ES05 Robichaud, Fanny

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS
COMME EXIGENCE FINALE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
FANNY ROBICHAUD

L' EXPÉRIENCE DES FEMMES IMMIGRANTES : BESOINS ET INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES

AOÛT 2004

Sommaire

L'expérience d'immigration est complexe et teintée de pertes multiples. Les besoins des immigrants varient selon les cultures et à l'intérieur des cultures elles-mêmes (Kamya, 1997) notamment au niveau du vécu des hommes et des femmes (Aroian & Norris, 2000). Peu d'écrits relatent l'expérience spécifique des femmes. Au Québec, les immigrants sont régulièrement dirigés vers des régions plus rurales. Les intervenants de ces régions voient leur clientèle se diversifier sans être préparés à cette nouvelle réalité. Cet essai se présente en deux phases. La phase I visait, par une étude ethnographique, à explorer l'expérience de six femmes immigrantes de la région de Lanaudière afin de dégager leurs besoins spécifiques par des entrevues semi-structurées. Les résultats révèlent cinq dimensions à l'expérience des femmes immigrantes. Les catégories suivantes ont émergé de l'analyse des données: pour la dimension santé physique et psychologique, les catégories symptômes, pensées et sentiments et pour la dimension santé familiale, les catégories enfants, relation avec le conjoint et liens avec la famille d'origine. Pour la dimension difficultés, les catégories identifiées portent sur l'expérience vécue en camps de réfugié, les raisons à la base de la décision de quitter le pays d'origine, et le climat de violence relié à ces expériences, la communication, les émotions ressenties, particulièrement le sentiment de solitude, la perte de tissu social, les études et les apprentissages. Pour la dimension ressources, les catégories portent sur l'aide, les ressources personnelles et les croyances spirituelles. La dimension

des besoins permet d'identifier les catégories de besoins liés à : la santé physique; la santé psychologique; la santé familiale et la communication; le soutien et la reconnaissance sociale. Cette phase permet l'identification de manque au niveau du soutien psychosocial offert aux femmes immigrantes. La phase II du projet visait à élaborer, offrir et évaluer une formation de développement de la compétence culturelle auprès de 15 intervenants en milieu communautaire afin de les sensibiliser aux besoins des immigrantes. Les résultats démontrent que suite à 4,5 heures de formation, les intervenants ont amélioré leurs habiletés au niveau de l'évaluation en contexte culturel en plus de leur compréhension des différents aspects liés à la culture. L'auteure recommande que de plus amples recherches portant sur l'expérience et les besoins des pères, des mères et des enfants s'effectuent en visant le développement et l'évaluation de stratégies d'intervention s'intégrant aux soins et services existants. Pour l'enseignement dans le domaine de la famille, un volet portant sur la compétence culturelle dès la formation de base des intervenants est essentiel afin d'assurer l'application des connaissances théoriques portant sur la compétence culturelle tout au long de la formation. La formation en cours d'emploi est suggérée comme stratégie visant le développement de la compétence culturelle dans les secteurs des soins et des services. Pour la gestion l'auteure recommande le développement d'espaces permettant les échanges entre organismes communautaires et intervenants de première ligne afin de développer des relations de collaboration plus étroites,

d'approfondir la compréhension de la situation des familles et de connaître les ressources et les expertises disponibles dans les différents milieux.

Table des matières

Sommaire ii

Liste des tableaux x

Liste des figures xi

Remerciements xii

Introduction 1

La problématique et la revue des écrits 4

Les solutions proposées 11
- Interventions auprès des individus 12
- Interventions auprès des intervenants 13

Les buts et objectifs poursuivis 16
- Les objectifs 17

Le cadre de référence 19

Un modèle de compétence culturelle 21
- Le désir culturel 22
- La conscience culturelle 23
- La connaissance culturelle 24
- L'habileté culturelle 25
- Les rencontres culturelles 25

Le modèle McGill 25
- La santé 26
- La personne/famille 27
  - La dynamique du système 27
- L'environnement 28
- Les soins infirmiers 28
  - Le but 28
  - Le rôle de l'infirmière 29
  - L'application du modèle 29

L'animation de la formation 29

La méthodologie de la phase I 32

Le devis 33

Le milieu 34
L'échantillon 35
Le déroulement de l'étude et la sélection des participantes 36
Les instruments 36
Le guide d'entrevue 36
Le questionnaire de données socio-démographiques (QDSD) 37
Le formulaire de consentement 37
Les considérations éthiques 38

Les résultats de la phase I 39

La description démographique de l'échantillon 40
Le cadre d'analyse 41
Les résultats de la phase I 42
Santé physique et psychologique 43
Santé familiale 43
Difficultés 44
Ressources 46
Besoins 47
Un cas typique 47
La synthèse des résultats 51

La méthodologie de la phase II 53

L'entrée 54
Le système-client 55
Le milieu 55
La mission de l'établissement 55
Les valeurs 56
Les participants 56
Le contexte 57
Le contrat 58
Les partenaires 58
L'orientation 59
La diffusion stratégique d'information 59
L'information aux participants 60
Les instruments 61
Le QDSD 61
Le IAPCC-R 61
L'analyse des besoins éducatifs 63
La planification 68

La planification d'une formation portant sur le développement de la compétence culturelle 68
La formulation d'objectifs d'apprentissage 69
Le choix de moyens d'enseignement appropriés 77
La conception du matériel 79
Les histoires de cas 79
La présentation multimédia 79
Le contenu des séances de formation 80
La planification de l'évaluation 81
L'évaluation des participants 81
Le questionnaire de perception des compétences 82
L'évaluation de l'auteure-animatrice 82
Les considérations éthiques 83

Les résultats et l'évaluation de la phase II 85

La réalisation et les résultats 86
La période préalable aux rencontres de formation 87
Le profil des participants 87
La première rencontre de formation 89
Les techniques d'animation 89
Les activités réalisées en intersession 91
La mobilisation des acteurs 93
La deuxième rencontre de formation 93
La terminaison et l'évaluation 94
La mesure de l'atteinte des objectifs 94
L'évaluation des participants 94
La comparaison pré et post test 96
L'évaluation de l'auteure comme animatrice 101
La conclusion de l'intervention 103
Appuyer l'enracinement 103
La synthèse des résultats 104

La discussion et les limites 105

Les limites 106
Les limites de la phase I 106
Les limites de la phase II 108
La discussion 109
L'utilisation de cadres théoriques 112
La conception de la formation 114
La prestation de la formation 115

La participation....115
Le développement de la compétence culturelle chez les intervenants.. 115
L'animation....116
Les réflexions sur les apprentissages de l'auteure 117
Les apprentissages méthodologiques 118
Les apprentissages liés à l'intégration de modèles théoriques....119
Les apprentissages liés à la clientèle immigrante....119
La synthèse des apprentissages 120
Les recommandations et les retombées 121
Les recommandations 121
Les retombées....123

Conclusion....126

Références 130

Appendices....137

Appendice A : Guide d'entrevue 137

Appendice B : Questionnaire de données sociodémographiques adapté....140

Appendice C : Formulaire de consentement....143

Appendice D : Avis éthique de l'UQO phase I 146

Appendice E : Contrat....148

Appendice F : Questionnaire de données sociodémographiques des intervenants....151

Appendice G : IAPCC-R 156

Appendice H : Autorisation de l'auteure du IAPCC-R 167

Appendice I : Tableau de planification d'une formation sur le développement de la compétence culturelle 169

Appendice J : Tableau du plan de formation....177

Liste des tableaux

Tableau 1 Résultats des intervenants au prétest....66

Tableau 2 Objectif 1....70

Tableau 3 Objectif 2....71

Tableau 4 Objectif 3....71

Tableau 5 Objectif 4....72

Tableau 6 Objectif 5....73

Tableau 7 Objectif 6....74

Tableau 8 Objectif 7....74

Tableau 9 Objectif 8....75

Tableau 10 Objectif 9....76

Tableau 11 Objectif 10....77

Tableau 12 Résultats des intervenants au post-test....98

Tableau 13 Évaluation des concepts en prétest et en post-test....100

Liste des figures

Figure 1 Répartition des femmes immigrantes selon la langue parlée 40

Figure 2 Proportion des femmes immigrantes ayant un emploi dans leur pays d'origine.....41

Figure 3 Proportion des femmes immigrantes ayant un emploi au Canada. 41

Figure 4 Répartition des intervenants selon le groupe d'âge.....87

Figure 5 Type de diplôme des intervenants.....88

Figure 6 Fréquence des contacts des intervenants avec des parents.....89

Remerciements

Un des effets secondaires des études de deuxième cycle est sans doute qu'il devient impossible de douter de l'importance du travail d'équipe. Cet essai et le projet sur lequel il s'appuie n'auraient pu se concrétiser sans le soutien de Francine deMontigny, professeure à l'Université du Québec en Outaouais et directrice d'essai et de Martine Mayrand-Leclerc directrice du programme de deuxième cycle, de l'UQO, membres du comité d'approbation de l'essai.

Un merci tout particulier aux femmes immigrantes de la région de Joliette s'étant prêtées au projet et à leurs familles pour leur accueil chaleureux.

Je cite également la précieuse collaboration de Maude Chamberland, Pascal Croteau et Marie-Christine Potvin au niveau de la traduction et de la validation de l'outil, les conseils et la disponibilité de Mme Campinha-Bacote, de Mme Lazure professeur à l'Université Laval, M. Baumer du CRÉDIL, de même que mes collègues de l'équipe de santé parentale et infantile-IVG du CLSC de Joliette pour leur humour et leur intérêt.

Enfin merci à mon père pour son soutien si précieux durant ces trois années, à Olivier pour sa patience dans les derniers moments, à Judy pour son

aide face aux difficultés de dernière minute, aux amis de Salsa ETC et de la Rueda de Montréal pour la magie de quelques précieuses heures de danse par semaine.

Je tiens à souligner l'aide financière apportée à ce projet par le Conseil de recherche en sciences humaines au Canada (CRSH) par l'octroi d'une bourse d'études de maîtrise.

Introduction

Depuis quelques années on assiste à une explosion des frontières entre les cultures notamment dues aux découvertes technologiques mais également aux multiples conflits à l'échelle mondiale. Les sociétés se trouvent modifiées suite à la diversification des influences. Dans la plupart des disciplines on parle maintenant d'ouverture sur le monde, le concept d'intervention interculturelle fait partie de la réalité des intervenants de plus en plus de milieux.

Sensible à cette nouvelle réalité, l'auteure rencontre les membres de l'équipe de santé parentale et infantile pour discuter d'un projet de recherche de type ethnographique auprès des femmes qu'elle tient alors à réaliser à l'étranger soit en Afghanistan. Elle confie les difficultés auxquelles elle fait face pour faire accepter un tel projet. Ses collègues lui font alors part d'éléments de leur pratique soit de l'augmentation de la clientèle d'origine ethnique variable, l'arrivée massive de gens de l'ancienne Bosnie-Herzégovine de même que de leurs difficultés à effectuer des suivis auprès d'une clientèle d'origines de plus en plus variées. Selon les intervenants, il existe un malaise entre la culture des intervenants et celle de cette nouvelle clientèle.

Suite à ces discussions, l'auteure procède à une première revue des écrits, elle est alors surprise du peu d'études portant spécifiquement sur le vécu

et les besoins des femmes. Ce manque d'information pourrait-il être la source des difficultés éprouvées par ses collègues? Elle décide de s'investir dans une recherche de terrain en utilisant l'approche ethnographique afin de décrire le vécu et les besoins des femmes immigrantes dans la région de Lanaudière. Cette étude s'accompagne d'une revue plus formelle des écrits et des programmes existants. Les deux premiers chapitres de cet essai présente la problématique, la revue des écrits et le cadre théorique de cet essai, alors que les chapitres trois et quatre présentent la méthodologie et les résultats de cette première phase.

Une seconde phase est ensuite développée afin de pallier à un manque détecté dans la phase I au niveau de la réponse aux besoins des femmes. Cette seconde phase vise à développer la compétence culturelle des intervenants et s'actualise par une formation de 4,5 heures effectuée auprès de 15 intervenants interdisciplinaires oeuvrant en CLSC (centre local de services communautaires). Le cinquième chapitre porte sur la méthodologie de la phase II, alors que le sixième en décrit les résultats et l'évaluation. Finalement, le septième et dernier chapitre de cet essai discute les résultats des deux phases et propose des recommandations.

La problématique et la revue des écrits

Depuis la dernière décennie, la société évolue dans un monde de dissension marqué par des conflits à la fois inter-étatiques et intra-étatiques, lequel a supplanté l'atmosphère dangereuse, mais relativement stable, de la guerre froide. La possibilité d'une escalade menant à des opérations de rétablissement de la paix ou même à la guerre est toujours présente. La population devient, malgré elle, la victime des actions directes et indirectes des gouvernements, des groupes terroristes ou idéologiques (Münkler, 2003). L'intensité et la durée de ces conflits perturbent la vie quotidienne de la population en plus d'être une importante source de stress pour celle-ci (Cairns & Wilson,1991).

Diverses études auprès des militaires canadiens et américains ont démontré l'impact du stress sur la santé physique de même que sur la santé mentale (Breslau & Davis, 1987). En effet, les écrits sur le stress post-traumatique (TSPT) démontrent la présence de séquelles permanentes chez les sujets soumis à un stress intense pendant une longue période (Perconte, Pontius & Wilson, 1993).

On sait maintenant que les symptômes reliés au TSPT ne sont pas exclusifs aux vétérans de la guerre. En effet, les divers évènements entourant

les conflits armés notamment la perte d'un mode de vie, les pertes de symboles reliés à une culture de même que la suppression des droits aux rites religieux peuvent engendrer un syndrome de stress post-traumatique chez la population civile (Lindman, Engdahl & Frasier, 2001 ; Richters, 1995). L'évaluation des symptômes rapportés par ces victimes a démontré un impact psychologique aussi important que chez les soldats survivant à une guerre (Summerfield, 1995). Certaines études montrent que 25 à 50 % de ces gens auront des symptômes de stress post-traumatique (De Jong & al., 2001; Kinzie, 2001; Mooren, 2001).

Actuellement, le nombre de réfugiés à travers le monde suite aux conflits est d'environ 16 à 22 millions sans compter les gens déplacés à l'intérieur de leur propre pays (Kinzie, 2001). Ces personnes ont pu subir des effets individuels de la guerre soit des blessures, viols, tortures, mais aussi des effets collectifs reliés à une atteinte du tissu social. Étant donné l'amplitude du phénomène dans le monde, la médiatisation des conflits et l'implication de divers groupes internationaux, il est surprenant de constater le peu d'études sur les variations ethnologiques au niveau du vécu.

Selon Mooren (2001), les difficultés à composer avec les expériences reliées aux conflits ne peuvent être comprises qu'à travers le contexte quotidien des personnes qui les ont vécues. Des études qualitatives comparant

l'expérience des réfugiés à celle des gens demeurés dans leur pays ont démontré de grandes variations. D'abord, les gens demeurés dans leur pays durant le conflit ont été exposés à un traumatisme extrême. Ils ont éprouvé un sentiment d'impuissance, d'inconfort et de la déception face aux attentes après le conflit (Becker, 1995). Pour leur part, les réfugiés subissent une perte de soutien social et d'identité. Ils présentent des problèmes d'adaptation au niveau psychosocial et au niveau de la définition de leur identité (De Jong & al., 2001). Néanmoins, peu d'études ont été effectuées sur l'impact de la perte de tissus social sur la santé des individus. Il semble que ce secteur de recherche ait été négligé. De plus, les recherches ont peu porté sur les perceptions et les besoins des individus après l'immigration. On note toutefois que des interventions ont été mises en place pour répondre à des besoins.

Au cours du processus d'immigration, l'aide internationale se préoccupe principalement de la sécurité et des besoins physiques de la population. L'intervention au niveau des besoins psychologiques est faite par divers organismes indépendants, ou par l'entremise de projets endossés par l'organisation mondiale de la santé, dans certains camps (Summerfield, 1996). Toutefois, il n'existe pas de structure formelle spécialisée dans l'évaluation des besoins spécifiques des différentes cultures et les interventions se font par l'implantation systématique de programmes, sans études de terrain.

Dans le cadre d'ententes inter-gouvernementales, les familles en camps de réfugiés sont rencontrées, évaluées puis relocalisées dans des pays d'accueil. Selon les statistiques, le Québec fait face à une augmentation notable du nombre d'immigrants. En effet, d'après les données du recensement de 1996, la population immigrante représentait 9,5 % de la population du Québec, une augmentation de 0,8 % par rapport à 1991 (Statistique Canada, 1996). En 2002, Statistique Canada rapporte un accroissement de l'ordre de 1,45 % de l'immigration au Québec par rapport à 2001. La répartition reflète la diversité : 26,5 % provient d'Europe, 37,3 % d'Asie, 14,4 % d'Amérique, 21,4 % d'Afrique et 0,4 % d'Océanie et d'autres pays (MRCI, 2000).

Traditionnellement, au Québec, une majorité d'immigrants s'établissait dans la région de Montréal. Depuis 1996, un programme provincial vise à diriger ceux-ci vers les régions plus rurales soit Lanaudière, le Saguenay, la Mauricie et l'Estrie. Les professionnels de la santé oeuvrant dans ces régions voient leur clientèle se diversifier graduellement, selon les services. La région de Lanaudière, principalement la ville de Joliette, aurait accueillie près de 600 immigrants depuis 1996 (Baumer, 2002). Cette nouvelle réalité représente un défi de taille pour les intervenants qui se retrouvent face à une clientèle diversifiée, à de nouvelles problématiques, du moins à des facteurs d'influence différents. Or les interventions et les approches actuellement utilisées ont été conçues pour répondre aux besoins d'une clientèle nord-américaine. Ceci est

particulièrement évident dans le secteur de la périnatalité, les nouveaux immigrants étant bien souvent de jeunes familles qui font appel à ces services (Baumer, 2002).

Les infirmières sont particulièrement touchées par cette situation. En effet, selon le fonctionnement actuel des services de première ligne, les infirmières sont habituellement les premières intervenantes à entrer en contact avec les jeunes familles, soit par l'entremise des cliniques de vaccination, des rencontres précoces post-partum et lors de l'évaluation de l'admissibilité à certaines programmes tels : naître égaux et grandir en santé (NEGS), le programme œufs-lait-orange (OLO). Par la suite, dans le cadre d'interventions interdisciplinaires, divers intervenants entreront aussi en contact avec la clientèle immigrante soit les travailleurs sociaux, les nutritionnistes, les éducatrices spécialisées, les auxiliaires familiales, et les orthophonistes.

Selon Hovey (2000a, 2000b) et Leininger (1989), il est essentiel d'évaluer et de donner des soins et des services aux immigrants en tenant compte du contexte culturel particulier de ceux-ci. Dans le contexte actuel de l'application de la loi C-33, l'élément concernant l'évaluation de la santé physique et mentale du client est maintenant reconnu comme un acte infirmier (OIIQ, 2003). Dans l'optique de donner des soins de qualité et congruents, tenir compte de l'aspect culturel prend toute son importance. Il est en effet essentiel de reconnaître

l'impact de la culture sur les modes d'expression, les valeurs et la dynamique familiale, lesquels sont des éléments clés de l'évaluation et de la planification des interventions infirmières (Pacquette-Desjardins, 2003) et psychosociales (Chiasson-Lavoie, 1992). Des recherches démontrent que les besoins diffèrent selon la culture (Smart & Smart, 1995) et même à l'intérieur d'un groupe culturel (Kamya, 1997). En plus des différences liées à la culture, l'expérience d'immigration serait différente pour les hommes et les femmes (Aroian & Norris, 2000; Ponizovski & al.,1998). Il y aurait aussi une différence au niveau du stress relié à l'immigration, entre les femmes et les hommes (Baider, Ever-Hadani & Kaplan de Nour, 1996; Breslau, 2002). Actuellement, il existe peu de connaissance et d'écrits portant spécifiquement sur les femmes immigrantes. Déjà en 1987, Meleis et Rogers (1987) notaient que les femmes immigrantes étaient largement négligées dans la recherche, peu étant connu sur leur expérience, leurs besoins et leurs moyens d'adaptation. Ces éléments viennent soutenir à la fois l'importance de développer les connaissances sur l'expérience des femmes et celle de développer la compétence culturelle des intervenants, afin qu'ils soient mieux habiletés à intervenir auprès de clientèles immigrantes diversifiées, particulièrement dans les secteurs de la périnatalité.

Les intervenants du milieu consulté soit les intervenants du CLSC de Joliette, se disent peu informés au niveau du vécu et des besoins des immigrants. En effet, la plupart ont appris récemment qu'il y avait un programme

de relocalisation vers les régions plus rurales dont la leur alors que ce programme fonctionne depuis 1996, sous l'égide du CRÉDIL (Comité Régional d'Éducation pour le Développement International de Lanaudière).

Selon Baumer (2002), les besoins psychosociaux des immigrants ne sont pas comblés par le réseau dans Lanaudière. Une recherche portant sur les immigrants confirme pourtant le rôle du soutien psychosocial, il serait en effet associé à une diminution de la détresse et diminuerait l'impact des agents de stress (Noh & Avison, 1996). Baumer (2002) craint un impact de cette absence de soutien sur les femmes et les enfants. Le vécu des femmes et des hommes dans le pays d'accueil étant différent et le soutien inexistant, il se crée selon lui, un déséquilibre dans le couple qui devient ainsi incapable d'assumer le rôle parental. Le soutien des familles jumelles est significatif mais celles-ci ne peuvent répondre à tous les besoins complexes des familles immigrantes qui relèvent des professionnels (Baumer, 2002).

Les solutions proposées

Une revue des écrits révèle plusieurs pistes de solution à la situation problématique. Certains auteurs soulignent le type d'interventions qui devraient être faites auprès des individus, d'autres préconisent un type d'intervention qui s'adresse plus particulièrement aux intervenants ou au système socio-sanitaire.

Interventions auprès des individus

Clinton-Davis et Fassil (1992) soulignent le manque d'intervention à long terme auprès des réfugiés. Selon ceux-ci, la phase post-urgence a été négligée. Il y a des besoins d'interventions à long terme, notamment au niveau des problèmes sociaux liés au statut, à la recherche d'identité, à l'apprentissage de la langue et des modes de vie, qui peuvent engendrer un stress considérable. La santé mentale serait aussi sous évaluée, en raison du manque de connaissance des intervenants et des barrières liées à la langue. Les auteurs proposent l'utilisation d'interprètes.

D'autre part, Meleis (1991) met l'emphase sur l'importance d'identifier les populations à haut risque parmi les femmes immigrantes. Selon cette auteure, certaines femmes parmi ce groupe sont à haut risque de détresses physique et psychologique d'abord en raison des multiples rôles qu'elles ont à jouer en pays d'accueil, mais aussi parce que ces rôles sont bien souvent invisibles et peu reconnus. Ces femmes sont aussi confrontées à des difficultés au niveau du langage, notamment au sens symbolique ce qui se répercutent sur les interactions et interprétations. Cela explique le peu d'utilisation des services de santé. Meleis propose de développer des interventions spécifiques à cette population, soit de développer des programmes d'*empowerment* et des périodes de repos *(time out)*.

Toujours selon Meleis (1991), le plus grand défi des intervenants est de comprendre le côté unique de l'expérience de chaque femme et d'éviter les stéréotypes. Se centrer sur le contexte d'immigration tel que vu et expliqué par la personne permet de développer une façon différente d'étudier, de voir et de comprendre la situation des femmes immigrantes. Celles-ci ont besoin de soutien durant la période de transition, de moyens d'augmenter leur compétence sociale, de ressources pour les aider à comprendre le système nord américain, de même que pour les aider à gérer les difficultés du couple.

Baumer (2002) effectue diverses recommandations concernant les services manquants auprès des immigrants. D'abord, effectuer un dépistage au niveau de la santé physique de façon systématique, ce qui créerait un premier lien avec les services de santé. Il met aussi l'accent sur l'importance d'offrir des services adaptés aux besoins et à la réalité de ces familles. Dans cette optique, il propose la création d'ateliers afin d'aider les femmes à mieux gérer le quotidien mais aussi pour les aider à sortir de l'isolement.

Interventions auprès des intervenants

Certains auteurs proposent un second type de solution soit des interventions auprès des intervenants principalement d'ordre éducatif. Celles-ci permettent d'augmenter les connaissances et compétences culturelles.

Groleau (1990), une chercheure canadienne, s'est intéressée aux pratiques et croyances périnatales des jamaïcaines de Toronto. Elle soutient que l'humanisation des soins nécessite une réorientation des programmes de santé, des interventions et de la formation en fonction de la réalité culturelle des patientes et des besoins particuliers des femmes des différentes communautés. Cela nécessite une démarche à long terme de la part des institutions, vers une adéquation des services de santé et non seulement de l'accessibilité (Groleau, 1990). Selon Meleis et Rogers (1987), la collaboration entre les sous systèmes sociaux passe par la connaissance de l'identité, des valeurs et du fonctionnement des familles des différents secteurs de la communauté immigrante. De plus, selon Baumer (2002), il est essentiel de resserrer les liens entre les différentes parties du réseau socio-sanitaire afin de répondre aux besoins des immigrants et d'être plus actifs au niveau de la prévention.

Dans le cadre d'une réflexion sur les différences culturelles et la thérapie familiale, McGoldrick, Giordano et Pearce (1996) proposent des solutions s'adressant au système social. Selon ceux-ci, il est impératif de développer un système social avec des frontières plus flexibles permettant aux gens de se définir à partir de leurs croyances et de leur héritage au-delà du concept de minorité.

Ces mêmes auteurs proposent des lignes directrices tirées de Giordano et Giordano (1995), afin d'encadrer les intervenants et les aider à répondre à la diversité culturelle des besoins. Celles-ci se résument de la façon suivante soit :

- Évaluer l'importance de l'identité culturelle.
- Valider et renforcer l'identité culturelle.
- Connaître et utiliser le système de soutien du client.
- Éviter les stéréotypes.
- Ne pas avoir l'impression que l'on doit tout savoir.
- Reconnaître les avantages et désavantages de ne pas être de la même culture que le client.
- Reconnaître le camouflage culturel, aider à résoudre les conflits de valeur.

Ponterotto, Casas, Suzuki et Alexander (2001) proposent comme pistes de solutions la clarification des perceptions des gens d'une ethnie par rapport à une autre, mais aussi l'exploration de leur vision du monde. Ces auteurs incluent aussi la clarification de l'information auprès des divers intervenants pour éviter les idées préconçues et les stéréotypes et leur permettre d'être conscients de leurs propres conceptions.

Luna (1989) et Kuster (1997) suggèrent pour leur part la clarification de concept soit, de façon plus spécifique, l'exploration de la signification du concept de soin auprès des clientèles visées, dans leur contexte culturel propre. Luna

met l'accent sur l'importance de l'évaluation de la culture de chaque individu et famille. Selon celle-ci, ce n'est que par la connaissance, le respect et la sensibilité que les infirmières peuvent atteindre le but de la théorie de Leininger, soit de donner des soins culturellement congruents (Luna, 1994).

Selon Ponterotto et al. (2001) la recherche qualitative est aussi partie prenante des solutions. D'abord par la possibilité qu'elle offre d'intégrer la recherche à la pratique. Ensuite, pour l'impact des apprentissages faits, lesquels changent la façon d'écouter, de poser les questions mais aussi de penser des intervenants. Ce type de recherche a un potentiel de mutualité, «d'empowerment» et de libération parce qu'elle permet de tenir compte de la complexité de la vie de la personne et de leur histoire de vie (Ponterotto & al., 2001).

Les buts et objectifs poursuivis

À la lueur de ces diverses recommandations, le type de solution retenu s'inscrit en deux phases, chacune ayant des buts spécifiques. Durant la première phase, l'auteure vise à décrire par un devis ethnographique, l'expérience d'immigration des femmes. Lors de la phase II, l'auteure vise à développer, appliquer et évaluer une intervention auprès des professionnels de la santé afin d'optimiser les compétences culturelles des intervenants en CLSC, notamment en leur permettant de se familiariser avec les divers éléments qui

entrent en ligne de compte dans l'expérience d'immigration. Les deux phases sont réalisées en s'inspirant des auteurs du cadre théorique. Ce type de solution est la plus viable en tenant compte des contraintes de temps et dans le but d'implanter des changements durables auprès d'intervenants clés et motivés.

Les objectifs

Dans le but d'orienter le développement d'une intervention de formation culturelle centré sur les besoins et réalités de cette clientèle, les objectifs du projet lors de la phase I sont de :

1. Décrire l'expérience de santé des femmes lors du processus d'immigration;
2. Identifier les ressources utilisées par les femmes pour faire face aux événements entourant l'immigration;
3. Identifier les besoins durant les différentes étapes du processus d'immigration;
4. Identifier les besoins non comblés par les ressources disponibles;
5. Identifier la présence de symptômes de stress durant les différentes étapes du processus d'immigration.

Les objectifs du projet lors de la phase II sont de :

1. Identifier des objectifs d'apprentissage pour la formation en tenant compte des différents niveaux taxonomiques (Jean, Des Marchais, & Delorme,1992);
2. Intégrer dans les différentes étapes de la planification et de la réalisation de l'intervention éducative, la démarche de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2001);

3. Développer, appliquer et évaluer une formation en lien avec la compétence culturelle.

De plus l'auteure a identifié un objectif personnel soit d' :

1. Analyser les habiletés d'intervention de l'auteure auprès des petits groupes.

Le cadre de référence

Lazure (2003) soutient l'importance de la compétence culturelle des intervenants du domaine de la santé. Elle note des lacunes au niveau de la formation et de la préparation. Ces lacunes seraient présentes à divers niveaux et auraient un impact sur divers groupes de notre société. Dans son enseignement et ses recherches, Lazure part du vécu des femmes et fait le lien avec les modèles infirmiers ayant une composante culturelle. Pour la chercheure, les modèles sont des outils et non une recette à suivre. Dans le cadre du projet actuel, les cadres théoriques suivants sont utilisés, chacun ayant un apport distinct au projet. Le modèle de compétence culturelle de Campinha-Bacote (2003a) apporte sa contribution quant à l'évaluation et au développement de la compétence culturelle. Le modèle de McGill étant le modèle utilisé par les infirmières de l'échantillon de la seconde phase, il est utilisé lors des discussions précédant le projet de même que lors des histoires de cas, afin de rejoindre les intervenants au niveau du type d'intervention et d'analyse. Enfin les principes de St-Arnaud concernant la réflexion dans l'action sont utilisés dans la préparation des animations de même que lors des séances de formation.

Un modèle de compétence culturelle

Campinha-Bacote (1991) a développé un modèle de compétence culturelle pour les professionnels de la santé. Ce modèle est lui-même inspiré des travaux de Leininger (1978) au niveau des soins transculturels, de Pederson (1988) au niveau du *counseling* multiculturel, de Kleinman, Eisenburg et Good (1978) en ce qui concerne la dimension culturelle de la psychiatrie et finalement de Law (1993) concernant les aspects culturels de la spiritualité.

En 2002, Campinha-Bacote révise son modèle pour y inclure le désir culturel, lequel est l'élément déclencheur du processus de compétence culturelle. En présence du désir culturel, la personne recherche les contacts avec les différentes cultures, augmente ses connaissances culturelles, inclut la dimension culturelle dans ses évaluations (conscience et habiletés culturelles) et demeure humble dans le processus d'éveil culturel (Campinha-Bacote, 2003a).

Ce modèle décrit la compétence culturelle comme un processus continu, au cours duquel le professionnel lutte pour atteindre les habiletés et les disponibilités pour travailler efficacement à l'intérieur du contexte culturel du client (individu, famille, communauté). Le professionnel doit se voir dans un processus en devenir et non comme actuellement compétent.

Les prémisses de ce modèle sont les suivantes :

1. La compétence culturelle est un processus et non un évènement;
2. Le processus de compétence culturelle consiste en cinq éléments inter reliés : le désir culturel, la conscience culturelle (*awareness)*, la connaissance culturelle, l'habileté culturelle et les contacts culturels;
3. La clé et l'élément central de la compétence culturelle est le désir culturel;
4. Il y a plus de différences à l'intérieur d'un groupe culturel qu'entre les groupes;
5. Il y a une relation directe entre le niveau de compétence culturelle du professionnel et son habileté à donner des services congruents culturellement;
6. La compétence culturelle est un élément essentiel pour donner des soins efficaces et culturellement congruents aux clients de cultures diverses.

