro d'identification : _____
Nom de l'évaluateur : _____
Date de la rencontre : _____/_____/_____
Jour mois année

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE

A) COMPOSITION ACTUELLE DE LA FAMILLE

1a. Famille biparentale :
Même couple depuis la naissance du premier enfant
Famille reconstituée (en couple depuis _____)

1b. Famille monoparentale :
Y a-t-il parfois une présence masculine à la maison?
Oui lien avec le répondant _____
Fréquente la maison régulièrement
Fréquente la maison occasionnellement
Depuis _____
Non

2a. Inscrire les initiales, le sexe et l'âge de tous les enfants *(y compris ceux actuellement placés en famille d'accueil)* ainsi que de tous les adultes qui vivent actuellement au domicile familial.

Initiales	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aa)	Âge	Lien avec le répondant	Si placé en famille d'accueil, depuis :

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

2b. Si la personne interviewée ou son conjoint a d'autres enfants qui ne vivent pas actuellement au même domicile (et qui ne sont pas en situation de placement), inscrire les initiales, le sexe, l'âge, la filiation et la fréquence de contact de cet (ces) enfant(s) avec la famille actuelle. **Notes** : filiation indiquer s'il s'agit de l'enfant de monsieur ou de madame; fréquence de contact décrire le mode de partage de garde ou la fréquence (ex.: 1 fin de semaine sur 2; 1 semaine sur 2; 6 mois par année; 2 ou 3 jours par mois; etc.)

Initiales	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aa)	Âge	Filiation	Fréquence de contact

B) SCOLARISATION, EMPLOI ET REVENU FAMILIAL

3. Encercler le plus haut niveau de scolarité atteint

Mère	**Père**	**Votre conjoint-e ***
Primaire 1 2 3 4 5 6	Primaire 1 2 3 4 5 6	Primaire 1 2 3 4 5 6
Secondaire 1 2 3 4 5	Secondaire 1 2 3 4 5	Secondaire 1 2 3 4 5
Secondaire professionnel 1 2 3	Secondaire professionnel 1 2 3	Secondaire professionnel 1 2 3
Collégial 1 2 3	Collégial 1 2 3	Collégial 1 2 3
Universitaire 1 2 3 4 ou +	Universitaire 1 2 3 4 ou +	Universitaire 1 2 3 4 ou +

4. Situation d'emploi

	Mère	**Père de l'enfant**	**Votre conjoint-e**
a. Titre d'emploi			
b. Depuis (nombre de mois)			
c. Régulier ou occasionnel	❒ Régulier ❒ Occasionnel	❒ Régulier ❒ Occasionnel	❒ Régulier ❒ Occasionnel
d. Nombre d'heures travaillées par semaine			

*Le conjoint (e) réside avec l'enfant depuis 6 mois ou plus

5. Sources de revenu familial (cocher toutes les cases appropriées pour chaque personne)

	Mère	**Père de l'enfant**	**Votre conjoint (s'il demeure avec vous)**
Revenus du travail	❒	❒	❒
Prestations d'assurance emploi	❒	❒	❒
Prestations d'aide sociale	❒	❒	❒
Pension alimentaire	❒	❒	❒
Allocations familiales	❒	❒	❒
Retour de taxes	❒	❒	❒
Autre (précisez)	_____	_____	_____

6. Revenu familial annuel brut (avant impôts), en tenant compte de toutes les sources de revenu

❒ Moins de 10 000$
❒ 10 000 à 14 999$
❒ 15 000 à 19 999$
❒ 20 000 à 24 999$
❒ 25 000 à 29 999$
❒ 30 000 à 34 999$
❒ 35 000 à 39 999$
❒ 40 000 à 44 999$
❒ 45 000 à 49 999$
❒ 50 000 à 54 999$
❒ 55 000$ et plus

C) HABITATION

7. Dans quel type de logement demeurez-vous? Est-ce un(e) :

❒ Maison individuelle
❒ Maison double
❒ Maison en rangée
❒ Duplex
❒ Immeuble d'appartements de moins de 5 étages
❒ Immeuble d'appartements de 5 étages ou plus
❒ Institution
❒ Hôtel, maison de chambres/pension, camp
❒ Maison mobile
❒ Autre

8. Nombre de pièces que compte le logement actuel_____

9. Êtes-vous propriétaire ou locataire? _____

D) SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

10. Dans quel pays êtes-vous né(e)?

- ❒ Canada
- ❒ Chine
- ❒ France
- ❒ Allemagne
- ❒ Grèce
- ❒ Guyane
- ❒ Hong Kong
- ❒ Hongrie
- ❒ Inde
- ❒ Italie
- ❒ Jamaïque
- ❒ Pays-Bas (Hollande)
- ❒ Philippines
- ❒ Pologne
- ❒ Portugal
- ❒ Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Irlande du Nord, Pays de Galles)
- ❒ États-Unis
- ❒ Viêtnam
- ❒ Autre - Précisez.....

11. Quelle(s) langue(s) parlez-vous le plus souvent à la maison?
(Choisissez toutes les réponses appropriées.)

- ❒ Anglais
- ❒ Français
- ❒ Autre - Précisez.....

E) SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE (ENFANT)

12. Dans quel pays est-il / elle né(e)?

- ❒ Canada
- ❒ Chine
- ❒ France
- ❒ Allemagne
- ❒ Grèce
- ❒ Guyane
- ❒ Hong Kong
- ❒ Hongrie
- ❒ Inde
- ❒ Italie
- ❒ Jamaïque
- ❒ Pays-Bas (Hollande)
- ❒ Philippines
- ❒ Pologne
- ❒ Portugal
- ❒ Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Irlande du Nord, Pays de Galles)
- ❒ États-Unis
- ❒ Viêtnam
- ❒ Autre - Précisez.....

13. Quelle est la première langue qu'il / elle a apprise à la maison dans son enfance et qu'il / elle comprend encore?

- ❒ Anglais
- ❒ Français
- ❒ Arabe
- ❒ Chinois
- ❒ Cri
- ❒ Allemand
- ❒ Grec
- ❒ Hongrois
- ❒ Italien
- ❒ Coréen
- ❒ Persan (Farsi)
- ❒ Polonais
- ❒ Portugais
- ❒ Pendjabi
- ❒ Espagnol
- ❒ Tagal (Philippin)
- ❒ Ukrainien
- ❒ Vietnamien
- ❒ Autre - Précisez.....

14. Quelle(s) langue(s) parle-t'il / elle le plus souvent à la maison?
(Pour les enfants qui ne parlent pas encore, demandez dans quelle langue l'(les)adulte(s) lui parle(nt). Choisissez toutes les réponses appropriées.)

- ❒ Anglais
- ❒ Français
- ❒ Autre(s), précisez.....

F) SERVICES REÇUS

15. Veuillez indiquer quels services les membres de votre famille ont reçus **depuis notre rencontre**. Cochez toutes les personnes ayant reçu chaque service. La colonne « enfant » réfère à l'enfant qui participe à cette recherche et la case « fratrie » à vos autres enfants.

a. CSSS (mission CLSC)

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
	Mère	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service	❒	❒	❒	❒	❒
Suivi psychosocial	❒	❒	❒	❒	❒
Services psychologiques	❒	❒	❒	❒	❒
Soins médicaux (prodigués par un médecin)	❒	❒	❒	❒	❒
Ergothérapie	❒	❒	❒	❒	❒
Orthophonie	❒	❒	❒	❒	❒
Programme d'intervention (ex. : OLO)	❒	❒	❒	❒	❒
Infirmière	❒	❒	❒	❒	❒
Nutritionniste	❒	❒	❒	❒	❒
Autre, (précisez);	_____	_____	_____	_____	_____

b. Centres jeunesse

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
	Mère	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service	❒	❒	❒	❒	❒
Suivi psychosocial	❒	❒	❒	❒	❒
Services psychologiques	❒	❒	❒	❒	❒
Placement	❒	❒	❒	❒	❒
Programme d'intervention Lequel? _____	❒	❒	❒	❒	❒
Autre, (précisez);	_____	_____	_____	_____	_____

c. Milieu scolaire

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
Ne fréquente pas l'école	❒	❒	❒	❒	❒
	Mère	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service	❒	❒	❒	❒	❒
Orthopédagogie	❒	❒	❒	❒	❒
Orthophonie	❒	❒	❒	❒	❒
Psychoéducation	❒	❒	❒	❒	❒
Éducation spécialisée	❒	❒	❒	❒	❒
Psychologie	❒	❒	❒	❒	❒
Aide aux devoirs	❒	❒	❒	❒	❒
Service de garde	❒	❒	❒	❒	❒
Autre, (ex. soutien social) (précisez);	_____	_____	_____	_____	_____

d. Autres services gouvernementaux

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
	Mère	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service	❒	❒	❒	❒	❒
Programme d'habitation (ex. HLM)	❒	❒	❒	❒	❒
Services en déficience intellectuelle/TED	❒	❒	❒	❒	❒
Programme d'alphabétisation	❒	❒	❒	❒	❒
Garderie subventionnée	❒	❒	❒	❒	❒
Psychiatrie	❒	❒	❒	❒	❒
Services de réadaptation en dépendance (ex. Domrémy, Dollard-Cormier)	❒	❒	❒	❒	❒
Autre, (ex. programme d'insertion) (précisez);	_____	_____	_____	_____	_____

e. Ressources communautaires

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
	Mère	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service	❒	❒	❒	❒	❒
Comptoir vestimentaire	❒	❒	❒	❒	❒
Aide alimentaire	❒	❒	❒	❒	❒
Aide pour l'impôt	❒	❒	❒	❒	❒
Aide aux devoirs	❒	❒	❒	❒	❒
Soutien psychosocial (ex. maison de la famille)	❒	❒	❒	❒	❒
Visites supervisées ou échanges de garde	❒	❒	❒	❒	❒
Services de désintoxication	❒	❒	❒	❒	❒
Services d'hébergement (ex. violence conjugale)	❒	❒	❒	❒	❒
Autre, (précisez);	_____	_____	_____	_____	_____

f. Autres services non mentionnés plus haut

Ne s'applique pas	❒	❒	❒	❒	❒
Services reçus	**Mère**	**Père**	**Votre conjoint(e)**	**Enfant**	**Fratrie**
Aucun service reçu	❒	❒	❒	❒	❒
Autres services reçus					
_____	❒	❒	❒	❒	❒
_____	❒	❒	❒	❒	❒