Le désir culturel

L'élément clé de ce modèle soit le désir culturel, est en fait la motivation du professionnel à devenir compétent. Cette motivation serait basée sur des valeurs humanistes soit de prendre soin (*caring)* et de s'aimer les uns les autres. Selon cette vision la personne est vue comme faisant partie d'une même race, et ayant des besoins similaires. Cet élément implique aussi selon l'auteure, un certain sacrifice soit de laisser de côtés les jugements et les préjugés afin de développer ce désir culturel. Ceci inclut aussi l'engagement de prendre soin de tous les clients peu importe leurs valeurs, croyances ou pratiques. Cet engagement peut impliquer, pour le professionnel, certains

conflits moraux avec ses propres valeurs selon les situations. Néanmoins, selon l'auteure, il importe alors de considérer la personne comme un être humain unique qui mérite nos soins et notre amour. Cet élément représente aussi une passion et un engagement du professionnel à être ouvert et flexible avec les autres, à respecter les différences, à apprendre des clients, à demeurer humble.

La conscience culturelle

Un second concept de ce modèle est la conscience culturelle. Celle-ci nécessite la prise de conscience de ses propres préjugés à propos des gens qui sont différents de soi. Le professionnel doit être conscient de ses propres valeurs, de ses croyances, des éléments qui sont à la base de sa culture. Cela en fait aussi un processus continu où le professionnel est constamment en apprentissage des ressemblances et différences entre les différentes cultures. L'humilité est étroitement liée à ce concept, elle implique un travail continu de l'intervenant au niveau de l'autocritique, de la remise en question de ses rapports avec le client, afin de développer des relations dont les deux parties bénéficient également. La conscience culturelle se situerait sur un continuum de l'incompétence inconsciente à la compétence inconsciente. Certains éléments contribuent à stimuler la conscience culturelle, soit les jeux de rôles, les interventions sur le terrain, les études dirigées en auto apprentissages, la technique de l'incident critique, les discussions de groupes, les présentations

audio-visuelles, les entrevues avec consultants et experts et les observations de deux cultures en comparaison (Campinha-Bacote, 2003a).

La connaissance culturelle

Un troisième concept, celui de la connaissance culturelle, est défini par Campinha-Bacote comme un processus de recherche et d'acquisition d'informations à propos de divers groupes culturels. Ces connaissances doivent se concentrer autour de trois aspects : les croyances et valeurs culturelles reliées à la santé, l'incidence et la prévalence des maladies, l'efficacité des traitements. Les croyances et valeurs du client en lien avec la santé doivent être recueillies à partir de la vision du monde de la personne. Cette vision est un élément essentiel à la compréhension du comportement, car elle est à la base des actions et interprétations. L'incidence et la prévalence des maladies sont aussi importantes car il existe des variations entre les groupes culturels. En ce qui concerne l'efficacité des traitements, le professionnel doit savoir qu'il existe actuellement une polémique quant à l'efficacité des traitements auprès des divers groupes culturels. En effet, selon les documents consultés par Campinha-Bacote, la diète, l'utilisation d'herbes, les préjugés des professionnels à l'égard de certains groupes, en plus de certains éléments de génétique auraient un effet possible sur l'efficacité des traitements pharmacologiques. Enfin, sous le concept des connaissances culturelles, elle souligne l'importance de comprendre les différents types d'interaction à l'intérieur des groupes.

L'habileté culturelle

L'habileté culturelle, est le quatrième concept de ce modèle. Il est défini comme l'habileté de recueillir des données concernant le problème tel que présenté par le client en plus d'effectuer une évaluation basée sur la culture. Dans cette optique, l'auteure propose la revue d'outils d'évaluation culturelle existants, de considérer le but de la discipline infirmière dans la conduite de l'entrevue, de considérer les habiletés de l'interviewer, de noter des questions portant sur différents aspects de la culture afin d'enrichir les outils d'évaluation locaux.

Les rencontres culturelles

Le cinquième concept soit les rencontres culturelles, consiste en un face-à-face de l'intervenant avec les représentants de diverses cultures tout en demeurant conscient des différences individuelles à l'intérieur de chacun des groupes culturels. Elle réfère à Clark, Hewson et Fry (1996) au niveau de l'interaction afin de favoriser la communication. On y parle de partenariat, d'empathie, d'excuse, de respect, de légitimité, de soutien. Ce type d'interaction peut devenir plus difficile si l'utilisation d'un interprète devient nécessaire.

Le modèle McGill

Le CLSC de la région de Lanaudière est actuellement en démarche d'actualisation du modèle McGill. En effet, une formation fut donnée au

printemps 2003, à toutes les infirmières de l'établissement par secteur d'activité. La firme Pacquette-Desjardins fut mandatée afin de présenter le modèle et son application par des mises en situations adaptées aux différents secteurs d'activité.

Au niveau théorique les quatre concepts de base suivants ont été présentés soit la santé, la personne/famille, l'environnement, et les soins infirmiers.

La santé

La santé est définie comme une façon d'être, de vivre, d'exister et de croître. C'est un apprentissage qui se fait dans l'environnement et tout au long de la vie par les processus d'adaptation (*coping*) et de développement.

Selon le point de vue de Pacquette-Desjardins, l'adaptation (*coping*) représente les moyens de faire face à une situation problématique ou à un événement nouveau, afin de maîtriser la situation et de diminuer la tension. C'est un processus de gestion d'impact. Les habiletés au niveau de l'adaptation (*coping*) sont apprises et acquises dans la famille et l'environnement, et elles évoluent dans le temps.

Le développement y est défini comme la prise de conscience des acquis antérieurs et leur application dans une situation nouvelle. Ce processus passe par la reconnaissance de potentiel, la mobilisation du potentiel, la création de ressources et l'établissement de buts.

La personne/famille

Le concept personne/famille est présenté par le terme «client famille». Selon ce concept, la personne est perçue à travers le filtre familial. La personne et la famille sont des éléments indissociables et dépendent l'un de l'autre. La famille est aussi le lieu d'apprentissage des moyens d'adaptation (*coping).* Le client-famille est un système ayant des relations significatives à long terme, doté d'un équilibre et d'un rythme propre, où il y a interdépendance des éléments et où les changements atteignent tous les membres à différents degrés.

La dynamique du système

Au niveau de ce concept, certains éléments sont présentés comme allant de soi. D'abord on assume que le client-famille collabore avec l'infirmière dans le but d'atteindre la santé. Le système est aussi vu comme un apprenant face à de nouvelles stratégies d'adaptation. On attend aussi de sa part qu'il joue un rôle actif notamment au niveau de la résolution de problème, mais aussi qu'il soit motivé à assurer la responsabilité de sa santé. On reconnaît cependant que

le potentiel varie selon les individus-familles. Le génogramme est utilisé pour illustrer le système.

L'environnement

Le concept environnement est décrit comme le contexte social dans lequel on apprend à vivre, l'endroit où les moyens d'adaptation *(coping)* se développent. On reconnaît une interdépendance entre la famille et l'environnement. L'environnement et son interaction avec la famille prédispose ou renforce les comportements de santé ou les fragilise. On utilise l'écocarte pour illustrer l'environnement.

Les soins infirmiers

Pacquette-Desjardins présente les soins infirmiers en trois sections. D'abord le but, ensuite le rôle de l'infirmière puis l'application du modèle dans le cadre des soins infirmiers.

Le but

Le but des soins infirmiers est d'améliorer la santé. Ils visent aussi à favoriser l'engagement du client-famille, à mettre des activités d'apprentissage en place selon les besoins et le but identifié. C'est un processus de collaboration client-famille et infirmière afin d'effectuer des apprentissages au niveau de la santé et à solutionner les problèmes de santé.

Le rôle de l'infirmière

En ce qui concerne le rôle de l'infirmière, cette dernière joue un rôle de facilitateur, de collaborateur, de négociateur, de médiateur, de motivateur, de catalyseur de changement et d'agent de renforcement.

L'application du modèle

Au niveau plus concret, l'application du modèle dans le cadre de soins infirmiers nécessite que toutes les étapes de la démarche se fassent avec le client-famille. Il doit d'abord y avoir l'identification d'un problème par une approche exploratoire. Cette démarche doit permettre d'identifier le problème, de le comprendre et de s'entendre sur celui-ci. On y explore notamment l'impact des stratégies d'adaptation (*coping)* mais aussi la situation souhaitée par le client-famille et celle souhaitée par l'infirmière. Cette étape permet d'émettre des hypothèses professionnelles. La deuxième partie consiste à établir un plan de changement. Dans ce plan les objectifs fixés doivent avoir un lien avec le problème identifié et les activités un lien avec les hypothèses. Enfin, on fait l'évaluation en collaboration avec le client-famille.

L'animation de la formation

St-Arnaud (1992) a repris les principes de l'apprentissage expérientiel de Schön (1983) qu'il décrit comme un processus de réflexion dans l'action. Le principe de base sous tendu par les auteurs est que l'individu doit apprendre par

l'action. Dans un chapitre portant sur l'utilisation de l'autocritique dans l'apprentissage du clinicien, les auteurs considèrent que toute action est intentionnelle. Qu'une action est en fait le résultat des attentes du praticien face à un interlocuteur qu'il cherche à influencer. De plus tout comportement est stratégique qu'il soit verbal ou non verbal. Selon ces principes une intervention est jugée efficace si l'effet visé est produit et peut être observé en l'absence d'effets secondaires indésirables. L'intervenant peut utiliser la réflexion afin d'obtenir de la rétroaction sur son intervention en nommant ses attentes et en vérifiant si elles sont atteintes. Cette démarche demande à l'intervenant d'identifier ses stratégies, d'observer les effets sur soi, les effets psychologiques, les effets visibles et les effets à venir. C'est en fait une technique d'auto-critique que l'intervenant peut utiliser afin d'analyser sa pratique et d'évaluer son efficacité notamment par l'identification du type d'erreur. Selon St-Arnaud (1992), le praticien efficace est celui qui est capable de voir rapidement ses erreurs et de les corriger dans l'action. Ces principes seront utilisés au cours des mises en situation afin de favoriser la réflexion mais aussi d'amorcer ce type d'autocritique. Ces mêmes principes sont également utilisés par Jean, Des Marchais, et Delorme (1992) dans le cadre de documents visant à développer les compétences des enseignants en sciences de la santé, par des modules d'auto-apprentissages. Selon ceux-ci, le modèle expérientiel permet l'apprentissage par divers types de moyens ou la combinaison de ceux-ci soit par expérience concrète, par observation réflective, par conceptualisation

abstraite ou par expérimentation active. Cette dernière consiste à appliquer le nouveau savoir à un évènement similaire.

La méthodologie de la phase I

Dans la première phase de ce projet, l'auteure vise à décrire par un devis ethnographique, l'expérience d'immigration des femmes. Ce chapitre décrit la méthode utilisée à cette fin, plus spécifiquement, le devis de même qu'une description du milieu, de l'échantillon, du déroulement de l'étude et de la sélection de l'échantillon, les instruments utilisés et finalement les considérations éthiques.

Le devis

Une méthode de recherche qualitative est choisie pour répondre aux questions de recherche. Ce type de méthode est approprié quand une exploration du milieu s'avère nécessaire. L'étude est réalisée à partir d'un devis ethnographique, lequel permet de développer une plus grande connaissance d'une culture et de développer des soins congruents avec celle-ci (Burns & Grove, 2001; Leininger, 1970). Ce type de devis porte sur l'étude de sujets dans leur environnement et vise à développer une compréhension détaillée des circonstances. On qualifie ce devis de descriptif et interprétatif puisqu'il accorde de l'importance aux détails mais qu'il doit aussi déterminer la signification de ce qu'il observe (Savage, 2000). Au niveau pratique, le processus d'analyse selon un devis ethnographique consiste à codifier les entrevues afin d'en dégager des symboles ou unités de sens qui sont à la base d'une explication culturelle d'un

événement (Spradley, 1979). Ce devis permet d'explorer l'expérience des femmes immigrantes au Québec, à partir de leur point de vue, dans le but ultime de cerner leurs besoins.

Le milieu

Le milieu retenu pour ce projet est la région de Lanaudière, notamment les familles recevant des services de l'équipe de santé parentale et infantile et ayant été référées par ces intervenants.

En ce qui concerne la MRC de Joliette, cette dernière présente le plus faible taux de croissance démographique dans Lanaudière. En outre depuis 1979 l'indice de fécondité de la MRC de Joliette a toujours été plus faible que les autres MRC de Lanaudière (Lemire, 2004). Ces données peuvent expliquer que les programmes gouvernementaux aient ciblé cette région pour y diriger de nouveaux arrivants.

Au niveau du contexte social, cette région compte également une proportion plus forte de familles monoparentales que dans l'ensemble de Lanaudière. En ce qui concerne les données sur la pauvreté, la croissance du nombre de personnes vivant dans l'extrême pauvreté, dont le revenu est inférieur à 50 % du seuil de faible revenu de Statistique Canada, a été plus forte dans la MRC de Joliette (+ 76 %) que dans Lanaudière (+ 63 %) et au Québec

(+ 43 %) (Lemire, 2004). De plus, 34 % de la population âgée de 15 ans et plus de la MRC de Joliette n'a pas de diplôme d'étude secondaire (Lemire, 2003).

L'échantillon

Les critères de sélection prévoient que l'échantillon est constitué de femmes arrivées au Canada, sous un statut de réfugié, il y a moins de quatre ans, suivies en petite enfance durant la dernière année dans un CLSC de la région de Lanaudière. Elles sont toutes en couple et ont des enfants en bas âge, ce critère permettant d'avoir des femmes vivant des expériences similaires notamment au niveau des responsabilités et rôles familiaux, en plus de l'expérience de la périnatalité dans un nouvel environnement. Elles maîtrisent également suffisamment le français pour pouvoir avoir une conversation. Elles ont accepté de participer au projet après présentation des grandes lignes du projet par l'intervenant pivot.

Ce type d'échantillon est choisi pour des considérations pratiques. En effet, au niveau de l'échéancier, le fait d'avoir une première approche par l'infirmière pivot qui cible les femmes intéressées est facilitant. De plus, le fait d'avoir vécu un certain nombre d'années au Canada permet d'assurer une certaine compréhension de la langue.

Le déroulement de l'étude et la sélection des participantes

L'étude ethnographique s'effectue dans la région de Lanaudière de juin 2002 à août 2002. Les femmes immigrantes répondant aux critères de sélection de l'échantillon sont informées du projet par des intervenants pivots en petite enfance, après l'accord de la chef de programme, et référées à l'auteure lorsqu'elles sont intéressées à participer. Les entrevues sont réalisées à domicile, suite à des rendez-vous établis par contact téléphonique par l'auteure qui possède six années d'expérience auprès de clientèle diverses suivies à domicile. Un consentement éclairé est obtenu, après explications des objectifs de la recherche, du droit de ne pas répondre à certaines questions et de se retirer du projet en tout temps. Il comprend le consentement à l'enregistrement des rencontres sous forme audio. Leur expérience entourant l'immigration de même que leurs besoins spécifiques sont explorés à l'aide du guide d'entrevue décrit plus loin. Ces entrevues semi-structurées d'une durée de 45 à 90 minutes se tiennent au domicile de la participante. Un questionnaire de données sociodémographiques est également rempli par les participantes.

Les instruments

Le guide d'entrevue

Un guide d'entrevue semi-structurée est construit pour les fins du projet (voir Appendice A). Il consiste en 12 questions ouvertes, élaborées à partir des symptômes retrouvés dans l'échelle de TSPT (trouble de stress post

traumatique) du DSM-4 et des lectures faites lors de la revue des écrits sur le sujet. Les questions utilisées furent validées auprès de quatre juges experts externes dont une femme ayant immigré au Canada il y a deux ans, d'une ergothérapeute titulaire d'une maîtrise, d'une infirmière ayant huit années d'expérience auprès de clientèles diverses et auprès d'une enseignante universitaire. Les principales corrections effectuées suite à ces révisions consistent à poser les questions de façon plus ouverte et à séparer les thèmes concernant les symptômes physiques des symptômes psychosociaux.

Le questionnaire de données socio-démographiques (QDSD)

Un questionnaire portant sur des données démographiques est conçu à partir du questionnaire QDSD des intervenants (Lacharité & coll., 2002). Seules les questions pertinentes à l'échantillon visé dans ce projet ont été conservées (voir Appendice B).

Le formulaire de consentement

Un formulaire de consentement est élaboré et soumis au président du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) pour approbation. Il comporte une courte description de l'étude, les avantages et inconvénients de la participation au projet de même qu'un paragraphe sur le droit de retrait (voir Appendice C).

Les considérations éthiques

En ce qui concerne les considérations éthiques, lors de la phase I, le projet est présenté au président du comité d'éthique de l'UQO (voir Appendice D). Le formulaire de consentement est ajusté suite aux recommandations du président du comité notamment en ce qui a trait au niveau de langage et aux personnes à contacter en cas de questionnement.

Pour respecter l'anonymat, aucune identification de la femme rencontrée n'est faite sur les verbatims ou sur la cassette elle-même. Les cassettes sont transcrites puis détruites suite à l'approbation des verbatims par chacune des femmes concernées. Afin de conserver la confidentialité, les documents suivants : verbatims et formulaires de consentement sont rangés dans un cahier distinct mis sous clé dans une filière. Le seul élément permettant de relier les formulaires aux verbatims sont les dates indiquées sur chacun d'eux.

Le sujet traité lors des entrevues représentant un niveau de risque quand aux sentiments et émotions reliées à l'exploration du vécu, les coordonnés téléphoniques de l'auteure à la maison et au travail ont été remises aux participantes, en cas de questions ou de besoin de référence.

Les résultats de la phase I

Le chapitre suivant porte sur la description des résultats. Il est divisé en quatre sections : la description démographique de l'échantillon, le cadre d'analyse, les résultats, la présentation d'un cas typique et se termine par une synthèse des résultats.

La description démographique de l'échantillon

Six femmes ont été rencontrées. Les six femmes sont âgées de 25 à 29 ans dans une proportion de 67 % (N = 4) et entre 30 et 34 ans dans 33 % (N = 2) des cas. Elles sont toutes mariées et ont entre 1 et 5 enfants chacune ($\overline{x}$ = 2,5). Leur origine diffère de même que leur langue natale (voir Figure 1) mais elles ont toutes des connaissances de base au niveau de la langue française et sont entrées au Canada sous un statut de réfugié. Leur statut d'emploi au Canada diffère de celui de leur pays d'origine tel qu'illustré aux Figures 2 et 3. En outre, 20 % (N = 1) ont un diplôme de niveau équivalent au secondaire dans leur pays d'origine et 80 % (N = 4) n'ont aucun diplôme scolaire.

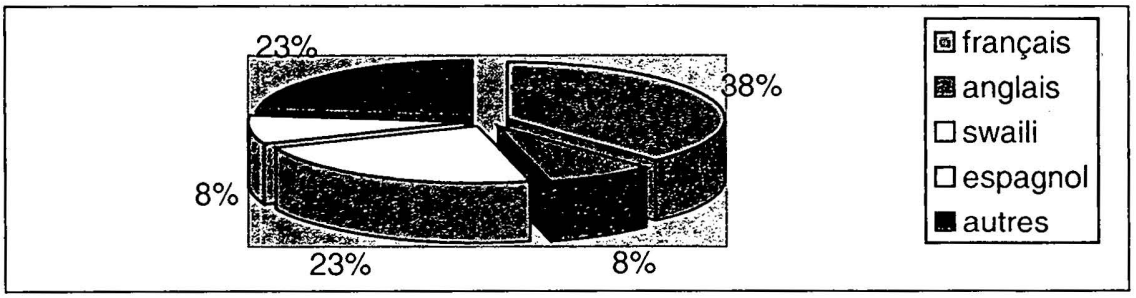


Figure 1. Répartition des femmes immigrantes selon la langue parlée. (N = 6)

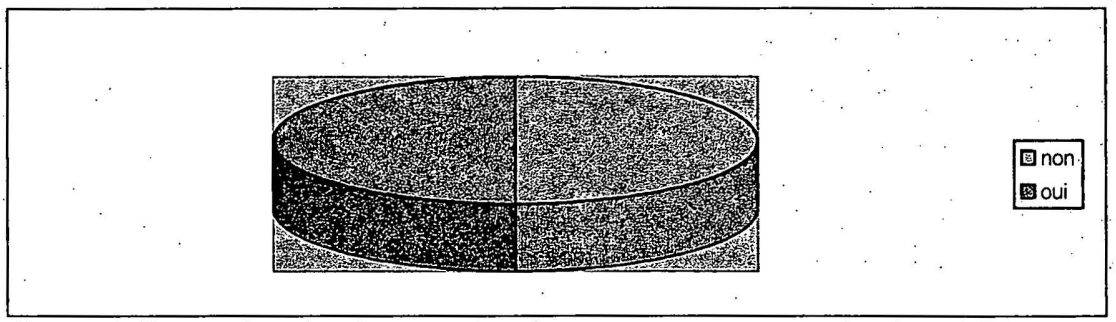


Figure 2. Proportion des femmes immigrantes ayant un emploi dans leur pays d'origine. (N = 6)

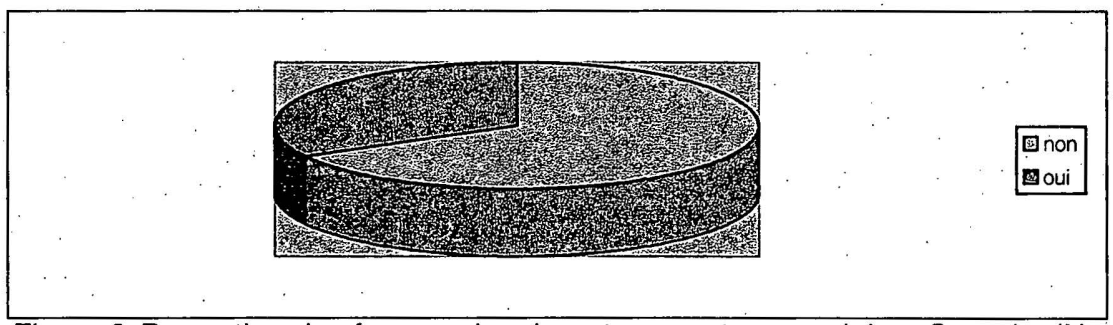


Figure 3. Proportion des femmes immigrantes ayant un emploi au Canada. (N = 6)

Le cadre d'analyse

L'analyse des données s'effectue avec le logiciel ATLAS (4.1). Les entrevues sont d'abord transcrites dans Word de façon intégrale sous forme de verbatim en respectant la forme de langage utilisé. Une fois transcrits, les verbatims sont validés auprès des participantes afin d'assurer la concordance entre l'écrit et les propos des femmes. Ils sont ensuite transformés en document texte pour être exportés vers ATLAS. Une première organisation des données est ensuite faite en faisant ressortir les thèmes abordés lors des entrevues, et en regroupant les informations s'y rapportant. Les premières lectures permettent d'identifier des unités de sens de façon émergeante puis d'identifier dans les

verbatims les passages correspondants à la signification pour l'auteure de ces unités. Les unités de sens identifiées concernent les dimensions : santé physique et psychologique, santé familiale, difficultés, ressources, besoins.

Les résultats de la phase I

Pour chacune des cinq dimensions identifiées, les catégories suivantes ont émergé de l'analyse des données. Pour la dimension santé physique et psychologique, les catégories symptômes, pensées et sentiments sont identifiées; pour la dimension santé familiale, les catégories émergentes sont les enfants, la relation avec le conjoint et les liens avec la famille d'origine. Pour la dimension difficultés, les catégories identifiées portent sur l'expérience vécue en camps de réfugié, les raisons à la base de la décision de quitter le pays d'origine, et le climat de violence relié à ces expériences, la communication, les émotions ressenties, particulièrement le sentiment de solitude, la perte de tissu social, les études et les apprentissages. Pour la dimension ressources, les catégories portent sur l'aide, les ressources personnelles et les croyances spirituelles. La dimension des besoins permet d'identifier les catégories de besoins liés à : la santé physique; la santé psychologique; la santé familiale et la communication; le soutien et la reconnaissance sociale.

Santé physique et psychologique

Au sein de la dimension santé physique et psychologique, les symptômes physiques paraissent associés à des besoins de base tel que le sommeil et le besoin de manger. Ces symptômes apparaissent plus fréquemment dans les discours des femmes concernant la période en camp de réfugiés. Il ressort aussi que les pensées sont étroitement reliées aux émotions vécues dans la période précédent l'immigration et influencent le sommeil tant en camp de réfugiés qu'en pays d'accueil.

> *Maintenant encore beaucoup images, les amis morts mais surtout mon mari, parle pas il pense tous les soirs, comme absent (elle chuchote et pleure en se rapprochant) moi aussi j'y pense, je parle à des amies parce que ça aide pour la tranquillité mais ...la famille les amis là-bas... mon pays la Colombie que j'aime, c'est difficile ouf! (code 4).*

Le sentiment de sécurité à l'arrivée au Canada est toutefois noté par les femmes comme facilitant leur immigration.

Santé familiale

La dimension santé familiale comporte les catégories enfants, relation avec le conjoint et les liens avec la famille d'origine demeurée au pays. Les enfants sont reliés à une notion d'espoir qu'elles placent en leur avenir ici.

> *Au moins ma fille, je dois m'en occuper, je reste ici pour elle ça va être mieux pour elle son futur! (code 2)*

Quand à leur relation avec leur conjoint, elles ressortent une différence au niveau de l'expérience de l'immigration mais également le peu d'échanges à propos des émotions ressenties.

> *Nous restons dans nos idées, pas parler beaucoup, difficile pour mon mari parce ce qu'il a perdu amis, travail, ici il travaille dans une usine, mais l'usine fermée maintenant. Lui a perdu plus que moi ....et il parle tout le temps espagnol, il resté là-bas dans sa tête, lit les journaux, voit les nouvelles et parle de politique de là-bas. (code 4)*

En ce qui concerne les liens avec la famille demeurée là-bas, un manque est ici identifié. Ce dernier est associé aux problèmes de communication: le peu d'échanges, la difficulté de téléphoner et de recevoir des lettres. On constate une réorganisation difficile pour les femmes et leur famille dans le cadre d'une perte de tissu social non compensée par le nouveau milieu. De même, la communication est un fil conducteur des propos des femmes dans cette dimension.

> *Nos familles sont restées dans le camp et on a pas tellement de contact, très difficile d'appeler...Tu peux écrire mais la lettre peut passer un mois dans le courrier et souvent ils ont pas les moyens de répondre. (code 5)*

Difficultés

La dimension des difficultés regroupe l'expérience vécue en camps de réfugié, les raisons à la base de la décision de quitter le pays d'origine, et le climat de violence relié à ces expériences. Tout au long du processus d'immigration, les émotions souvent en lien avec les expériences reliées au

pays d'origine, sont aussi identifiées comme des difficultés. Il en va de même pour la communication, tant au niveau du couple qu'au niveau de la langue du pays d'accueil. La langue française représente en effet une barrière difficile à surmonter, en raison du peu d'heures de pratique et de la nécessité de l'utiliser pour communiquer. Enfin, le sentiment de solitude apparaît également au niveau des difficultés. Ce dernier est lié aux difficultés de communication avec la famille demeurée dans le pays d'origine et à la perte d'amis. Les études et les apprentissages représentent aussi des difficultés, celles-ci sont liées à la notion de repartir à zéro, au manque de reconnaissance des apprentissages réalisés dans le passé. En résumé, il semble que les difficultés soient d'origines multiples et qu'elles se rapprochent de ce qui est décrit dans la littérature (Becker, 1995; Clinton-Davis & Fassil, 1992; Mooren, 2001). De plus, aucun organisme n'a été identifié par les femmes comme ayant traité ou offert du soutien en lien avec ces difficultés. Les femmes se disent même réticentes à parler de celles-ci entre-elles ou avec leur conjoint de peur de rendre la situation plus difficile.

> *Difficile de traverser la Tanzanie il y a les barrières, tu dois montrer les papiers, il y a les gens qui sont morts sur le chemin... (code 5)*
> *Plus difficile pour moi quitter ma famille et mes amies...Je reste ici pour ma fille...fatiguée par bébé dans mon ventre et tout est différent...me sentais seule...Je pense que j'ai pleuré tous les jours...seule, ma famille loin, je me sentais pas capable, pas bonne.(code 4)*

Ressources

La dimension «ressources» regroupe les catégories portant sur l'aide, les ressources personnelles et les croyances spirituelles. Les différents types d'aide mentionnés sont les relations d'amitié développées en pays d'accueil, lesquelles apportent du soutien au niveau des apprentissages reliés au mode de vie et à la culture québécoise et enfin, l'aide matérielle reçue par les organismes. Selon celles-ci, les besoins de soutien matériel, de traduction, de soutien technique lors des démarches, de logement et autres besoins de base ont été comblés par les ressources communautaires et les instances gouvernementales. Les femmes rencontrées étaient même incapables d'identifier des besoins non comblés à ce niveau.

> *Le CRÉDIL nous a soutenus, nous a logé à l'hôtel en attendant puis déménagés ici avec des meubles et des vêtements.(code 2)*

Les ressources personnelles portent sur la force intérieure : « ...aussi le « vivir». Vouloir être mieux, le désir de vivre, ne pas se laisser mourir » (code 4) partage l'une des femmes.

Les croyances spirituelles sont aussi identifiées comme des ressources lors de l'expérience. On constate que le thème de l'amitié fait appel au concept de tissu social, de même que celui des croyances, puisque celles ci sont associées à des pratiques religieuses au sein d'églises.

Besoins

La dimension des besoins permet d'identifier les catégories de besoins liés à : la santé physique, par exemple, les besoins de base, tels manger et dormir; la santé psychologique, par exemple, le besoin de sécurité; la santé familiale et la communication; le soutien, par exemple le besoin de recevoir un soutien émotif; et la reconnaissance sociale. Le besoin d'être reconnue rejoint le concept d'identité traité dans la littérature (Andrews & Boyle, 1998 ; McGoldrick, Giordano & Pearce, 1996; Ponterotto & al., 2001), il est associé à un élément difficile chez les réfugiés ayant été exposés à des situations de violence ou présentant des symptômes de TSPT. Le besoin de reconnaissance est aussi relié aux études et au travail, lesquels nécessitent des apprentissages souvent difficiles selon les femmes rencontrées.

> *Et là dans mon pays j'étais une personne qui travaillait à l'université ici, je travaille pas, difficile, j'étais quelqu'un mais ici pas parler français, pas travailler pas reconnue. (code 4)*

Un cas typique

La recherche ethnographique accorde une importance particulière aux exemples illustrant les éléments de l'analyse notamment afin de ne pas perdre de vue l'expérience dans son sens global (Spradley, 1979). Dans l'optique de saisir l'essence et la complexité de l'expérience d'immigration, un cas typique est présenté, sous forme d'histoire racontée. Ce type d'illustration devrait permettre de visualiser plus que les éléments de sens dégagés, de se recentrer

sur l'expérience elle-même et ses multiples facettes, lesquelles peuvent paraître réduites dans le processus d'analyse.

Sacha[1], mère d'un enfant né au Canada et d'un enfant né en camp de réfugiés, a quitté son pays avec sa famille alors qu'elle avait 16 ans, en raison de la guerre civile. Une longue marche remplie d'imprévus l'a conduite en camp de réfugiés où elle a vécu trois ans et rencontré son mari. Peu après la naissance de leur premier enfant, son mari est rencontré par les organismes en place. C'est à ce moment que les démarches pour trouver un pays d'accueil débutent. *Sacha* participe aux rencontres mais c'est le chef de famille qui fait les démarches. C'est une période remplie d'inquiétude et d'incertitude. Malgré que la vie au camp soit plus sécuritaire, *Sacha* se souvient des amis qu'elle a laissés derrière, des gens qui n'ont pas eu la force de continuer la marche et qui se sont laissés mourir sur la route. Elle se rappelle des attaques sournoises durant la nuit et des cris d'angoisse....Il lui arrive de pleurer durant la nuit quand ces images lui reviennent.

Au camp, elle dépend de son mari mais aussi des organismes internationaux. Ces derniers gèrent la nourriture et l'eau. La nourriture est parfois rare et il n'y a pas de variété. Il n'est pas possible de sortir du camp ni de cultiver sur le camp. *Sacha* se sent à part, les réfugiés ne font pas partie du pays où se trouve le camp, ils ne peuvent y travailler ni participer à la vie sociale

[1] (Sacha) est un nom fictif utilisé tout au long du cas typique.

ou politique. Les nuits sont calmes mais il demeure des images qui semblent attendre la nuit pour hanter l'esprit...Durant cette période elle est triste, elle pense à son pays déchiré, au passé qu'elle laisse derrière, aux richesses familiales abandonnées, soit leur terre et leur maison. Elle se voit perdre du poids et se sent sans cesse fatiguée. Elle s'inquiète de la santé de son bébé qui a contracté la malaria. Il doit être déplacé vers un nouveau camp pour recevoir des soins plus avancés...Les réfugiés parlent entre eux de ce qu'ils ont vu et ressentis, ils font ce qu'ils peuvent pour se soutenir, s'encourager, la vie n'est pas facile au camp, malgré la sécurité...Il y manque beaucoup de choses et personne ne se sent libre...

Quand le pays d'adoption est identifié, un an plus tard, on les dirige durant les prochaines étapes jusqu'à l'arrivée aux services d'immigration. L'arrivée au Canada se passe un peu dans l'irréel. Elle a peine à croire qu'elle y est. C'est un pays qui donne l'espoir, celui de repartir à neuf, d'avoir une vie normale. Le climat est différent et les gens aussi.

Sacha raconte :

> *Dans mon pays les gens s'entraident et sont très proches, ici on ne connaît même pas les voisins! Nous sommes bien soutenus au niveau matériel, mais pour le reste c'est un nouveau départ, nouvelles façons de penser, de communiquer. Je me sens très*

fatiguée à l'arrivée, j'étais enceinte et le moindre problème m'apparaissait comme une montagne. J'ai eu du mal à dormir, je pensais à ma famille encore là-bas, mon mari faisait les cent pas...Je le voyais se replier sur lui-même...Les études ne sont pas reconnues et tous nos papiers sont demeurés derrière nous, après trois ans à se cacher dans les bois et trois ans de camps de réfugiés nous sommes incapables de réussir le test d'équivalence. Nous devons repartir à zéro. C'est humiliant et difficile. Retourner à l'école signifie aussi faire garder les enfants, alors que les garderies se font rares. De plus, le soutien de la famille est absent, j'ai dû accoucher seule sans visite de mes sœurs et des autres femmes de la famille. Il n'y a pas une nuit, suivant l'accouchement, où je n'ai pas pleuré. Je me sentais seule et n'osait en parler à mon mari. Garder le contact est aussi difficile, il n'est pas possible de téléphoner à ceux encore au camp et en ce qui concerne le courrier, c'est long. Enfin, ici les valeurs sont différentes de même que le rôle de la femme. Mais dans ma petite famille, il y a actuellement une période de transition, nous regardons nos rôles, ce qui demeure important pour nous...Selon moi c'est beaucoup plus difficile pour mon mari, il a perdu son travail et il doit retourner à l'école, il a perdu une partie de son identité...Il a beaucoup changé depuis notre arrivée il y a un an. Il parle peu et se

préoccupe beaucoup de la situation politique de notre pays d'origine. Il parle de ce qui se passe là-bas mais pas des difficultés vécues, des menaces, de ses craintes...Il dort peu et son sommeil est agité, j'ai vu qu'il avait perdu du poids encore récemment, il m'inquiète! Moi je m'accroche à mes enfants, je continue à faire des efforts pour eux. Je sais que leur avenir sera meilleur ici mais pour nous...Notre cœur est encore là-bas en partie...Même que parfois j'ai l'impression que mon mari n'a jamais quitté son pays....

La synthèse des résultats

La phase I du projet effectuée sous la forme d'une étude ethnographique est une première expérience de recherche sur le terrain pour l'auteure qui s'effectue durant l'été 2002. Celle-ci lui permet d'explorer et de décrire l'expérience d'immigration des femmes réfugiées habitant la région de Lanaudière.

Les résultats révèlent cinq dimensions à l'expérience des femmes immigrantes chacune comportant de trois à sept catégories. Cette étude dévoile ainsi que le processus d'immigration influe sur la dimension de la santé physique et psychologique des femmes notamment au niveau des symptômes, des pensées et des sentiments. Le processus d'immigration a aussi des effets sur la dimension de la santé familiale, touchant les enfants, les relations avec le

conjoint et les liens avec la famille d'origine. Des difficultés sont nommées, portant sur l'expérience vécue en camps de réfugié, les raisons à la base de la décision de quitter le pays d'origine, et le climat de violence relié à ces expériences, la communication, les émotions ressenties, particulièrement le sentiment de solitude, la perte de tissu social, les études et les apprentissages.

Pour la dimension ressources, l'étude permet d'identifier que les ressources utilisées par les femmes pour faire face à l'immigration sont l'aide, les ressources personnelles et les croyances spirituelles. La dimension des besoins met en évidence les besoins des femmes durant les différentes étapes du processus d'immigration, soit des besoins liés à la santé physique, la santé psychologique, la santé familiale, la communication, le soutien et la reconnaissance sociale.

Cette phase permet l'identification de besoins non comblés par les ressources disponibles, notamment au niveau du soutien psychosocial offert aux femmes immigrantes, ce qui justifie l'intervention auprès des intervenants qui suit dans le prochain chapitre.

La méthodologie de la phase II

Au cours de la phase II, l'auteure vise à développer, appliquer et évaluer une intervention auprès des professionnels de la santé afin d'optimiser les compétences culturelles des intervenants en CLSC, notamment en leur permettant de se familiariser avec les divers éléments qui entrent en ligne de compte dans l'expérience d'immigration. Le cadre méthodologique utilisé au niveau du processus est celui de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2001) et de Jean, Des Marchais et Delorme (1992). Au niveau du contenu, le modèle de Campinha-Bacote (2003a) est utilisé pour l'aspect de la compétence culturelle et celui de St-Arnaud (1992) en ce qui concerne l'animation. Le chapitre qui suit se divise donc en quatre étapes selon le modèle de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2001) soit l'entrée, le contrat, l'orientation et la planification. Les étapes de la réalisation et de la terminaison (Lescarbeau, Payette & St-Arnaud, 2001) seront discutées dans le chapitre portant sur les résultats et l'évaluation.

L'entrée

Cette étape permet une première analyse du milieu par le recueil et le partage d'information entre le client, dans le cas actuel, la chef d'administration de programme et le consultant : l'auteure. L'auteure regroupe donc sous cette section la description du système-client et les premières informations concernant le contexte qui traite notamment des préoccupations de la cliente.

Le système-client

Cette section permet à l'auteure de décrire les différents aspects du système-client soit le milieu, la mission de l'établissement, les valeurs, les participants et le contexte.

Le milieu

Le milieu choisi pour effectuer l'intervention est un CLSC de la région de Lanaudière, soit le CLSC sur le territoire des femmes rencontrées en phase I. Il est situé dans la partie Lanaudière nord et dessert les municipalités de : Joliette, village St-Pierre, Saint-Charles-Borromé, Ste-Mélanie, St-Ambroise, Crabtree, St-Paul, St-Thomas, Notre-Dame-des-Prairies et Notre-Dame-de-Lourdes. L'ensemble des municipalités comporte 54 167 habitants soit 14% de l'ensemble de la population de Lanaudière (Équipe d'organisation communautaire, 2004).

La mission de l'établissement

Le CLSC choisi est un établissement de première ligne offrant des services sociaux, communautaires et de santé et il intervient à la fois dans les champs préventifs et curatifs. Il a pour mission d'améliorer l'état de santé et de bien-être des individus, des groupes et des familles en ciblant les clientèles à risque et ce, par une approche globale, multidisciplinaire et communautaire. Il a

également pour objectif de rendre plus responsables les individus et leur famille pour les amener à prendre en charge leur santé (Rapport annuel, 2001-2002).

Les valeurs. Au niveau des valeurs du système, l'importance est mise sur les liens avec la clientèle et la compétence des intervenants. Le client est vu comme une personne autonome apte à prendre en charge sa vie et la résolution des problèmes qu'il peut rencontrer. Les intervenants ont une vision holistique de la santé et les infirmières utilisent le modèle McGill depuis plusieurs années.

Les participants

La clientèle visée est le groupe d'intervenants de toutes professions regroupés sous le programme de santé parentale et infantile-interruption volontaire de grossesse (SPI-IVG). Ce choix s'effectue à partir des besoins exprimés par les intervenants eux-mêmes, de leurs demandes et des préoccupations de la chef de programme, laquelle priorise l'harmonisation des pratiques et l'interdisciplinarité.

L'équipe SPI-IVG est constituée de : sept infirmières détentrices de poste, une infirmière ayant un remplacement de maternité, une assistante en soins infirmiers (ASI), une infirmière chef de programme, deux infirmières détentrices de poste en IVG, une nutritionniste, deux travailleuses sociales, deux éducatrices spécialisées, trois auxiliaires familiales et six infirmières de la

liste de rappel. Un organisateur communautaire est aussi affecté en partie à l'équipe. L'équipe est actuellement en réorganisation, il y a eu deux départs dans la dernière année et une mise à la retraite. Enfin, deux intervenantes sont en congé de maternité, ce qui porte à 17 le nombre d'intervenants actuellement en place, potentiellement disponibles pour la formation.

Le contexte

Cet établissement est affecté par les programmes de virage ambulatoire et se trouve constamment en pénurie de personnel. Au cours des dernières années il y a eu plusieurs changements au niveau de la direction des programmes et de la direction générale de l'établissement. Il y a également eu fusion de deux secteurs d'activité en 2003 soit la clinique d'interruption volontaire de grossesse et l'équipe de santé parentale et infantile.

Finalement, suite au changement de gouvernement et aux modifications budgétaires, certaines coupures ont été annoncées notamment au niveau de la formation. Il est donc nécessaire de bien présenter le projet, les coûts indirects reliés au remplacement mais aussi d'obtenir l'appui de personnes clés dans l'établissement afin d'assurer la réalisation de ce projet. C'est dans cette optique que la chef de programme est rencontrée. Cette rencontre permet d'identifier les éléments dont elle a besoin pour accepter la réalisation.

Le contrat

L'étape du contrat permet une entente concernant les grandes lignes du processus de consultation et de fixer certaines balises notamment en ce qui concerne le type d'activité, le temps alloué et les participants visés (Lescarbeau, Payette & St-Arnaud, 2001).

Les partenaires

Divers partenaires sont impliqués dans cette phase du projet. L'auteure bénéficie du soutien de sa directrice mais également de l'expertise de personnes clés qui se montrent disponible pour des fins de consultation et de clarification soit madame Campinha-Bacote, madame Lazure de l'Université Laval et monsieur Baumer représentant du CRÉDIL. L'ASI est aussi mise à profit durant les présentations afin d'assurer la participation des gens mais aussi dans l'établissement des horaires. La responsable des soins infirmiers (RSI) est consultée par le biais du CECII (comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières) pour valider les liens avec le modèle McGill en tant qu'agent multiplicateur.

Après entente verbale avec la chef de programme de l'équipe de SPI-IVG, un document synthèse du projet est élaboré par l'auteure et présenté par la chef de programme au comité de direction (CDD) pour approbation. Il s'ensuit la signature d'un contrat entre l'auteure et la chef de programme (voir Appendice

E), ce dernier officialise l'accord de l'établissement pour la tenue d'une activité de formation sur le développement de la compétence culturelle.

L'orientation

L'orientation vient clarifier la situation initiale et la situation souhaitée, en analysant plus profondément les éléments reliés au processus de changement. Cette étape accorde une attention particulière au système en assurant une diffusion d'information continue, la sélection et la construction d'instruments de cueillette de données et l'analyse des besoins. Suite à l'analyse des besoins, les résultats sont retournés au système-client qui y réagit (Lescarbeau, Payette & St-Arnaud, 2001). Des priorités sont ensuite établies afin de guider la planification.

La diffusion stratégique d'information

Durant toutes les étapes du projet de la phase II, l'auteure a fait part de divers éléments et d'interventions possibles à des alliés, soit des personnes clés au niveau du CLSC telles la RSI, l'ASI de l'équipe SPI-IVG et les personnes pivots des diverses équipes durant les rencontres en CECII. Le pouls des intervenants ayant référé leur clientèle est aussi pris de façon informelle afin de cerner les préoccupations, les intérêts et les résistances possibles de ceux-ci.

L'information aux participants

Afin de permettre la circulation d'information et de tenir compte des modifications apportées, le projet de développement de la compétence culturelle est officiellement présenté lors d'une rencontre d'équipe du personnel de l'équipe SPI-IVG le 18 septembre 2003. L'historique de la démarche, les buts et objectifs visés, de même que certains éléments susceptibles de faire partie du contenu sont abordés. Les membres présents se disent intéressés à participer, deux dates de rencontres sont proposées par la chef de programme soit les 20 novembre et 18 décembre 2003.

Quinze des 18 membres de l'équipe sont présents lors de cette réunion. Il est entendu que tous les membres de l'équipe visée par le projet recevront deux questionnaires, soit l'un portant sur les données démographiques des intervenants, l'autre étant le questionnaire sur la compétence culturelle. Ils seront accompagnés du formulaire de consentement et d'une lettre explicative reprenant les grandes lignes du projet tel que présenté lors de la réunion. Ces questionnaires sont décrits à la section «instruments».

Une seconde présentation est faite aux membres de l'équipe à la mi-octobre, à leur demande, certaines personnes n'étant pas présentes lors de la première rencontre. Cette présentation est faite en présence de deux représentants d'un organisme communautaire offrant des services à la

communauté autochtone. Suite à la présentation, un échange s'ensuit notamment sur l'idée d'inclure la communauté autochtone dans les histoires de cas. L'auteure accepte de revoir les histoires de cas afin d'inclure cette communauté. Elle compte également élargir l'idée du concept de culture tel que recommandé par Campinha-Bacote (2003b) en apportant une réflexion sur les sous cultures présentes dans la société québécoise.

Les instruments

Divers instruments ont été développés ou adaptés et utilisés afin de recueillir des informations.

Le questionnaire de données socio-démographiques (QDSD).

Un premier questionnaire porte sur le recueil de données démographiques des participants (voir Appendice F). Le QDSD a été élaboré par Lacharité et coll. (2002). Ce questionnaire à 11 items permet un recueil d'informations globales portant sur la formation et l'expérience professionnelle des participants.

L'inventaire d'évaluation du processus de développement de la compétence culturelle chez les professionnels des soins de la santé (IAPCC-R).

Un second questionnaire (voir Appendice G) est utilisé afin d'évaluer les connaissances des intervenants au niveau culturel avant et après l'intervention.

Il permet d'identifier les forces et lacunes des intervenants avant l'intervention et l'impact de l'intervention. Ce questionnaire : le IAPCC-R (Inventory for Assessing the Process of Cultural Competency Among Healthcare Professionals revised, Campinha-Bacote, 2002) comporte 25 questions sur une échelle de Likert en quatre points. Les résultats indiquent le niveau de compétence culturelle des intervenants selon les quatre catégories suivantes : incompétence culturelle, sensibilité culturelle, compétence culturelle et expert culturel. Des études afin d'évaluer la fidélité et de la validité du construit et du contenu ont été effectuées en 2003 et en 1998 sur la version originale (Campinha-Bacote, 2003a). L'outil a obtenu un score de 0,84 au niveau du coefficient alpha de Cronbach. La version anglaise a été traduite, pour les fins de ce projet par Robichaud et deMontigny (2003), l'autorisation d'utilisation se trouve en Appendice H. Une validation d'apparence de la version française est effectuée auprès de trois intervenants bilingues de formations diverses soit une étudiante au doctorat en ergothérapie de l'Université McGill, une étudiante à la maîtrise en éducation spécialisée de l'Université de Montréal puis un étudiant à la maîtrise en sciences politiques de l'université du Québec à Montréal. Ces derniers devaient se positionner quant à la clarté des questions, la concordance de l'anglais au français, en plus de proposer des améliorations. Suite aux recommandations reçues le questionnaire est adapté. Il est ensuite distribué à un échantillon de trois infirmières en milieu communautaire pour vérifier sa

clarté. La traduction et la validation de cette deuxième version s'effectuent entre juillet et septembre 2003.

L'analyse des besoins éducatifs

De façon à compléter l'étape d'orientation de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2001), la première étape de la planification systématique des apprentissages de Jean, Des Marchais et Delorme (1992) est effectuée. Cette démarche permet une analyse plus poussée des besoins éducatifs. Cette analyse s'attarde à trois types de besoins éducatifs différents, soit les besoins ressentis, démontrés et normatifs.

Premièrement les besoins ressentis sont les besoins tel que perçu par les intervenants (Jean, Des Marchais & Delorme, 1992). Il est possible de les évaluer à l'aide de questionnaires ou d'entrevues. Cette évaluation s'est d'abord faite dans le cadre d'échanges informels auprès des intervenants oeuvrant en SPI-IVG au printemps 2002. Les principaux besoins exprimés sont alors :

- Le besoin de développer des habiletés d'intervention générales auprès des différentes cultures;
- Le besoin d'information sur divers groupes culturels; et,
- Le besoin de partager les difficultés vécues au cours de l'intervention.

Deuxièmement les besoins démontrés sont les besoins mis en évidence par des observations, des mesures faites par d'autres ou à partir d'un prétest ou d'analyse de dossier (Jean, Des Marchais & Delorme, 1992). À ce sujet, les entrevues réalisées dans la phase I auprès des femmes immigrantes permettent d'identifier des manques en ce qui concerne les réponses des intervenants aux besoins des femmes immigrantes, notamment en ce qui concerne le soutien psychosocial. On y voit une cohérence entre l'expression des besoins des intervenants et l'expression des manques identifiés par les femmes.

Toujours au niveau de l'évaluation des besoins démontrés, le IAPCC-R de Campinha-Bacote est distribué aux intervenants. Les résultats sont calculés et comparés à l'échelle de compétence culturelle décrite dans la section instruments. Lors du prétest, 13 intervenants se retrouvent au niveau de la sensibilité culturelle et 2 au niveau culturellement compétent. Ce questionnaire permet d'identifier les forces et lacunes spécifiques aux intervenants ciblés par le projet. Les principales lacunes sont identifiées au niveau de la compréhension des concepts liés à la culture mais également au niveau des habiletés d'intervention (voir Tableau 1).

L'auteure note cependant que le concept désir est une force chez les intervenants, ce qui soutient la pertinence de développer une telle formation, ce

concept étant la base du développement de la compétence culturelle selon Campinha-Bacote (2003a).

Tableau 1.

Résultats des intervenants au prétest

	Question																								
P	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
	Concept																									Σ
	A	A	A	D	S	K	D	K	S	K	K	K	D	E	A	E	E	A	D	S	S	S	E	D	E	
1.	3	4	3	4	2	1	4	2	4	2	4	3	4	4	3	4	4	4	4	1	3	3	1	4	3	78
2.	2	4	2	3	4	2	4	2	1	1	2	2	4	3	2	4	2	4	4	1	2	2	2	4	4	67
4.	1	2	3	2	3	1	3	2	4	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	1	2	3	1	3	2	59
7.	2	4	1	4	4	2	4	3	4	2	3	3	4	4	3	3	3	3	3	1	2	3	1	4	3	73
8.	1	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3	1	3	4	1	3	3	73
10.	1	4	4	4	4	1	3	2	3	2	3	4	4	3	4	4	3	4	3	1	2	4	1	4	1	73
11.	1	4	1	4	3	1	4	2	3	3	2	4	4	4	3	3	3	3	3	1	3	2	1	4	3	69
12.	2	4	3	2	1	1	3	2	3	1	3	2	3	3	3	3	4	2	2	1	2	1	1	4	2	58
13.	1	4	3	4	2	1	4	3	3	1	1	1	4	4	2	4	3	3	2	1	2	3	1	3	3	63
14.	2	3	2	3	3	1	3	2	2	1	4	3	4	4	2	3	3	3	2	1	2	3	1	3	3	63
15.	1	4	4	4	4	1	4	3	3	3	4	3	4	4	3	4	2	4	3	2	3	3	1	4	2	77
16.	1	1	3	3	2	1	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	1	3	4	1	3	2	60
17.	3	4	1	3	4	1	3	2	2	1	3	3	4	4	2	4	3	3	3	1	4	4	1	3	2	68
18.	2	3	4	3	3	1	3	3	3	1	1	1	4	4	2	4	2	3	3	2	2	3	1	4	3	65
19.	2	4	4	4	3	1	3	3	3	1	3	2	4	4	4	2	3	3	1	1	4	1	1	2	2	65
Σ	25	53	41	50	45	19	52	37	43	26	42	39	56	54	40	52	44	47	41	17	39	43	16	52	38	

Note. P: participant. Concept = A: conscience culturelle; D: désir culturel; S: habiletés culturelles;

K: connaissances culturelles; E: rencontre culturelle.

À partir de cette analyse, le canevas de base de la formation est ajusté, notamment en ce qui concerne l'ordre des sujets à aborder et la profondeur des explications à apporter. Cette démarche nécessite une communication avec madame Campinha-Bacote afin de respecter les conditions d'utilisation de l'outil. Il est alors décidé de bien identifier les concepts liés à la compétence culturelle de même que le processus continu. Les aspects liés à l'évaluation, la communication et l'intervention sont également prioritaires. L'aspect rencontre culturelle n'est pas retenu, compte tenu du peu de temps alloué à la formation et des ressources disponibles.

Troisièmement en ce qui concerne l'évaluation des besoins normatifs, ces derniers sont définis comme le niveau de performance souhaitée par rapport à la norme. Ils sont définis par les directives données par des institutions ou ordres professionnels mais également à partir des recommandations d'articles spécialisés (Jean, Des Marchais & Delorme, 1992). L'identification de ce type de besoins est effectuée lors de la revue des écrits. En effet, les programmes existants et les recommandations d'auteurs ayant effectués des recherches dans le domaine culturel sont examinés afin de mieux cerner les responsabilités professionnelles des intervenants en lien avec l'intervention interculturelle. Une entrevue avec monsieur Baumer, responsable du CREDIL, vient compléter le portrait des besoins normatifs.

La planification

La planification schématise les différentes étapes nécessaires à la poursuite du processus à partir des priorités établies lors de l'orientation. Cette étape est réalisée par l'auteure. Ainsi, pour chacune des priorités d'action soit : la planification d'une formation portant sur le développement de la compétence culturelle et l'identification d'objectifs pour l'auteure, les résultats attendus sont établis et mis en lien avec des activités dans un cadre temporel. Les ressources matérielles sont également précisées (Lescarbeau, Payette & St-Arnaud, 2001).

La planification d'une formation portant sur le développement de la compétence culturelle

Tout en respectant les contraintes de temps, d'horaire des intervenants, de même que les éléments prioritaires identifiés tant au niveau du questionnaire, des commentaires reçus lors des rencontres, de même que les indications de madame Campinha-Bacote, une formation portant sur la compétence culturelle des intervenants en CLSC est planifiée (voir Appendice I).

Aux fins de cette planification, les trois étapes suivant l'évaluation des besoins éducatifs dans le cadre de la planification systématique des apprentissages de Jean, Des Marchais et Delorme (1992) sont intégrées. Il s'agit de la formulation d'objectifs d'apprentissages, le choix de moyens

d'enseignement appropriés, la conception du matériel et la planification des activités d'évaluation.

La formulation d'objectifs d'apprentissage

Ces objectifs s'expriment sous la forme d'énoncés décrivant ce que les participants seront capables de faire après les activités de formation. Ils doivent être pertinents, univoques et réalistes en plus de respecter les normes de Mager (Mager dans Jean, Des Marchais & Delorme, 1992). Ces normes sont que l'objectif doit s'exprimer en fonction de l'étudiant, décrire une action ou un comportement observable, déterminer les conditions de réalisation et identifier un niveau de performance. Les objectifs peuvent être de trois domaines soit cognitif, ce qui signifie que l'objectif est relié à la souvenance des faits, à l'interprétation des données ou à la solution de problème. Le domaine psycho-moteur concerne le savoir-faire, soit l'imitation de gestes, le contrôle précis d'un geste ou l'accomplissement automatique. Enfin, le domaine affectif lié au savoir être se divise lui-même en trois niveaux soit la réceptivité, la réponse et l'intériorisation (Jean, Des Marchais & Delorme, 1992).

Les objectifs d'apprentissages sont ici présentés, ainsi que les activités d'apprentissage appropriées, la durée prévue et le matériel nécessaire en complément du plan de formation (voir Appendice J), pour les 10 premiers objectifs (voir Tableaux 2 à 10).

Objectif 1 : Lors d'un tour de table après le premier thème, les intervenants reconnaîtront verbalement dix éléments propres à la culture. Cet objectif est un objectif cognitif. Il se situe au niveau de la souvenance des faits et est relié à la catégorie savoir.

Tableau 2

Objectif 1

Activités	Durée	Matériel produit
1.1 Activité d'introduction à la culture 1.2 Discussion sur les éléments observés dans l'activité 1.3 Discussion sur les différences à l'intérieur d'une culture. 1.4 Identification des éléments propres à la culture lors du tour de table. 1.5 Rétroaction immédiate 1.6 Compléter l'information avec présentation magistrale	30 minutes au total réparties selon la participation et les connaissances des participants	Copie du Powerpoint Histoire de cas pour mises en situation

Objectif 2 : Lors d'une mise en situation portant sur «l'intervenant», l'intervenant identifiera les 5 bases du processus de développement la compétence culturelle

selon le modèle de Campinha-Bacote. Cet objectif est un objectif cognitif. Il se situe au niveau de la souvenance des faits, dans la catégorie compréhension.

Tableau 3

Objectif 2

Activités	Durée	Matériel
2.1 Présentation du modèle de compétence culturelle selon Campinha-Bacote. 2.2 Activité d'intégration avec mise en situation : exemple d'un intervenant	30 minutes	Image du modèle Mises en situations Copies des Power point

Objectif 3 : Lors du tour de table faisant suite au thème présentant les résultats de la phase I, l'intervenant nommera au moins trois difficultés relatives à nos institutions auxquelles font face les réfugiés. Cet objectif est du domaine cognitif relié à l'interprétation et associé à l'évaluation.

Tableau 4

Objectif 3

Activités	Durée	Matériel
3.1 Présentation de la perspective historique + politique de l'immigration 3.2 Présentation de l'expérience des réfugiés	45 minutes	Graphiques Statistiques MRCI et stats Canada Copie des power

Activités	Durée	Matériel
3.3 Activité d'identification des facteurs facilitants et des difficultés		points Mises en situation

Objectif 4 : Lors de mises en situation, l'intervenant validera l'impact des éléments liés à la culture au niveau des conceptions, auprès de la personne. Cet objectif est du domaine psychomoteur. Il demeure en lien avec les habiletés de communication et le contrôle d'une technique.

Tableau 5

Objectif 4

Activités	Durée	Matériel
4.1 Présenter les histoires de cas. 4.2 Présenter les principes de validation. 4.3 Appliquer les principes de validation lors de mises en situation 4.4 Rétroaction immédiate	25 minutes	Copies des power point et histoires de cas

Objectif 5: L'intervenant mettra en pratique la technique de l'incident critique ou du *story telling* lors de simulation d'évaluation. Cet objectif est du domaine psychomoteur du niveau du contrôle d'une technique liée aux habiletés de communication.

Tableau 6

Objectif 5

Activités	Durée	Matériel
5.1 Présenter le vidéo sur l'incident critique.	40 minutes	Copie informatique du vidéo
5.2 Présenter la technique du *story telling*.		Copies des Power point sur *story telling*
5.3 Présenter les mises en situation.		Mises en situation
5.4 Activité de simulation d'évaluation.		
5.5 Retour sur l'activité		

Objectif 6: Durant les mises en situations, l'intervenant adaptera son intervention à la culture du client selon les principes appris. Cet objectif est évalué par observation lors des mises en situation. Il est du domaine affectif et psychomoteur. Ce niveau de savoir faire fait appel à des habiletés plus complexes en ce sens qu'il est basé sur une certaine analyse de situation de communication et à une application de techniques qui vont au-delà du geste (Jean, Des Marchais & Delorme, 1992).

Tableau 7

Objectif 6

Activité	Durée	Matériel
6.1 Présenter les principes d'intervention 6.2 Mises en situation. 6.3 Analyser les interventions en utilisant l'approche de St-Arnaud et le modèle McGill	50 min	Histoires de cas Copie des power point

Objectif 7: L'intervenant reconnaîtra ses limites en lien avec l'intervention culturelle et les moyens d'y pallier. Cet objectif est du domaine affectif, il demande à l'intervenant de poser un jugement de valeur sur ses habiletés.

Tableau 8

Objectif 7

Activité	Durée	Matériel
7.1 Identifier ses propres valeurs et limites. 7.2 Identifier les valeurs du client. 7.3 Noter la différence. 7.4 Utilisation de la négociation selon McGill.	40 min	Histoires de cas Grille d'évaluation selon McGill Copie des power point

Objectif 8: L'intervenant critiquera l'application d'outils en contexte culturel. Cet objectif est du domaine cognitif relié à l'interprétation de données et se situe au niveau de l'évaluation.

Tableau 9

Objectif 8

Activité	Durée	Matériel
8.1 Présenter des outils utilisés au CLSC 8.2 Présenter les histoires de cas. 8.3 Identifier les difficultés en contexte culturel en lien avec les outils	40 min	Histoires de cas Outils utilisés au CLSC Copie des power point

Objectif 9: Lors des différentes mises en situation, l'intervenant reconnaîtra l'importance du travail interdisciplinaire en suggérant soit une référence ou en se référant à un autre type de professionnel. Cet objectif est du domaine cognitif relié à l'interprétation de données et se situe au niveau de l'évaluation. Il est également relié au domaine affectif car il demande à l'intervenant d'accepter la collaboration au niveau de ses valeurs professionnelles.

Tableau 10

Objectif 9

Activité	Durée	Matériel
9.1 Mises en situation avec éléments favorisant la collaboration interdisciplinaire.	45 min	Histoires de cas
9.2 Souligner l'apport des autres professionnels		
9.3 Regrouper les gens de façon à obtenir des équipes de composition variée		

Objectif 10: À l'occasion du feedback demandé suite aux mises en situation, l'intervenant se dira minimalement «à l'aise» pour effectuer une évaluation en tenant compte de la culture et du cadre de référence en place selon l'outil de la perception des capacités. Cet objectif est du domaine cognitif relié à l'interprétation de données et se situe au niveau de l'évaluation. Il est également relié au domaine affectif car il demande à l'intervenant des capacités d'autocritique.

Tableau 11

Objectif 10

Activité	Durée	Matériel
10.1 Identifier les éléments liés à la culture dans le modèle McGill 10.1 Présenter et commenter les histoires de cas. 10.2 Les intervenants répondent à main levée à la question avec l'outil de la perception des capacités.	60 min	Histoires de cas Outil de perception des capacités Outil d'évaluation selon la culture en fiche de consultation

Le choix de moyens d'enseignement appropriés

Plusieurs objectifs se situent dans le domaine cognitif ce qui implique un apport de connaissances. Afin de favoriser la participation et de garder l'intérêt, l'auteure prévoit débuter la formation avec des mises en situation au cours desquelles les intervenants sont invités à démontrer leurs connaissances. À partir de celles-ci les notions manquantes sont introduites graduellement. Cette façon de procéder permet par le fait même de fournir une rétroaction continue. L'utilisation de mises en situation, de présentation multimédia et d'explications données de façon plus magistrales permet de toucher divers types d'apprentissages soit les visuels et les auditifs, mais aussi ceux qui apprennent par démonstration de même que par la présentation de concepts (Jean, Des

Marchais & Delorme, 1992). L'utilisation de présentation vidéo vise aussi à capter l'intérêt en diversifiant les formes de présentation.

En ce qui concerne les objectifs des domaines mixtes, affectifs et psychomoteurs soit les objectifs 6, 9 et 10, en raison de leur degré de complexité plus élevé, l'auteure prévoit accorder plus de temps à ces objectifs. Ils sont abordés lors des mises en situation et l'auteure intègre des éléments liés à ces compétences tout au long de la formation.

Les objectifs 11 à 14 n'ont pas été abordés dans cet exercice de formulation d'objectifs d'apprentissage et de choix des moyens d'enseignements. Ils sont néanmoins partie prenante du plan de formation (voir Appendice J). L'objectif 11 mesurant l'augmentation de la compétence culturelle est en fait un objectif global, qui découle de l'ensemble des objectifs identifiés précédemment. Il dépend du cheminement fait par l'intervenant au cours de la formation. Quant aux objectifs 12 et 13, ils sont reliés à la présence des intervenants. Les seules activités de l'auteure en lien avec cet aspect sont la prise de présence et un rappel écrit avant les rencontres. Enfin, l'objectif 14 consiste à rendre disponible la documentation produite pour la formation. Les activités en lien avec sa réalisation se font de façon concomitante avec celles des autres objectifs.