Appendice C

Questionnaire de perception parentale sur les services reçus (QPPSR)

Rapport-Gratuit.com

Numéro d'identification : _____
Nom de l'évaluateur : _____
Date de la rencontre : _____/_____/_____
Jour mois année

*Dans le cas des familles biparentales :

- Nom et prénom de l'autre figure parentale : _____
- Lien avec l'enfant :_____

PPSR : Questionnaires de perception parentale sur les services reçus (Répondant principal) (Groupe AIDES)

Note à l'interviewer (facultatif) : Si vous constatez que le parent participant est hésitant, ou vous dit qu'il ne sait pas quoi répondre, vous pouvez lui nommer les éléments suivants :
- *Indiquez-moi la réponse qui décrit le mieux votre opinion. Si aucune des réponses proposées ne correspond exactement à votre opinion, choisissez celle qui s'en rapproche le plus.* - *Votre première réaction à chaque question devrait être votre réponse.*

Bonjour, pourrais-je parler à Monsieur ou Madame _____?
(Nom de famille du parent)

- Mon nom est _____ et je fais partie de l'équipe de recherche de l'initiative AIDES à l'université de Montréal (ou à l'UQTR). Vous allez bien?

- Vous aviez été informés, à la fin de la rencontre qui a eu lieu à votre domicile en _____ (mois, année), que vous seriez invités prochainement à répondre à un questionnaire au téléphone. Souhaitez-vous toujours répondre à ce questionnaire?

  - **Si oui** : D'accord. Répondre aux questions prendra environ 15 minutes de votre temps
  - **Si non** : Nous vous remercions pour le temps que vous nous avez donné à la recherche jusqu'à maintenant.

- Êtes-vous disponible maintenant ou désirez-vous que nous prenions un rendez-vous pour un autre jour?
  - **NON disponible maintenant** : Quand serait le meilleur moment pour que je vous rappelle?

  Date et heure : _____

  - **OUI disponible maintenant** : Poursuivre le questionnaire.

- J'aimerais vous rappeler que les informations que vous allez donner sont strictement confidentielles. Soyez assuré que votre intervenant ou les autres professionnels avec qui vous avez des liens ne connaîtront ou ne pourront pas consulter vos réponses.
- Aussi, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce qui est important est que vous donniez votre opinion.
- Ne vous gênez pas pour me faire répéter si des choses ne sont pas claires ou de me le dire si je vais trop vite.
- Avez-vous d'autres questions avant de commencer?

Échelle des pratiques d'aide

Nous allons commencer avec un premier questionnaire sur l'opinion que vous avez sur l'aide que vous recevez de votre intervenant principal (au Centre jeunesse ou au CSSS), qui participe avec vous au projet AIDES.

Pouvez-vous me dire le prénom de cet intervenant?_____
(Prénom de l'intervenant)

1. A) Depuis les trois derniers mois, environ combien d'heures par mois avez-vous été en contact avec **(nom de l'intervenant-e)**?

Quantité de contacts mensuels :	< 1	1	2	3	4	5 et +	heures par mois

1. B) Depuis combien de temps **(nom de l'intervenant-e)** est-il/-elle votre intervenant-e?

Durée de l'implication :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	mois
						OU							
	1.5	2		2.5	3		3.5	4		4.5	5		années

Note à l'interviewer : lorsque vous lisez les choix de réponses, *mettez l'accent* sur les mots <u>soulignés</u>

Les prochaines questions portent sur votre opinion des formes d'aides de que vous recevez de votre intervenant principal. Pour chaque énoncé que je vais vous lire, dites-moi si cela se produit *1-à peu près jamais*, *2-rarement*, *3-parfois*, *4-habituellement* et *5-presque toujours*.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

1.1) Les *professionnels* ont une manière personnelle de soutenir les décisions prises par les parents au sujet de leur enfant. Jusqu'à quel point (nom de l'intervenant-e) vous soutient lorsque vous prenez des décisions concernant votre enfant?

Lorsque vous prenez des décisions concernant votre enfant **(nom de l'intervenant-e)** vous soutient :

1- à peu près jamais
2- rarement
3- parfois
4- habituellement
5- presque toujours

1.2) Les *professionnels* ont une manière personnelle d'aider les parents à apprendre de nouvelles habiletés qui leur permettent d'obtenir ce qui leur faut (des services, du soutien, etc.) pour satisfaire leurs besoins. Quel énoncé décrit le mieux la capacité de **(nom de l'intervenant-e)** à vous aider à apprendre de nouvelles habiletés qui vous permettent d'obtenir ce qu'il vous faut?