La conception du matériel

Durant l'étape de planification de même qu'entre les deux sessions de formation le matériel pédagogique est conçu, soit les histoires de cas et le contenu de la formation multimédia.

Les histoires de cas

Afin d'appuyer certains éléments de la formation, des histoires de cas sont construites à partir des résumés d'entrevue de la phase I de même que de l'expérience de l'auteure sur les situations qui posent des défis de soins à la clientèle (voir Appendice K). Ces dernières permettent également d'introduire et d'appuyer les éléments plus théoriques de la compétence culturelle en plus d'ouvrir la porte à des discussions selon la démarche de réflexion dans l'action de St-Arnaud (1992).

La présentation multimédia

La présentation multimédia est élaborée afin de tenir compte des éléments évalués dans le IAPCC-R. Diverses stratégies sont également envisagées afin d'augmenter l'intérêt, soit en ajoutant des éléments d'actualité mondiale dans les histoires de cas.

Une attention particulière est apportée aux aspects visuels en intégrant des photographies prises par l'UNHCR (United Nations High Commision for

Refugees), par l'ONU (Organisation des nations unies), de même qu'en appliquant les principes de présentation vus dans le cours d'optimisation de la qualité des soins (Mayrand-Leclerc, 2003). Des effets sonores et vidéos sont également utilisés dans la présentation multimédia afin d'obtenir un changement de rythme et de mettre l'accent sur certains aspects.

Des jeux d'association sont ajoutés afin d'introduire certains concepts et définitions ce qui a pour effet d'alléger la partie théorique de la présentation. L'auteure intègre diverses formes d'humour notamment au niveau de situations cocasses, de difficultés vécues au cours de l'étude ethnographique (problème de perceptions, us et coutumes à respecter) dans le contenu des présentations. L'expérience de l'auteure auprès de cette équipe de même que les éléments de réflexion apportés sur l'humour par Marquis (2000, 2003) et Côté (2003) soutiennent une telle décision. En effet, selon ces auteurs, l'humour permet d'aborder des sujets parfois délicats liés aux valeurs et aux croyances sans que la personne se sente menacée. L'humour permet également de prendre une saine distance et de poser des jugements critiques sur soi.

Le contenu des séances de formation. Les principaux sujets abordés au cours de la formation (voir Appendice L) sont :

- La définition de certains concepts reliés à la compétence culturelle;

- Le contexte d'immigration au Québec et plus spécifiquement dans Lanaudière;
- L'expérience d'immigration;
- Les différences culturelles, la communication et l'approche interculturelle;
- L'évaluation et l'intervention;
- Les limites de quelques outils et de nos institutions;
- La réalité des enfants.

Au début de la formation, il est prévu de remettre à chaque participant un portfolio contenant une copie de la présentation multimédia, des histoires de cas discutées et des outils élaborés soit la fiche d'évaluation et l'image du modèle de Campinha-Bacote.

La planification de l'évaluation

En ce qui concerne l'évaluation, deux cibles sont visées, d'abord les participants, puis l'auteure-animatrice. Des outils spécifiques à chacune des cibles sont déterminés.

L'évaluation des participants

En ce qui concerne les participants, deux formes d'évaluation sont utilisées. D'abord, l'évaluation formative qui a pour but de renseigner le participant sur ses forces, ses faiblesses et ses progrès (Jean, Des Marchais & Delorme 1992). Cette dernière n'a pas de valeur sanctionnelle et s'effectue

principalement lors des mises en situation par l'auteure. Ensuite, l'évaluation critériée est utilisée pour vérifier l'atteinte de certains objectifs, car elle fait référence à la compétence (niveau de performance) à atteindre. Celle-ci est axée uniquement sur la performance du participant par rapport à des objectifs pédagogiques. Elle ne compare pas les participants entre eux mais plutôt à eux-mêmes au cours du processus de formation. C'est l'outil de Campinha-Bacote (2003a) qui est utilisé à cette fin, soit le IAPCC-R pour l'objectif 11 de même que l'outil de perception des compétences pour l'objectif 10.

Le questionnaire de perception des compétences. Un court questionnaire verbal basé sur une échelle de Likert à quatre éléments est élaboré. Il contient les éléments suivants : très à l'aise, à l'aise, peu à l'aise, pas du tout à l'aise. Il est reproduit sur le tableau pour un usage rapide à main levée lors de mises en situation.

L'évaluation de l'auteure-animatrice

Dans une perspective d'évaluation à plus long terme mais également afin d'introduire des données qualitatives sur l'évaluation de la formation un questionnaire d'évaluation de la satisfaction est élaboré (voir Appendice M). Ce dernier évalue la satisfaction des intervenants face à la formation reçue, ce qui correspond à l'étape d'évaluation de l'activité de Jean, Des Marchais et Delorme (1992). Le questionnaire comporte les quatre questions suivantes : ce qui vous

a été le plus utile lors de la formation, ce qui vous a été le moins utile, ce que vous aimeriez apprendre en plus, et le nombre de séances suivies soit 1 ou 2. Il est distribué un mois après la formation. Ce délai permet aux intervenants d'évaluer l'impact sur leur pratique des apprentissages réalisés en cours de formation.

De plus, les commentaires des intervenants sont recueillis au cours de la formation et lors d'un tour de table après chacune des formations. L'auteure se réfère également à la grille d'analyse pour une animation de groupe (voir Appendice N), cette grille est utilisée comme outil d'auto-évaluation et lien avec les objectifs identifiés pour l'auteure (voir Appendice O).

Enfin les objectifs 12 et 13 se rapportant à la participation sont évalués à chaque activité sur la base d'une feuille de présence signée par les participants. L'objectif portant sur la disponibilité de documentation sera vérifié en mai auprès de la responsable des communications du CECII.

Les considérations éthiques

En ce qui concerne les considérations éthiques de la phase II, les instruments sont utilisés après obtention de l'accord des auteurs soit : Campinha-Bacote pour le IAPCC-R et Lacharité et coll. pour le QDSD des intervenants (voir Appendices F et H).

Le projet est soumis et approuvé par le président du comité d'éthique de l'UQO, des corrections mineures de formatage ayant été apportées suite aux recommandations reçues. Le certificat émis se retrouve à l'Appendice P.

Il est ensuite présenté à l'équipe SPI-IVG. Ces derniers acceptent librement de participer et soulignent leur intérêt pour certains aspects de la formation. Par la suite un formulaire de consentement est signé par les participants (voir Appendice Q). Le formulaire de consentement permet aux participants d'avoir une information écrite sur les objectifs de la formation, de même que sur les possibilités de retrait et les personnes à contacter en cas de questionnement éthique et de recherche. La participation au projet s'effectue suite à une libération dans le milieu de travail et de façon volontaire.

Au niveau de la préservation de l'anonymat, les questionnaires sont codés et conservés dans une chemise sous clé à un endroit différent de la liste des noms et codes correspondants. De plus les formulaires visant à recueillir les commentaires ne sont pas identifiés. D'autre part les données recueillies lors de la phase I qui sont utilisées dans la rédaction des histoires de cas et des mises en situation le sont conformément aux méthodes d'utilisation de matériel de recherche en pédagogie en se référant aux résultats de groupe et non aux résultats individuels, afin de préserver l'anonymat des participantes.

Les résultats et l'évaluation de la phase II

Ce chapitre porte sur les résultats et l'évaluation des résultats de la phase II. Il débute par l'étape de réalisation de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2001), et se termine par l'étape de terminaison des mêmes auteurs, qui inclus la mesure de l'atteinte des objectifs selon Jean, Desmarchais et Delorme (1992).

La réalisation et les résultats

La réalisation selon Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2001), se préoccupe de la coordination du processus. Elle demande au consultant de répartir les responsabilités si possible, en plus d'une implication constante auprès des membres du système-client. Ce type de relation avec le système-client favorise la collaboration et permet de réagir rapidement en faisant les ajustements nécessaires selon la rétroaction reçue, les résistances ou incidents survenus.

Dans le cadre de l'étape de réalisation de la formation sur la compétence culturelle, deux rencontres de 2 heures et 2,5 heures ont été offertes à un mois d'intervalle. Cette section présente donc la période préalable aux rencontres, la première rencontre de formation, les activités réalisées en intersession puis la deuxième rencontre de formation.

La période préalable aux rencontres de formation

Le questionnaire portant sur les données démographiques (QDSD) est distribué aux participants. Le taux de retour est de 100 % (N = 15).

Le profil des participants

L'auteure présente ici le profil des participants au projet de la phase II. Il s'agit des résultats obtenus suite au questionnaire portant sur les données démographiques (QDSD).

Quatre-vingt quatorze pourcent des répondants de l'équipe SPI-IVG sont des femmes (N = 14). Les groupes d'âges sont représentés à la Figure 4. Le groupe d'âge le plus important est celui des 45-49 ans qui représente 33 % des intervenants (N = 5) suivi du groupe des 40-44 ans pour une proportion de 27 % (N = 4).

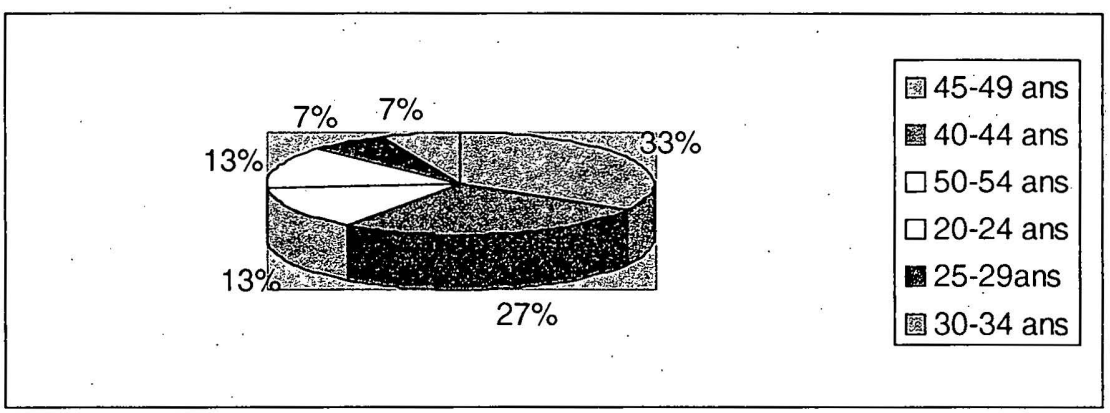


Figure 4. Répartition des intervenants selon le groupe d'âge. (N = 15)

En ce qui concerne les champs d'activité, 40 % sont des infirmières (N = 6), 20 % des auxiliaires familiales (N = 3), 13 % des travailleurs sociaux (N = 2) et 13 % des éducatrices spécialisées (N = 2). L'équipe comporte également une nutritionniste et une gestionnaire. Cent pourcent des intervenants ont un diplôme académique relié à leur travail. Les différents types de diplôme sont représentés à la Figure 5.

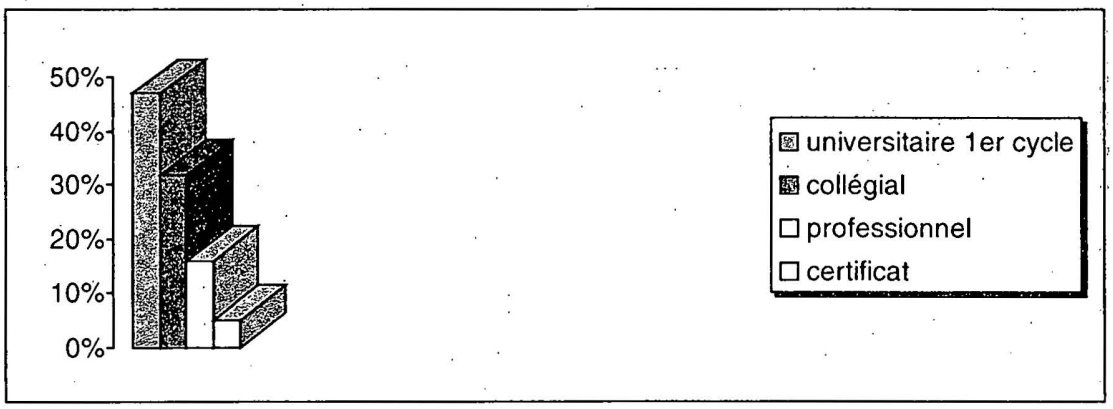


Figure 5. Type de diplôme des intervenants. (N = 15)

Au niveau des années d'expérience, 33 % ont plus de 20 ans d'expérience dans ce type de profession (N = 5), et 28 % ont moins de 5 ans d'expérience (N = 4). En ce qui a trait à l'expérience en CLSC, 6 % ont entre 20-25 années d'expérience (N = 1) et 40 % moins de 5 années (N = 6).

Enfin 60 % des intervenants ont des contacts continus avec des parents (N = 9), et 6 % ont rarement des contacts avec les parents (N = 1). La fréquence des contacts avec des parents est représentée à la Figure 6.

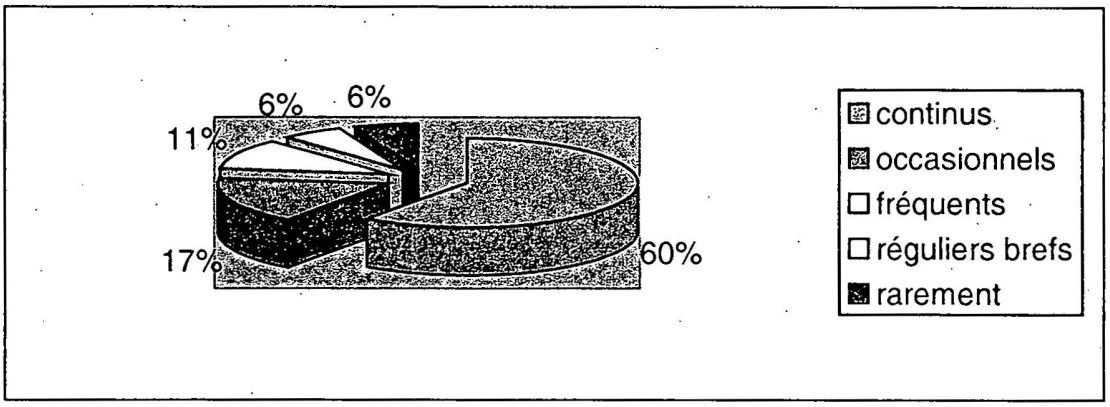


Figure 6. Fréquence des contacts des intervenants avec des parents. (N = 15)

La première rencontre de formation

Une première formation de 2 heures se tient le 20 novembre 2003 auprès de 15 personnes. Le cadre de référence de Campinha-Bacote est présenté en début de rencontre afin de situer les intervenants au niveau du cheminement et des aspects qui seront abordés. Cette présentation permet également de faire le lien avec ce qui était évalué dans le questionnaire pré-formation. Tout au long des présentations, le cadre de référence de l'établissement au niveau infirmier soit McGill est utilisé par l'animatrice et les intervenants dans la façon d'analyser les mises en situation.

Les techniques d'animation

L'animation est adaptée selon la participation en appliquant les principes de St-Arnaud (1992) sur la réflexion dans l'action et la formation continue. À cet effet, un effort particulier est fait afin de favoriser le partage et les échanges concernant les difficultés rencontrées et solutions possibles entre les

participants. Régulièrement les participants sont invités à partager leur vécu en lien avec les aspects abordés, puis la technique de réflexion dans l'action est appliquée sous forme de réflexion en groupe. La personne présente la situation, l'auteure l'amène à identifier ses attentes et le résultat obtenu. Par la suite le groupe amène des éléments de réflexion permettant d'identifier la cause d'inefficacité, les hypothèses soulevées sont ensuite testées en groupe et les intervenants identifient la cause d'erreur soit une erreur d'intention ou de stratégie. L'auteure renforce ensuite l'importance d'aller vérifier l'hypothèse retenue au niveau théorique. La structure se voulait donc flexible afin de pouvoir adapter le contenu de même que le rythme au degré de participation tel que recommandé par St-Arnaud (1992).

L'ordre des aspects abordés était également basé sur l'expérience des intervenants, évaluée en partie à l'aide du questionnaire IAPCC-R. Le point de départ étant les éléments plus connus de même que les expériences vécues, pour les amener graduellement à de nouvelles connaissances par la réflexion, les échanges et discussions à partir d'histoires de cas écrites par l'animatrice ou amenées au cours de la formation. Il est intéressant de noter les différents points de vue selon les valeurs et les perceptions des intervenants mais également d'être témoin de certaines remises en questions suite aux réflexions de groupe. Par exemple, une réflexion est faite à propos des perceptions d'une intervenante par rapport à une cliente colombienne. L'intervenante croit que la

cliente n'est pas intéressée à ce qu'elle tente de lui expliquer puisqu'elle ne lui pose pas de question et qu'elle lit la documentation pendant la séance. Après divers échanges, l'intervenante réalise que cette cliente se sent mal à l'aise dans le groupe, elle est plus âgée, occupait une fonction enviée dans son pays au niveau de l'éducation supérieure. Elle se retrouve ici intégrée à un groupe de jeunes mères défavorisées par le biais d'un suivi OLO et ne maîtrise pas assez bien la langue pour engager des conversations. Les aspects reliés aux perceptions des cultures sont alternativement soulignés par l'animatrice mais également par certains intervenants, le processus apparaît comme une réflexion de groupe, un cheminement et non comme des notions imposées par l'animatrice.

Les activités réalisées en intersession

La deuxième session de formation est retravaillée, entre les deux séances, afin d'intégrer certains cas cliniques discutés avec les intervenants après la première rencontre, les questions moins approfondies, de même que l'aspect du vécu des enfants. Des démarches sont également faites afin d'intégrer à la partie intervention un extrait de vidéo de deMontigny portant sur l'incident critique (deMontigny, 2002) et un exemple de *story telling* (Spradley, 1979). Ces éléments permettent aux participants de voir deux façons différentes d'évaluer une situation. La première méthode facilite la collecte d'un maximum d'information sur un évènement, par le recours à une méthode structurée et

éprouvée. La seconde utilise une technique qui permet au sujet de prendre une distance face à l'évènement et de raconter ainsi une situation qui pourrait sembler difficile à verbaliser autrement.

Dans une perspective d'évaluation continue, les seuls commentaires sur le manque de temps ont été réajustés en ajoutant 30 minutes pour la deuxième rencontre afin de pouvoir intégrer un élément nouveau lié au vécu des enfants au cours de la période d'immigration.

Entre les deux formations, un questionnaire sous forme de vrai ou faux est distribué afin de couvrir, sous forme de jeu, les aspects liés aux conceptions de la santé et de la médication, qui n'ont pu être discutés à la première rencontre par manque de temps (voir Appendice R). Cet ajustement est fait après discussion avec Campinha-Bacote, cette dernière ayant souligné l'importance de couvrir ces aspects pour demeurer fidèle à l'outil. La remise du questionnaire permet de participer au tirage d'un bon d'achat à la librairie. Le corrigé est distribué après une semaine. Ce questionnaire a été la source de discussions entre les intervenants et de défis lancés. Il fut rempli par plus de 80 % (N = 12) des participants.

La mobilisation des acteurs

Suite à la première séance, une lettre afin de remercier les intervenants de leur appui et de leur participation est envoyée (voir Appendice S).

La deuxième rencontre de formation

La seconde présentation est faite en décembre sur une période de 2,5 heures avec les mêmes participants (N = 15) qu'à la première rencontre, à l'exception d'une infirmière de la clinique de planning, absente pour des raisons parentales. Cette dernière est remplacée par sa collègue qui n'avait pu participer à la première rencontre. L'infirmière qui ne pouvait se présenter a demandé à recevoir la documentation remise lors de la formation. Quinze intervenants sont donc touchés par la formation. De plus deux organisateurs communautaires se joignent au groupe, ces derniers apportent des commentaires au niveau de l'évaluation de l'animatrice et de l'animation seulement.

Le contenu présenté est celui planifié suite aux ajustements en intersession. Les techniques d'animation sont les mêmes que lors de la première séance, il y a cependant plus de mises en situation planifiées et moins de contenu théorique afin d'appliquer la démarche de réflexion dans l'action.

La terminaison et l'évaluation

La dernière partie du processus de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2001) permet de faire un retour sur le processus dans son ensemble. D'abord en évaluant l'intervention à partir d'éléments choisis, soit l'atteinte des objectifs visés dans le plan de formation et l'atteinte des objectifs de l'auteure, ensuite en nommant les suites à donner au projet.

La mesure de l'atteinte des objectifs

Rappelons que deux cibles sont visées par l'évaluation, d'abord les participants, puis l'animatrice.

L'évaluation des participants

En ce qui concerne les participants, deux formes d'évaluation sont utilisées, l'évaluation formative et l'évaluation critériée. L'évaluation formative est évaluée par l'auteure lors des mises en situation à partir de ses observation ou du recours à l'outil de perception des capacités. Les objectifs de la formation évalués dans cette section se trouvent dans le plan de formation (voir Appendice J). Les objectifs 1 à 4 et 6 à 9 de ce plan ont été atteints sans modification. Les intervenants ont été capables lors de la formation de :

- Reconnaître verbalement dix éléments propres à la culture (objectif 1);
- Identifier les cinq bases du processus de développement la compétence culturelle selon le modèle de Campinha-Bacote (2003a) (objectif 2);

- Nommer au moins trois difficultés relatives à nos institutions auxquelles font face les réfugiés (objectif 3);
- Valider l'impact des éléments liés à la culture au niveau des conceptions, auprès de la personne (objectif 4);
- Adapter son intervention à la culture du client selon les principes appris (objectif 6);
- Reconnaître ses limites en lien avec l'intervention culturelle et les moyens d'y pallier (objectif 7);
- Critiquer l'application d'outils en contexte culturel (objectif 8);
- Reconnaître l'importance du travail interdisciplinaire en suggérant soit une référence ou en se référant à un autre type de professionnel (objectif 9).

Le cinquième objectif porte sur la mise en pratique de l'incident critique ou du *story telling*. Cet objectif a été écarté faute de temps. Une modification est proposée soit d'inclure un exercice à réaliser entre les deux sessions de formation et de revenir sur l'expérience par la suite en groupe.

Quant à l'objectif 10 portant sur l'évaluation en tenant compte de la culture, il a été évalué à main levée avec l'outil de perception des capacités. Soixante-dix pour cent des intervenants se disent minimalement «à l'aise» pour effectuer une évaluation en tenant compte de la culture et du cadre de référence en place selon l'outil de la perception des capacités.

L'objectif 12 lié à la participation est atteint, les intervenants ayant participé dans une proportion de 83 % (15/18).

L'activité d'intégration visée à l'objectif 13 n'a pu être réalisée dans les délais prévus dû au changement d'emploi de l'auteure. Elle propose cependant sa tenue dans le cadre d'une rencontre d'équipe, l'ASI peut animer une telle activité.

Enfin en lien avec l'objectif 14 qui concerne la mise en disponibilité de matériel pour consultation, un document comprenant les outils et le contenu de la formation est laissé dans le milieu plus particulièrement à la bibliothèque du CECII. L'atteinte de cet objectif permet par le fait même de rejoindre les préoccupations de Lescarbeau et al., (2001) au niveau des suites à donner.

La comparaison résultats pré et post-test. L'évaluation critériée est évaluée à l'aide des résultats obtenus par les intervenants en prétest et en post-test au IAPCC-R (voir Tableau 2). L'objectif 11 était formulé ainsi :

Selon l'inventaire d'évaluation du processus de développement de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (IAPCC-R) rempli avant et après la formation, une augmentation des compétences culturelles sera identifiée chez 75% des participants, tel que démontré par le niveau de réponse.

Cet objectif doit être modifié dû au peu de temps pour réaliser une telle performance. Une augmentation sur l'échelle de compétence culturelle est cependant notée tel que constaté en comparant le Tableau 1 au Tableau 12.

Tableau 12

Résultats des intervenants au post-test

	Question																									
P	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
	Concept																									Σ
	A	A	A	D	S	K	D	K	S	K	K	K	D	E	A	E	E	A	D	S	S	S	E	D	E	
1.	1	4	4	4	4	1	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	3	4	2	4	4	85
2.	2	4	3	3	4	2	4	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	1	3	3	64
4.	3	4	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	2	72
7.	4	4	2	4	4	2	4	3	4	2	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3	1	4	3	78
8.	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	4	2	3	3	71
10.	1	4	4	4	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	4	4	4	3	3	1	2	3	1	3	2	70
11.	1	4	4	4	4	1	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	4	1	4	3	75
12.	1	4	4	3	1	1	3	3	4	2	4	3	3	2	3	3	4	3	3	1	2	2	1	3	1	64
13.	2	4	4	2	3	2	4	3	4	2	4	2	4	4	3	3	3	3	2	3	4	4	1	4	4	78
14.	2	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	1	3	2	64
15.	2	4	4	4	4	1	3	3	2	2	4	3	3	3	3	4	2	3	3	2	3	3	1	4	2	72
16.	2	3	3	2	3	1	3	2	3	2	3	3	4	3	3	4	3	3	3	2	2	3	1	3	2	66
17.	1	4	4	4	4	3	4	3	3	2	3	4	4	3	4	4	3	3	3	2	2	4	1	3	3	78
18.	1	4	4	4	4	2	4	3	2	3	4	2	4	4	1	4	4	4	4	2	4	2	3	4	2	79
19.	1	4	4	4	4	2	4	3	4	2	4	3	4	3	4	3	3	3	3	2	4	4	1	4	1	78
Σ	26	57	53	51	51	26	53	42	48	36	51	42	52	49	46	50	48	46	45	27	39	47	20	52	37	

Note. P : participant. Concept = A : conscience culturelle; D : désir culturel; S : habiletés culturelles;

K : connaissances culturelles; E : rencontre culturelle.

Avant la formation deux intervenants se situaient au niveau « culturellement compétent » (score de 75 à 90) et 13 au niveau de la «sensibilité culturelle » (score de 51 à 74). Suite à la formation, sept intervenants se situent au niveau « culturellement compétent » et huit au niveau de la « sensibilité culturelle ». L'auteure note donc chez 33 % des participants une amélioration de la compétence culturelle (N = 5).

D'autre part, un examen des énoncés permet de constater que 11 intervenants sur 15 ont évolués dans leur façon de répondre et d'évaluer les questions. Quatre diminutions sont identifiées au niveau du score. Dans l'un des cas elle est peut-être attribuable à une erreur de compréhension, un questionnaire en français ayant été rempli par une personne dont la langue maternelle est l'anglais. Dans un second cas, cette contre-performance peut être due au délai de remise du questionnaire qui dépasse celui recommandé de deux mois. La participante a effectivement déclaré avoir éprouvé des difficultés à se rappeler certains concepts et a rempli le questionnaire à la hâte. Les deux autres diminutions sont de l'ordre de 2 et 3 points sur le score total et aucune de ces diminutions n'affecte le degré de compétence culturelle évalué selon l'échelle.

En ce qui concerne les scores liés aux concepts de base du modèle de compétence culturelle on observe une augmentation au niveau des résultats par

concept au post-test (voir Tableau 3). Il y a en effet augmentation au niveau des concepts de : conscience culturelle, désir culturel, habiletés culturelles et connaissances culturelles. Le concept rencontre culturelle est demeuré stable.

Tableau 13.

Évaluation des concepts en prétest et en post-test (N = 15)

Concepts	Prétest	Post-test	Différence
Conscience culturelle	206	228	+22
Désir culturel	251	253	+2
Habiletés culturelles	187	212	+25
Connaissances culturelles	167	197	+20
Rencontres culturelles	204	204	0

Il est également intéressant de noter la participation aux mises en situation de la part de tous les intervenants et la qualité des échanges survenus. En effet, chacun amène à tour de rôle des éléments de réflexion, des exemples vécus en cours de pratique. Les intervenants participent également à un processus d'analyse en discutant des histoires de cas ou des cas cliniques rapportés et en amenant des éléments de réflexion. Enfin, lors de la dernière séance, une histoire de cas amenée par la nutritionniste permet de constater

une évolution des perceptions des intervenants, notamment par l'identification d'éléments nouveaux dans leur façon d'évaluer et d'interpréter la situation.

L'évaluation de l'auteure comme animatrice

Une évaluation immédiate se fait lors de la formation en se basant sur la grille d'analyse pour l'animation de groupe. Cette grille porte sur les capacités de l'animatrice à expliquer diverses notions (clarification), à contrôler le groupe (contrôle), à communiquer, regroupées sous les termes de communication et facilitation, en plus de ses habiletés d'illustration. La rétroaction immédiate offerte par le groupe notamment au niveau des questions posées et de la qualité de la participation permet ce type d'auto-évaluation. À ce sujet, le groupe réagit bien aux réponses de clarification données par l'auteure. Au cours des discussions, l'auteure veille à ce que chacun puisse participer et intervient afin de faire cheminer le groupe dans sa réflexion. Ce type d'activité demande d'exercer un certain contrôle notamment afin d'éviter les discussions hors sujet et les discussions à voix basse. L'humour est alors utilisé afin de ramener l'attention des participants vers l'échange de groupe. D'autres techniques sont utilisées telles : une variation dans le style d'animation : l'annonce d'une mise en situation, une question posée au groupe, le rappel d'une question de l'intervenant discutant à voix basse, un changement au niveau de l'intonation.

De plus, une certaine évaluation est faite lors d'un tour de table à la fin de chaque session durant lequel les commentaires sont recueillis. À ce sujet les participants remercient l'animatrice pour ses présentations, ils apportent des suggestions de thèmes pour la session suivante. Un ajout est effectué à leur demande soit d'intégrer les enfants au niveau des histoires de cas et de leur réserver une plage de temps au niveau théorique afin de réfléchir sur leur vécu. Ces commentaires informent l'auteure sur l'efficacité des moyens utilisés, ses habiletés au niveau de la communication et de l'illustration.

Une évaluation de l'activité est effectuée à plus long terme à l'aide d'un questionnaire portant sur la satisfaction (voir Appendice M). Les commentaires recueillis sont unanimes en ce qui concerne l'appréciation de la formation. Les sujets abordés de même que les mises en situation et la possibilité de partager le vécu et d'y réfléchir en groupe ont été très appréciés. Les aspects portant sur la communication verbale et non verbale et l'usage d'interprète sont également identifiés comme positifs. Enfin, le renforcement positif offert lors des mises en situation et des discussions sur les situations vécues est identifié comme un élément motivateur en cours de formation. Les participants mentionnent également avoir apprécié l'opportunité de faire certaines réflexions et prises de conscience sur leurs valeurs et attitudes. En ce qui concerne les éléments à améliorer ou à ajouter, les intervenants aimeraient plus d'heures de formation afin d'aborder plus à fond les caractéristiques propres à divers groupes

ethniques. Une demande est également effectuée afin de discuter de thèmes reliés à la pratique comme la contraception, dans une perspective culturelle.

La conclusion de l'intervention

Un résumé de la formation de même qu'une lettre de remerciement sous forme de rapport est envoyé aux intervenants et au CRÉDIL (voir Appendice T). Le résumé reprenait l'objectif de la formation, de même que les éléments abordés, la participation et l'intérêt des participants. Un compte rendu verbal reprenant les grandes lignes du projet est également fait en décembre auprès du CECII.

Appuyer l'enracinement

Un élément qui facilitera sans doute l'enracinement est l'implication et la coopération notable des intervenants de l'équipe. De plus, chaque participant a reconnu l'importance de la dimension culturelle dans les interventions auprès de sa clientèle. Il y a également des mesures concrètes favorisant l'enracinement. D'abord, une activité de formation continue est recommandée afin de revenir sur les aspects couverts dans le cadre de la formation de même que pour évaluer les pratiques. De plus, l'implication de l'ASI au niveau de la supervision de même que son souci, lors des demandes de services, de répartir la clientèle ethnique auprès des divers intervenants, leur permettront de mettre en pratique les notions discutées. Enfin, les discussions de cas effectuées dans le cadre

des rencontres interdisciplinaires permettront aux intervenants de partager leurs succès et difficultés. La chef de programme s'étant montrée très satisfaite de la formation, elle tient à appuyer l'enracinement notamment en favorisant les échanges sur la dimension culturelle de la clientèle.

La synthèse des résultats

La seconde phase de ce projet visait à développer, appliquer et évaluer une formation sur le développement de la compétence culturelle des intervenants d'un CLSC de Lanaudière. La démarche de Lescarbeau et coll. (2001) a guidé la planification et la réalisation de ce projet. L'identification des objectifs d'apprentissage en tenant compte des différents niveaux taxonomiques a permis l'élaboration d'une formation offerte de 4,5 heures à 15 intervenants. Une amélioration de la compétence culturelle selon l'échelle de Campinha-Bacote est identifiée chez 33 % des participants (N = 5). De plus un examen des énoncés permet de voir une amélioration au niveau de quatre des cinq concepts à la base de la compétence culturelle soit le désir culturel, les connaissances culturelles, les habiletés culturelles et la conscience culturelle (*awareness*).

La réalisation de ce projet en deux phases permet d'identifier des limites, des retombées et de faire des recommandations. Ces aspects sont abordés dans le chapitre suivant.

La discussion et les limites

Ce chapitre présente une discussion des résultats obtenus dans les deux phases du projet. Les limites sont discutées en première partie suivies d'une discussion des résultats obtenus en lien avec la littérature, une section est ensuite accordée aux apprentissages faits par l'auteure et il se termine sur les recommandations et retombées du projet.

Les limites

Ce projet en deux phases comporte des limites. Pour la phase I, des limites liées à la taille du groupe, à la barrière linguistique et aux conditions d'entrevue sont identifiées. Pour la phase II, des limites en lien avec les cadres théoriques utilisés, le nombre de participants, la durée des séances et les outils choisis sont également identifiés.

Les limites de la phase I

Certains éléments doivent être notés concernant ce projet dont le fait qu'il fut réalisé auprès d'un petit groupe de femmes. Ces dernières présentaient des différences tant au niveau de leur provenance, de leur langue d'origine, de la maîtrise du français, de l'âge et de l'éducation. Ces variables rendent la généralisation difficile, les résultats représentent donc une tendance ou des pistes à explorer plus à fond.

De plus, les conditions d'entrevues étaient variables et non contrôlées. Ainsi, l'endroit, le bruit relié au logement et à la circulation, de même que la présence d'enfants, de membres de la famille ou du conjoint diffèrent d'une entrevue à l'autre. De plus, aucune directive n'a été donnée sur le déroulement de l'entrevue comme telle. Ces conditions découlent du choix de l'auteure qui tentait ainsi de recréer les conditions de l'entrevue dans un cadre d'ethnographie, soit dans le milieu du sujet. Cela permettait aussi l'observation dans le milieu de vie.

La langue représente également une limite importante. En effet, certains mots ou concepts nouveaux, ont nécessité des explications supplémentaires. L'auteure suppose que cela a influencé les réponses et la profondeur de celles-ci. Un interprète est aussi utilisé sur le fait, il s'agit d'un enfant de neuf ans. Ceci vient questionner le niveau de compréhension de certains concepts, tel le concept de besoin. Son aide fut précieuse bien qu'il était impossible de vérifier l'exactitude de la traduction.

L'importance de la langue se reflète également au niveau des formulaires de consentement, ces derniers ont du être vulgarisés sur place afin de permettre aux femmes de bien comprendre ce qu'elles signaient. L'auteure en retient donc que le langage utilisé n'était pas adapté aux participantes.

Enfin, la compréhension d'une question et son interprétation est tributaire de la culture et du niveau d'éducation. Le guide d'entrevue n'ayant pas été validé auprès d'un échantillon représentatif de chacune des cultures rencontrées, sa validité peut être questionnée.

Les limites de la phase II

En ce qui a trait aux limites identifiées lors de la phase II, le cadre de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2001) est conçu pour introduire un changement avec un maximum de collaboration de la part des intervenants en place. Il est utilisé dans ce projet afin de structurer la démarche de l'auteure. Par contre, certaines étapes se sont réalisées avec quelques modifications, le projet ayant eu lieu sur une période de deux ans, auprès de deux groupes différents soit les femmes immigrantes et les intervenants. Le projet s'inscrivant dans le cadre d'un projet de maîtrise et la réalisation étant sous forme de formation, certaines étapes appartenaient exclusivement à l'auteure. Il était difficile dans ces conditions de viser une participation active des intervenants à toutes les étapes du projet.

Il est aussi important de noter que l'activité de formation est effectuée auprès d'un petit groupe d'intervenants en plus d'être réalisée en peu de temps c'est-à-dire 4,5 heures. Il est raisonnable de penser qu'une activité effectuée sur une plus longue période de temps permettrait d'atteindre des résultats plus

élevés en plus de permettre de couvrir un plus grand nombre de sujets. Cela faciliterait également l'intégration des éléments de formation à la base de la compétence culturelle.

Enfin, l'outil choisi, précise Campinha-Bacote (2003b), a peu été utilisé en ce qui a trait à l'évaluation de la compétence culturelle en prétest et en post-test. Il a de plus été conçu pour des professionnels de la santé alors que des auxiliaires familiales faisaient partie du groupe d'intervenants. Il comportait également de notions complexes qui pouvaient porter à confusion lors d'une première lecture.

La discussion

Ce projet en deux phases visait plusieurs objectifs. L'atteinte de ceux ci sera discuté ci bas, en lien avec les auteurs consultés. De même, la pertinence des cadres théoriques choisis et de l'intervention font l'objet de la discussion, ainsi que les apprentissages réalisés au cours de ce projet.

L'objectif clé de la phase I de ce projet était de décrire l'expérience de santé des femmes lors du processus d'immigration, leurs ressources et leurs besoins. À partir des entrevues, cinq dimensions émergent soit : la santé physique et psychologique, la santé familiale, les difficultés, les ressources et les besoins. Les besoins identifiés durant les différentes étapes du processus

d'immigration ainsi que ceux non comblés vont dans le même sens que certaines difficultés et besoins identifiés au niveau des écrits notamment en ce qui a trait à l'isolement, au concept d'identité et à la reconnaissance sociale (De Jong et al., 2001; Giordano &Giordano, 1995; Mooren, 2001).

En effet, un sentiment de solitude est décrit par les femmes rencontrées. Ce dernier est lié aux difficultés de communication avec la famille demeurée dans le pays d'origine, à la perte d'amis de même qu'au peu de communication au sein du couple. L'expérience d'immigration est complexe, accompagnée de pertes multiples qui peut être associé à des difficultés au niveau de l'intégration sociale dans le pays d'accueil (Beiser & Hymen, 1997; Bernier, 1993). Or le soutien social est associé à une diminution de l'impact des agents de stress selon Noh et Avison (1996). On constate que la perte de tissu social et les difficultés d'établir de nouveaux liens sont des éléments qui semblent rendre l'expérience plus difficile, ce qui rejoint les écrits de De Jong et coll. (2001) ainsi que ceux de Bérubé (2004).

Un besoin de reconnaissance sociale est également nommé. Ces familles ayant tout quitté se retrouvent en pays d'accueil sans doute dans de meilleures conditions de vie mais devant des pertes importantes au niveau de leur identité sociale et individuelle (Clinton-Davis & Fassil, 1992). Le besoin d'être reconnue rejoint le concept d'identité traité dans la littérature (Andrews et

Boyle, 1998 ; McGoldrick et al., 1996; Ponterotto et al., 2001), il est associé à un élément difficile chez les réfugiés ayant été exposés à des situations de violence ou présentant des symptômes de TSPT. Le besoin de reconnaissance est aussi relié aux études et au travail, lesquels nécessitent des apprentissages souvent difficiles selon les femmes rencontrées qui doivent recommencer à la base et bien souvent dans une langue nouvelle (Baumer, 2002).

D'après les entrevues effectuées, il est possible de penser que les conditions émotionnelles reliées à l'expérience vécue rendent les apprentissages plus difficiles, ce qui menace le concept d'identité et le besoin d'être reconnu, notamment en l'absence d'un soutien social suffisant. Néanmoins cette hypothèse devra être validée par des recherches comportant des entrevues plus spécifiques auprès d'un échantillon plus grand.

Par ailleurs, l'auteure avait émis l'objectif de déceler chez les participantes des symptômes de trouble de stress post-traumatique tel que décrit dans le DSM-4. Cependant, au cours des entrevues il s'est avéré qu'une femme seulement éprouvait des symptômes pouvant être reliés à un tel trouble. Considérant l'expérience décrite par les femmes et la présence de facteurs de risques, l'auteure se questionne face aux résultats. Il est possible que les rôles multiples joués par les femmes au cours de cette expérience soient un facteur

de protection. Cette hypothèse devra néanmoins être explorée par une recherche plus spécifique.

Les femmes ayant été incapables de nommer un organisme qui leur aurait offert un certain soutien social au cours de leur expérience, les écrits de Summerfield (1996), selon lequel les organismes offrent des services à partir d'une compréhension erronée des besoins des réfugiés étaient appuyés. Jumelé au sentiment de solitude exprimé en entrevues, ces éléments appuyaient la pertinence de développer une formation portant sur le développement de la compétence culturelle auprès des intervenants, afin de permettre une meilleure compréhension de leur vécu, ce qui fut l'objet de la phase II de ce projet.

L'utilisation de cadres théoriques

L'utilisation de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud (2001) comme cadre lors de ce projet combiné au processus de planification systématique des apprentissages de Jean, Des Marchais et Delorme (1992) a permis de bénéficier des forces de chacun.

D'abord Lescarbeau et al. (2001) pour son approche systématique du projet permet une analyse du milieu et insiste tout au long des étapes sur l'implication des participants afin qu'ils s'approprient graduellement le projet de

même que sur l'importance de s'ajuster aux commentaires reçus. Un des éléments phare du processus de consultation de Lescarbeau et al. (2001) porte en effet sur la coopération des participants au projet. Tout au long du processus, des efforts particuliers sont faits afin de favoriser l'intérêt et la coopération. D'abord, la phase I du projet est réalisée à partir des références des professionnels de l'équipe. Ces derniers sont également informés régulièrement et consultés sur le déroulement et le contenu des rencontres. L'implication des intervenants durant les diverses étapes, en plus de permettre une certaine appropriation du projet, assure aussi une meilleure cohérence avec leurs besoins au niveau de la pratique.

Ensuite, la planification systématique des apprentissages de Jean, Des Marchais et Delorme (1992) permet une analyse plus poussée des besoins éducatifs, l'analyse des besoins exprimés, démontrés et normatifs. Cette démarche a pour effet d'avoir une vue d'ensemble des différents types de besoins, ce qui favorise l'élaboration d'une formation qui répond aux besoins des participants en plus d'aider à justifier une telle démarche auprès des gestionnaires notamment par le biais des besoins normatifs. De plus l'utilisation d'un outil pour évaluer la compétence des intervenants en prétest et en post-test permet d'identifier la présence d'un désir culturel soit la présence d'intérêt de la part des participants envers ce type de démarche ce qui, selon Campinha-

Bacote (2003a), est non seulement à la base du processus mais aussi indispensable au cheminement.

Par la suite, la formulation d'objectifs d'apprentissages et l'identification de moyens d'enseignement en gardant en tête les niveaux taxonomiques de ceux-ci permet de discriminer les moyens les plus efficaces selon la nature des objectifs mais également de déterminer le temps nécessaire à l'atteinte de ces objectifs selon leur niveau de complexité.

La conception de la formation

L'auteure élabore une formation en se basant sur le cadre de Campinha-Bacote (2003a). Ce dernier permet d'identifier les forces et lacunes des intervenants au niveau de la compétence culturelle, il se révèle être un outil d'analyse, de planification des objectifs mais également d'auto-évaluation. En effet, les intervenants ont pris conscience de leurs forces et lacunes lors de son administration, les concepts nouveaux ont piqué leur curiosité et la réflexion. Ainsi, une partie du cheminement au niveau du processus de compétence culturelle a débuté même avant la tenue des rencontres de formation. Enfin, les résultats de la phase I sont fort utiles au niveau de la conception des histoires de cas de même que pour illustrer le contenu lié à l'expérience d'immigration.

La prestation de la formation

Certains éléments ressortent de cette expérience soit au niveau de la participation et du développement de la compétence culturelle des intervenants ainsi que des habiletés d'animation de l'auteure.

La participation

À chaque séance, malgré que l'ensemble des intervenants ait manifesté leur intérêt, certaines personnes sont absentes. Il apparaît que les professionnels peuvent signaler leur intérêt et s'engager à participer mais leur présence est également tributaire de l'horaire de travail (congé de fin de semaine, travail à temps partiel), des maladies et des conditions climatiques. D'autre part, les intervenants ayant pu participer sont principalement des intervenants détenteurs de poste malgré un intérêt manifesté par les infirmières de la liste de rappel. Cela illustre probablement le lien entre la précarité d'emploi et l'opportunité de participer à la formation continue.

Le développement de la compétence culturelle chez les intervenants

L'auteure avait désiré un pourcentage d'amélioration de la compétence culturelle chez 75 % des participants. Le pourcentage obtenu de 33 % est nettement inférieur à l'objectif visé. Malgré ce faible résultat, cela indique néanmoins qu'une formation d'une demie journée permet aux intervenants de progresser au niveau de leur compétence culturelle. Ce processus étant décrit

comme continu et personnel par Campinha-Bacote (2003a), il est normal d'obtenir des résultats variables selon les intervenants, tous ne progressant pas au même rythme. De plus, un des éléments à la base de ce processus est l'aspect des rencontres culturelles, cet aspect n'a pas été mis en priorités par la présente formation. Il aurait cependant été intéressant si l'auteure avait disposé de plus de temps de faire participer une ou deux femmes aux échanges lors des rencontres de formation, mais également d'obtenir leurs commentaires sur les sentiments ressentis suite à une telle collaboration. L'auteure croit que de laisser les femmes parler de leur expérience, leur permettre d'être entendues, reconnues pour leur vécu en plus de l'opportunité de briser les barrières entre la culture des intervenants et des immigrantes serait une activité complémentaire aux rencontres déjà tenues permettant d'atteindre des objectifs plus élevés.

L'animation

L'auteure se propose d'analyser ses habiletés d'intervention auprès des petits groupes. Au cours des rencontres de même qu'au niveau de la planification du contenu, une grande importance est mise au niveau de l'attitude de l'animatrice qui fait un effort particulier au niveau des relations interpersonnelles avec les membres de l'équipe. Ces derniers ayant une expérience variable du milieu communautaire, l'animation est faite dans le respect et de façon à favoriser la reconnaissance des compétences et de l'expertise de chacun. L'animatrice s'efforce de mettre en valeur et de renforcer

les initiatives et succès des intervenants en les illustrant dans les histoires de cas. De plus, la forme d'animation basée sur l'utilisation des expériences de chacun favorise l'apport de nouvelles informations.

Ce type d'approche demande une plus grande flexibilité au niveau des présentations mais également d'avoir suffisamment de confiance en soi et de maîtriser son sujet pour animer des rencontres dans un cadre plus ouvert qui demande d'ajuster constamment le rythme et le contenu. Néanmoins l'auteure ne regrette pas l'expérience et a reçu de multiples commentaires positifs sur la dynamique de l'animation.

La discussion du choix des cadres théoriques et de leurs apports respectifs, des résultats de l'intervention et des éléments de la conception, de la prestation et de l'animation de l'intervention porte l'auteure à effectuer une réflexion sur les apprentissages réalisés.

Les réflexions sur les apprentissages de l'auteure

Au cours de ce projet, divers apprentissages sont faits, au niveau méthodologique, technique, de l'intégration de modèle théorique, lié à la clientèle, et puis au niveau personnel. Ceux ci sont abordés en faisant le lien avec les objectifs identifiés pour l'auteure (voir Appendice O).

Les apprentissages méthodologiques

D'abord au niveau méthodologique, l'auteure réalise que le formulaire de consentement utilisé lors de la phase I comporte un langage encore trop académique. De même, ce questionnaire devrait être écrit en plus gros caractère pour faciliter la lecture et la compréhension. Néanmoins les difficultés éprouvées par les femmes en lien avec le formulaire présentent plusieurs variations. Il semble peu probable qu'un seul formulaire soit assez clair pour chacune des femmes rencontrées. Le niveau de compréhension de la langue étant un élément important à considérer, l'idéal serait sans doute de traduire le formulaire dans la langue de chacune des participantes. De plus, l'explication des concepts Nord américains à des gens de culture différente est un processus complexe. Plusieurs éclaircissements ont été apportés lors des entrevues et il demeurait difficile d'évaluer la pleine compréhension.

Ce type de projet comporte une exigence au niveau de l'organisation, notamment en ce qui a trait à la planification des rencontres. L'auteure y a compris l'importance du journal de bord, de l'agenda mais aussi des relances téléphoniques pour assurer un fonctionnement optimal. Elle a également eu l'occasion d'apprivoiser la base de données ATLAS, d'abord en suivant une formation à l'UQO puis en codant les entrevues selon les instructions reçues.

En deuxième partie l'auteure se familiarise avec le processus de traduction d'un outil. Les démarches inhérentes à ce type de procédé de même que les différentes étapes de validation auprès d'experts et d'un groupe témoin étaient nouvelles pour l'auteure.

Les apprentissages liés à l'intégration de modèles théoriques

Lors de l'étape de planification, l'auteure applique de façon concrète la démarche de Lescarbeau et al. (2001) en plus d'identifier des objectifs d'apprentissages selon les niveaux taxonomiques présentés dans la démarche de planification systématique des apprentissages de Jean, Des Marchais & Delorme (1992). Cette démarche permet à l'auteure de construire une formation en se basant sur les apports spécifiques des différents cadres théoriques. De plus, durant l'activité de formation de même que lors de sa préparation, l'auteure approfondie par l'expérimentation de même que par les lectures la technique de réflexion dans l'action de St-Arnaud. À ce sujet, elle découvre qu'elle peut fort bien appliquer la réflexion dans l'action pour elle-même durant l'animation soit en demeurant alerte aux réactions non verbales et verbales des participants et en s'ajustant selon l'effet désiré.

Les apprentissages liés à la clientèle immigrante

Enfin au niveau des apprentissages liés à la clientèle, la participation de certains membres des familles, apporte de nouveaux éléments dans les

discussions en plus de favoriser une atmosphère plus détendue. L'auteure remarque une grande différence au niveau du vécu selon l'exposition de la personne aux divers événements. D'autre part, malgré le fait que les questions ne soient pas centrées sur l'importance de la famille, cet élément est présent dans chacune des entrevues. Il est aussi parfois difficile de recentrer les entrevues sur les questions, le fait de discuter des émotions faisant ressortir plusieurs images et histoires. Avec les femmes récemment arrivées au Canada, leur compréhension de la langue représente un élément de difficulté alors qu'avec celles ayant quitté depuis longtemps leur pays d'origine se souvenir des émotions ressenties est plus difficile.

La synthèse des apprentissages

La possibilité d'effectuer un projet sur deux phases a permis à l'auteure d'avoir une vue d'ensemble d'une situation, de s'approprier chacune des étapes du processus de recherche et d'intervention, mais également de comprendre l'expérience d'immigration à partir du point de vue des participantes, souvent noté comme déterminant au niveau des écrits (Mooren, 2001). Il en résulte une compréhension plus globale et une assurance quand vient le temps d'appliquer la formation. L'auteure a également pu prendre conscience de sa propre compétence culturelle qui s'est aussi développée au fil des rencontres et réflexions. L'opportunité d'agir face à une situation problématique est aussi gratifiante et enrichissante notamment par le fait d'avoir travaillé avec deux

types de clientèle, la clientèle immigrante et intervenante, deux cultures fort différentes. Du point de vue de l'auteure, ces apprentissages seront profitables auprès d'autres clientèles notamment pour l'intervention auprès des familles, lors de recherches futures et en animation de groupe.

Les recommandations et les retombées

Suite à l'analyse des résultats, l'auteure tient à faire certaines recommandations de même qu'à souligner les retombées possibles du projet.

Les recommandations

Au niveau clinique, l'auteure croit qu'il serait intéressant pour les intervenants d'explorer le vécu familial tout en laissant place aux femmes, dans une seconde partie, afin de développer une meilleure compréhension du vécu des familles et de développer une vue plus large du phénomène. Déjà au cours de la formation les intervenants ont exprimés des remises en questions, ont dit se sentir plus sensibles à l'expérience vécue par les immigrants et être prêts à requestionner leurs perceptions. Entre les deux formations certains ont d'ailleurs eu l'occasion de transférer une partie des éléments appris à des ressources dans les milieux tels une garderie en milieu familial et un groupe d'étudiants.

Au niveau de la gestion, les manques identifiés par les femmes au niveau du soutien social et les difficultés en lien avec la communication semblent

justifier une réévaluation des services offerts en lien avec les besoins exprimés et ressentis par cette clientèle.

Au niveau de la recherche, divers éléments sont à améliorer dans l'éventualité d'une réplication de cette étude. D'abord en ce qui concerne les entrevues effectuées auprès des femmes immigrantes, il apparaît essentiel d'apporter des modifications au formulaire de consentement. D'abord au niveau du langage utilisé, le français étant bien souvent une langue seconde pour ces femmes, ce document devrait être traduit dans la langue première des participantes. Ensuite afin de tendre vers les conditions optimales de l'entrevue ethnographique, celles-ci devraient être également effectuées dans la langue première des participantes (Spradley, 1979). Cela implique le recours à des interprètes, de même que la validation de la traduction de certains concepts en respectant l'aspect culturel.

En ce qui concerne la formation offerte aux intervenants, il semble approprié suite aux commentaires reçus d'offrir ce type de formation minimalement sur une journée complète afin de permettre un plus grand nombre d'échanges, d'appliquer les techniques apprises et d'aborder le sujet de la contraception. De plus, une activité d'intégration doit définitivement être effectuée afin d'appuyer le cheminement des intervenants au niveau du processus de développement de la compétence culturelle. Ceci également afin

d'être congruent avec le modèle de Campinha-Bacote selon lequel la compétence culturelle est un processus continu (Campinha-Bacote, 2003a).

Les retombées

Cet essai propose des retombées sur au moins quatre plans soit au niveau de la pratique clinique, de la recherche, de l'enseignement et de la gestion.

Pour la pratique clinique en direction de familles, cette recherche justifie des actions qui soutiennent la relation conjugale et l'élargissement du réseau. Favoriser l'expression des émotions ressenties en lien avec l'expérience d'immigration et d'intégration à une nouvelle communauté, explorer les moyens, concilier les attentes propres à la culture lors des évènements entourant la grossesse et la naissance, sont autant d'interventions souhaitables auprès de ces familles afin de démontrer une plus grande sensibilité culturelle.

Pour la recherche sur la famille, cette étude donne des pistes pour poursuivre les recherches portant sur l'expérience et les besoins des familles immigrantes. En particulier, les recherches portant sur l'expérience et les besoins des pères, des mères et des enfants doivent viser le développement et l'évaluation de stratégies d'intervention s'intégrant aux soins et services existants. Dans le cadre de recherches internationales, le vécu aux camps de

réfugiés est un autre aspect à explorer. En effet, peu de soutien psychologique y est offert, selon les femmes rencontrées et la détresse y est importante. Pour la recherche auprès de groupes d'intervenants, les chercheurs bénéficient maintenant d'un outil d'évaluation de la compétence culturelle traduit en français.

Pour l'enseignement dans le domaine de la famille, de tels résultats invitent à intégrer un volet portant sur la compétence culturelle dès la formation de base des intervenants. L'application des connaissances théoriques portant sur la compétence culturelle tout au long de la formation est essentielle, afin d'outiller les intervenants au contact avec les familles immigrantes. La formation en cours d'emploi est suggérée comme stratégie visant le développement de la compétence culturelle dans les secteurs de soins et de services.

Pour la gestion, il apparaît essentiel de sensibiliser les gestionnaires à l'importance d'accorder du temps pour le développement de la compétence culturelle à tous les niveaux des organismes socio-sanitaires, afin d'assurer une qualité des différents services offerts aux communautés. Il leur appartient également de permettre le développement d'espaces permettant les échanges entre organismes communautaires et intervenants de première ligne afin de développer des relations de collaboration plus étroites, d'approfondir la

compréhension de la situation des familles et de connaître les ressources et expertises disponibles dans les différents milieux.

Conclusion

Cet essai relate les différentes étapes d'un projet qui s'inscrit à deux niveaux: d'abord une première phase qui consiste à décrire l'expérience d'immigration des femmes réfugiées habitant la région de Lanaudière; ensuite une seconde phase qui vise à développer, appliquer et évaluer une formation portant sur le développement de la compétence culturelle.

Lors de la première phase, une étude ethnographique est réalisée entre juin et août 2002, auprès de six femmes ayant immigrées au Québec dans les quatre dernières années. Leur expérience entourant l'immigration de même que leurs besoins spécifiques sont explorés par des entrevues semi-structurées. L'analyse des entrevues effectuée avec ATLAS (4.1) permet l'identification de cinq unités de sens concernant les dimensions : santé physique et psychologique, santé familiale, difficultés, ressources et besoins. Cette analyse permet d'identifier des lacunes en pays d'accueil, notamment au niveau des possibilités de communication avec la famille demeurée dans le pays d'origine, des difficultés de communication au sein du couple et une barrière de langue importante limitant l'accès aux services existants, de même que la reconstruction d'un réseau social. Afin de compléter les informations recueillies sur le terrain, l'auteure réalise diverses entrevues auprès d'organismes communautaires oeuvrant auprès de cette clientèle en plus d'un professeur

d'université enseignant la compétence culturelle. Une étude des programmes recommandés par les chercheurs canadiens et américains, est effectuée afin de cibler les besoins de la clientèle immigrante. Ces démarches lui ont permis de développer une compréhension plus globale de la situation et d'approfondir ses connaissances quant à l'expérience d'immigration. Les manques identifiés dont plus particulièrement le manque de soutien psychosocial justifie la seconde phase soit l'intervention éducative auprès des intervenants d'un CLSC de la région de Lanaudière.

La seconde phase est réalisée auprès de 15 intervenants de l'équipe SPI-IVG d'un CLSC de la région de Lanaudière. Deux rencontres de formation de 2 et 2,5 heures sont tenues à l'automne 2003. L'élaboration du contenu de cette formation découle de l'analyse des besoins éducatifs selon Jean, Des Marchais et Delorme (1992). Cette analyse est effectuée en partie à l'aide d'un questionnaire sur la compétence culturelle le IAPCC-R utilisé en prétest et en post-test. Les diverses étapes de planification de cette partie du projet reposent sur la démarche de Lescabeau, Payette et St-Arnaud (2001). Cette démarche a un apport notable au niveau de la vision d'ensemble du processus et de l'implication des intervenants. La partie animation s'appuie sur les écrits de St-Arnaud (1992) au niveau de l'animation des petits groupes et de la réflexion dans l'action. La compétence culturelle étant un processus personnel et continu (Campinha-Bacote, 2003a), il n'est pas étonnant de constater une certaine

amélioration mais qu'il y a encore place à amélioration après 4,5 heures de formation. En effet, une amélioration de la compétence culturelle est notée chez 33 % des intervenants selon l'échelle de la compétence culturelle.

L'auteure considère que les professionnels de la santé jouent un rôle essentiel au niveau du dépistage et de la réponse aux besoins des familles immigrantes. Elle espère donc que ce projet aura permis aux intervenants de cheminer dans ce processus et de les outiller dans la poursuite du développement de leur compétence culturelle. Elle souhaite également que les besoins exprimés par les familles soient entendus, considérés et aient des retombées tant au niveau des interventions cliniques que de la formation académique et en cours d'emploi. À ce sujet, elle compte poursuivre ses efforts, dans le but de sensibiliser les gestionnaires et décideurs des différents niveaux du réseau des services de la santé à la réalité des familles immigrantes et aux sous cultures coexistant dans la société québécoise. C'est son *désir culturel.* L'auteure garde en tête une citation de Napoléon Hill reproduite dans les travaux de Campinha-Bacote (2003a) : «Le point de départ de tout accomplissement est le désir.» (traduction libre)

Références

Andrews, M. M., & Boyle, J. S. (1998). *Transcultural concepts in nursing care.* Philadelphia: Lippinott Williams & Wilkins.

Aroian, K. J., & Norris, A. E. (2000). Resilience, stress, and depression among russian immigrants to Israel. *Western Journal of Nursing Research,* 22, 54-67.

Baider, L., Ever-Hadani, P., & Kaplan De Nour, A. (1996). Crossing new bridges: The process of adaptation and psychological distress of russian immigrants to Israel. *Psychiatry,* 59, 175-183.

Baumer, P. (2002). Communication personnelle. Joliette, Québec.

Becker, D. (1995). The deficiency of the concept of post-traumatic stress disorder when dealing with victims of human rights violations. Dans: *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics.* New York: Plenum Press.

Beiser, M., & Hyman, I. (1997). Refugees time perspective and mental health. *American Journal of Psychiatry*, 154, 996-1002.

Bernier, D. (1993). Le stress des réfugiés et ses implications pour la pratique et la formation. *Service social*, 142.

Bérubé, L. (2004). *Parents d'ailleurs, enfants d'ici : Dynamique d'adaptation du rôle parental chez les immigrants.* Ste-Foy : Les presses de l'université du Québec.

Breslau N. (2002). Gender differences in trauma and posttraumatic stress disorder. *Journal of Gender Specific Medicine*, 5, 34-40.

Breslau, N., & Davis, G.C. (1987). Posttraumatic stress disorder: the etiologic specificity of a wartime stressor. *American Journal of Psychiatry* ,144, 578-583.

Burns N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilisation.* Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Cairns, E., & Wilson, R. (1991). Northern Ireland: Political violence and self-reported physical symptoms in a community sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 707-711.

Campinha-Bacote, J. (1991). Community mental health services for the underserved: A culturally specific model. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5, 229-235.

Campinha-Bacote, J. (2003a). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A culturally competent model of care.* Cincinnati: Transcultural C.A.R.E associates.

Campinha-Bacote, J. (2003b). Communication personnelle.

Chiasson-Lavoie, M. (1992). *L'approche interculturelle auprès des réfugiés et de nouveaux arrivants immigrants.* Montréal : Centre de services sociaux du Montréal métropolitain.

Clarke, W., Hewson, M., & Fry, M. (1996). *Three function card.* Récupéré le 10 septembre 2003 de http//www.physicianpatient.org/products.htmlpublications

Clinton-Davis, L., & Fassil, Y. (1992). Health and social problems of refugees. *Social Scientific Medicine*, 35, 507-513.

Côté, N. (2003, Mai). *Gérer le changement.* Communication présentée au IX e Colloque des Conseils des infirmières et infirmiers, Montréal, Canada.

De Jong, J., Komproe, I.H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., Khaled, N., Van de Putt, W., & Somasundaram, D. (2001). Lifetime events in posttraumatic stress disorder in 4 post conflict settings. *Journal of Medical Association*, 286, 555-562.

deMontigny, F. (2002). *L'incident critique : technique d'entrevue.* Université du Québec à Trois-Rivières.

Giordano, J., & Giordano, M. A. (1995). Ethnic dimensions in family therapy. Dans: Mikesell, R. Lusterman, D., & McDaniel, S. *Integrating family therapy.* Washington: American Psychological Association.

Groleau, D. (1990). Approche interculturelle de la périnatalité. *Horizons interculturels*, 22, 17-18.

Hovey, J. D. (2000a). Psychosocial predictors of acculturative stress in mexican immigrants. *The Journal of Psychology*, 134, 490-502.

Hovey, J. D. (2000b). Acculturative stress, depression and suicidal ideation among central american immigrants. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 30, 125-139.

Jean, P. Des Marchais, J.E., & Delorme, P. (1992). *Apprendre à enseigner les sciences de la santé : Guide de formation pratique.* Faculté de médecine des Universités de Montréal et de Sherbrooke

Kamya, H. A. (1997). African immigrants in the United States : The challenge for research and practice. *Social Work*, 42, 154-165.

Kinzie, J. D. (2001). Psychotherapy for massively traumatized refugees: The therapist variable. *American Journal of Psychotherapy,* 55, 475-490.

Kleinman, A. Eisenburg, L. M., & Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care. *Annals of Internal Medicine,* 88, 251.

Kuster, M. (1997). *Significations du soin générique en période postnatale exprimées par des couples d'immigrants algériens.* Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.

Lacharité, C., deMontigny, F., Desmet, F., Miron, G. M., Devault, A., Gagnier, J. P., Brin, M., & Mailhot, L. (2002). Questionnaire de données sociodémographiques. Trois-Rivières.

Law, E. (1993). *The Wolf Shall Dwell With the lamb.* St-Louis: Chalice Press.

Lazure, G. (2003). Communication personnelle.

Leininger, M. M. (1970). *Nursing and anthropology:Two worlds to blend.* New York: Wiley.

Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing:Ttheories, concepts and practices.* New York: John Wiley & Sons.

Leininger, M.M. (1989) Transcultural Nurse Specialists: Imperative in Today's World. *Nursing and Health Care*, 10, 250-256.