(nom de l'intervenant-e) vous aide à apprendre de nouvelles habiletés pour obtenir ce qu'il vous faut :

1- à peu près jamais
2- rarement
3- parfois
4- habituellement
5- presque toujours

1.3) Les *professionnels* ont une manière personnelle d'encourager les parents à prendre leurs propres décisions concernant ce qui est le mieux pour leur enfant. Quel énoncé décrit le mieux la capacité de **(nom de l'intervenant-e)** à vous encourager à prendre vos propres décisions concernant votre enfant?

(nom de l'intervenant-e) vous encourage à prendre vos propres décisions concernant votre enfant :

1- à peu près jamais
2- rarement
3- parfois
4- habituellement
5- presque toujours

1.4) Les *professionnels* ont une manière personnelle d'aider les parents à trouver des solutions à leurs problèmes. Quel énoncé décrit le mieux l'importance qu'accorde **(nom de l'intervenant-e)** à trouver des solutions à vos problèmes?

(nom de l'intervenant-e) accorde de l'importance à trouver des solutions à vos problèmes :

1- à peu près jamais
2- rarement
3- parfois
4- habituellement
5- presque toujours

1.5) Les *professionnels* ont une façon personnelle d'essayer de comprendre ce que vivent les parents en tentant de se mettre à leur place. Quel énoncé décrit le mieux les efforts que **(nom de l'intervenant-e)** semble faire pour comprendre ce que vous vivez?

(nom de l'intervenant-e) fais des efforts pour comprendre ce que vous vivez :

1- à peu près jamais
2- rarement
3- parfois
4- habituellement
5- presque toujours

1.6) Les *professionnels* ont une façon personnelle de manifester de la chaleur et de l'attention bienveillante envers les parents. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la capacité de **(nom de l'intervenant-e)** à vous manifester de la chaleur et de l'attention bienveillante.

(nom de l'intervenant-e) me manifeste de la chaleur et de l'attention bienveillante :

1- à peu près jamais
2- rarement
3- parfois
4- habituellement
5- presque toujours

1.7) Les *professionnels* diffèrent parfois dans leur capacité à écouter ce que les parents ont à dire sur leur enfant ou les autres membres de leur famille. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux la capacité de **(nom de l'intervenant-e)** à vous écouter?

(nom de l'intervenant-e) m'écoute dans ce que j'ai à dire sur mon enfant et ma famille :

1- à peu près jamais
2- rarement
3- parfois
4- habituellement
5- presque toujours

2. Question complémentaire sur le sentiment de contrôle

Actuellement, jusqu'à quel point avez-vous l'impression d'avoir du contrôle sur le soutien et les services que vous, votre conjoint(e) et votre enfant recevez de (nom de l'intervenant-e)? Dites-moi le degré de contrôle que vous avez l'impression d'avoir sur ce plan, 1 étant *très peu de contrôle* et 10 étant *énormément de contrôle.*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Très peu de contrôle									Énormément de contrôle

Affleck et al., 1991

Échelle de collaboration

Tout au long de la démarche d'aide, l'intervenant et le parent qui reçoit des services sont appelés à travailler ensemble. Voici de nouvelles questions sur la manière dont ça se passe au CJ ou au CLSC entre vous et _____.
(prénom de l'intervenant-e)

Sur une échelle de 1 à 5, 1 étant *totalement en accord*, 2 étant *généralement en accord*, 3 étant *parfois en accord/parfois en désaccord*, 4 étant *généralement en désaccord* et 5 étant *totalement en désaccord*, quelle est votre impression par rapport à chacune des phrases suivantes?

1	2	3	4	5
Totalement en accord	**D'accord**	**Pas certain**	**En désaccord**	**Totalement en désaccord**

<u>*note à l'interviewer : lire les énoncés de la manière suivante</u>
Ex : « Premier énoncé : Marie s'intéresse et porte attention à notre enfant et à notre famille ». Vous êtes…1-totalement en accord, 2-d'accord, 3-pas certain, 4-en désaccord et 5- totalement en désaccord

3.1.	**(nom de l'intervenant-e)** s'intéresse et porte attention à notre enfant et à notre famille.	1	2	3	4	5
3.2.	Les suggestions et les conseils de **(nom de l'intervenant-e)** concernant les façons de s'y prendre avec mon enfant à la maison me rendent inconfortable.	1	2	3	4	5
3.3.	**(nom de l'intervenant-e)** va au-devant des préoccupations et des besoins de notre famille.	1	2	3	4	5
3.4.	**(nom de l'intervenant-e)** et nous avons des idées différentes à propos de ce qui est le plus important concernant les services que notre enfant reçoit.	1	2	3	4	5
3.5.	Je suis la personne (avec mon conjoint, s'il y a lieu) qui prend les décisions les plus importantes concernant la poursuite ou les changements dans les services que reçoit mon enfant.	1	2	3	4	5
3.6.	Je demande rarement à **(nom de l'intervenant-e)** des conseils et des suggestions parce que ce qu'il (elle) me propose requiert habituellement trop d'efforts de ma part (ou est trop compliqué à appliquer).	1	2	3	4	5
3.7.	**(nom de l'intervenant-e)** m'encourage à chercher de l'aide auprès des autres membres de ma famille et auprès de mes amis lorsque j'en ai besoin.	1	2	3	4	5