Lemire, L. (2003). *Des élèves, des écoles et des communautés plus vulnérables au décrochage scolaire : Un portrait de la diplomation au secondaire dans les MRC Lanaudoises,* RRSSS de Lanaudière, Direction de santé publique, service de connaissance/surveillance/recherche/évaluation.

Lemire, L. (2004*). La lutte à la pauvreté et aux inégalités socioéconomiques: Un défi à relever pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population.* Agence de développement des réseaux de santé et de services sociaux de Lanaudière.

Lescarbeau, R., Payette, M., & St-Arnaud, Y. (2001). *Profession consultant.* Les presses de l'université de Montréal.

Lindman, C., Engdahl, B., & Frasier, P. (2001). A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisonners of war. *American journal of Psychiatry*, 158, 1474-1479.

Luna, L. J. (1989). Transcultural nursing care of arab muslims. *Journal of Transcultural Nursing*, 1, 22-26.

Luna, L. J. (1994). Care and cultural context of lebanese muslim immigrants: Using leininger's theory. *Journal of Transcultural Nursing*, 5, 12-20.

Marquis, S. (2000). *Santé des intervenants : la gestion du stress.* Formation offerte aux intervenants du CLSC de Joliette, Joliette, Canada.

Marquis, S. (2003, Octobre). *Travail et vie personnelle : l'équilibre est-il encore possible ?* Communication présentée au Congrès en santé mentale 2003, Gatineau, Canada.

Mayrand-Leclerc, M. (2003). Notes de cours: *Optimisation de la qualité des soins.* Université du Québec en Outaouais.

McGoldrick, M. Giordano, J., & Pearce, J.K. (1996). *Ethnicity and family therapy.* New York : Guilford press.

Meleis, A. I. & Rogers, S. (1987). Women in transition: Being versus becoming or being and becoming. *Health care for Women international*, 8, 199-217.

Meleis, A. I. (1991). Between two cultures : Identity, Roles, and Health. *Health care for women international,* 12, 365-377.

Mooren, T.T.M. (2001). *The impact of war: Studies on the psychological consequences of war and migration.* Delft: Eburon.

Münkler, H. (2003). *Les guerres nouvelles.* Paris : Alvik.

MRCI. (2000). *Statistiques sur l'immigration au Québec.* Récupéré le 8 juillet 2004 de http://www.mrci.gouv.qc.ca/publications/pdf/Stats_imm_2000.pdf

Noh, S., & Avison, W. (1996). Asian immigrants and the stress process: A study of koreans in Canada. *Journal of Health and Social Behavior*, 37, 192-206.

OIIQ. (2003). *Guide d'application de la nouvelle loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé.* Montréal : OIIQ.

Pacquette-Desjardins. (2003). *Documents sur l'interprétation du modèle McGill.* Pacquette-Desjardins formation-conseil, Saint-Jérôme.

Pedersen, P. (1988). *A handbook for multicultural awareness.* VA: American association for counseling and development.

Perconte, S. T., Wilson, A.T., Pontius, E.B. (1993). Psychological and war stress symptoms among the deployed and non-deployed reservists following the persian golf war. *Military Medical,* 158, 516-521.

Ponizovsky, A., Ginath, Y., Durst, R., Wondimench, B., Safro, S., Minuchin-Itzigson, S., & Ritsner, M. (1998). Psychological distress among ethiopian and russian jewish immigrants to Israel: a cross-cultural study. *International Journal of Psychiatry,* 44, 35-45.

Ponterotto, J.G., Casas, J. M., Suzuki, L. A., & Alexander, C. M. (2001). *Handbook of multicultural counseling.* Thousand Oaks : Sage.

Rapport annuel. (2001-2002). CLSC de Joliette. Joliette.

Richters, A. (1995). Posttraumatishshe stress-stoornis: een feministisch-antropologisch onderzoek. Dans *: Het uitzicht van sisyph us: maatschappelijke contexten geestelijke on gezondhei* (pp.175-199) (traduction). Groninger: Baars & D. Kal.

Robichaud, F., & deMontigny, F (2003). *L'inventaire d'évaluation du processus de développement de la compétence culturelle chez les professionnels des soins de la santé.* Traduction du IAPCC-R de Campinha-Bacote.

Savage J. (2000) Ethnography and health care. *British Medical Journal,* 321 1400 -1420.

Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How professionals think in action.* London: Temple Smith.

Smart, J. F., & Smart, D. W. (1995). Acculturative stress of hispanics: Loss and challenge. *Journal of Counseling and Development,* 73, 390-396.

Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview.* Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

St-Arnaud, Y. (1992). *Connaître par l'action: Intervenir.* Montréal: Les presses de l'université de Montréal.

Statistique Canada. (2002). *Faits et chiffres: aperçu de l'immigration.* Récupéré le 8 juillet 2004 de http://www.statcan.ca.

Summerfield, D. (1995). Adressing Human Response to war and atrocity: Major challenges in research and practices and the limitations of western psychiatric models. Dans: *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics.* London: R.J. Kleber.

Summerfield, D. (1996). The impact of war and atrocity on civilian populations: Basic principles for NGO interventions and a critique of psychosocial trauma projects. Dans: *Relief and rehabilitation network.* Hawthorne: ODI.

Appendice A

Guide d'entrevue

Guide d'entrevue

Introduction : Je suis ici pour explorer votre expérience d'immigration dans son ensemble. L'entrevue durera environ 1h00 à 1h30. Vous êtes libre de répondre ou non aux questions si mal à l'aise, aussi libre de refuser l'enregistrement et de réviser les données après transcription

1. Pourriez vous me parler des raisons qui ont guidé votre décision de quitter votre pays d'origine?
2. Décrivez-moi comment vous vous sentiez physiquement avant votre départ?
3. Décrivez-moi les émotions que vous viviez avant votre départ?
4. Comment vous sentiez-vous physiquement durant les démarches d'immigration?
5. Quelles émotions viviez-vous durant les démarches d'immigration?
6. Comment vous sentiez-vous physiquement à votre arrivée au Canada?
7. Décrivez-moi les émotions que vous avez vécues à votre arrivée au Canada
8. Comment vous sentiez-vous quelques mois plus tard?
9. Qu'est ce qui a été le plus difficile au moment de l'immigration ? Qu'est ce qui a été le plus facile?
10. Parlez-moi des ressources sur lesquelles vous avez pu compter durent ces différentes étapes.... (ex : services communautaires, aide de la famille, ressources personnelles...)
11. Comment ces ressources vous ont-elles aidée?

12. Pouvez-vous m'identifier d'autres ressources qui vous auraient été utiles? Connaissez-vous l'existence d'une telle ressource?

Appendice B

Questionnaire de données sociodémographiques adapté

QUESTIONNAIRE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES
Adapté de Lacharité, C., deMontigny, F., Desmet, F., Miron, G. M., Devault, A., Gagnier, J. P., Brin, M., & Mailhot, L. (2002)

1. Quel est votre groupe d'âge?

☐ 20 – 24 ans ☐ 40 – 44 ans
☐ 25 – 29 ans ☐ 45 – 49 ans
☐ 30 – 34 ans ☐ 50 – 54 ans
☐ 35 – 39 ans ☐ 55 ans ou +

2. Sexe

☐ Femme
☐ Homme

3. État matrimonial

☐mariée ☐en couple non marié

4. Avez-vous des enfants? Si oui combien_____

Oui
non
âge? Né au Canada ou avant l'immigration?

5. Possédez-vous un diplôme académique dans un domaine professionnel?

☐ oui ☐ non

Si oui, quel est le plus haut niveau complété?

☐ Diplôme d'études secondaires
☐ Diplôme d'études collégiales
☐ Baccalauréat
☐ Maîtrise

☐ Doctorat

☐ Autre_____

6. Aviez-vous un emploi dans votre pays d'origine? _____

7. Avez-vous un emploi au Canada?_____

Au Canada depuis quand?

Raison de l'immigration?

Appendice C

Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Titre du projet de recherche : ***L'expérience des femmes immigrantes durant le processus d'immigration.***

Objectif : L'étude vise à explorer l'expérience des femmes lors de l'immigration et les ressources utilisées ou manquantes.

Procédure : Si j'accepte de participer à ce projet, je participerai à une rencontre de 1 à 1h30 avec l'infirmière, afin de partager mon expérience. En tout temps il me sera possible de ne pas répondre à une question ou de me retirer du projet.

Bénéfices : Ma participation à ce projet permettra de mieux cerner l'expérience particulière des femmes lors de l'immigration, contribuera à identifier la présence de stress et les ressources permettant d'y faire face.

Risques, inconvénients, inconforts : Il m'a été expliqué que la participation à cette recherche ne comporte aucun risque pour moi. Un inconfort lié à ma participation pourrait cependant être ressenti, par un malaise relié aux souvenirs de certains évènements explorés.

Confidentialité : Je comprends que les informations recueillies dans le cadre de ce projet demeurent strictement confidentielles. Un numéro d'identification sera substitué aux noms de chaque participant. Le matériel d'entrevue et les questionnaires seront entreposés dans un classeur verrouillé. Les transcriptions d'entrevues seront rendues anonymes, les enregistrements détruits dès la transcription.

Formulaire de consentement

Titre du projet: ***L'expérience des femmes immigrantes durant le processus d'immigration.***

Participation volontaire : Je reconnais que ma participation à cette recherche est volontaire et que je suis libre d'accepter d'y participer. Je confirme que l'on m'a expliqué verbalement la recherche et répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision.

Retrait : Je reconnais être libre de retirer mon consentement et de cesser de participer à cette recherche à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison, et ce, sans préjudice.

Coordonnées : En cas de questionnement relatif au projet il est possible de rejoindre Fanny Robichaud au (450) 834-1659. En cas de questionnement relié aux aspects éthiques du projet il est possible de rejoindre M. Guy Barabé, secrétaire du CÉR au (819) 595-3900 poste 3953.

Je soussigné(e) _____
accepte librement de participer à un projet d'étude portant sur l'expérience durant le processus d'immigration. La nature de la recherche et ses procédures m'ont été expliquées.

J'ai lu l'information ci-dessus et je choisis volontairement de participer à cette recherche. Je certifie qu'on m'a expliqué verbalement la recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision. Une copie de ce formulaire de consentement m'a été remise.

Signé à _____

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature du participant	Date

_____	_____
Signature de l'étudiante	Date

Appendice D

Avis éthique de l'UQO phase I

Bonjour Francine et Fanny,

Tel que demandé, je vous confirme par la présente que le projet intitulé «Femmes et immigration: besoins et interventions spécifiques» qui s'est déroulé entre mai et août 2002 a fait l'objet de discussions entre nous trois à l'époque où j'était président du CÉR.

Le projet avait été soumis au CÉR une fois terminé. Lors d'une longe discussion, nous avons convenu que ce projet ne serait pas évalué par le CÉR car: (a) il était déjà terminé, (b) il portait sur un projet de recherche d'une étudiante, (c) les critères de confidentialité et d'anonymat avaient été respectés, et (d) la notion qu'il était essentiel de soumettre tout projet au CÉR avant le début des travaux était nouvelle à cette époque pour les projets des étudiantes dans votre département.

Nous avions convenu que ce projet tombait dans la série de ceux qui ont été effectué sans l'aval du CÉR compte tenu de la période d'adaptation aux nouvelles règles, et que l'on pouvait passer passer l'éponge pour cette situation très exceptionnelle. J'en avait fait part au CÉR, qui devrait avoir cette information dans ses procès verbaux (mais comme Guy Barabé est en vacances, il m'est impossible de vérifier les détails de cette information).

J'espère que cette information vous sera utile.

Stéphane Bouchard, Ph.D.
Université du Québec en Outaouais
Dept. de Psychoéducation et de psychologie
CP 1250, Succ Hull, Gatineau, Qc. J8X 3X7. Canada

Tel : 819-595-3900-2360
FAX: 819-595-2250

Titulaire de la Chaire de Recherche du Canada en Cyberpsychologie Clinique
(www.chaires.qc.ca)
Professeur régulier à l'UQO
Chercheur au Centre Hospitalier Pierre-Janet

Appendice E

Contrat

APPROBATION DU PROJET D'INTERVENTION CLINIQUE

Nom : Fanny Robichaud Code permanent :

Constituante d'attache : UQTR ❑ UQAC ❑ UQAR ❑ UQO X

Première session d'inscription au programme :

Titre du projet d'intervention:

Résumé du projet d'intervention : problématique (contexte théorique, cadre théorique et objectifs visés) et planification de l'intervention (lieu, rôles des partenaires, précautions éthiques, calendrier, évaluation)

Problématique : Avec l'augmentation du nombre et de l'intensité des conflits au niveau international, on observe parallèlement un impact au niveau de l'immigration. L'expérience d'immigration est complexe et teintée de pertes multiples. Les besoins des immigrants varient selon les cultures et à l'intérieur des cultures elles-mêmes (Smart & Smart 1995; Kamya, 1997) notamment au niveau du vécu entre les hommes et les femmes (Aroian & Norris, 2000). Il y a peu d'écrits sur le vécu spécifique des femmes et les intervenants sont peu formés pour faire face à la composante culturelle. Depuis 1996 au Québec, les immigrants sont dirigés vers des régions plus rurales. Les intervenants de ces régions voient donc leur clientèle se diversifier graduellement sans avoir été préparés à cette nouvelle réalité. Dans la région de Lanaudière, c'est 600 immigrants qui sont arrivés principalement sous un statut de réfugié. Les professionnels de la santé jouent un rôle essentiel, lorsqu'ils sont bien préparés, au niveau du dépistage et de la réponse aux besoins des immigrants. Il est donc impératif d'identifier les besoins psychosociaux spécifiques de cette population, de même que de sensibiliser et d'outiller les intervenants ayant le plus de chance d'être en contact avec les jeunes familles immigrantes.

Objectifs : Une intervention centrée sur le développement de compétence culturelle sera donc développée, appliquée et évaluée auprès d'une clientèle d'intervenants de toutes professions regroupées, oeuvrant au sein de l'équipe enfance-famille- IVG du CLSC de Joliette. Cette intervention leur permettra de se familiariser avec les divers éléments qui entrent en ligne de compte dans l'expérience d'immigration.

Cadre théorique : Elle sera réalisée en s'inspirant des auteurs du cadre théorique, qui sont celui de Capinha-Bacote pour ce qui est du contenu, de même que celui de St-Arnaud et de McGill pour ce qui est de la démarche.

Calendrier : La participation à ce projet implique la participation à deux rencontres de formation de 2 heures, les 20 novembre et 18 décembre et de remplir deux questionnaires avant la formation, puis deux autres au cours de la formation.

Évaluation : À la fin de la formation, les données recueillies seront compilées. Les résultats au questionnaire de compétence culturelle obtenus avant la formation seront comparés aux résultats après la formation. D'autre part, les commentaires des intervenants seront également compilés afin d'évaluer la réponse aux attentes et besoins des intervenants.

Appendice F

Questionnaire de données sociodémographiques des intervenants

Aux intervenants de l'équipe enfance-famille-IVG

Lors de la dernière rencontre d'équipe, j'ai présenté les grandes lignes d'un projet de développement de la compétence culturelle des intervenants du CLSC. Ce dernier sera effectué dans le cadre d'étude à la maîtrise. Il s'agit d'une démarche qui vous permettra de situer vos compétences en lien avec la culture, d'identifier certains éléments à approfondir et de réfléchir aux stratégies d'interventions, à partir d'histoires de cas et des résultats d'une recherche ethnographique, réalisée auprès de votre clientèle durant l'été 2002. Votre participation à ce projet est tout à fait libre.

Je vous demanderais de remplir les questionnaires joints et de signer le formulaire de consentement, puis de les remettre dans mon casier d'ici 2 jours. Ces données me sont essentielles afin d'évaluer vos connaissances de base et d'effectuer une analyse de mes interventions. Vous remarquerez qu'un numéro est indiqué en haut de chaque questionnaire, il ne sert qu'à des fins d'analyse et en aucun cas vos résultats personnels ne seront communiqués à qui que ce soit.

Si vous avez des questions sur ce projet ou sur les mesures de confidentialité vous pouvez me rejoindre au poste 428 ou chez moi au 450-834-1659.

Les séances auront lieu les 20 novembre et 18 décembre de 13h30 à 15h30.

Merci de votre collaboration précieuse,

Fanny Robichaud
Étudiante à la maîtrise en santé mentale de l'UQO

QUESTIONNAIRE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES
Version intervenant
Lacharité et coll. (2002)

A. Âge et sexe du répondant

1. Quel est votre groupe d'âge?

☐ moins de 20 ans ☐ 30 – 34 ans ☐ 45 – 49 ans
☐ 20 – 24 ans ☐ 35 – 39 ans ☐ 50 – 54 ans
☐ 25 – 29 ans ☐ 40 – 44 ans ☐ 55 ans ou +

2. Sexe

☐ Femme
☐ Homme

B. Domaine d'activité

3. Indiquez votre domaine d'activité auprès des familles

☐ Bénévolat ☐ Psychologie
☐ Éducation/Enseignement ☐ Psychoéducation
☐ Gestion/ Administration ☐ Soins Infirmiers
☐ Intervention communautaire ☐ Travail social
☐ Médecine ☐
Autre:_____

4a. Possédez-vous un diplôme académique dans ce domaine d'activité?

☐ oui ☐ non

Si oui, quel est le plus haut niveau complété?

☐ Diplôme d'études secondaires ☐ Baccalauréat
☐ Diplôme d'études professionelles ☐ Maîtrise
☐ Diplôme d'études collégiales ☐ Doctorat

☐ Diplôme en médecine ☐

Autre_____

4b. Avez-vous suivi une (des) formation(s) autre(s) qu'académique(s) reliée(s) à ce domaine d'activité?

☐ oui ☐ non

Estimez le nombre de jours de formation que vous avec suivis dans ce domaine : _____ jours.

5. Suivez-vous actuellement une activité de formation visant à vous perfectionner dans ce domaine?

☐ oui ☐ non

6. Combien d'années d'expérience avez-vous cumulées jusqu'à maintenant dans ce domaine d'activité?

_____ans _____mois

C. secteur de services et fonction

7. Indiquez le secteur de services dans lequel vous oeuvrez actuellement

☐ Organismes communautaires/Associations ☐ Centre Hospitalier

☐ Centre de Petite Enfance ☐ Centre de réadaptation

☐ Secteur scolaire ☐ Centres Jeunesse

(préscolaire ou primaire)

☐ CLSC ☐ Autre:_____

8a. Depuis combien de temps oeuvrez-vous dans ce secteur?
_____ans _____mois

8b. Prévoyez-vous être encore à l'œuvre dans ce secteur dans **un an**?
☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

9. Indiquez votre fonction actuelle

☐ agent(e) de relations humaines ☐ médecin

☐ bénévole ☐ nutritionniste

☐ éducateur(trice) ☐ orthopédagogue

☐ enseignant(e) ☐ psychoéducateur(trice)

☐ gestionnaire/ administrateur(trice) ☐ psychologue

☐ infirmier/infirmière ☐ travailleur(euse) social(e)

☐ intervenant(e) communautaire ☐

Autre:_____

10a. Depuis combien de temps occupez-vous cette fonction?

_____ans _____mois

10b. Prévoyez-vous occuper encore cette fonction dans **un an**?

☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

10c. Avez-vous déjà occupé une fonction semblable auparavant?

☐ oui ☐ non

Si oui, pendant combien de temps?

_____ans _____mois

11. Indiquez l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation

☐ J'ai *rarement* l'occasion d'avoir des contacts avec des parents dans le cadre de ma fonction.

☐ J'ai des contacts *occasionnels* avec des parents dans le cadre de ma fonction.

☐ J'ai des contacts *réguliers mais habituellement brefs* avec des parents dans le cadre de ma fonction.

☐ J'ai *fréquemment* des rencontres formelles avec des parents dans le cadre de ma fonction.

☐ Ma fonction consiste *essentiellement* à rencontrer des parents.

Merci de votre collaboration.

Appendice G

Inventaire d'évaluation du processus de développement de la compétence culturelle chez les professionnels de la santé (IAPCC-R)

Inventaire d'évaluation du processus de développement de la compétence culturelle chez les professionnels des soins de santé –

(Campinha – Bacote, 2002 ; Copyright Imprimé avec la permission de Transcultural CARE Associates ; **Traduction française révisée par Robichaud et deMontigny (2003)**)

1. La compétence culturelle fait surtout référence à la compétence d'une personne à l'égard de différents groupes ethniques.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

2. Je pense que la compétence culturelle est un processus continu.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

3. Des éléments comme la provenance géographique, l'affiliation religieuse, l'orientation sexuelle, et l'occupation ne sont pas considérés pertinents pour la personne qui tend vers la compétence culturelle.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

4. Je suis personnellement engagée dans le fait de prendre soin de clients provenant de divers groupes ethniques ou culturels.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

5. Je pense que la culture et la santé sont reliées l'une à l'autre.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

6. J'ai des connaissances en pharmacologie ethnique.

BEAUCOUP DE CONNAISSANCES	QUELQUES CONNAISSANCES	PEU DE CONNAISSANCES	AUCUNE CONNAISSANCE

7. Je suis intéressée à prendre soin de clients de divers groupes ethniques ou culturels.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

8. J'ai des connaissances à propos des conceptions du monde, des croyances, des pratiques et/ou des modes de vie d'au moins deux groupes culturels.

BEAUCOUP DE CONNAISSANCES	QUELQUES CONNAISSANCES	PEU DE CONNAISSANCES	AUCUNE CONNAISSANCE

9. Je suis conscient (e) des limites culturelles des outils d'évaluation qui sont utilisés auprès des groupes ethniques.

J'EN AI TRÈS CONSCIENCE	J'EN AI CONSCIENCE	J'EN AI UN PEU CONSCIENCE	JE N'EN AI PAS CONSCIENCE

10. J'ai des connaissances reliées aux variations biologiques entre les différents groupes ethniques.

BEAUCOUP DE CONNAISSANCES	QUELQUES CONNAISSANCES	PEU DE CONNAISSANCES	AUCUNE CONNAISSANCE

11. Il n'existe pas de variations anatomiques et physiologiques entre les différents groupes ethniques.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

12. J'ai conscience que des maladies spécifiques sont communes dans certains groupes ethniques.

J'EN AI TRÈS CONSCIENCE	J'EN AI CONSCIENCE	J'EN AI UN PEU CONSCIENCE	JE N'EN AI PAS CONSCIENCE

13. Je suis désireux d'apprendre de personnes qui auraient un rôle d'informateurs culturels.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

14. Je recherche des possibilités d'éducation, de consultation et de formation pour augmenter ma compréhension et mon efficacité auprès des clients de culture et d'origine ethnique différentes.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

15. J'ai conscience d'au moins deux obstacles institutionnels qui empêchent des groupes culturels ou ethniques de rechercher des services de soins de santé.

J'EN AI TRÈS CONSCIENCE	J'EN AI CONSCIENCE	J'EN AI UN PEU CONSCIENCE	JE N'EN AI PAS CONSCIENCE

16. Je reconnais les limites de ma compétence quand j'interagis avec des clients de cultures ou d'origine ethnique différentes.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

17. Quand mes valeurs et mes croyances entrent en conflits avec les valeurs et croyances de mon client, je suis choqué.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

18. J'ai conscience de certaines attitudes stéréotypées, notions préconçues et sentiments que j'ai envers des membres d'autres groupes ethniques ou culturels.

J'EN AI TRÈS CONSCIENCE	J'EN AI CONSCIENCE	J'EN AI UN PEU CONSCIENCE	JE N'EN AI PAS CONSCIENCE

19. Je prends soin avec passion de clients de culture ou d'origine ethnique différentes.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

20. Je connais l'existence d'au moins deux outils d'évaluation culturelle à utiliser quand on évalue des clients dans un contexte de soins de santé.

J'EN AI TRÈS CONSCIENCE	J'EN AI CONSCIENCE	J'EN AI UN PEU CONSCIENCE	JE N'EN AI PAS CONSCIENCE

21. Il est plus important de mener une évaluation culturelle auprès de clients d'origine ethnique différente qu'auprès d'autres clients. .

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

22. Je me sens à l'aise de poser des questions se rapportant au profil ethnique ou culturel du client.

TRÈS À L'AISE	À L'AISE	PEU À L'AISE	PAS À L'AISE

23. En dehors des fonctions que j'exerce dans le milieu de la santé, je suis impliqué(e) auprès de groupes culturels ou ethniques.

TRÈS ENGAGÉ(E)	ENGAGÉE	PEU ENGAGÉE	PAS ENGAGÉE

24. Je crois qu'une personne doit <u>vouloir</u> devenir compétente sur le plan culturel pour parvenir à un certain niveau de compétence culturelle.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

25. Je crois qu'il y a plus de différences au sein de groupes culturels qu'entre les groupes culturels.

TOUT À FAIT D'ACCORD	D'ACCORD	EN DÉSACCORD	TOUT À FAIT EN DÉSACCORD

Inventory For Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals - Revised (IAPCC-R)

(Campinha-Bacote, 2002; *Copyrighted by Transcultural C.A.R.E. Associates*)

1. Cultural competence mainly refers to one's competency concerning different ethnic groups.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

2. I feel that cultural competence is an ongoing process.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

3. Factors such as geographical location, gender, religious affiliation, sexual orientation, and occupation are not considered areas of concern when seeking cultural competence.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

4. I have a personal commitment to care for clients from ethnically/culturally diverse groups.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

5. I feel that there is a relationship between culture and health.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

6. I am knowledgeable in the area of ethnic pharmacology.
Very Knowledgeable Knowledgeable Somewhat Knowledgeable Not Knowledgeable

7. I am motivated to care for clients from culturally/ethnically diverse groups.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

8. I am knowledgeable about the worldviews, beliefs, practices and/or life ways of at least two cultural groups.
Very Knowledgeable Knowledgeable Somewhat Knowledgeable Not Knowledgeable

9. I am aware of the cultural limitations of existing assessment tools that are used with ethnic groups.
VERY AWARE AWARE SOMEWHAT AWARE NOT AWARE

10. I am knowledgeable in the area of biological variations among different ethnic groups.
Very Knowledgeable Knowledgeable Somewhat Knowledgeable Not Knowledgeable

11. Anatomical and physiological variations do not exist in different ethnic groups.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

12. I am aware of specific diseases common among different ethnic groups.
VERY AWARE AWARE SOMEWHAT AWARE NOT AWARE

13. I am willing to learn from others as cultural informants.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

14. I seek out education, consultation, and/or training experiences to enhance my understanding and effectiveness with culturally and ethnically diverse clients.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

15. I am aware of at least 2 institutional barriers that prevent cultural/ethnic groups from seeking healthcare services.
VERY AWARE AWARE SOMEWHAT AWARE NOT AWARE

16. I recognize the limits of my competence when interacting with culturally/ ethnically diverse clients.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

17. When my values and beliefs "clash" with my client's values and beliefs I become frustrated.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

18. I am aware of some of the stereotyping attitudes, preconceived notions and feelings that I have toward members of other ethnic/cultural groups.
VERY AWARE AWARE SOMEWHAT AWARE NOT AWARE

19. I have a passion for caring for clients from culturally/ethnically diverse groups.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

20. I am aware of at least 2 cultural assessment tools to be used when assessing clients in a healthcare setting.
VERY AWARE AWARE SOMEWHAT AWARE NOT AWARE

21. It is more important to conduct a cultural assessment on ethnically diverse clients than with other clients.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

22. I feel comfortable in asking questions that relate to the client's ethnic/cultural background.
Very Comfortable Comfortable Somewhat Comfortable Not Comfortable

23. I am involved with cultural/ethnic groups outside of my healthcare setting role.
Very Involved Involved Somewhat Involved Not Involved

24. I believe that one must "want to" become culturally competent if cultural competence is to be achieved.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

25. I believe that there are more differences within cultural groups than across cultural groups.
STRONGLY AGREE AGREE DISAGREE STRONGLY DISAGREE

IAPCC-R SCORING KEY

ITEMS # 2, 4, 5, 7, 13, 14, 16, 19, 24, 25
4 pts. = Strongly Agree
3 pts. = Agree
2 pts. = Disagree
1 pt. = Strongly Disagree

ITEMS # 1, 3, 11, 17, 21
4 pts. = Strongly Disagree
3 pts. = Disagree
2 pts. = Agree
1 pt. = Strongly Agree

ITEMS # 6, 8, 10
4 pts. = Very Knowledgeable
3 pts. = Knowledgeable
2 pts. = Somewhat Knowledgeable
1 pt. = Not Knowledgeable

ITEMS # 9, 12, 15, 18, 20
4 pts. = Very Aware
3 pts. = Aware
2 pts. = Somewhat Aware
1 pt. = Not Aware

ITEM # 23
4 pts. = Very Involved
3 pts. = Involved
2 pts. = Somewhat Involved
1 pt. = Not Involved

ITEM #22
4 pts. = Very Comfortable
3 pts. = Comfortable
2 pts. = Somewhat Comfortable
1 pt. = Not Comfortable

LEVEL OF CULTURAL COMPETENCE:

Culturally Proficient	91 - 100
Culturally Competent	75 - 90
Culturally Aware	51 – 74
Culturally Incompetent	25 – 50

CONSTRUCTS:	REFLECTED ITEMS:
Cultural Awareness:	1, 2, 3, 15, 18
Cultural Knowledge:	6, 8, 10, 11, 12
Cultural Skill:	5, 9, 20, 21, 22,
Cultural Encounters:	14, 16, 17, 23, 25
Cultural Desire:	4, 7, 13, 19, 24

*ERRATUM

*Please make the following correction to the IAPCC-R Scoring key found on page 113 of the book, The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services (2003), authored by Josepha Campinha-Bacote. Thank you.

IAPCC-R SCORING KEY

ITEMS # 2, 4, 5, 7, 13, 14, 16, 19, 24, 25
4 pts. = Strongly Agree
3 pts. = Agree
2 pts. = Disagree
1 pt. = Strongly Disagree

Appendice H

Autorisation de l'auteure du IAPCC-R



Clinical, Administrative, Research
& Educational Consultation
In Transcultural Health Care

J. Campinha-Bacote,
PhD., RN, CS, CNS, CTN, FAAN

Transcultural Consultant

Dr. August 13, 2003
TO: Fanny Robichaud
FROM: Dr. Campinha-Bacote, President
Transcultural C.A.R.E. Associates

RE: Letter of Permission To Use IAPCC-R

This letter grants permission to Fanny Robichaud use my tool, *"Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence Among Healthcare Professionals -Revised,"* on pages 109 & 110 of the book, *"The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Culturally Competent Model of Care"* (2003) 4th edition. However, permission to use my tool is limited to a one-time use when Fanny Robichaud uses it as part of an pre/post test measure for her study in 2003.

Fanny Robichaud agrees to the restriction that the IAPCC-R use is given for the above purpose only and cannot be used in e-mailings, online format or as any other use and/or distribution of the IAPCC-R. Permission to use my instrument in future projects (i.e. CD-ROMs, Internet, websites, publications, workshops, presentations, handouts, audio-visual materials, other course evaluations/ assessments), must be sought in writing to me by Fanny Robichaud.

As part of this permission agreement, it is expected that Fanny Robichaud will send me a copy of the analysis of IAPCC-R finding.

Fanny Robichaud will use the following citation when citing my tool:

Copyrighted by Campinha-Bacote (2002)
Printed with permission from
Transcultural C.A.R.E. Associates

Thank you for being sensitive and aware of the legal copyright status of this tool.

(513) 469-1664

www.transculturalcare.net

11108 Huntwicke Place
Cincinnati, Ohio 45241

Appendice I

Tableau de planification d'une activité de formation sur le développement de la compétence culturelle

Planification d'une activité de formation sur le développement de la compétence culturelle.

Objectifs de planification	Activités requises	Échéancier	Ressources
1. Obtenir l'accord de l'établissement pour donner une formation sur la compétence culturelle.	1.1 Rencontrer les chefs de programmes informellement pour discuter du projet.	Fin avril 2003	
	1.2 Présenter le projet au comité d'éthique de l'UQO	25 août 2003	Document écrit Formulaire de consentement Lien Internet Courrier recommandé
	1.2.1 Élaborer un document de présentation écrite et des formulaires de consentement	Début août 2003	

Objectifs de planification	Activités requises	Échéancier	Ressources
	1.3 Préparer un document pour les chefs de programmes et le CDD, contenant la problématique, les objectifs, la durée de l'activité, les acteurs et les coûts.	29 Août 2003	Document écrit au comité d'éthique Ordinateur
	1.4 Rencontrer les chefs de programmes pour leur présenter officiellement le projet	Début sept 2003	Document produit en 1.3
	1.5 Adapter le contrat selon les ententes avec le mileu	Début sept 2003	Contrat en format informatique
	1.6 Signer le contrat	Mi-Sept	Contrat

Objectifs de planification	Activités requises	Échéancier	Ressources
2. Déterminer le contenu d'une formation sur le développement de la compétence culturelle selon les besoins éducatifs	2.1 Présenter les grandes lignes du projet aux intervenants lors d'une rencontre d'équipe.	18 sept. 2003	Résumé du projet : historique, objectifs
	2.1.1 Compléter l'étude de besoins	sept. 2003	Données de phase I
	2.1.2 Rédiger une note explicative	20 sept. 2003	Résumé du projet
	2.1.3 Photocopier les questionnaires prétest et formulaires de consentement et la note.	20 sept. 2003	Photocopieur Questionnaires avec note explicative, formulaires de consentement.

Objectifs de planification	Activités requises	Échéancier	Ressources
	2.1.4 Distribuer le questionnaire aux intervenants lors de la rencontre et les recevoir dans un délai de 2 jours.	21 sept. 2003	Copies assemblées et numérotées
	2.2 Compiler et analyser les résultats	25 sept. 2003	Tableau sur excel
	2.3 Classer les éléments de formation selon la priorité.	26 sept. 2003	Excel
	2.4 Valider les éléments retenus auprès de Mme Campinha-Bacote.	26 sept. 2003	Résumé des éléments retenus, communication internet
	2.5 Transmettre les résultats à l'équipe par un mémo.	Dernière semaine sept. 2003	Photocopieur, imprimante ordinateur

Objectifs de planification	Activités requises	Échéancier	Ressources
3. Élaborer le contenu des séances de formation en lien avec les priorités établies de l'étude de besoins en tenant compte des auteurs du cadre de référence.	3.1 Identifier les objectifs de la formation.	Fin Sept. 2003	Prétest, document de Jean, Des Marchais, Delorme
	3.2 Identifier les éléments pouvant faire partie de la formation.	Fin sept. 2003	Liste des contraintes
	3.3 Revoir les priorités établies à l'objectif précédent.	Fin sept. 2003	Tableaux Excel et communication avec Campinha
	3.4 Faire un plan de formation (objectifs, activités, échéanciers)	Début oct. 2003	Word Obj. 3.1 calendrier

Objectifs de planification	Activités requises	Échéancier	Ressources
	3.5 Rédiger un canevas de la présentation avec power point.	Fin oct. 2003	Powerpoint Résumé de lectures et données phase I
	3.6 Présenter le canevas à F. deMontigny	Fin oct. 2003	Canevas Lien internet
	3.7 Apporter les corrections nécessaires.	Fin oct.	Ordinateur
	3.8 Finaliser la présentation P.P.	5 Nov. 2003	Ordinateur
	3.9 Identifier les thèmes nécessitant des histoires de cas	Début oct. 2003	Liste des thèmes
	3.10 Rédiger les histoires de cas	Sept-Oct 2003	Données phase I Ordinateur

Objectifs de planification	Activités requises	Échéancier	Ressources
4. Planifier des modes d'évaluation	4.1 Relire Lescarbeau sur la partie évaluation et Jean et coll.	Fin octobre 2003	Livre de Lescarbeau Notes de Jean et coll.
	4.1.1 Identifier des modes d'évaluation des capacités	Septembre 2003	Notes de Jean et coll.
	4.2 Élaborer l'outil de la perception	Septembre	
	4.3 Traduction et validation du prétest	Début septembre	Questionnaire Partenaires de traduction Groupe témoin

Appendice J

Tableau du plan de formation

Tableau du plan de formation

Objectifs de réalisation	Activité	Échéancier	Ressources
1. Lors d'un tour de table après le premier thème, les intervenants reconnaîtront verbalement dix éléments propres à la culture	1.1 Activité d'introduction à la culture où les intervenants sont appelés à identifier des éléments à la base de leur individualité, qui les rend unique.		Chevalet Crayons feutre
	1.2 Discussion sur les éléments observés dans l'activité.	Activité 1	
	1.3 Discussion sur les différences à l'intérieur d'une culture.		
	1.4 Identification des éléments propres à la culture lors du tour de table.		

Objectifs de réalisation	Activité	Échéancier	Ressources
2. Lors d'une mise en situation portant sur «l'intervenant», l'intervenant identifiera les 5 bases du processus de développement la compétence culturelle selon le modèle de Campinha-Bacote.	2.1 Présentation du modèle de compétence culturelle selon Campinha-Bacote. 2.2 Activité d'intégration avec mise en situation : exemple d'un intervenant.	Activité 1 Activité 1 et 2	Powerpoint Image du modèle Mises en situation
3. Lors du tour de table faisant suite au thème présentant les résultats de la phase I, l'intervenant nommera au moins trois difficultés relatives à nos institutions auxquelles font face les réfugiés.	3.1 Perspective historique et politique de l'immigration 3.2 Présentation de l'expérience des réfugiés 3.3 Activité d'identification des facteurs facilitants et des difficultés (préjugés)	Activité 2 Activité 2 Activité 2	Powerpoint Mises en situation

Objectifs de réalisation	Activité	Échéancier	Ressources
4. Lors de mises en situation, l'intervenant validera l'impact des éléments liés à la culture au niveau des conceptions, auprès de la personne.	4.1 Écrire les histoires de cas sur powerpoint.	Activité 1 et 2	Mises en situation, Powerpoint
	4.2 Souligner les éléments liés à la culture en couleur (version 2).	Activité 1 et 2	
	4.3 Présenter les histoires de cas.	Activité 1 et 2	
	4.4 Présenter les principes de validation.	Activité 1 et 2	
	4.5 Appliquer les principes de validation.	Activité 1 et 2	
5. L'intervenant mettra en pratique la technique de l'incident critique ou du *story telling* lors de simulation d'évaluation.	5.1 Obtenir la permission d'utiliser le vidéo sur l'incident critique et enregistrer sur CD.	Octobre 2003	Service de copie multimédia
	5.2 Écrire les mises en situation spécifiques.	Octobre 2003	Ordinateur

Objectifs de réalisation	Activité	Échéancier	Ressources
	5.3 Présenter le vidéo sur l'incident critique.	Activité 2	Cd, hauts parleurs, projecteur multimédia
	5.4 Présenter la technique du *story telling.*	Activité 2	
	5.5 Présenter les mises en situation.	Activité 2	
	5.6 Activité de simulation d'évaluation.	Activité 2	
	5.7 Retour sur l'activité.	Activité 2	
6. Durant les mises en situations, l'intervenant adaptera son intervention à la culture du client selon les principes appris.	6.1 Reprendre les principes d'intervention sur Powerpoint	Activité 2	Présentation multimédia
	6.2 Présenter les principes d'intervention.	Activité 2	Mises en situation
	6.3 Élaborer des mises en situation.	Octobre 2003	Données de la phase I

Objectifs de réalisation	Activité	Échéancier	Ressources
	6.4 Présenter les mises en situation.	Activité 2	Mises en situation
	6.5 Analyser les interventions en utilisant l'approche de St-Arnaud et le modèle McGill	Activité 2	Chevalet, crayons feutre
7. L'intervenant reconnaîtra ses limites en lien avec l'intervention culturelle et les moyens d'y pallier	7.1 Identifier nos propres valeurs et limites.	Activité 1 et 2	Présentation multimédia
	7.2 Identifier les valeurs du client.		Chevalet, crayons feutre
	7.3 Noter la différence		
	7.4 Utilisation de la négociation selon McGill.		
8. L'intervenant critiquera l'application d'outils en contexte culturel.	8.1 Reprendre l'échelle du PTSD sur PP.	Activité 2	Exemples d'outils présents dans le CLSC

Objectifs de réalisation	Activité	Échéancier	Ressources
	8.2 Présenter l'échelle.		
	8.3 Élaborer des histoires de cas.		
	8.4 Présenter les histoires de cas.		Histoires de cas
	8.5 Identifier les éléments de PTSD.		
	8.6 Identifier les difficultés en contexte culturel en lien avec les outils utilisés au CLSC selon les disciplines.		
9. Lors des différentes mises en situation, l'intervenant reconnaîtra l'importance du travail interdisciplinaire en suggérant soit une référence ou en se référant à un autre type	9.1 Ajouter aux mises en situation des éléments favorisant la collaboration interdisciplinaire.	Activité 1 et 2	Mises en situation
	9.1.1 Souligner l'apport des autres professionnels.	Activité 1 et 2	

Objectifs de réalisation	Activité	Échéancier	Ressources
référant à un autre type de professionnel.	9.2 Regrouper les gens de façon à obtenir des équipes de composition variée.	Activité 1 et 2	
10. À l'occasion du feedback demandé suite aux mises en situation, l'intervenant se dira minimalement «à l'aise» pour effectuer une évaluation en tenant compte de la culture et du cadre de référence en place selon l'outil de la perception des capacités.	10.1 Identifier les éléments liés à la culture dans le modèle McGill	25 Août 2003	L'outil de la perception des capacités
	10.2 Présenter et commenter les histoires de cas.	6-7 Sept. 2003	
	10.3 Les intervenants répondent à main levée à la question avec l'outil de la perception des capacités.	Activité 2	
	10.4 Compiler et analyser les résultats.	Sur place	Crayon papier
11. Selon l'inventaire d'évaluation du	11.1 Obtenir et lire l'outil.	Juin 2003	

Objectifs de réalisation	Activité	Échéancier	Ressources
d'évaluation du processus de développement de la compétence culturelle de Campinha-Bacote (IAPCC-R) rempli avant et après la formation, une augmentation des compétences culturelles sera identifiée chez 75 % des participants, tel que démontré par le niveau de réponse.	11.2 Faire traduire l'outil.	Juillet 2003	Traducteurs
	11.3 Faire une demande pour utiliser l'outil.	Juillet 2003	Lien internet, courrier
	11.4 Faire valider la traduction de l'outil.	Sept. 2003	Partenaires, lien internet
	11.5 Distribuer l'outil au personnel dans les casiers, les recevoir avant la journée de la formation.	Octobre 2003	Outil de Campinha traduit Ordinateur
	11.6 Compiler les résultats.	Octobre 2003	Ordinateur
	11.7 Donner la formation en lien avec les éléments évalués par l'outil.	Activité 2	

Objectifs de réalisation	Activité	Échéancier	Ressources
	11.8 Distribuer l'outil à la fin de la formation, le recueillir une semaine plus tard.	Activité 2	
	11.9 Compiler et analyser les résultats.	Décembre 2003	Ordinateur, tableau
12.80 % du personnel aura assisté à la formation.	12.1 Identification des dates de formation, selon la disponibilité du personnel.	Sept. 2003	Calendrier
	12.2 Réserver la salle et le projecteur.	Sept.2003	Cahier de réservation
	12.3 Donner la formation.	Nov-déc 2003	
13.80 % des intervenants du groupe ayant suivi la formation, participeront à une activité d'intégration,	13.1 13.1 Identifier les intervenants animateurs.	Hiver 2004	
	13.2 Rencontrer les intervenants pour la préparation.	Mai 2004	

Objectifs de réalisation	Activité	Échéancier	Ressources
trois mois après la formation.	13.3 Effectuer l'activité d'intégration. 13.4 Observer et noter les interventions. 13.5 Compiler et analyser les résultats.	À planifier	
14. Les divers intervenants du CLSC auront accès aux informations concernant la formation après la réalisation de celle-ci.	14.1 Présenter les résultats analysés aux participants lors d'une réunion.	Déc. 2003	Tableau
	14.2 Présenter les grandes lignes du projet en petit midi du CII.	Déc-janv 2003	Résumé et résultats
	14.3 Mise en disponibilité d'un document sur la planification, réalisation et évaluation de la formation par le biais de la bibliothèque du CII.	Déc. 2003	Documents Powerpoint format papier

Appendice K

Histoires de cas

Histoires de cas :

1-Un pansement biodégradable....

Il y a quelques jours que vous suivez quotidiennement un homme ayant une plaie abdominale. La fin de semaine dernière il est retourné chez lui afin de voir sa famille, vous aviez donc enseigné le changement de pansement au fils de monsieur. Ce matin, vous vous présentez pour refaire le pansement. L'endroit où réside temporairement le client a plusieurs autres locataires, donc quand vous avez fait votre appel ce matin pour l'aviser de votre visite et lui faire prendre une douche afin de nettoyer la plaie, la ligne était occupée. Vous vous présentez donc un peu à l'improviste. En défaisant le pansement un élément attire votre attention : l'écoulement est vert foncé, il y a aussi une légère odeur épicée, en regardant de façon plus attentive dans la plaie vous remarquez la présence de feuilles.....

Vous questionnez alors le client sur la raison de la présence de ces feuilles. Le client vous répond que c'est pour guérir.

2-Cauchemars....

Une cliente mère de trois enfants, récemment arrivée au Canada et que vous suivez dans le cadre du programme NEGS, vous dit être préoccupée par son neveu qui est en première année et vit avec eux. Ce dernier est agité à l'école, il a de la difficulté à suivre le groupe et frappe les autres enfants. Les

parents ont été rencontrés à plusieurs reprises car on croyait qu'il y avait négligence. On a demandé aux parents de porter attention aux devoirs de l'enfant et de contrôler son agressivité. Ce matin la cliente à reçu un appel de la direction. Le professeur, n'ayant remarqué aucune amélioration, soutient qu'il lui est impossible de continuer la classe dans de telles conditions et recommande le renvoi de l'élève. On recommande aux parents de consulter en pédopsychiatrie, convaincu que l'enfant souffre de troubles de l'attention.

Phase 2 :

À la maison, l'enfant est agité, il dort peu et fait des crises au moment d'aller se coucher. Il pleure et finit par s'endormir épuisé. Il s'éveille fréquemment la nuit et va se coucher avec son frère plus âgé. Ce dernier l'aide à faire ses devoirs au retour de l'école mais selon lui il n'y met pas d'effort.

Phase 3 :

L'un des cauchemars les plus fréquent est celui-ci : N. dort, il sait que malgré la guerre son père veille sur lui. La nuit est toujours remplie de bruits inquiétants depuis les derniers mois. Au moindre craquement on sursaute, mais cette nuit semble très calme, N. se laisse bercer par les sons familiers. Il s'éveille soudainement, il sent une étrange odeur et puis tout n'est que cris. La maison est en feu, il court à l'extérieur, se cache derrière un arbre. À distance, ce qu'il voit, il ne le comprend pas. Des gens tués, des cris, tout se bouscule,

puis il voit sa famille détruite devant ses yeux. Il voudrait courir, aller les aider mais il se sent paralysé par la peur. On bouge derrière lui, puis c'est le noir. Il se réveille plus tard, le soleil est levé, il n'entend rien, il a mal, il a peur et il sent une odeur de brûlé. Les larmes aux yeux, il court vers le prochain village....où habite le frère de son père.

3-La période périnatale sous le soleil

Vous suivez une cliente dans le cadre du programme NEGS. Cette dernière a deux filles nées hors Québec. Elle a actuellement 36 semaines de complétées. Malgré vos discussions sur la préparation à l'arrivée de bébé, elle n'a toujours pas de lit, ne s'est pas procurée de vêtements pour le bébé, elle vous dit qu'elle croit que le CLSC doit lui procurer ces éléments de même que les couches. Vous lui expliquez la situation. Par la suite elle vous questionne : «Qui va m'accompagner le jour de l'accouchement? Qui va garder les enfants?» Vous lui répondez que c'est son mari qui doit l'accompagner, que les enfants peuvent être gardés par des amis, que l'hospitalisation sera courte. Elle vous répond sur la défensive:«Mon mari doit aller à la francisation.»

Vos réactions.....

Phase 2 : Vous faite la visite post-natale, la cliente est souriante, elle vous accueille bras ouvert. Le changement dans son attitude vous surprend, de plus le conjoint qui participe rarement aux rencontres vient vous dire bonjour et

s'occupe des deux filles pour le dîner. Vous discutez de l'expérience vécue à l'hôpital. Elle vous sourit et dit : «Ici c'est très bien. Mon mari est venu voir l'accouchement, il trouve que c'est beaucoup de travail, me l'a dit souvent. Il a dormi à l'hôpital, depuis il m'aide beaucoup. Dans mon pays les bébés c'est entre les femmes. Le papa il dort comme d'habitude puis on vient lui dire que le bébé est arrivé, il dit c'est merveilleux. Mais ici c'est très bien. Il a comprit, pas d'enfant avant dix ans.»

Vos réflexions....

Qu'est-ce qui semble se passer au niveau des conceptions de mme?

Phase 3 : Vous abordez la question de la contraception. Elle vous écoute attentivement. «Je veux l'injection » dit-elle. Elle n'a pas sa prescription malgré que vous en ayez parlé avant l'accouchement. Vous proposez une méthode alternative en attendant : le condom. Elle n'en a jamais vu....

Comment allez-vous faire l'enseignement? Qu'allez-vous clarifier?

4-Le rôle de la femme....

Une femme S., d'origine italienne, est mariée à un arabe. Le couple et leurs deux filles habitent la région depuis peu. Selon la décision du chef de famille, le beau-frère de mme, la famille doit s'occuper de leur mère qui présente une grande perte d'autonomie. Cette dernière ne parle qu'arabe et elle considère sa belle-fille comme une mauvaise belle-fille dû à son origine

ethnique. Il y a effectivement des tensions entre les deux femmes. S. se plaint de ne pouvoir dormir car mme sonne la cloche sans arrêt et se met à crier si elle n'arrive pas rapidement. Elle exige également de manger de la nourriture préparée selon un rituel particulier, dont les ingrédients ne sont disponibles que dans des épiceries spécialisées. S. se plaint de douleurs au dos, de fatigue importante, elle mange très peu, se dit grosse (elle pèse environ 120 lbs)...Vous lui recommandez de voir un médecin, elle vous dit que c'est impossible, qu'elle doit s'occuper de sa belle-mère et que son mari ne lui permet pas d'aller voir un médecin.

Vos réflexions....

Analyse....

Phase 2 : Vous proposez d'offrir des services d'aide (simad et auxiliaire familiale). Après une semaine l'aide vous appelle, cela ne fonctionne pas, S. ne veut pas qu'elle lave sa belle-mère au lit et cette dernière ne peut utiliser le banc d'acquis. S. insiste pour faire le ménage et les repas, car c'est son travail de femme.....

Vos réflexions....

Analyse.....

Phase 3 : Vous remarquez que la belle-mère de S. ne prend pas sa médication le matin, or elle est sous insuline. Qu'allez vous vérifier? Comment allez-vous intervenir?

Phase 4 : À votre départ, un homme portant un chapeau particulier et vêtu d'une espèce de toge entre dans la chambre de mme. Suite à sa sortie, mme demande son déjeuner et sa médication.

Vos réflexions....

5-Un dernier souffle....

Une de vos clientes J. au début de la quarantaine a cessé de lutter pour vivre, après plusieurs infections, pneumonies et hospitalisation, elle signe un refus de traitement. Elle est de retour à domicile, en lisant la fiche de liaison vous remarquez une mention particulière : la cliente est sidéenne mais personne dans son entourage ne le sait. Elle vit avec un homme qui a un lien intime avec elle.

Phase 2 :

Vous discutez avec J. , vous voulez savoir quelles sont ses attentes à votre égard, ce que vous devez dire à la famille mais aussi vous entendre sur une façon de gérer les risques de transmission. J. refuse que sa famille ou son copain ne sache la vérité, elle craint d'être rejetée par sa famille et a besoin de leur présence en ce moment. Vous vous entendez sur le port de gants et un enseignement des précautions universelles à la famille et aux amis présents, mais aussi sur la transmission de certaines informations justifiant vos visites fréquentes.

Avec l'évolution de la maladie, le fait qu'elle ne marche plus, et ne s'alimente presque plus, la fatigue de l'aidant, J. accepte l'aide que vous lui proposez : quelques heures de Simad par semaine et une auxiliaire familiale. L'aidant est soulagé d'avoir un peu de répit puisqu'il est le seul à pouvoir approcher J. pour ses soins, malgré la présence de plus en plus fréquente de sa famille. Le matin où vous rencontrez la personne qui fera les heures Simad, celle-ci vous prend à part pour vous dire quelques mots : « Je connais ce genre de gens, il va y avoir une foule de gens dans un petit appartement, il n'est pas question que je travaille dans de telles conditions. De toute façon je ne suis pas certaine d'être intéressée à faire ces heures pour ce genre de gens.»

Phase 3 :

Vous lui rappelez que la famille est surtout présente les fins de semaine, et parfois les lundis. La route est longue pour eux et ils viennent habituellement pour quelques jours. De plus, la demande est pour dégager l'aidant....

Question de réflexion : Lorsque l'on suit une personne québécoise en phase terminale dont la famille demeure loin par exemple en Abitibi, comment perçoit-on leur présence?

6-Exercice de reconnaissance de biais de mme Campinha-Bacote :

1) Identifier deux participants dans le groupe qui agiront en tant qu'hommes.
2) Deux volontaires qui agiront comme experts.

3) Informer les experts de leur but : identifier trois règles à la base de la culture du groupe présent. Les faire quitter la salle.
4) Informer les membres de la culture des trois règles :

a) Seulement les individus de même sexe peuvent se parler.
b) Les seules réponses possibles sont oui ou non, peu importe les questions.
c) La réponse oui est donnée seulement si l'expert sourit, et non si il ne sourit pas.

Cet exercice ne doit pas dépasser 5 minutes.

Faire un retour sur l'exercice, les réflexions, les explications :

-l'importance du sexe de l'intervenant pour certaines cultures.

-le oui qui n'est pas toujours un oui

-le biais introduit par le langage non verbal de l'intervenant

7-Un départ regretté

Vous discutez avec une jeune mère colombienne ayant quitté son pays en début de grossesse. Elle vous raconte son expérience. Elle avait un emploi à l'université en Colombie, son conjoint était avocat. Ils venaient d'aménager ensemble, dans une ville différente de celle où elle avait grandit, loin de sa famille. Son mari a eu de premières menaces qui devinrent plus sérieuses et ils ont du quitter la ville. Les mois qui ont suivi furent difficile, ils devaient se cacher, son mari faisait des démarches pour quitter le pays mais ils

ne devaient en parler à personne ni rejoindre famille et amis par crainte de représailles.

Lorsque D. commence à avoir ses premiers symptômes de grossesse elle est loin de sa famille et de ses amies, inquiète pour la vie de son mari. Le départ de la Colombie est difficile, elle le fait pour l'enfant qui grandit en elle, pour suivre son mari mais son cœur demeure dans son pays.

L'arrivée au Canada est difficile, elle a des nausées, se sent extrêmement fatiguée, elle dort peu car elle est constamment réveillée par des cauchemars. Le CRÉDIL s'occupe des besoins matériels et les jumelle avec une famille. Néanmoins D. se sent seule, elle connaît peu de chose sur les bébés car elle ne s'est jamais intéressée à ce sujet. Elle a de la difficulté à rejoindre sa famille et les coûts des interurbains sont élevés. Chaque soir avant et après l'accouchement elle pleure. Le voisinage est étrange, elle s'étonne de cette habitude de regarder au sol, de ne pas parler aux voisins, chez-elle ce n'est pas comme cela. La communication dans le couple se dégrade, D. garde son chagrin et ses pensées pour elle-même, elle ne veut pas avoir l'air de se plaindre. Elle considère que son mari a perdu beaucoup plus qu'elle.

Réflexions.....

Phase 2 : Ce dernier refuse d'apprendre le français, il lit les journaux de Colombie sur internet, il vit encore comme s'il était là-bas. Selon D. il a perdu du poids, il dort très peu, parle peu, bref elle ne le reconnaît plus. Elle vous dit qu'il

marmonne constamment des choses sur la Colombie. Elle s'inquiète pour sa santé....

Qu'allez-vous vérifier? Réflexions.....

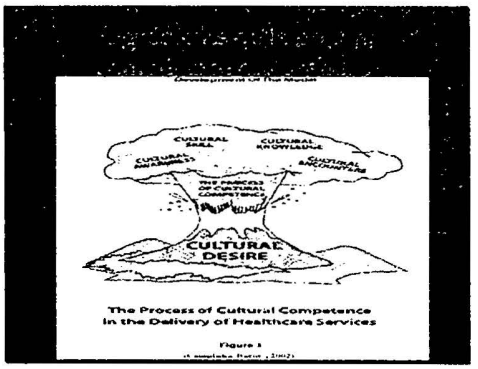
Appendice L

Contenu des rencontres de formation

Développer sa compétence culturelle: un premier pas!

Fanny Robichaud
candidate à la maîtrise en sciences infirmières





Plan de la rencontre

- Buts des rencontres
- Concept de compétence culturelle
- Définitions des concepts
- Contexte d'immigration au Québec/ dans Lanaudière
- L'expérience d'immigration
- Différences culturelles:
  - Quelques groupes culturels
  - Croyances en lien avec la santé
  - Biologiques-Pharmacologiques
  - Communication

Définitions de concepts

- Culture, sous-culture, valeurs culturelles
- Choc culturel
- Adaptation
- Assimilation vs intégration
- Acculturation
- Réfugiés

Buts de la formation

- Fabriquer une potion magique?
- Optimiser vos compétences culturelles.
- Se familiariser avec l'expérience d'immigration.

Pouvez-vous associer?

- Culture
- Sous-culture
- Choc culturel
- Adaptation

- Basée sur: L'affiliation professionnelle, La nationalité, Le groupe d'âge, Le sexe, Les facteurs socio-économiques, Les croyances politiques.
- Processus d'ajustement
- «Ensemble de comportements, de valeurs, de croyances; ...que partagent et se transmettent entre eux les membres d'une société donnée»
- Réaction de dépaysement, plus encore de l'...station ou de rejet chez ceux placés par ...ation ou poursuivis hors de leur contexte socio-culturel

Un autre essai?

- Assimilation
- Intégration
- Acculturation
- Réfugiés

- Confrontation constante de leur culture d'origine avec celle de la société d'accueil
- Processus où l'étranger devient socialement et culturellement invisible
- *Processus qui passe par l'adaptation, permet à la personne de garder certaines de ses particularités*
- Personne qui craint avec raison d'être persécuté

Moi ma culture, mes croyances

- Il existe beaucoup plus de variations à l'intérieur d'une culture, qu'entre celles-ci (Campinha-Bacote)
- Activité de groupe:
- sous-culture parmi nos clientes
- sous-culture parmi les intervenants

Culture

Culture semblable à un iceberg

- Ensemble de comportements, de valeurs, de croyances, de manière d'être et d'agir que partagent et se transmettent entre eux les membres d'une société donnée (Barette et al.)

Valeurs culturelles

- Fonctions
- Règles par lesquelles les gens dirigent leur vie
- A la base des attitudes, croyances et comportements
- Guident les actions et décisions
- Aident à résoudre les problèmes communs
- Influence les réactions et perceptions
- Déterminent les attitudes face aux questions personnelles, sociales et philosophiques
- Reflètent l'identité de la personne et donnent une référence lors d'auto-évaluation, auto-critique.

Sous-culture

- Les sous cultures ont leurs propres systèmes de valeurs et comportements attendus.
- Basées sur:
- L'affiliation professionnelle
- La nationalité
- Le groupe d'âge
- Le sexe
- Les facteurs socio-économiques
- Les croyances politiques

Choc culturel

- Réponse psychologique à une culture non familière (Vasquez, 1985)
- Réaction de dépaysement, plus encore de frustration ou de rejet, de révolte et d'anxiété, en un mot une expérience émotionnelle et intellectuelle, qui apparaît chez ceux placés par occasion ou profession hors de leur contexte socioculturel. (Cohen-Emérique, 1984)
- Réaction lorsque les croyances et valeurs sont différentes de celles du pays d'accueil (Luckman)
- Pour une intégration efficace la personne doit intégrer une partie des valeurs

Adaptation

- Concept à teneur écologique.
- Processus d'ajustement .

Intégation

Processus qui passe par l'adaptation, permet à la personne de garder certaines de ses particularités culturelles tout en intégrant une partie de la culture du pays d'accueil.
Par opposition à assimilation

Réfugié

- Selon la convention de Genève:
- «Une personne qui craint avec raison d'être persécuté du fait de sa race, de sa religion, de la nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut réclamer la protection de ce pays.»

Assimilation

- Processus où l'étranger devient socialement et culturellement invisible.
- Implique que l'immigré accepte le mode de vie caractéristique de la communauté réceptrice.
- Suppose un changement d'attitude, de croyances, de valeurs ainsi qu'une diminution des différences entre les nouveaux venus et leur hôtes (Abou, 1988).

Caractéristiques

- Hétérogénéité selon leur provenance des caractéristiques sociales, religieuses, économiques et idéologie politique.
- Toutes les couches de la société y sont représentées.
- Plusieurs ne parlent ni anglais ni français.
- Surtout des jeunes familles et adultes de 18-30 ans.
- 16 à 22 millions sans compter les déplacements internes!

Acculturation

- L'ensemble des interférences culturelles que les immigrés et leurs enfants subissent à tous les niveaux de l'adaptation et de l'intégration, suite à la confrontation constante de leur culture d'origine avec celle de la société d'accueil (Abou, 1988).

Contexte d'immigration



- Rôle de l'immigration ...
- Loi canadienne sur l'immigration en 1978....
- Adhésion du canada à la convention de Genève 1969....
- Tendance au Québec (cf image)
- Région de Lanaudière (cf image)

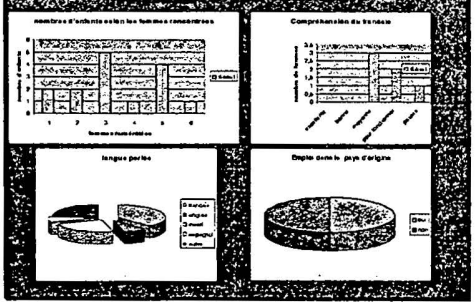
Quelques Statistiques...

Connaissance du français et de l'anglais*

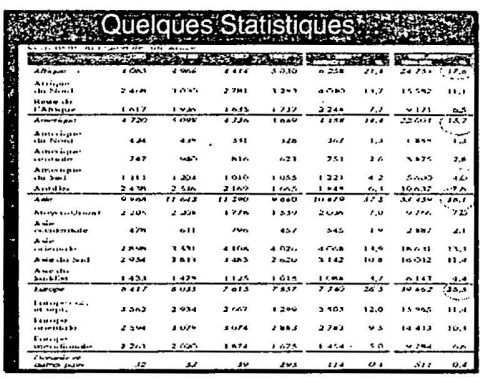
Français seulement	6 921	8 176	6 908	7 140	8 074	27,7	37 219	26,5
Français et anglais	3 200	3 407	2 975	3 538	4 429	15,2	17 549	12,5
Anglais seulement	5 910	6 779	5 871	4 641	5 544	19,0	28 745	20,5
Ni français ni anglais	11 191	11 410	11 930	11 190	11 132	38,2	56 853	40,5
Total	27 222	29 772	27 684	26 509	29 179	100,0	140 366	100,0



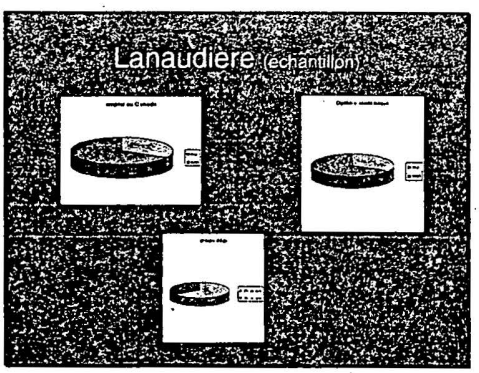
Lanaudière (échantillon)



Quelques Statistiques...



Lanaudière (échantillon)

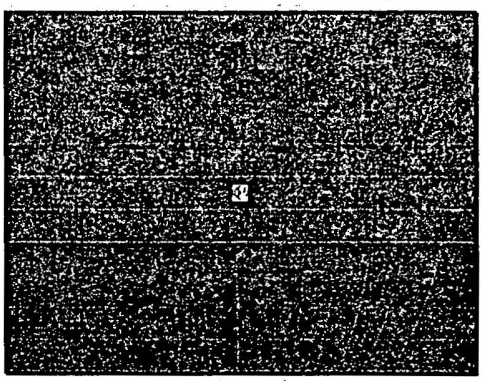


Lanaudière

- 600 immigrants depuis 1996
- Principalement sous un statut de réfugié.
- Pays d'origine varié selon les conflits en cours.
- Jeunes familles ou jeunes adultes.