3.8.	Les conseils et les suggestions de **(nom de l'intervenant-e)** sur les façons d'aborder notre enfant à la maison produisent rarement des résultats rapides.	1	2	3	4	5
3.9.	En suivant les conseils et suggestions de **(nom de l'intervenant-e)** concernant des situations difficiles, j'ai appris à mieux me débrouiller sans son assistance face à des situations similaires.	1	2	3	4	5
3.10.	Je me sentirais inconfortable de donner des conseils ou de faire des suggestions à **(nom de l'intervenant-e)** s'il (elle) me demandait mon avis et mon assistance.	1	2	3	4	5
3.11.	J'ai l'impression que c'est moi (avec mon conjoint, s'il y a lieu) qui est responsable de la plupart des progrès que mon enfant a faits.	1	2	3	4	5
3.12	Il est difficile, pour **(nom de l'intervenant-e)** et nous de travailler ensemble lorsqu'il s'agit de planifier les services que notre enfant doit recevoir.	1	2	3	4	5
3.13	Je me sens à l'aise de discuter avec **(nom de l'intervenant-e)** des problèmes et des difficultés que je rencontre dans ma vie.	1	2	3	4	5
3.14	Je me sens à l'aise de dévoiler à **(nom de l'intervenant-e)** des choses qui me concernent personnellement et que je ne dis pas à tout le monde.	1	2	3	4	5
3.15	Je me sens à l'aise d'exprimer à **(nom de l'intervenant-e)** les besoins que je ressens dans ma vie.	1	2	3	4	5

Questionnaire sur l'évaluation des services reçus AIDES

Les questions auxquelles vous venez de répondre portaient principalement sur Mme ou M. _____ **(prénom de l'intervenant-e)**. Pour les dernières questions, pensez maintenant aux services que vous, votre famille ou _____ **(nom de l'enfant qui participe à la recherche)** recevez pour qu'il aille mieux. Gardez en tête que vous devez penser à l'ensemble des intervenants qui vous offrent des services.

4. A) Ces intervenants peuvent venir d'établissements différents, comme le Centre jeunesse, le CLSC, un organisme communautaire ou autre, comme un centre de réadaptation ou un centre hospitalier. À quels établissements ferez-vous référence tout au long du questionnaire? **(*interviewer : cocher toutes les réponses qui s'appliquent)**

☐ Centre jeunesse
☐ CLSC
☐ organisme communautaire
☐ garderie
☐ autre (précisez)

_____
_____
_____
_____

☐ milieu scolaire
☐ centre de réadaptation
☐ centre hospitalier
☐ autres services gouvernementaux

Sur une échelle de 1 à 5, 1 étant *totalement en accord* et 5 étant *totalement en désaccord*, quelle est votre impression sur chacune des phrases suivantes? Lorsqu'une situation ne correspond pas aux services que vous recevez actuellement, choisissez 0 pour *Ne s'applique pas*.

0	1	2	3	4	5
Ne s'applique pas	**Totalement en accord**	**D'accord**	**Pas certain**	**En désaccord**	**Totalement en désaccord**

Au niveau des services que vous avez reçus et que vous recevez actuellement :

4.1 Il n'y a pas trop de formalités à suivre pour obtenir un service (ce qu'on veut dire par formalités : ce n'est pas trop compliqué, il n'y a pas trop d'étapes, pas trop de paperasse, etc.)

Est-ce que vous êtes : 1-totalement en accord, 2-d'accord, 3-pas certain, 4-en désaccord, 5-totalement en désaccord ou si la situation ne s'applique pas pour vous

0 1 2 3 4 5

4.2 Lorsque c'était possible, pour un service (ex : infirmière, nutritionniste, intervenant-e), le même professionnel s'est occupé de vous d'une fois à l'autre.

Est-ce que vous êtes : 1-totalement en accord, 2-d'accord, 3-pas certain, 4-en désaccord, 5-totalement en désaccord ou si la situation ne s'applique pas pour vous

0 1 2 3 4 5

4.3 Si vous avez consulté un second intervenant-e pour le même problème, vous n'avez pas eu à répéter les mêmes informations.

Est-ce que vous êtes : 1-totalement en accord, 2-d'accord, 3-pas certain, 4-en désaccord, 5-totalement en désaccord ou si la situation ne s'applique pas pour vous

0 1 2 3 4 5

4.4 S'il y a eu transfert de votre dossier à d'autres établissements, organismes ou professionnels, on vous a transmis le nom du nouvel intervenant-e.

Est-ce que vous êtes : 1-totalement en accord, 2-d'accord, 3-pas certain, 4-en désaccord, 5-totalement en désaccord ou si la situation ne s'applique pas pour vous

0 1 2 3 4 5

4.5 Dans le cadre d'un changement de professionnel ou d'organisme, un transfert personnalisé a eu lieu.

Est-ce que vous êtes : 1-totalement en accord, 2-d'accord, 3-pas certain, 4-en désaccord, 5-totalement en désaccord ou si la situation ne s'applique pas pour vous

0 1 2 3 4 5

---

*Les questionnaires sont maintenant terminés! ****

*****Dans le cas des familles biparentales, vous devez demander :**

Nous aimerions aussi avoir le point de vue de Mr. _____ sur les services reçus par votre famille. Est-il possible de parler avec lui? Si non, quel serait le meilleur moment pour le rejoindre?

Je vous remercie du temps que vous avez accordé à la recherche AIDES jusqu'à maintenant. Votre participation est importante pour nous aider à améliorer les services aux familles. Nous allons vous rappeler dans 9 mois pour vous demander de répondre à un autre questionnaire téléphonique comme celui-ci.

Appendice D

Protocole de l'entrevue téléphonique sur la collaboration (version parent)

Rapport-Gratuit.com

Protocole d'entrevue téléphonique
Participation/collaboration
Version parent (GROUPE AIDES)

Préambule

- *Bonjour, pourrais-je parler à Monsieur ou Madame_____?*
  (Nom de famille du parent)

- *Mon nom est _____ et je fais partie de l'équipe de recherche de l'initiative AIDES à _____ (nom de l'université). Vous aviez bien? _____ _____(nom de la personne responsable), vous a téléphoné pour fixer un rendez-vous pour faire l'entrevue téléphonique. Est-ce que cela vous convient toujours?*

  - Si oui_____

Je vous rappelle que nous voulons connaître votre opinion sur la manière donc ça se passe au _____ (CJ ou CLSC) entre vous et _____ (intervenant ciblé par la recherche) depuis _____ (mois/année(s)). La durée de l'entrevue est d'environ 20-25 minutes. J'aimerais vous rappeler que les renseignements que vous me donnerez demeureront confidentiels. Soyez assuré que votre intervenant ou les autres professionnels avec lesquels vous avez des liens ne connaîtront ou ne pourront consulter vos réponses. Aussi, aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera diffusée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je suis intéressé (e) à connaître votre opinion. À des fins de recherche seulement, l'entrevue sera enregistrée sur une cassette audio. Seule l'équipe de recherche aura accès à cet enregistrement. Avez-vous des questions? On y va.

  - Si non_____

Remercier le parent et reprendre rendez-vous avec lui.

Questions d'entrevues	*Aspects à explorer*	*Exemple de sous-questions*	✓	*Notes*
1. Expliquez-moi dans vos mots, comment ça se passe entre vous et votre intervenant, Mme, M. _____?	**Relation**			
2. Maintenant, pouvez-vous me raconter une situation dans la dernière année *(ou me donner un exemple concret)* qui m'aiderait à mieux comprendre pourquoi vous dites que_____ (reprendre les mots du parent)?	**Description de la situation (les faits)**	Que s'est-il passé? Racontez-moi ce qui est arrivé?		
	Contexte proximal	Dans quel contexte la situation a-t-elle eu lieu? Quel type de rencontre, qui était présent?		
	Contexte élargi : Tout élément du passé, qui permettrait de mieux comprendre l'histoire personnelle du parent, pourquoi celui-ci reçoit des services du CSSS ou du CJ, les événements qui précèdent la situation.			
	Émotions ressenties :	Comment vous êtes-vous senti à ce moment-là? Comment pensez-vous que votre intervenant s'est senti à ce moment-là?		
	Facteurs explicatifs (attributions, responsabilité) :	Selon vous, qu'est-ce qui fait que cela s'est passé comme ça? *(Comment vous comprenez ça?)*		
	Conséquences :	Est-ce que quelque chose a changé après cette situation? Si oui, qu'est-ce que ça a changé?		

Questions d'entrevues	*Aspects à explorer*	*Exemple de sous-questions*	✓	*Notes*
3. Dans un monde idéal, comment ça devrait se passer entre les parents et les intervenants				
4. Jusqu'ici, nous avons parlé de la relation entre vous et votre intervenante, Mme, M. _____. Maintenant, j'aimerais que vous pensiez aux différents intervenants et personnes impliqués auprès de vous et votre enfant.	**Contexte proximal**	D'abord, pouvez-vous me dire qui sont ces différents intervenants/professionnels qui vous offrent des services? De quels établissements proviennent-ils?		
	Perception d'une collaboration :	Expliquez-moi dans vos mots, comment ça se passe entre vous et ces différents intervenants?		
	Description de la situation (des faits)	Pouvez-vous me donner un exemple? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?		
	Émotions ressenties :	Comment vous sentez-vous avec ces différents intervenants? Vous sentez-vous comme un partenaire à part entière? Pourquoi?		
	Conséquences :	Qu'est-ce que ca apporte lorsqu'il y a plusieurs intervenants ou professionnels impliqués?		

Questions d'entrevues	*Aspects à explorer*	*Exemple de sous-questions*	✓	*Notes*
5. En participant à la recherche, votre intervenant à utilisé un cahier qui parle des besoins et du développement de votre enfant. Comment ce cahier a-t-il influencé la manière dont ça se passe entre vous et votre intervenant?				
6. Nous sommes maintenant rendus à la fin de l'entrevue. En premier lieu, nous avons discuté de votre relation avec votre intervenante. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?				
7. Nous avons aussi parlé des différents intervenants et personnes impliqués dans le suivi auprès de vous et votre enfant. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?				

L'entrevue est maintenant terminée! Je vous remercie infiniment pour le temps que vous avez consacré à partager votre expérience, ce fut très intéressant. Comment avez-vous trouvé l'entrevue? Comment vous sentez-vous?

Appendice E

Protocole d'entrevues téléphoniques sur la collaboration (version intervenant)

Protocole d'entrevue téléphonique
Participation/collaboration

Version intervenant (GROUPE AIDES)

Situation difficile sur le plan de la participation/collaboration

---

Préambule :

- *Bonjour_____? (Nom de l'intervenant)*
- *Mon nom est _____ et je fais partie de l'équipe de recherche de l'initiative AIDES à _____ (nom de l'université). Vous allez bien?_____*(nom de la personne responsable), *vous a téléphoné pour fixer un rendez-vous pour faire la première partie de l'entrevue téléphonique. Est-ce que cela vous convient toujours?*

  - **Si oui**_____

Je vous rappelle que nous voulons connaître votre opinion sur la participation et la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention et sur la participation des professionnels et intervenants impliqués dans le suivi auprès d'une famille en particulier. La durée de votre participation est d'environ 20 à 30 minutes. J'aimerais aussi vous rappeler que les renseignements que vous me donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera diffusée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je suis intéressé(e) à connaître votre opinion. À des fins de recherche seulement, l'entrevue sera enregistrée sur une cassette audio. Seule l'équipe de recherche aura accès à cet enregistrement. Avez-vous des questions?

  - **Si non**_____ Explorer les raisons du refus. Au besoin, reprendre rendez-vous avec lui.

On y va?

Situation difficile sur le plan de la participation/collaboration

Questions d'entrevues	*Aspects à explorer*	*Exemple de sous-questions*	✓	*Notes*
1. J'aimerais maintenant que vous pensiez aux familles *que vous avez référées au projet AIDES*. Pouvez-vous me raconter une situation qui a eu lieu dans la dernière année et qui a été difficile pour vous sur le plan de la participation et de la collaboration avec un parent dans le processus d'intervention?	**Description de la situation (les faits)**	Que s'est-il passé? Racontez-moi ce qui est arrivé?		
	Contexte proximal	Dans quel contexte la situation a-t-elle eu lieu? Quel type de rencontre, qui était présent?		
	Contexte élargi : Tout élément du passé, qui permettrait de mieux comprendre l'histoire personnelle du parent, pourquoi celui-ci reçoit des services du CSSS ou du CJ, les événements qui précèdent la situation.			
	Émotions ressenties :	Comment vous êtes-vous sentie à ce moment? Comment pensez-vous que le parent s'est senti à ce moment-là?		
	Facteurs explicatifs (attributions, responsabilité) :	Selon vous, qu'est-ce qui fait que les choses se sont passées comme ça? (*Comment vous comprenez ça?*)		
	Conséquences :	Est-ce que quelque chose a changé suite à cet événement? Si oui, qu'est-ce qui a changé?		

Questions d'entrevues	*Aspects à explorer*	*Exemple de sous-questions*	✓	*Notes*
2. Dans un monde idéal, comment croyez-vous que ça devrait se passer entre les parents et les intervenants?				
3. Jusqu'ici, nous avons parlé d'une situation difficile sur le plan de la participation et de la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention. Maintenant, j'aimerais que vous pensiez votre collaboration avec les professionnels et les intervenants impliqués dans la situation de cette famille.	Contexte proximal	D'abord, pouvez-vous me dire qui sont ces différents intervenants / professionnels?		
	Perception d'une collaboration :	Expliquez-moi dans vos mots, comment ça se passe entre les intervenants/professionnels autour de cette famille là?		
	Description de la situation (des faits)	Pouvez-vous me donner un exemple? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?		
	Émotions ressenties :	Comment vous sentez-vous à l'intérieur de cette collaboration? Vous sentez-vous comme un partenaire à part entière? Pourquoi? D'après vous comment le parent se sent dans cette collaboration-là?		
	Conséquences :	Qu'est-ce que cette façon de travailler apporte-t-elle?		

4. Nous sommes maintenant rendus à la fin de l'entrevue. En premier lieu, nous avons discuté d'une situation difficile sur le plan de la participation et de la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?		
5. Ensuite, nous avons parlé d'une manière plus générale, de la participation des professionnels et intervenants impliqués dans la situation familiale et à la collaboration entre vous et ces acteurs. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?		

L'entrevue est maintenant terminée! Je vous remercie infiniment pour le temps que vous avez consacré à partager votre expérience, ce fut très intéressant. Comment avez-vous trouvé l'entrevue? Comment vous sentez-vous?

Je vous rappelle que nous vous contacterons prochainement pour fixer un rendez-vous afin de compléter la deuxième partie de l'entrevue qui porte sur les conditions de pratique. Merci encore et je vous souhaite une belle journée!

Protocole d'entrevue téléphonique
Participation/collaboration

Version intervenant (GROUPE AIDES)
Situation facile sur le plan de la participation/collaboration

---

Préambule :

- *Bonjour*_____*? (Nom de l'intervenant)*
- *Mon nom est* _____ *et je fais partie de l'équipe de recherche de l'initiative AIDES à* _____ *(nom de l'université). Vous allez bien?*_____(nom de la personne responsable), *vous a téléphoné pour fixer un rendez-vous pour faire l'entrevue téléphonique. Est-ce que cela vous convient toujours?*

  - **Si oui**_____

Je vous rappelle que nous voulons connaître votre opinion sur la participation et la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention et sur la participation des professionnels et intervenants impliqués dans le suivi auprès d'une famille en particulier. La durée de votre participation est d'environ 20 à 30 minutes. J'aimerais aussi vous rappeler que les renseignements que vous me donnerez demeureront confidentiels. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera diffusée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je suis intéressé(e) à connaître votre opinion. À des fins de recherche seulement, l'entrevue sera enregistrée sur une cassette audio. Seule l'équipe de recherche aura accès à cet enregistrement. Avez-vous des questions?

  - **Si non**_____ Explorer les raisons du refus. Au besoin, reprendre rendez-vous avec lui.

On y va?

apport-Gratuit.com

Situation facile sur le plan de la participation/collaboration

Questions d'entrevues	*Aspects à explorer*	*Exemple de sous-questions*	✓	*Notes*
1. J'aimerais maintenant que vous pensiez aux familles *que vous avez référées au projet AIDES*. Pouvez-vous me raconter une situation qui a eu lieu dans la dernière année et qui a été facile pour vous sur le plan de la participation et de la collaboration avec un parent dans le processus d'intervention?	**Description de la situation (les faits)**	Que s'est-il passé? Racontez-moi ce qui est arrivé?		
	Contexte proximal	Dans quel contexte la situation a-t-elle eu lieu? Quel type de rencontre, qui était présent?		
	Contexte élargi : Tout élément du passé, qui permettrait de mieux comprendre l'histoire personnelle du parent, pourquoi celui-ci reçoit des services du CSSS ou du CJ, les événements qui précèdent la situation.			
	Émotions ressenties :	Comment vous êtes-vous sentie à ce moment? Comment pensez-vous que le parent s'est senti à ce moment-là?		
	Facteurs explicatifs (attributions, responsabilité) :	Selon vous, qu'est-ce qui fait que les choses se sont passées comme ça? (*Comment vous comprenez ça?*)		
	Conséquences :	Est-ce que quelque chose a changé suite à cet événement? Si oui, qu'est-ce qui a changé?		

Questions d'entrevues	*Aspects à explorer*	*Exemple de sous-questions*	✓	*Notes*
2. Dans un monde idéal, comment croyez-vous que ça devrait se passer entre les parents et les intervenants?				
3. Jusqu'ici, nous avons parlé d'une situation facile sur le plan de la participation et de la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention. Maintenant, j'aimerais que vous pensiez votre collaboration avec les professionnels et les intervenants impliqués dans la situation de cette famille.	Contexte proximal	D'abord, pouvez-vous me dire qui sont ces différents intervenants / professionnels?		
	Perception d'une collaboration :	Expliquez-moi dans vos mots, comment ça se passe entre les intervenants/professionnels autour de cette famille là?		
	Description de la situation (des faits)	Pouvez-vous me donner un exemple? Qu'est-ce qui vous fait dire cela?		
	Émotions ressenties :	Comment vous sentez-vous à l'intérieur de cette collaboration? Vous sentez-vous comme un partenaire à part entière? Pourquoi? D'après vous comment le parent se sent dans cette collaboration-là?		
	Conséquences :	Qu'est-ce que cette façon de travailler apporte-t-elle?		

4. Nous sommes maintenant rendus à la fin de l'entrevue. En premier lieu, nous avons discuté d'une situation facile sur le plan de la participation et de la collaboration avec le parent dans le processus d'intervention. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?		
5. Ensuite, nous avons parlé d'une manière plus générale, de la participation des professionnels et intervenants impliqués dans la situation familiale et à la collaboration entre vous et ces acteurs. À ce sujet, y a-t-il autre chose dont nous n'avons pas parlé et que vous aimeriez partager avec moi?		

L'entrevue est maintenant terminée! Je vous remercie infiniment pour le temps que vous avez consacré à partager votre expérience, ce fut très intéressant. Comment avez-vous trouvé l'entrevue? Comment vous sentez-vous?

Je vous rappelle que nous vous contacterons prochainement pour fixer un rendez-vous afin de compléter la deuxième partie de l'entrevue qui porte sur les conditions de pratique. Merci encore et je vous souhaite une belle journée!