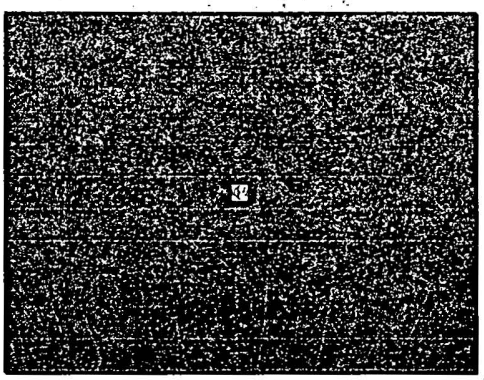
L'expérience d'immigration

- Le contexte de départ (causes, conditions, départ précipité, volontaire ou non, historique)
- Marques sur l'état physique et psychologique et *l'identité culturelle*
- Le statut légal face au pays d'accueil
- Les divers chocs
- La précarité des conditions de vie à l'arrivée



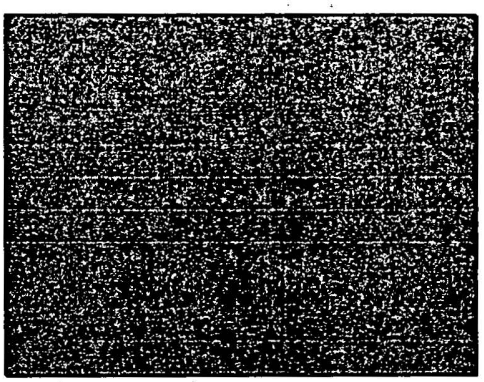
Identité culturelle

- Bagage de leur culture, de leur milieu, de leur histoire personnelle et collective... des divers traumatismes
- La migration s'inscrit dans un processus de changement
- Évolution de forme multiple, se distingue de la culture d'origine et de celle du pays d'accueil
- Passe par le renforcement de l'identité familiale
- Passe par la prise de conscience de son identité et divers chocs culturels.



L'expérience d'immigration

- Le contexte de départ (causes, conditions, départ précipité, volontaire ou non, historique)
- Marques sur l'état physique et psychologique et *l'identité culturelle*
- Le statut légal face au pays d'accueil
- Les divers chocs
- La précarité des conditions de vie à l'arrivée



Le statut

- Insécurité et tensions
- Dépendance économique
- Séparation familiale

Les divers chocs

- Choc culturel
- Choc du milieu
- Choc des valeurs

Choc des valeurs

- La perte du réseau de famille élargie, de son réseau d'appartenance Ex: histoire Sacha
- Les perturbations de rôle dans la famille
- Les difficultés de poursuivre le mode habituel d'éducation des enfants
- Les craintes d'être envahis par des valeurs que l'on ne partage pas
- Les difficultés de se situer en regard de l'individualisme Ex
- Le déracinement et les deuils à faire
- Les difficultés d'intégration scolaire

Choc culturel

- Processus qui peut durer plusieurs années : succession de deuils.
- Confrontation de pratiques, normes, valeurs.
- Ajustement.
- Atteint à la fois le client et *l'intervenant*.
- L'aspect qui crée le plus de blocages, de distances ou d'incompréhension.

Conditions de vie précaire

- Démunis financièrement
- Logements insalubres et surpeuplés
- Manque d'éléments essentiels et dépendance d'organismes à ce sujet
- Accès à l'emploi limité
- Situation économique des grandes familles
- Ajustement du budget: risque d'endettement
- Accès limité aux garderies et médecins
- Discrimination et racisme

Choc du milieu



- Le changement de climat
- La désorientation dans la ville
- Les ajustements à faire selon le type d'habitat
- Le dépaysement et la fascination face à la technologie.
- Les difficultés de se repérer dans les structures sociales et politiques.

Besoins dégagés

- Se refaire un réseau.
- Parler de ce qu'ils ont vécus avec des personnes qui les écoutent.
- Établir des contacts avec leur famille.
- Être soutenues durant la période péri-natale ex: colombienne
- Apprendre la culture Québécoise.
- Se sentir «quelqu'un», valorisé, reconnu. Ex: afr. et colombi



Maslow



Croyances en lien avec la santé

- Biomédical
- Surnaturel
- Holistique
- **Les systèmes de santé:**
- Biomédical
- Populaire
- Traditionnel-folk
- Alternatif



Différences culturelles

- Quelques groupes culturels
- Croyances en lien avec la santé
- Biologiques-pharmacologiques
- Communication

Quelques éléments de pharmacologie

- Les croyances quant à l'efficacité de la médication varient
- Plusieurs groupes culturels font appel à leur médecine traditionnelle et à l'usage de produits naturels
- Histoire de cas: feuille et pansement 1

Orientation de divers groupes ethniques

Groupe	Temps	Activité	Relation	Lien avec la nature	Vision de l'humain
Nord-Américains, Européens	Futur, Présent	Faire	Individu	Dominant	Mixte
Africains	Présent	Être	Communauté, Famille	Subjugué	Mixte
Sud-Américains (latino)	Présent	Être	Famille, Communauté	Subjugué	Mixte
Autochtones	Passé, Présent	Être	Communauté	Harmonie	Bon

Facteurs influençant l'efficacité

- **Environnementaux**: la cigarette et la diète
- **Culturels**: les valeurs et croyances, le soignant, les herbes
- **Génétiques**: 200 enzymes susceptibles de modifier le métabolisme des drogues qqes exemples
- **Métabolisme**: rapide ou lent, variation aussi liée à l'ethnicité

Éducation aux clients

- Vérifier leurs croyances quant à l'usage de médication
- Vérifier l'emploi de produits naturels
- Rappeler que naturel ne veut pas dire inoffensif!
- Se procurer des produits étiquetés, de source sure
- Consulter le pharmacien

Barrières à la communication

- Langue d'origine
- Diversité linguistique
- La diversité des comportements non-verbaux
- Les modes de communication
- Les règles culturelles face à l'expression des sentiments
- Manque de connaissance
- Peur et manque de confiance
- Racisme
- Biais et ethnocentrisme
- Stéréotypes
- Comportements rituels
- Différence de perception et d'attentes

Exercice de communication et...

- Exercice d'observation en 2 groupes

Observation des patterns de communication

- Qui parle et qui écoute?
- Contact visuel?
- Rythme de conversation /ton de voix
- Gestuelle
- Démarche
- posture
- Contact physique
- Réaction selon l'approche de l'intervenant

Communication quelques différences...

- Verbale : Choix des mots: pour certaines cultures grandes variations selon le récepteur
- L'espace vital: la bulle
- Le toucher
- La posture



Pré-requis à une communication efficace!

- Être empathique
- Respect
- Construire la confiance
- Établir un lien
- Écouter
- Donner du feedback

Techniques de communication transculturelles

- S'approcher lentement
- Appeler le patient par son nom et titre
- S'asseoir à une distance confortable
- Si la personne semble inconfortable...
- Temps
- Expliquer l'éthique
- Offrir de poser des questions
- Se servir de son vécu
- Utiliser le miroir
- Se mettre à leur place..
- Focus
- Valider, reformuler
- Leur laisser des choix; refléter les questions
- Le silence
- Attention au non-verbal
- Utiliser le toucher
- Variabilité du contact visuel
- Négocier

Quelques problèmes...

- Quand un membre de la famille interprète...
- Il peut être trop jeune pour comprendre certains termes ou concepts
- Être gêné par les réponses.
- Ne pas tout interpréter
- Cette tâche peut lui donner un statut inconfortable...

Les Interprètes....

- Diminuent l'incompréhension,
- Permettent l'échange d'info,
- Évitent que la personne ne se sente mal à l'aise de ne pas comprendre.



Travailler sans un interprète

- Saluer avec respect
- Identifier la langue première, utiliser qques mots
- Utiliser une 3e langue ex: anglais
- Parler lentement, ne pas crier: ils ne sont pas sourds ex:mme Ali.
- Attention au comportement non verbal
- Un sujet à la fois
- Répéter
- Utiliser des expressions qui font image
- Utiliser des images ex: recettes
- Un oui n'est pas toujours un oui...

Lignes directrices

- Lui expliquer les éléments importants qui nécessite plus d'info
- Décider d'avance les questions à demander et les regarder ensemble
- Quelques mots dans sa langue...
- Rencontrer l'interprète au préalable
- Faire face au client, diriger les questions vers lui
- Se souvenir qu'il peut comprendre certains mots
- Un sujet à la fois: simplicité
- Phrase courtes et simples
- Vérifier et valider le non verbal
- Si les réponses sont courtes utiliser le storytelling...
- Être attentif aux nouvelles idées apportées
- Revoir les réponses avec l'interprète

Passer quelques heures dans leurs souliers...







Hispaniques (latino)

- Importance de la collectivité
- Famille étendue
- Relations interpersonnelles
- Acceptation/résignation
- Fatalisme
- Orientation au présent

Nord-américains

- classe moyenne, blancs
- Influence historique et actuelle
- Valeurs:
- Indépendance
- Individualité
- Richesse
- Confort
- Propreté
- Accomplissement
- Ponctualité
- Le travail
- Rationalité
- Réaction face aux difficultés: se défendre: contrôle de son destin
- La famille nucléaire

Africains

- Les liens familiaux
- Matrifocal
- Orientation au présent
- Orientation spirituelle

Facteurs d'influence dans une culture

- Âge
- Sexe
- Arrivée au pays
- Rural/urbain
- Occupation
- Niveau d'éducation
- Usage de la langue
- Degré d'acculturation
- Classe sociale
- Caractéristiques de la personnalité
- Expériences antérieures
- Croyances personnelles
- Croyances religieuses

Autochtones

- Histoire de pauvreté
- D'assimilation forcée
- D'atteinte à leur culture
- De prise en charge, statut de mineur
- **Valeurs**
- Liens avec la communauté et la famille
- Partager avec les autres
- Orientation au présent
- La famille étendue
- La coopération
- En harmonie avec la nature

Développer sa compétence culturelle: la suite!

Fanny Robichaud
Candidate à la maîtrise en sciences infirmières

Plan de la rencontre

- La communication
- L'approche interculturelle
- L'évaluation et l'intervention
- Les limites de quelques outils et de nos institutions
- La réalité des enfants



Observation des patterns de communication

- Qui parle et qui écoute?
- Contact visuel?
- Rythme de conversation /ton de voix
- Gestuelle
- Démarche
- Posture
- Contact physique
- Réaction selon l'approche de l'intervenant

Communication quelques différences

- Verbale: Choix des mots pour certaines cultures grandes variations selon le récepteur
- L'espace vital la bulle!
- Le toucher
- La posture

Pré-requis à une communication efficace!

- Être empathique
- Respect
- Construire la confiance
- Établir un lien
- Écouter
- Donner du feedback

Barrières à la communication

- Langue d'origine
- Diversité linguistique
- La diversité des comportements non-verbaux
- Les modes de communication
- Les règles culturelles face à l'expression des sentiments
- Manque de connaissance
- Peur et manque de confiance
- Racisme
- Biais et ethnocentrisme
- Stéréotypes
- Comportements rituels
- Différence de perception et d'attentes

Techniques de communication transculturelles

- S'approcher lentement
- Appeler le patient par son nom et titre
- S'asseoir à une distance confortable
- Si la personne semble inconfortable
- Temps
- Expliquer l'éthique
- Offrir de poser des questions
- Se servir de son vécu
- Utiliser le miroir
- Se mettre à leur place
- Focus
- Valider, reformuler
- Leur laisser des choix
- refléter les questions
- Le silence
- Attention au non verbal
- Utiliser le toucher
- Variabilité du contact visuel
- Négocier

Les Interprètes....

- Diminuent l'incompréhension,
- Permettent l'échange d'info,
- Évitent que la personne se sente mal à l'aise de ne pas comprendre.



Travailler sans un interprète

- Saluer avec respect
- Identifier la langue première, utiliser ques mots
- Utiliser une 3e langue ex: anglais
- Parler lentement, ne pas crier: ils ne sont pas sourds ex:mme All.
- Attention au comportement non verbal
- Un sujet à la fois
- Répéter
- Utiliser des expressions qui font image
- Utiliser des images. ex: recettes
- Un oui n'est pas toujours un oui...

Lignes directrices

- Rencontrer l'interprète au préalable
- Lui expliquer les éléments importants qui nécessite plus d'info
- Décider d'avance les questions à demander et les regarder ensemble
- Quelques mots dans sa langue...
- Faire face au client, diriger les questions vers lui
- Se souvenir qu'il peut comprendre certains mots
- Un sujet à la fois: simplicité
- Phrase courtes
- Vérifier et valider le non verbal
- Si les réponses sont courtes utiliser le storytelling...
- Être attentif aux nouvelles idées apportées
- Revoir les réponses avec l'interprète

L'approche interculturelle

- Inclut au moins 2 cultures dans une relation d'aide
- *Souvent dans un rapport majoritaire/minoritaire*
- Fondée sur l'échange entre les cultures et la transformation de chacune d'elles
- Approche d'interaction dynamique
- Approche d'exploration et de négociation

Quelques problèmes...

- Quand un membre de la famille interprète...
- Il peut être trop jeune pour comprendre certains termes ou concepts
- Être gêné par les réponses
- Ne pas tout interpréter
- Cette tâche peut lui donner un statut inconfortable... etc...

Buts

- Comprendre, interpréter et évaluer les situations à partir des acquis d'identité liés à la culture et à l'immigration.
- Développer des stratégies d'intervention adéquates dans le respect des valeurs et exigences du milieu d'accueil.

Notions spécifiques

- Influence de l'identité de l'intervenant
- L'influence de l'identité liée à la différence culturelle et à la situation de migration.
- La relation d'aide en situation interculturelle.

La relation d'aide

- **Legault** : se mettre à la place de...
- **Mc Gill** : le problème tel que vu par le client
- Recevoir avec ouverture les demandes de service
- Reconnaître les difficultés et les resituer dans le contexte d'ajustement
- Offrir du soutien face à la bureaucratie
- Être sensible aux problème de migration

L'identité de l'intervenant

- Influence sa façon d'évaluer et d'intervenir
- Marquée par sa propre histoire, son appartenance au milieu d'accueil, à une profession
- A ses propres attentes sur la façon d'intégrer les nouveaux arrivants
- Formation occidentale, modes d'intervention adaptés à cette société.
- Influencé par les lois et politiques, règles internes et externes régissant sa pratique

La relation d'aide

- Prendre en considération les incompréhensions, les malaises pour communiquer, s'ajuster et négocier un compromis
- Certains sujets sont tabous ou abordés de façon différente
- *En résumé: manifester son appui et sa solidarité, attitude d'ouverture et de sensibilité, savoir décoder le négociable.*

L'identité

L'immigrant est porteur d'une situation de migration par son contexte, ses attentes, par son étape d'adaptation et d'intégration

Principes directeurs

- Tenir compte de l'histoire individuelle et collective, de l'expérience antérieure
- Tenir compte de l'appartenance à une ethnie, à une race, à une classe sociale
- Reconnaître l'interdépendance des besoins dans l'aide à l'adaptation
- Reconnaître les différence culturelles, de valeurs, de croyances, de vision du monde, de perception et de résolution de problème

Exemple avec préjugés

- Histoire de cas
- 2 : cauchemars et l'histoire de Myriam

Attitude et valeurs à privilégier

- Se mettre en position de comprendre et d'apprécier la réalité ethnique de nos clients
- Être capable de composer avec le contexte de la migration et d'adaptation
- S'associer avec des ressources ethniques; complémentarité: interdisciplinarité

Exemple avec famille

- Et ajustement à la réalité:
2. le rôle de la femme

Être conscient de son ethnicité

- Parler d'intimité à des gens extérieurs à la famille
- Perception de nous comme les représentants de la société: *en position d'autorité*

Attitude et valeurs à privilégier

- L'intervenant se situe entre deux pôles: il doit tenir compte des acquis du milieu d'origine et du contexte du milieu québécois. ex: un dernier souffle (5)
- Être conscient de son *ethnicité*, de ses *valeurs* culturelles et de leurs influence sur nos *perceptions* et notre compréhension
- Nécessité de se positionner clairement face à son rôle et ses limitations dans la relation d'aide.

Se positionner dans son rôle

- Recadrage culturel p/r à notre formation, nos valeurs
- Rôle d'information
- Services concrets=création du lien de confiance
- S'associer à des gens d'autres ethnies
- Souplesse et innovation

Position d'apprécier la réalité ethnique

- Démontrer ouverture et intérêt
- Reconnaître l'intégrité culturelle: travailler avec leurs forces, en reconnaître les compétences
- Éviter de généraliser
- Vérifier le vécu antérieur et les perceptions du client face à des manifestations culturelles
- Établir la communication (V+NV)

L'évaluation

- *Processus d'attribution de sens*
- Explorer les contextes et situations sociales: intégrer des données culturelles
- Lister les facteurs d'influence
- Amorce de la relation professionnelle et de la dynamique des interrelations

Composer avec le contexte de la migration

- Vécu antérieur: départ? Contexte? Raisons? Guerre oppression torture? Famille? Sentiments liés à la séparation? Condition sociale antérieure? *Cf évaluation*
- Intervenir au niveau du processus d'adaptation: besoins de base, respect des valeurs

Exemple d'éléments d'évaluation

Selon Cohen-Emerique 1991 (T.S) et Campinha-Bacote 2003 (Inf)

S'associer aux ressources

- Connaître les ressources
- Crée des liens, se rencontrer
- Collaborer et partage du pouvoir
- Viser un partenariat



Faire une bonne évaluation

- Caractéristiques de la population
- Aller au-delà de la demande
- Être capable de composer avec des règles et des valeurs différentes
- Être capable de communiquer!



Limites de quelques outils

- Questionnaire OLO
- Programme PSJP
- Tout ce qui s'appelle compétence parentale est basé sur les attentes Nords-Américaines ex: celui utilisé
- Évaluation des troubles de comportement

Méthodes de collecte

- Incident critique
- Storytelling

Plan d'intervention

- Souplesse...négociation

Limites des institutions

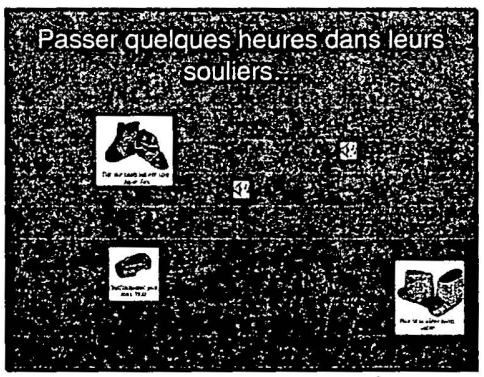
- Réflexion de groupe à partir d'une mise en situation: *Exemple apporté par Vivlane lors de notre dernière rencontre*
- Questions à se poser: disponibilité des services et compréhension

Techniques d'intervention

- Langage simple et techniques de communication transculturelles
- Réponses rapides aux besoins d'info
- Gamme de ressources à rejoindre
- Confiance réciproque
- Attitude
- Processus continu

Et les enfants?

- En Cisjordanie et à Gaza, ½ population 25 ans
- Des milliers sont blessés, tués, traumatisés
- Comportements appris
- Participation aux conflits et sont aussi des cibles
- À risque de développer un TSPT
- Touche tous les aspects de leur développement: physique, mental et émotionnel


Passer quelques heures dans leurs souliers...

Appendice M

Questionnaire d'évaluation de la satisfaction

Questionnaire sur la satisfaction en lien avec la formation

1- Qu'est-ce qui vous a été le plus utile dans cette formation?

2- Qu'est-ce qui vous a été le moins utile?

3-Qu'est-ce que vous aimeriez apprendre de plus sur le sujet?

4- À combien de séances avez-vous assisté? 1 ou 2

Appendice N

Grille d'analyse pour l'animation de groupe

GRILLE D'ANALYSE POUR UNE ANIMATION DE GROUPE

CLARIFICATION	OUI	PLUS OU MOINS	NON
L'animateur			
▸ identifie la tâche à accomplir			
▸ définit les termes			
▸ explicite ou reformule les interventions			
▸ fait des liens			
▸ résume ou synthétise			

CONTRÔLE	OUI	PLUS OU MOINS	NON
L'animateur			
▸ gère bien les échanges			
▸ suscite la participation			
▸ gère bien le temps			
▸ fait avancer le groupe			

FACILITATION	OUI	PLUS OU MOINS	NON
L'animateur			
▸ est ouvert aux émotions			
▸ est physiquement à l'écoute			
▸ objective les oppositions			
▸ fait verbaliser			
▸ fait diversion au besoin			

GRILLE D'ANALYSE POUR UNE LEÇON MAGISTRALE (suite)

	oui	plus ou moins	non	ne s'applique pas
B) Communication				
Le professeur...				
11- avait une voix facile à écouter.				
12- parlait à la bonne vitesse.				
13- variait le timbre de sa voix et le rythme de son débit.				
14- parlait sur le ton d'une conversation.				
15- regardait ses auditeurs dans les yeux à tour de rôle.				
16- variait l'expression de son visage.				
17- avait des gestes et des mouvements appropriés.				
18- semblait à l'aise.				
C) Illustration				
19- Les auditeurs semblaient intéressés.				
20- Il y avait suffisamment d'illustrations audiovisuelles.				
21- Le matériel audiovisuel utilisé était de qualité.				
22- Le matériel audiovisuel était bien coordonné à la présentation verbale.				

Appendice O

Tableau d'identification d'objectifs pour l'auteure

Tableau d'identification d'objectifs pour l'auteure

Objectifs	Activités	Échéancier	Ressources
1. Identifier des objectifs d'apprentissage pour la formation en tenant compte des différents niveaux taxonomiques.	1.1 Déterminer les thèmes qui auront des objectifs spécifiques.	Juillet 2003	Notes de Jean, Des Marchais et Delorme
	1.2 Élaborer un canevas avec les objectifs spécifiques.	Juillet-août 2003	
	1.3 Revoir les verbes utilisés avec les niveaux de taxonomie.	Août 2003	
	1.4 Vérifier que tous les thèmes se retrouvent dans les objectifs.	Août 2003	
	1.5 Présenter le canevas à F. deMontigny.	Août 2003	
	1.6 Effectuer les ajustements nécessaires.	Août 2003	

Objectifs	Activités	Échéancier	Ressources
2. Intégrer dans les différentes étapes de la planification et de la réalisation de l'intervention éducative, la démarche de Lescarbeau	2.1 Intégrer dans le document écrit de planification les éléments de la démarche.	Continue	
	2.2 Revoir les différentes grilles de Lescarbeau.	Sept 2003	
	2.3 Tenir un journal de bord.	Continu	
	2.4 Référer à Lescarbeau au cours des différentes étapes, relire certains chapitres.	Continu	
3. Développer, appliquer et évaluer une formation en lien avec la compétence culturelle	3.1 Lecture sur le développement de la compétence culturelle.	Printemps 2003	
	3.2 Démarches et échanges avec l'auteure du modèle utilisé : Campinha-Bacote.	Juillet 2003	

Objectifs	Activités	Échéancier	Ressources
	3.3 Planification de la formation avec le soutien de F. deMontigny.	Été 2003	
	3.4 Élaboration du contenu de la formation suite à l'étude de besoins.	Octobre 2003	
	3.5 Utilisation d'outils pour évaluer l'atteinte des objectifs	Continu	
4. Analyser mes habiletés d'intervention auprès des petits groupes.	4.1 Tenir un journal de bord.	Continu	
	4.2 Application des principes de l'apprentissage dans l'action de St-Arnaud.	Continu	

Appendice P

Certificat d'éthique de l'UQO phase II

Université du Québec en Outaouais
Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé :

LE DÉVELOPPEMENT DE LA COMPÉTENCE CULTURELLE CHEZ LES INTERVENANTS D'UN CLSC

soumis par : Fanny Robichaud
Étudiante au Département des sciences infirmières

Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'Université du Québec en Outaouais.

Stéphane Bouchard
Président du Comité d'éthique de la recherche

23 septembre 2003

Date d'émission

Appendice Q

Formulaire de consentement des intervenants

Formulaire de consentement

Titre du projet d'intervention : **La compétence culturelle chez les intervenants d'un CLSC.**

Objectif : L'activité vise à augmenter les compétences culturelles des intervenants du CLSC de Joliette.

Procédure : Si j'accepte de participer à ce projet, ma collaboration nécessitera que je :

- participe à deux rencontres de formation de deux heures chacune;
- remplisse deux questionnaires avant la formation, et deux autres au cours de la formation.

Bénéfices : Ma participation à ce projet me permettra de prendre conscience de ma propre culture, de l'impact de celle-ci sur les différents aspects de la vie et de la santé mais aussi sur les relations interpersonnelles. J'aurai aussi l'occasion de réfléchir sur le vécu des immigrants durant leur cheminement vers un pays d'accueil de même que durant leur intégration à la culture nord-américaine.

Risques, inconvénients, inconforts : Il m'a été expliqué que le niveau de risque associé à ma participation est minimal. Un inconfort lié à ma participation pourrait cependant être ressenti, par un malaise relié à la confrontation de mes valeurs.

Confidentialité : Je comprends que les informations recueillies dans le cadre de ce projet demeurent strictement confidentielles et anonymes. Un numéro d'identification sera substitué aux noms de chaque participant. Les questionnaires seront entreposés dans un classeur verrouillé pour une durée de 5 ans. Les seules personnes ayant accès aux données étant Fanny Robichaud, infirmière et étudiante à la maîtrise en sciences infirmières de l'UQO, sous la supervision de Francine deMontigny, professeure en sciences infirmières à l'UQO.

Participation volontaire : Je reconnais que ma participation à cette activité est volontaire et que je suis libre d'accepter d'y participer. Je confirme que l'on m'a expliqué verbalement l'activité, répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision.

Retrait : Je reconnais être libre de retirer mon consentement et de cesser de participer à cette activité à n'importe quel moment, sans avoir à fournir de raison, et ce, sans préjudice. Les données me concernant seront alors conservées au classeur avec les autres données.

Coordonnées : En cas de questionnement relatif au projet il est possible de rejoindre Fanny Robichaud au (450) 834-1659. En cas de questionnement relié aux aspects éthiques du projet il est possible de rejoindre M. Guy Barabé, secrétaire du CÉR au (819) 595-3900 poste 3953.

Je soussigné(e) _____ accepte de participer au projet d'intervention portant sur le développement de la compétence culturelle chez les intervenants en CLSC.

J'ai lu l'information ci-dessus et je choisis volontairement de participer à cette activité. Je certifie qu'on m'a expliqué verbalement l'activité, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre une décision. Je comprends qu'en acceptant de participer à cette activité, je ne renonce pas à mes droits reconnus par la loi. Une copie de ce formulaire de consentement m'a été remise.

Signé à _____

_____	_____	_____
Nom du participant	Signature du participant	Date

_____	_____
Signature de l'étudiante	Date :

Appendice R

Vrai ou faux corrigé



Vrai ou faux...

1- Il y a plusieurs systèmes de santé différents dans une même société....

Vrai ou faux

- ***Les systèmes de santé coexistants:***
- *Biomédical type Descartes dualité corps et esprit, pratique basée sur des symptômes*
- *Populaire le plus utilisé...les conseils des autres, les médicaments en vente libre...*
- *Traditionnel-folk : varie selon les cultures, approche holistique*
- *Alternatif (type médecine douce...)*

2- Les croyances quant à l'efficacité de la médication varient selon les cultures et selon la vision du concept de santé, ce qui peut finalement influencer l'efficacité.

Vrai ou faux

3-Plusieurs groupes culturels font appel à la médecine traditionnelle en plus de faire usage de produits naturels....

Vrai ou faux

- *Les croyances quant à l'efficacité de la médication varient.....*
- *Plusieurs groupes culturels font appel à leur médecine traditionnelle et à l'usage de produits naturels....en combinaison*

4- Il existe plus de 200 enzymes susceptibles de modifier le métabolisme des médicaments.

Vrai ou faux

5- La présence et le nombre de certaines enzymes peuvent varier selon les cultures.

Vrai ou faux

Exemple du métabolisme de l'alcool chez certaines cultures...

6- La cigarette altère la concentration plasmatique de certains composants des médicaments, elle affecte donc leur efficacité.

Vrai ou faux

7- La diète comme la malnutrition n'affectent pas l'effet de la médication.

Vrai ou faux

8- Les valeurs et croyances peuvent diminuer la fidélité au traitement et engendrer une surmédication.

Vrai ou faux

9- Il n'existe pas d'interaction néfaste entre les herbes et la médication.

Vrai ou faux

10- Les asiatiques métabolisent plus lentement certains médicaments et ont besoin de doses plus petites.

Vrai ou faux

Anxiolytiques: asiatiques métabolisent plus lentement et ont besoin de doses plus petites (Lin et al. 1993)
Antipsychotiques: noirs et blancs ont les mêmes effets secondaires, les asiatiques répondent mieux à de plus petits dosages (Potkin et al, 1984)
Lithium et régulateurs de l'humeur: japonais ont besoin de plus petit dosage (Strickland et al 1993, Edwards 1994)

11- Antidépresseurs: asiatiques et hispaniques répondent mieux que les Nord-Américains.

Vrai ou faux

Antidépresseurs: asiatiques et hispaniques répondent mieux que les nords-américains à de plus petites doses mécanisme pas clair (Silver et al 1993)

12- Un médicament est plus efficace si on le métabolise rapidement, les métabolismes plus lent on tendance à avoir plus d'effet secondaires.

Vrai ou faux

Appendice S

Lettre de remerciement remise en intersession

Joliette, 25 novembre 2003

À l'équipe d'enfance-famille et d'IVG,

Je tiens à souligner la qualité de votre participation lors de la rencontre du 20 novembre. Les exemples que vous avez apportés, de même que les questionnements étaient très intéressants. Je vous remercie également de vous être pliés au protocole de recherche, cette démarche est essentielle pour la poursuite de mes études.

Agréablement surprise par votre participation, il y a néanmoins quelques points que nous n'avons pu aborder. Je vous propose donc, afin de réussir à respecter le contenu prévu, de vous offrir deux capsules d'ici les prochaines semaines, surveillez votre courrier...Vous pourriez gagner une petite surprise par votre participation...J'ai capté votre attention?

Je vous rappelle notre prochain rendez-vous soit le *18 décembre à 13h15*, nous aurons l'occasion cette fois-ci de prendre une courte pause et nous terminerons à 15h45. Si vous ne pouviez être présents j'apprécierais que vous me laissiez un petit mot afin de justifier les résultats plus tard, dans mon essai.

À bientôt!

Fanny Robichaud

Appendice T

Rapport aux intervenants

Rapport aux intervenants de l'équipe enfance-famille et IVG,

Au cours de l'été 2002, une étude ethnographique portant sur les besoins des femmes immigrantes de la région de Joliette est effectuée en collaboration avec l'équipe enfance-famille. C'est suite aux conclusions de cette étude que la participation des intervenants est de nouveau sollicitée, cette fois afin de réaliser une formation portant sur la compétence culturelle. Cette dernière fut tenue auprès des intervenants de l'équipe enfance-famille et IVG, les 20 novembre et 18 décembre derniers.

Le but de cette formation était d'optimiser les compétences culturelles des intervenants en plus de les familiariser avec l'expérience d'immigration.

Les principaux sujets abordés furent :

La définition de certains concepts reliés à la compétence culturelle

Le contexte d'immigration au Québec et plus spécifiquement dans Lanaudière

L'expérience d'immigration

Les différences culturelles, la communication et l'approche interculturelle

L'évaluation et l'intervention

Les limites de quelques outils et de nos institutions

La réalité des enfants : Ce dernier aspect fut ajouté suite à la demande des intervenants.

Une participation de 85% fut enregistrée aux cours des rencontres d'une durée de deux heures et de deux heures trente respectivement. Lors de la seconde présentation deux organisateurs communautaires se sont également joints à nous. Les participants ont préalablement répondu à un questionnaire portant sur les données démographiques, de même que sur les compétences culturelles. Ce dernier fut également complété suite aux deux rencontres, en plus d'un questionnaire visant à évaluer la satisfaction.

Les commentaires reçus soulignent la préoccupation des intervenants pour la dimension culturelle dans leurs interventions. Afin d'assurer le maintien et le développement de ces compétences, il serait intéressant de favoriser les échanges interdisciplinaires notamment par le biais de présentations d'histoires de cas lors des rencontres d'équipe.

Je tiens à remercier tous les intervenants de leur dynamisme lors des séances de formation,

Fanny Robichaud, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières