UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE FINALE

DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR ASSUMPTA NDENGEYINGOMA

PRÉADOLESCENCE ET IMMIGRATION: IDENTIFICATION DES FACTEURS FAVORISANT LA RÉSILIENCE CHEZ LES PRÉADOLESCENTS IMMIGRANTS ORIGINAIRES DE L'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Université du Québec en Outaouais

1 4 FEV. 2007

Bibliothèque

DÉCEMBRE 2006

Sommaire

Les préadolescents immigrants vivent une double transition liée à leur stade de développement et au processus d'immigration. Les changements découlant de cette double transition peuvent occasionner du stress. Il est possible que des problèmes de santé physique et psychosociale découlent de ce stress. Des facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux peuvent expliquer la capacité de vivre l'expérience d'immigration et de s'y adapter avec un minimum de difficultés et en restant en santé. Les facteurs de protection des préadolescents sont peu connus par les professionnels de la santé, notamment les infirmières qui interviennent auprès de cette clientèle. Cette étude, qualitative, a pour but d'identifier les facteurs personnels, familiaux et environnementaux de résilience chez les préadolescents immigrants originaires d'Afrique subsaharienne, nouvellement arrivés dans la région de l'Outaouais. Des entrevues semi-dirigées réalisées auprès de 10 préadolescents africains, intégrant l'incident critique, le diagramme de relation famille/milieu et le génogramme, ont permis de recueillir des données. À la suite de l'analyse de ces données, des facteurs facilitant l'adaptation des jeunes et des facteurs contraignants sont identifiés. Les résultats obtenus ont permis de formuler des recommandations visant la pratique infirmière, la recherche future, la formation à l'intervention auprès des familles, la gestion et d'autres aspects d'ordre so opolitique.

Table des matières

Sommaire	ii
Listes des tableaux	V
Remerciements	V
Introduction	1
Problématique	4
Question à l'intervention	10
But et objectifs de l'intervention	
Justification	11
Revue des écrits	13
Expérience d'être immigrant et préadolescent	15
Être préadolescent et membre d'une famille immigrante	17
Être préadolescent immigrant dans la société d'accueil	19
Santé des préadolescents immigrants	
Cadre de référence	
La résilience	
Les facteurs de risque	
Les facteurs de protection	27
Une approche clinique centrée sur la résilience	
Le modèle de Calgary relatif à l'évaluation de la famille	
La structure familiale	31
Le développement familial	32
Le fonctionnement familial	32
Mulada	36
Méthode	
Description du milieu	38
Échantillonnage	
Instruments d'intervention	
La validation des instruments d'intervention	
Considérations éthiques	
Déroulement de l'intervention	44
Contact avec le milieu	45
Mobilisation des préadolescents autour du projet d'intervention	
Collecte des données	47

Méthodes d'analyse des données	. 48
Résultats	. 50
Le profil des participants	51
Structure familiale	53
Structure familiale interne	55
Structure familiale externe	56
Structure familiale contextuelle	59
Fonctionnement expressif	60
Communication verbale	60
Communication des émotions	60
Résolution de problèmes	62
Croyances	64
Discussion	67
Facteurs de risque	68
Facteurs de protection	70
Facteurs de protection personnels	71
Facteurs de protection familiaux	71
Facteurs de protection environnementaux.	72
Forces et limites de l'intervention	74
Évaluation de l'intervention	77
Évaluation de l'atteinte des objectifs de l'intervention	77
Évaluation de l'atteinte de l'objectif personnel	79
Pecommandations	00
Recommandations	
Pour la pratique clinique	80
Pour la recherche	81
Pour la formation à l'intervention auprès des familles	82
Pour la gestion	82
Recommandations d'ordre sociopolitique	83
Conclusion	85
Références	89
Appendice A: Guide d'entrevue	94
Appendice B: Documents d'intervention clinique	
Appendice C: Lettre du milieu d'intervention	04
Appendice D: Certificat d'éthique	06
Appendice E: Lettre de recrutement	00
Appendice F: Formulaire de consentement	
appendice 1.1 officialite de conscitétificiti	11

Liste des tableaux

Tableau 1:	Facteurs de risque	26
Tableau 2:	Facteurs de protection	28
Tableau 3:	Trajectoire migratoire des répondants	52
Tableau 4:	Structure familiale des répondants	54

Remerciements

À la directrice de cet essai, la professeure Francine de Montigny. Sa patience remarquable, ses encouragements, son écoute et son accompagnement m'ont été d'une grande utilité et d'un apport important durant les trois ans qu'ont duré mes études de maîtrise. Ses critiques aux moments opportuns ont approvisionné mon processus d'apprentissage.

À la codirectrice de cet essai, la professeure Fanny Robichaud, pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de la réalisation de cet essai.

Aux professeures du département des sciences infirmières, pour tout ce qu'ils ont fait pour faciliter mon intégration dans le milieu de l'UQO ainsi qu'au professeur Antoine Lutumba Ntetu de l'UQAC, pour ses conseils judicieux tout au long de la réalisation de ce projet.

Aux adolescents qui se sont montrés enthousiastes envers mon projet et qui y ont participé avec générosité. C'est aussi, en partie, grâce à eux que ce projet est réalisé.

À mes enfants, Sylvie, Gisèle et Thierry, à ma famille, de même qu'à mes amis pour leur soutien si précieux tout long de mon cheminement.

Introduction

L'immigration constitue une expérience significative dans le développement d'un individu, son épanouissement physique et psychologique. On pense que lorsque l'immigration survient à la période de la préadolescence, elle peut poser des défis particuliers. En effet, les jeunes de cet âge composent avec deux périodes de transition : celle reliée aux phases du processus d'immigration et celle reliée à leur stade de développement. L'auteur de cet essai, dans l'exercice de sa profession comme infirmière, s'est rendue compte des défis de cette expérience lors d'une de ses interventions auprès d'une famille immigrante nouvellement arrivée.

Les préadolescents, qui participaient à l'entrevue familial, ont mentionné que personne ne leur demande comment ils vivent le changement de pays, ni comment ils se sentent. Ils ont dit qu'ils se sentaient gênés de demander certaines choses, de peur de se faire ridiculiser.

Suite à cette entrevue, dans une démarche d'analyse réflexive, l'auteur de cet essai, ayant elle-même vécu l'expérience du processus d'adaptation en période d'immigration, s'est posée les questions suivantes: s'il est difficile pour certains adultes de vivre l'expérience d'immigration et de se garder en santé, qu'en est-il alors des préadolescents qui vivent en même temps la transition de l'enfance à l'adolescence? Quelles sont les capacités qui permettent à certains préadolescents immigrants de rester

en santé physique et mentale malgré le stress qu'occasionnent tous les changements vécus? Comment les infirmières pourraient-elles adapter leurs interventions auprès de cette clientèle en considérant ses réalités propres? Cette intervention réalisée dans la région de l'Outaouais a permis de comprendre l'expérience d'être préadolescent immigrant et d'identifier les facteurs personnels, familiaux et environnementaux qui facilitent le maintien de la santé.

Cet essai comprend six parties. La première partie présente la problématique de l'immigration et ses effets sur les jeunes immigrants. La question de l'intervention, le but, les objectifs et la justification de l'intervention y sont également présentés. La deuxième partie est une revue des écrits sur le sujet de l'intervention. Les facteurs personnels, familiaux et environnementaux ayant une influence sur l'expérience migratoire sont examinés. Les thèmes suivants y sont notamment abordés: l'expérience d'être préadolescent immigrant; celle d'être préadolescent et membre d'une famille immigrante; le vécu des préadolescents immigrants dans la société d'accueil et l'état de santé des préadolescents immigrants. La troisième partie décrit le cadre de référence utilisé. Celui-ci s'articule autour de deux éléments: la notion de résilience et le modèle de Calgary relatif à l'évaluation de la famille. La quatrième partie est celle de la méthode. Elle précise la méthode utilisée, le milieu de l'intervention, l'échantillon et les considérations éthiques. Dans la cinquième partie, les résultats obtenus sont présentés. Enfin la sixième partie complète cet essai en présentant la discussion des résultats obtenus et les recommandations formulées.

Problématique

Le Canada est un pays d'immigration. Chaque année, il reçoit environ 200 000 immigrants dont le tiers est constitué d'enfants et de jeunes de moins de 25 ans (Conseil canadien de développement social, 2000). En 2004, le Canada a accueilli 221 352 immigrants dont 39 551 se sont installés au Québec (Citoyenneté et immigration Canada, 2004). Plus de 200 origines ethniques ont été déclarées. Selon statistique Canada (2003), la population des personnes appartenant aux minorités visibles augmentent. Elle représentait 9,4% en 1991 et 13,4% en 2001. Au Québec, de 1991 à 2001, la proportion des personnes à minorités visibles est passée de 5,.6% à 7%. Dans la même période, 7,.6% des immigrants au Canada sont nés en Afrique.

Selon des témoignages recueillis, l'immigration s'accompagne d'un nombre considérable de pertes matérielles, familiales, culturelles, ainsi que de confrontations à des nouvelles réalités physiques, sociales et culturelles (Vatz-Laaroussi, Rachédi, Pépin, et Khedifi, 2002). En effet, l'immigration entraîne des périodes d'identité diffuse découlant de la séparation du réseau social d'origine et provoque une perte temporaire des points d'ancrage dans le nouveau milieu de vie (Meleis, 1994).

Les besoins des immigrants varient selon l'âge, le sexe et le statut d'immigration (Wood, 1988). Cela influe sur leur processus d'adaptation et leur santé. La situation est particulière pour les préadolescents immigrants puisque ces derniers vivent deux

transitions: l'une reliée au passage de l'enfance à l'adolescence et l'autre, au processus d'adaptation après l'immigration. La combinaison de ces deux transitions et les aspects contextuels familiaux et environnementaux influent sur le quotidien de ces jeunes. Cela a généralement des répercussions sur les autres cycles de vie dont l'adolescence ou la vie de jeune adulte. À ce propos, Erickson (1963) précise que pour mieux vivre la croissance, il faut que la période précédente soit bien vécue.

En plus des difficultés liées à l'immigration, les préadolescents immigrants affrontent les mêmes problèmes que leurs homologues d'origine québécoise. Ils sont exposés à autant de risques que ces derniers; la drogue, les accidents, le décrochage scolaire, le suicide, etc. De plus, ils font face à divers problèmes dans leur processus d'intégration: les troubles d'identité, les conflits entre les valeurs familiales et celles de la société d'accueil et l'isolement social. Cet aspect sera davantage élaboré dans la section réservée à la revue des écrits.

Beaucoup de préadolescents originaires de l'Afrique centrale ont vécu des événements traumatisants comme la guerre et la famine. Hyman (2001) constate qu'à cause de ces événements difficiles, les enfants réfugiés développent facilement des problèmes de santé mentale: dépressions chroniques, syndrome de stress post traumatique, etc. De même, une étude réalisée par Fayida (2003), sur les facteurs associés aux psychopathologies des jeunes réfugiés vivant au Togo, en Afrique occidentale, montre l'existence d'une relation entre les problèmes de santé mentale et la

situation d'être réfugié en provenance des pays en guerre. Les éléments traumatiques de la guerre et de l'exil identifiés sont notamment les facteurs affectifs, les facteurs d'adaptation et les conditions de vie difficiles. Les manifestations symptomatiques constituant les motifs de consultation sont surtout les troubles de comportement, de mémoire, d'anxiété, de sommeil, d'alimentation et de langage. La même étude indique que, pour toutes ces psychopathologies, 93.33 % des sujets (jeunes et adultes) impliqués (n:79) n'avaient pas d'antécédent psychiatrique personnel ou familial.

Cependant, le fait d'être immigrant et d'être confronté aux phases d'adaptation ne met pas forcément la personne en danger. Cela génère plutôt des nouveaux besoins et expose l'individu à un ensemble de conditions de stress qui peut l'affecter sur le plan social et psychologique (CCDS, 2000). De même, mettre en évidence des difficultés d'adaptation ou des problèmes de comportements chez les enfants ayant connu des événements traumatisants ne permet pas de comprendre pourquoi certains de ceux qui sont à haut risque ne succombent pas aux problèmes sociaux, comportementaux ou relatifs à la santé. Chez certains préadolescents immigrants, on observe une étonnante capacité de se garder en santé.

Cette observation rejoint les idées développées par Manciaux, Vanistendael, Lecomte et Cyrulnik (2001) à propos de la résilience. Ces auteurs décrivent la résilience comme la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie

difficiles, de traumatisme parfois sévère. Cette aptitude des individus, des familles, des groupes de personnes à se garder en santé, en allant au-delà de la situation actuelle et contextuelle, est influencée par certains facteurs personnels, familiaux et environnementaux. Les facteurs, qui agissent particulièrement sur la santé des préadolescents nouvellement immigrés sont peu connus, entre autres, par le personnel infirmier.

Ce manque de connaissances peut être un handicap pour les infirmières qui interviennent auprès des préadolescents immigrants dans toutes les situations de soins visant la promotion, le maintien et l'amélioration de la santé. Dans la pratique, les infirmières ressentent le besoin d'avoir des connaissances en soins transculturels pour mieux fonctionner dans un monde multiculturel et éviter des conflits culturels. On constate que certaines infirmières ont déjà subi des chocs culturels ou ont déjà fait face à des conflits culturels lorsqu'elles travaillaient dans des milieux où les valeurs, les croyances et les modes de vie sont différents des leurs (Alligood et Tomey, 2002).

Selon Racine (2003), la prestation des soins infirmiers culturellement adaptés aux populations non-occidentales demeure un défi pour les infirmières provenant des sociétés pluralistes comme le Québec. Ce défi de l'adaptation culturelle de soins infirmiers porte sur l'impact de l'approche épistémologique choisie dans la définition des stratégies et moyens qui permettront de parvenir à cette adaptation culturelle, en respectant les réalités de santé des populations non occidentales. Vissandjee, Carignan,

Gravel et Leduc (1998) rapportent aussi qu'on ne peut pas tenir pour acquis que les stratégies pour la promotion de la santé fondées sur des recherches auprès de la culture majoritaire dans un milieu s'appliquent également aux populations immigrées chez qui les obstacles culturels, linguistiques, informationnels influencent les choix en matière de santé. De ce fait, les programmes de soins et de services, de même que les approches utilisées au Québec, conçues pour répondre aux besoins des préadolescents québécois, peuvent ne pas convenir pour répondre efficacement aux besoins des préadolescents nouvellement immigrés.

Les interventions spécifiques sur les préadolescents immigrants originaires d'Afrique subsaharienne sont rares. Les services offerts par la société d'accueil sont essentiellement orientés vers les facteurs favorables à l'intégration. Ils s'intéressent moins aux facteurs de maintien et de promotion de la santé dans les trois premières années d'immigration. Les écrits font très peu de cas des facteurs dits de protection personnelle, familiale et environnementale de la résilience au niveau de la santé chez les préadolescents nouvellement immigrés, originaires d'Afrique subsaharienne. Pourtant, penser aux préadolescents immigrants en terme de résilience pourrait, d'une part, ouvrir une nouvelle forme de compréhension en situant la réflexion sur leurs potentialités à faire face à des situations stressantes occasionnées par l'immigration pour se garder en santé et, d'autre part, renforcer les facteurs qui favorisent le maintien et la promotion de la santé. D'où l'importance de faire une intervention pour en savoir davantage sur les expériences de ces jeunes immigrants.

Question de l'intervention

En lien avec les problèmes décrits, cette intervention tente de répondre à la question suivante: comment les préadolescents immigrants originaires d'Afrique subsaharienne décrivent-ils les facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux qui leur permettent de se garder en santé durant les mois suivant leur immigration?

But et objectifs de l'intervention

Le but de l'intervention est d'identifier les facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux qui influencent la santé des immigrants préadolescents, originaires d'Afrique subsaharienne, lorsqu'ils vivent l'expérience d'immigration. Les objectifs poursuivis sont les suivants:

- 1. Décrire l'expérience d'être un préadolescent immigrant ;
- 2. Décrire la signification d'être en santé chez les préadolescents immigrants, originaires d'Afrique subsaharienne ;
- 3. Identifier les facteurs personnels, familiaux et environnementaux qui permettent à ces préadolescents de demeurer en santé durant les mois suivant l'immigration.

En plus de ces objectifs de l'intervention, l'auteur de cet essai poursuit l'objectif personnel d'être capable de nommer et expliquer au moins cinq facteurs de protection qui expliquent la résilience chez les préadolescents immigrants; c'est à dire leur capacité de se garder en santé. Ensuite, sur la base des facteurs de protection, elle aspire à identifier des recommandations appropriées pour le maintien de la santé des préadolescents immigrants.

Justification

Par le fait que les préadolescents immigrants traversent une étape cruciale de leur existence, qui se vit en même temps que leur intégration en tant qu'immigrant, il est nécessaire de savoir comment ils vivent cette période de double transition. Cette connaissance permettra aux infirmières, d'abord d'identifier les facteurs de protection des jeunes immigrants et, par la suite, d'accompagner les stratégies utilisées par ce groupe au processus d'adaptation suivant l'immigration.

D'ailleurs, suite au recensement des publications sur la santé des immigrants et des réfugiés, Santé Canada (2001) recommande des recherches sur les communautés d'immigrants pour étudier les besoins de certains groupes particuliers, et connaître les ressources personnelles et sociales utilisées par ceux-ci pour faire face à la diversité et réussir à s'adapter à leur nouvel environnement. Robichaud (2004) complète cette vision. Elle recommande aussi de favoriser l'expression des émotions ressenties en lien

avec l'expérience d'immigration et d'intégration à une nouvelle communauté. Dans ce sens, Anisef et Kilbride (2001) recommandent que les décideurs et les fournisseurs de services améliorent le système d'établissement des immigrants et des réfugiés, particulièrement celui des jeunes, en déterminant les besoins, les expériences et les problèmes de ceux qui appartiennent à des cultures et à des races différentes afin d'établir avec précision les écarts entre les besoins perçus et les services existants.



Les écrits examinés portent sur l'expérience d'immigration dans différentes provinces du Canada et des États-Unis d'Amérique. Tout comme Anisef et Kilbride (2001) l'ont signalé, l'auteur de cet essai note que les besoins des jeunes immigrants reçoivent peu d'attention. Elle constate aussi que plusieurs textes ne font pas de différence entre les enfants immigrants, les jeunes immigrants et les jeunes réfugiés.

Quatre thèmes se dégagent de la littérature sur les facteurs qui influencent l'expérience d'immigration chez les préadolescents. Le premier thème touché est l'expérience d'être immigrant et préadolescent. Il permet de comprendre le processus d'immigration et le stade de développement entre l'enfance et l'adolescence sur le plan psychosocial. Le deuxième thème aborde le préadolescent comme membre d'une famille immigrante. Il permet de comprendre l'expérience de la famille immigrante. En effet, face aux changements liés à l'immigration, les réactions de chaque membre de la famille peuvent influer sur le processus d'adaptation des autres et, du coup, sur l'adaptation de la famille. Le troisième thème porte sur les préadolescents dans la société d'accueil. Les écrits donnent un aperçu de l'influence du milieu d'accueil sur l'expérience d'immigration. Enfin le quatrième thème aborde la santé des jeunes immigrants.

Expérience d'être immigrant et préadolescent

La préadolescence, période entre l'enfance et l'adolescence, est valorisée dans l'esprit des gens. Elle est associée à la liberté, à l'innocence et au plaisir (Société canadienne de pédiatrie, 2002). Les changements qui surviennent au cours de la préadolescence touchent tous les aspects de la croissance et du développement. Selon la théorie psychosociale du développement de la personne d'Erikson (1963), chaque stade de développement comporte des conflits dont la résolution dépend de la maîtrise des conflits précédents. L'enfant de 9 à 12 ans s'engage dans les tâches qu'il peut accomplir avec succès, apprend à se mesurer, à s'affirmer et à collaborer avec les autres. Il essaie d'acquérir les compétences et les aptitudes qui lui seront nécessaires pour fonctionner une fois devenu adulte. Ainsi, il apprend à travailler et s'ajuste aux lois naturelles. Les enfants qui connaissent le succès ont un sentiment d'être à la hauteur, et ceux qui échouent se sentent médiocres et inférieurs par rapport à leurs camarades. Ils ont tendance à se replier sur eux-mêmes. Durant cette période, le danger est que les enfants risquent de développer des sentiments d'inadéquation et d'infériorité si les parents, l'école ou la société leur fixent des objectifs irréalisables. Les conflits non résolus à ce stade influenceront leur adolescence.

En plus du stress relié au stade de la préadolescence, comme le mentionne Flamand (1991), les immigrants traversent généralement quatre phases d'adaptation.

La première est la phase touristique, au cours de laquelle ils explorent ce qui est positif dans le pays d'accueil. La deuxième phase est celle du choc culturel. Elle est aussi celle de la nostalgie qui se définit de plusieurs façons et se manifeste notamment par la sensation de l'irréalité, l'hostilité, le rejet du nouveau milieu et la solitude. Cette phase est cruciale, car si les immigrants parviennent à la traverser, ils réussissent facilement les étapes suivantes. Lors de la troisième phase, ils se sentent plus à l'aise dans la nouvelle culture, débutent leur intégration et font le deuil de ce qu'ils ont quitté ou perdu. Enfin, à la quatrième phase, l'adaptation est presque complète.

Plusieurs facteurs intervenant dans le processus d'immigration font en sorte que les phases d'adaptation soient vécues différemment d'une personne à l'autre. Par exemple, beaucoup de préadolescents venant d'Afrique ont vécu des événements traumatisants comme la guerre et la famine. Dans une étude longitudinale, couvrant les périodes pré et post-migratoires, réalisée à Montréal sur des jeunes réfugiés venant de l'Amérique centrale et de l'Asie de sud-est, Rousseau, Corin et Renaud (1989) ont constaté que les réactions aux traumatismes étaient complexes et dépendaient à la fois du moment des traumatismes et des facteurs liés au stade de développement.

Tel que mentionné précédemment, le fait d'être immigrant et d'être confronté aux phases d'adaptation ne met pas forcément la personne en danger. Cette situation génère plutôt de nouveaux besoins et expose l'individu à un ensemble de conditions de stress. Les préadolescents ont des capacités cognitives et sociales. Ils sont en mesure de

planifier des activités correspondant à leurs stades de développement. Ils peuvent donner leur avis à propos des changements ressentis et avoir une attitude d'engagement à l'égard de leur propre santé (Kuszen, 1982).

Être préadolescent et membre d'une famille immigrante

Lors de la réorganisation familiale, le système familial tend à adopter des attitudes protectrices envers ses membres jusqu'à ce qu'ils parviennent à s'adapter (Wright et Leahey, 2000). Pendant l'immigration, la famille se met en situation de réaménagement de sa culture en empruntant des habitudes nouvelles et en réaccommodant ou en transformant les siennes (Flamand, 1991). Chaque membre est contraint de modifier sa mentalité, son comportement et les rôles qu'il occupait dans son pays d'origine. Le style de vie, le régime alimentaire, les loisirs, l'habitation, la langue, le climat, les coutumes dans les secteurs de santé, du travail et de l'éducation, l'insertion sociale et économique, les moyens de communication sont autant d'éléments qui confrontent la famille à son système de valeurs et de croyances (Hopper et Khan, 1998; Kamya, 1997; Kunz et Hanvey, 2000).

La migration mêle les cartes, révise les attentes et redéfinit les rôles en confondant les repères culturels. Les rôles se mêlent, les responsabilités se chevauchent et les parents sont soudainement exposés à l'influence de nouvelles normes sociales,

souvent véhiculées par les professionnels de la santé, surtout si les réseaux sociaux et familiaux ont éclaté (Battaglini, Gravel, Poulin et Fournier, 2002).

Selon le rapport de CCDS (2000), les jeunes immigrants reconnaissent que le processus d'intégration est plus difficile pour leurs parents que pour eux. Apparemment, les frustrations ressenties par les parents influent grandement sur les jeunes. Au Québec, par exemple, une fois les immigrants installés, il est difficile de conserver des rôles exclusifs aux hommes et aux femmes ou de maintenir le même type de division sexuelle des rôles et des responsabilités parentales qui existaient dans le pays d'origine. Les travaux de Hernandez (2002) informent que la perte de l'autorité parentale chez les immigrants, surtout celle de l'homme, considéré jadis comme «parapluie familial» tant pour la protection que pour la prise en charge, a un impact considérable sur l'éducation des enfants et la prise en charge de la famille. De même, une étude d'Este (2001) révèle que les sphères d'implication des pères immigrants, peu importe l'origine, sont renouvelées et que l'absence de la famille élargie apporte d'importantes modifications à leurs rôles qui tendent à moins se limiter au seul rôle de pourvoyeur.

Chez les familles immigrantes, Battaglini et al. (2002) et Robichaud (2004) rapportent que les mères sont attristées devant l'individualisme et le peu d'importance qu'on accorde à la famille en Amérique du nord. Elles observent, au Canada, un mode de vie axé sur la consommation. Elles indiquent aussi une difficulté à faire respecter leurs langues et leurs traditions, par les enfants. Elles notent un éclatement de la famille,

une perte d'autorité parentale et un laisser-faire des parents québécois qui tolèrent le manque de respect de leurs enfants sans les corriger. Toutes ces raisons peuvent amener des conflits entre les valeurs familiales et celles de la société d'accueil.

D'autres facteurs liés à la famille immigrante et qui influencent le processus d'immigration sont : le statut familial, souvent monoparental, et les faibles conditions socio-économiques qui en découlent. Parmi les familles immigrantes, nombreuses sont celles qui ont peu de revenus et vivent dans les logements à moindre coût dans les milieux défavorisés. En 1998, le taux de pauvreté des nouveaux immigrants s'élevait à 30 %, soit plus du double que le taux de 13 % recensé auprès du reste de la population canadienne (Beiser, Hou, Hyman et Toussignant, 1998).

Être préadolescent immigrant dans la société d'accueil

L'intégration réfère à la présence d'une relation sociale et comprend des indicateurs, tels que la présence de la famille et des amis ainsi que la participation à des groupes sociaux ou religieux (Yates, Skaggs et Paker, 1994).

Suite à la séparation de la famille élargie et à l'absence de sa propre communauté ethnoculturelle, le préadolescent immigrant s'intègre à un univers multiculturel totalement différent où il vit deux transitions: l'une reliée à son stade de développement et l'autre reliée à son adaptation. L'expérience migratoire ne tient pas seulement compte

de la capacité d'adaptation du préadolescent; elle considère aussi les opportunités qu'offre la société d'accueil. On note que l'isolement social est un obstacle majeur auquel se confrontent les jeunes immigrants (CCDS, 2000).

Plusieurs facteurs expliquent le retrait social de certains adolescents immigrants. D'abord, il y a un problème linguistique. Le manque de connaissance des langues parlées du pays d'accueil ou la difficulté à comprendre un dialecte et des accents nouveaux constitue un obstacle à l'intégration du nouvel arrivant. Le rapport de CCDS (2000) indique aussi que plus de la moitié des enfants et des jeunes nouvellement arrivés ne savent parler ni l'une ni l'autre des deux langues officielles du Canada. Le même rapport confirme l'existence du racisme à l'égard des jeunes immigrants. À l'école, ces derniers sont souvent victimes d'ostracisme, d'intimidation, d'attitudes racistes et de xénophobie. Cette réception peu amicale leur donne le sentiment de ne pas être totalement acceptés (Kunz et Hanvey, 2000). Ce problème, que plusieurs n'osent pas dénoncer, demeure un obstacle majeur dans l'intégration de tout immigrant au Canada et paralyse la relation sociale, ce qui peut affecter la santé physique et mentale d'un préadolescent. Autant le soutien des amis, de la famille, des instituteurs leur permet de bien s'intégrer dans la société, autant les différences culturelles et la discrimination engendrent leur isolement et la désaffection. Au fait, le soutien social est généralement reconnu comme étant la disponibilité de ressources émotionnelles ou matérielles (Callaghan et Morrissey, 1993). Bien que la littérature montre qu'il existe un lien entre les relations sociales et la santé des personnes, Chouinard et Robichaud-Ekstrand (2003)

ont observé que les études sur ce sujet se limitent à suggérer des mécanismes reliant l'intégration sociale et la santé, sans parvenir à démontrer exactement lesquels.

Santé des préadolescents immigrants

D'après Wright, Watson et Bell (1996), la définition de la santé dépend du jugement subjectif fait par l'observateur. Selon Galabuzi (2002), la tendance est que les enfants, qui ont une santé précaire, vivent le plus souvent dans des familles monoparentales ou des familles immigrantes. Chez ces enfants, le stress psychosocial découlant de la discrimination contribue à des problèmes de santé, tels que l'hypertension, les troubles de santé mentale et la toxicomanie.

Les écrits consultés ne font pas état, spécifiquement, de la santé des préadolescents immigrants originaires de l'Afrique subsaharienne, ni des facteurs de protection qui leur permettent de se garder en santé. Gravel et Legault (1996), dans leur étude exploratoire-descriptive visant à circonscrire le niveau d'adéquation des services de santé et des jeunes familles immigrantes, ont démontré que les familles accordent la priorité aux problèmes de santé de leurs enfants alors que les intervenants priorisent ceux des mères, particulièrement ceux reliés à leur santé mentale.

Cette revue des écrits démontre la complexité des interactions familiales, développementales, et environnementales et le processus d'adaptation post migratoire. Les préadolescents immigrants vivent en même temps que les autres membres de leur famille la réorganisation dans le fonctionnement familial. Ils éprouvent des difficultés à se constituer un groupe de pairs. Ces changements dans le système familial et l'isolement social surviennent lorsque les préadolescents tentent d'acquérir les compétences et les aptitudes nouvelles selon leur stade de développement. Par ailleurs, cette revue des écrits ne laisse pas paraître clairement les facteurs qui permettent à ces préadolescents de faire face aux multiples changements qui surviennent dans leur environnement. Cette constatation détermine le choix du cadre de référence.

Le cadre de référence présenté dans la partie suivante de cet essai permet de faire l'évaluation de la famille afin de déterminer les facteurs familiaux qui doivent faire l'objet d'une analyse approfondie. Il permet de comprendre les facteurs personnels et environnementaux qui influencent la capacité de se garder en santé.

Cadre de référence

Le cadre de référence définit le contexte spécifique de cette intervention et la perspective dans laquelle la question de l'étude est abordée. Il s'articule autour de deux éléments clés. Le premier est la notion de résilience: notamment la présentation des définitions, des facteurs de risque et de protection et d'une approche clinique centrée sur la résilience. Le deuxième est le modèle de Calgary, relatif à l'évaluation de la famille.

La résilience

La notion de résilience est abordée par différentes disciplines dont la psychologie, la sociologie et l'éducation. La définition de la résilience varie d'un auteur à l'autre. Kreisler (1996) la définit comme la capacité d'un sujet à surmonter des circonstances difficiles grâce à ses qualités mentales, de comportement et d'adaptation. Grotberg (1995) la décrit comme une capacité universelle qui permet à la personne, à un groupe de personnes ou à une communauté d'empêcher, de diminuer ou de surmonter les effets nuisibles de l'adversité. Selon Manciaux et Tomkiewicz (2000, p. 316), c'est « se reprendre, aller en avant après une maladie, un traumatisme, un stress, surmonter les épreuves et les crises de l'existence, c'est-à-dire y résister, puis dépasser pour continuer à vivre mieux ». Quant à Rutter (2001), il l'explique comme un phénomène manifesté par les sujets jeunes qui évoluent favorablement, bien qu'ayant éprouvé une forme de

stress qui, dans la population générale, est reconnue comme un risque sérieux à conséquences défavorables. Pour Vanistendael et Lecomte (2000):

Être résilient ne signifie pas rebondir au sens strict du terme, mais croître vers quelque chose de nouveau. Rebondir vers un état initial est impossible, il s'agit plutôt de bondir vers l'avant, d'ouvrir des portes sans nier le passé douloureux, mais en le surmontant (p.157).

Toutes ces définitions convergent vers la résistance de la personne ou d'un groupe de personnes à un évènement difficile, à un stress reconnu comme sérieux et vers une évolution satisfaisante, socialement acceptable. Tous les auteurs précédemment cités reconnaissent l'existence de deux facteurs fondamentaux de la résilience qui sont les facteurs de risque et les facteurs de protection.

Les facteurs de risque

Fortin et Bigras (2000) définissent le facteur de risque comme un évènement ou une condition qui augmente la probabilité pour l'enfant de développer des problèmes émotifs ou comportementaux. Ces facteurs de risque peuvent provenir de l'environnement, de la famille ou de la personne. À partir des études effectuées su le sujet, Dion Stout et Kipling (2003) regroupent les facteurs de risque selon qu'ils proviennent de l'individu, de la famille ou de l'environnement. Le Tableau 1, à la page suivante, présente le regroupement des facteurs de risque.

Tableau 1
Facteurs de risque

Personne	Famille	Milieu
Comportement antisocial	Pathologie ou maladie parentale	Faible statut socio- économique
Membre d'une communauté raciale et ethnique minoritaire	Exposition à la violence	Pauvreté
Expérience stressante de la vie	Séparation ou absence des parents	Voisinage violent
Mâle	Stress de la vie	Malnutrition
Tempérament difficile	Mère jeune	
Troubles médicaux sérieux	Famille nombreuse	

Adapté de Dion Stout et Kipling (2003, p 8)

De son côté, Theis (2001) regroupe en quatre catégories les facteurs de risque relevés dans de nombreuses études. La première catégorie fait référence aux situations familiales perturbées: troubles psychiatriques, décès d'un ou des deux parents, absence du père ou de la mère, discorde et violence familiales, séparation des parents. La deuxième contient les facteurs sociaux et environnementaux, comme le chômage des parents, une situation économique médiocre et des habitats pauvres. La troisième réunit des problèmes chroniques de santé chez l'enfant ou son entourage proche. La dernière catégorie touche les menaces vitales pour l'enfant, comme la guerre, les déplacements forcés et les catastrophes naturelles. À l'instar de ces auteurs, Richman et Fraser (2001)

soutiennent que la présence d'un ou de plusieurs de ces facteurs augmente la probabilité d'un résultat négatif.

Les facteurs de protection

La résilience est renforcée par les facteurs de protection chez l'individu, dans le système ou le milieu. Ceux-ci contribuent au maintien ou à l'amélioration d'une bonne santé. Jourdan-Ionescu (2001) mentionne que les facteurs de protection sont les attributs des personnes, des environnements, des situations et des évènements qui paraissent tempérer des prédictions de psychopathologie basées sur un statut individuel à risque, en offrant une résistance au risque.

Theis (2001) regroupe aussi les écrits d'autres chercheurs qui rapportent que, face à une situation traumatisante, l'enfant peut puiser dans ses ressources internes : quota intellectuel élevé, bonne capacité de résolution de problèmes, capacité de planifier, utilisation des stratégies de *coping*, sentiments d'efficacité personnelle, compréhension de soi, lieu de contrôle interne, compétences relationnelles, estime de soi élevée, tempéraments faciles, attachement sécurisant, utilisation adéquate des mécanismes de défense. Parmi les facteurs familiaux, que ces chercheurs signalent, il y a entre autre: avoir une bonne relation avec les parents ou membres de la famille proche, avoir des parents compétents et une bonne éducation. Ces facteurs ressemblent à certains égards à ceux regroupés par Dion Stout et Kipling (2003) dans le Tableau 2 qui suit.

Tableau 2
Facteurs de protection

Personne	Famille	Milieu
Bonne génétique	Liens et interactions positives entre les parents et les enfants	Relations positives avec un adulte
Tempérament délicat	B	
Habileté intellectuelle	Parentage de qualité	Participation aux activités parascolaires
Estime de soi	Structure et règlements dans la famille	Intérêt envers une Église
Sens du contrôle de sa vie	Résistance de la famille	Expérience positive de l'école
Planification de l'avenir	La participation du père aux soins donnés aux enfants	Acceptation de ses
Optimisation vers les		responsabilités (à la maison
événements futurs	Les attentes des parents ou des parents-substituts envers	ou au travail)
Historique des compétences ou des réussites	un avenir heureux pour leurs enfants.	Ouverture à diverses possibilités
Expérience d'un	Éducation de mère	Soutien extra-familial à la mère
événement positif avant ou	Taille réduite de la famille	mere
après un stress	And the second of the second	Engagement de la
Capacité de se détacher d'un conflit familial	Éloignement d'un milieu adulte en difficulté	communauté
	Conjoints coopératifs et non	
Sens de la responsabilité ou de l'obligeance	déviants	
	Perception positive de la mère	
Résistance	Emploi de la mère	
	Relations conjugales positives	

Comme le Tableau 2 l'illustre, il existe trois grandes catégories de facteurs de protection qui contribuent à la résilience: facteurs individuels, familiaux et du milieu. Selon Gottlieb (1999), les jeunes qui démontrent de la résilience et qui sont capables de surmonter l'adversité vivent dans une famille unie et stable, ils bénéficient d'un soutien externe et disposent de ressources personnelles. En ce qui concerne les facteurs environnementaux, le même auteur énonce l'environnement éducatif positif, le soutien social par les enseignants et les pairs. Jourdan-Ionescu (2001) écrit que ce sont des facteurs constitutionnels et environnementaux qui rendent la personne résiliente, capable de changer et de récupérer face à une situation difficile.

Une approche clinique centrée sur la résilience

Michaud (2001) propose une approche clinique centrée sur la résilience qui favorise l'émergence de comportements autonomes dans un travail axé sur le patient et son cadre d'évolution. Il trouve que la résilience peut déjà constituer un modèle d'intervention pour tous les professionnels oeuvrant auprès des enfants et des adolescents, sans mettre en péril le processus d'autonomisation. Selon lui, faire une anamnèse centrée sur les problèmes et chercher les causes de la détresse peuvent renforcer les sentiments de dépendance des jeunes. Pour ce faire, il recommande de partir des fondements empiriques. L'auteur soutient que si de nombreux facteurs personnels mis en évidence par le client sont de nature constitutionnelle, il est alors possible de les renforcer par le travail clinique. Les enfants et les adolescents résilients

sont en général décrits comme ayant une image d'eux-mêmes positive, manifestant une bonne confiance en soi, suscitant la sympathie. Ils ont un désir de contrôle sur leur vie, de la créativité, de l'indépendance, de l'humour, un bon sens de l'organisation et une certaine maturité sociale. Le travail clinique consistera alors à actualiser ces qualités.

En outre, selon Michaud (2001), différentes stratégies d'intervention peuvent être mises en application auprès des enfants et des adolescents. Les questions axées sur les aspects positifs du développement et de la santé permettent de renforcer les qualités de caractère et les compétences : par exemple, quelles sont les principales qualités que les autres te reconnaissent? Peux-tu donner un exemple de situation difficile que tu as réussi à maîtriser avec succès? Que fais-tu pour te maintenir en santé? Quels sont tes activités et tes loisirs ? Comment te fais-tu des camarades?

Cette approche recommande de proposer aux enfants et aux adolescents d'être plus responsables, d'imaginer avec eux des stratégies d'adaptation et leur donner la possibilité de maîtriser leurs situations. La même approche devrait être adoptée par l'entourage de ces jeunes, que ce soit leur famille ou des adultes significatifs pour eux comme les enseignants et les professionnels.

Le modèle de Calgary relatif à l'évaluation de la famille

Le modèle de Calgary relatif à l'évaluation de la famille de Wright et Leahey (2000) comprend trois dimensions : la structure familiale, le développement familial et le fonctionnement familial.

La structure familiale

L'évaluation de la structure familiale comprend trois aspects: la structure interne, la structure externe et la structure contextuelle. La structure interne réfère à la composition de la famille et à la position que chaque membre y occupe en tenant compte de son âge et son sexe. La structure externe se compose de la famille élargie et les suprasystèmes reliés au travail, aux organismes communautaires, aux systèmes scolaire et sanitaire. Quant à la structure contextuelle, elle comprend l'ethnie, la race, la classe sociale, la religion et l'environnement. Ces aspects de la structure sont évalués avec les instruments, tels que le génogramme et le diagramme famille/milieu (de Montigny et Beaudet, 1997).

Le développement familial

L'évaluation du développement familial part du principe que la famille évolue au fil du temps et s'adapte aux différents cycles de vie (Wright et Leahey, 2000). Chaque famille donne une signification à sa propre évolution. L'évaluation du développement familial englobe les processus évolutifs qui marquent la croissance de la famille. Elle comprend trois aspects: le cycle de la vie familiale, les tâches, et les liens affectifs. Le modèle de Calgary propose six stades dans le cycle de la vie familiale nord-américaine de la classe moyenne. À chacun de ces stades correspondent des tâches developpementales que la famille doit accomplir ainsi que les liens affectifs établis entre les membres. Ces stades sont: le jeune adulte célibataire, le nouveau couple et l'union des familles par le mariage, la famille qui a de jeunes enfants, la famille avec des adolescents, le départ des enfants adultes, et enfin la famille dont les conjoints sont à la retraite. Mais, du point de vue culturel, Wright et Leahey (2000) estiment qu'on ne peut généraliser, ni radicaliser que le cycle de la vie de la famille est universel. Ces auteurs proposent d'examiner attentivement les conséquences que la structure contextuelle a sur le développement de la famille.

Le fonctionnement familial

L'évaluation du fonctionnement familial s'intéresse surtout au comportement des individus, les uns envers les autres. Elle se divise en deux catégories: le fonctionnement

instrumental et le fonctionnement expressif. La première catégorie, celle du fonctionnement instrumental, réfère aux activités de la vie quotidienne tels que l'alimentation et le sommeil. Quant à la deuxième, celle du fonctionnement expressif, elle comprend neuf dimensions: la communication des émotions; la communication verbale; la communication non verbale; la communication circulaire; la résolution des problèmes; les rôles; l'influence et le pouvoir; les croyances; les alliances et coalitions au sein de la famille.

La communication émotionnelle se définit comme étant la capacité d'exprimer et de démontrer les émotions, tels que les sentiments de joie et de crise. La communication verbale possède deux niveaux: le contenu qui réfère aux messages transmis et la relation qui renvoie à la nature des liens entre les personnes. La communication non verbale englobe les messages non verbaux et para verbaux. La communication circulaire fait référence à la réciprocité qui s'établit entre deux personnes. La résolution des problèmes est l'habileté de la famille à résoudre efficacement ses problèmes d'ordre instrumental ou émotionnel. S'agissant des rôles, ils sont liés aux comportements de chaque membre de la famille et se développent à travers les relations avec autrui. Il existe deux types de rôles: le rôle formel qui est le comportement socialement acceptable, et le rôle informel qui est associé au comportement individuel particulier. Quant à l'influence, elle peut se manifester de trois façons: l'influence instrumentale liée aux objets et aux privilèges; l'influence psychologique visant à modifier un comportement par la communication et l'expression des sentiments, et l'influence physique découlant des contacts physiques.

Les croyances sont les perceptions qu'une réalité subjective est vraie. Elles influencent la structure bio-psycho-sociale, spirituelle, et le fonctionnement de chacun. Elles sont accompagnées d'une réponse physiologique et émotionnelle. Elles déterminent la perception qu'une personne a d'une situation ainsi que des solutions à adopter. Les croyances peuvent être facilitatrices lorsqu'elles augmentent, chez les membres de la famille, le nombre de solutions possibles pour résoudre leurs problèmes. Elles sont dites contraignantes lorsqu'elles réduisent les habiletés de chaque membre de la famille à résoudre des problèmes. Enfin, les alliances et coalitions se rapportent à l'orientation, à l'équilibre et à l'intensité des liens entre les membres de la famille (Wright et Leahey 2000).

Le modèle de Calgary s'intéresse plus particulièrement aux familles qui ont à composer avec une problématique de santé ou une transition de vie. La pertinence de son utilisation dans cette étude repose sur certaines constatations. D'abord, les préadolescents immigrants se développent à travers les relations entretenues avec les autres membres de la famille. Ensuite, au moment de l'adaptation aux réalités du nouveau pays, chaque membre de la famille évolue simultanément avec les autres mais de façon différente à cause de ces croyances. Enfin, les membres de la même famille s'influencent mutuellement dans la réorganisation de la dynamique familiale après l'immigration. Ainsi, les préadolescents construisent leurs réalités en donnant un sens aux expériences vécues simultanément dans leurs familles et dans la communauté.

La théorie de la résilience et le modèle de Calgary, présentés dans ce cadre de référence, donnent des orientations concrètes sur la démarche méthodologique de l'essai. Ils guident la collecte des données, l'organisation des données et inspirent l'interprétation des résultats pour identifier les facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux influençant la santé des immigrants préadolescents, originaires d'Afrique subsaharienne. La méthode utilisée pour atteindre le but de cette intervention est présentée dans la partie suivante.

Méthode

Cette partie explique la méthode utilisée pour atteindre le but de l'intervention, qui est d'identifier les facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux qui influencent la santé des immigrants préadolescents, originaires d'Afrique subsaharienne, lorsqu'ils vivent l'expérience d'immigration. Elle comporte aussi la description du milieu de l'intervention, le déroulement de l'intervention et les considérations éthiques.

Méthode utilisée

L'approche qualitative, explique Poisson (1991), permet d'obtenir des informations détaillées sur un groupe de personnes et de mieux saisir le sens profond d'une situation sociale. L'état des connaissances sur le sujet traité étant limité, une approche qualitative de type descriptive a été utilisée pour identifier les facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux influençant la santé des préadolescents originaires d'Afrique, à partir de leurs propres perceptions.

Description du milieu

L'intervention s'est tenue à Gatineau, dans la région de l'Outaouais, dans la partie sud-ouest de la province de Québec.

Le choix de l'Outaouais s'explique par son accessibilité pour l'auteur de l'essai et par son caractère multiculturel. Selon le rapport de la Corporation de développement économique de la ville de Gatineau (2002), la ville de Gatineau dénombre 800 à 1000 nouveaux arrivants par an. Environ 16 000 personnes sont recensées sur un total de 228 000 habitants. En 2002, Accueil Parrainage Outaouais (APO), un organisme d'accompagnement des immigrants, identifie le continent africain comme le principal continent d'origine des immigrants qui constitue sa clientèle. La majorité de ces immigrants viennent de la République démocratique du Congo, du Burundi et du Rwanda.

Échantillonnage

L'échantillonnage utilisé est de type non probabiliste et à choix raisonné; une technique qui, selon Fortin (2005), est basée sur le jugement du chercheur. Le chercheur peut alors constituer son échantillon de répondants en fonction de leurs caractéristiques. Dans cette intervention, l'échantillon est constitué de 10 préadolescents immigrants, arrivés dans la région de l'Outaouais, entre l'âge de 9 et 12 ans, en provenance de l'Afrique subsaharienne. Certains critères ont guidé la sélection des répondants: ils devaient parler et lire le français; leurs parents ou représentants parentaux devaient également parler le français. Pour être certain qu'ils sont arrivés durant la phase de la préadolescence, ces jeunes devaient avoir immigré au Canada entre 9 et 12 ans. Le choix

des garçons se base sur le fait que, selon les responsables d'APO, les difficultés d'intégration sont plus importantes chez ces derniers que chez les filles. Aussi, selon le classement fait par Dion Stout et Kipling (2003), être de sexe masculin fait partie des facteurs de risque de la résilience chez les jeunes. De plus, Jenkins et Keating (1998) démontrent que les garçons de dix ans extériorisent moins ce qu'ils vivent que les filles de même âge.

Le recrutement des répondants est fait par l'organisme «Accueil Parrainage Outaouais (APO)», mieux placé pour rejoindre la population cible de cette intervention. En effet, l'APO est un organisme à but non lucratif, à vocation régionale, fondé en 1979. Sa principale mission est d'accueillir les immigrants et les réfugiés nouvellement arrivés en Outaouais. Il leur offre du soutien à l'intégration dans la communauté. Le déroulement plus spécifique du recrutement est décrit plus loin.

Instruments d'intervention

Trois outils sont utilisés pour l'identification des facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux : un guide d'entrevue essentiellement inspiré de la méthode de l'incident critique, le génogramme et le diagramme de relations famille/milieu (Appendice A).

Guide d'entrevue sur l'incident critique

Le guide d'entrevue est construit sur la base de la méthode de l'incident critique et des principes de l'approche clinique centrée sur la résilience. Selon de Montigny et Lacharité (2002) «la méthode de l'incident critique s'appuie sur la prémisse voulant que les incidents qui sont importants en période de transition tendent à demeurer emmagasinés dans la mémoire de l'individu» p.61. Les mêmes auteurs mentionnent que la technique de l'incident critique utilise la description détaillée des comportements plutôt que des impressions générales, des opinions ou des évaluations. Dans cette intervention, le guide utilisé visait à avoir des informations sur les événements marquants (positifs ou négatifs) vécus par les répondants. Il se révèle un outil bien adapté pour collecter les données selon le stade de développement des préadolescents. Quant à la méthode de l'incident critique, elle a déjà été utilisée auprès des enfants ayant vécu une séparation parentale (Mc Donald, 1989).

Génogramme

Le génogramme est le deuxième outil utilisé pour la collecte des données. Il illustre la composition de la famille (Wright & Leahey, 2000), permet de comprendre son organisation sur plusieurs générations et donne un aperçu des stades du cycle de vie familial. Il permet aussi de saisir les tâches développementales de la famille. La pertinence de cet instrument de recherche repose sur le fait qu'il permet de connaître la

structure de la famille du répondant et de suivre ses mouvements migratoires. C'est un outil qui permet de collecter les données socio démographiques et incite la participation des préadolescents à l'entrevue.

Diagramme de relation famille/milieu.

Le troisième outil utilisé pour collecter les données est le diagramme de relations famille/milieu. Pour de Montigny et Beaudet (1997), ce diagramme permet de décrire visuellement les liens que chaque membre de la famille entretient avec les autres membres, et aussi avec le monde qui l'entoure; que ces liens soient une source de conflits ou d'enrichissement. Le diagramme de relation famille/milieu diffère de l'écocarte qui cible principalement les liens qu'entretiennent les membres de la famille avec l'extérieur sans examiner les liens tissés à l'interne (de Montigny et Beaudet, 1997). Il est représenté schématiquement par un cercle à l'intérieur duquel se trouvent les membres de la famille. Ce cercle familial est entouré par de nombreux autres cercles (organismes sociaux, personnes significatives, etc.), qui constituent le suprasystème du système familial. Pour préciser la nature et la force des liens, on relie les membres du cercle familial entre eux et, par la suite, on établit les relations avec les composantes du suprasystème.

Dans le cadre de la présente intervention, l'utilisation du diagramme de relations famille/milieu permet de collecter les données pour examiner les liens que les répondants entretiennent, d'une part, avec les autres membres de leurs familles, et d'autre part avec leurs familles élargies et les systèmes scolaires. Bref, avec le milieu dans lequel ils vivent. Le diagramme de relations famille/milieu permet ainsi de mettre en évidence les facteurs familiaux et environnementaux qui influent sur le processus d'adaptation. Le diagramme de relations famille/milieu est un outil utilisé couramment par les infirmières et les travailleurs sociaux en pratique clinique auprès des enfants et des adolescents. Toutefois, l'auteur de cet essai n'a trouvé aucun écrit sur son utilisation en recherche.

La validation des instruments d'intervention

Les trois outils guides de l'intervention (le guide d'entrevue, le génogramme et le diagramme de relations) sont validés au niveau du contenu, de l'apparence et de la compréhension des questions. La validation du contenu du génogramme et du diagramme de relations est faite auprès de la directrice et de la codirectrice du projet d'essai, parce que ces deux personnes ont de l'expérience dans l'utilisation de ces outils dans la pratique infirmière auprès d'enfants et adolescents. Le contenu du guide d'entrevue est validé auprès de la directrice d'essai, très familière avec cette technique pour l'avoir utilisée dans ses recherches. La validation d'apparence de l'ensemble des

instruments est faite auprès d'un père de famille, immigrant d'origine africaine, professeur dans une université de la province du Québec et ayant une expertise de recherche sur la communication interculturelle, afin de s'assurer que les questions sont culturellement acceptables. La compréhension des questions, selon le développement des préadolescents, est validée auprès de deux préadolescents immigrants africains. Ces derniers n'ont pas été retenus pour participer à cette intervention.

Considérations éthiques

Cette intervention est considérée à risque minimal. Le protocole de recherche est approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Les répondants ainsi que les représentants parentaux légaux sont informés du projet par une lettre de recrutement comportant le titre du projet, les objectifs, le déroulement et les bénéfices du projet. Une copie du formulaire de consentement, signé par chaque adolescent retenu pour officialiser son accord de participer au projet, est remise à chaque représentant familial. Dans ce formulaire, les participants confirment que l'intervention leur est expliquée verbalement et que l'intervenante a répondu à leurs questions. Ils reconnaissent s'être engagés librement et être libres de retirer leur consentement et de mettre fin à leur participation sans avoir à en fournir les raisons et sans préjudices.

Les répondants et leurs parents sont informés des mesures utilisées pour assurer la confidentialité et l'anonymat des informations recueillies. L'identification des sujets retenus se fait par l'attribution d'un code et de noms fictifs sur les transcriptions, les génogrammes, les diagrammes de relations famille/milieu et les cassettes d'enregistrement audio. Seule l'intervenante est en mesure de savoir qui est représenté par chaque code. Le matériel d'entrevue et les formulaires de consentement sont rangés dans un classeur verrouillé. Les répondants sont informés du risque minimal encouru à la suite de l'entrevue accordée. Un inconfort passager (colère, tristesse, découragement) peut être ressenti suite à l'évocation de certains souvenirs. Les répondants sont avisés que, s'ils expérimentent de tels sentiments, de le mentionner à l'intervenante pour qu'elle les réfère à des ressources d'aide appropriées. Les coordonnées téléphoniques pouvant permettre de rejoindre l'intervenante, la directrice de l'essai, ainsi que le président du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais leur sont transmises pour qu'ils communiquent toutes difficultés rencontrées suite à cette intervention ou au cours de son déroulement.

Déroulement de l'intervention

L'intervention se déroule en trois étapes: le contact avec le milieu, la mobilisation des préadolescents et la collecte des données.

Contact avec le milieu

Pour réaliser cet essai, le directeur d'APO est rencontré pour lui expliquer le but et les avantages de cette intervention, tels que décrits dans le document d'intervention clinique (Appendice B). Cette rencontre a aussi permis d'obtenir son accord écrit quant à la participation de son organisme (Appendice C). À cette occasion la copie du certificat d'éthique (Appendice D) et la lettre de recrutement (Appendice E) lui sont remises

Mobilisation des préadolescents autour du projet d'intervention

La mobilisation consiste à informer, par le biais de la lettre de recrutement, les préadolescents, leurs parents ou leurs représentants parentaux légaux, qui reçoivent les services de l'APO, du projet de l'intervention. Ladite lettre contient les points suivants: le titre du projet, les objectifs, le processus de déroulement des activités, les modalités de participation, les avantages et les inconvénients liés à cette participation, les coordonnées de l'intervenante, de la directrice d'essai et celles du président du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Par la suite, le directeur de l'APO réfère à l'intervenante les personnes qui manifestent leur intérêt à participer à l'intervention. L'intervenante communique par téléphone avec les parents intéressés, pour prendre des rendez-vous en fonction de leur disponibilité et de celle de leurs enfants. Mais malgré ces précautions, une certaine résistance s'est manifestée du

coté des parents. Un jour, un parent dit que, venant d'arriver au Canada et ayant de nombreuses démarches administratives à compléter, il éprouve des réticences à participer à cette intervention. Il craint que sa participation à un tel projet puisse avoir une incidence négative dans l'aboutissement de ses démarches au niveau des services de l'immigration québécoise et canadienne. Il mentionne que cette crainte est partagée par plusieurs parents.

Selon Lescabeau, Payette et St-Arnaud (2001), la résistance au changement est une réaction d'ordre socio-affectif à l'introduction d'une nouveauté perçue comme une menace par une ou plusieurs personnes. Pour comprendre la raison qui peut amener des parents à ne pas vouloir que leurs enfants participent à l'intervention, deux hypothèses sont formulées pour mieux cerner la réticence à l'intervention. La première hypothèse est liée à la phase d'adaptation de la famille: les familles immigrantes qui sont dans la phase nostalgique après l'immigration peuvent manifester plus de méfiance et le refus de participer à des projets de recherche. La deuxième hypothèse est liée à l'attitude protectrice des parents envers leurs enfants: au cours du processus migratoire, les membres de la famille se trouvent dans l'obligation de s'ajuster à leur nouvelle réalité. Le système familial tend donc à adopter des attitudes protectrices envers ses membres jusqu'à ce que ces derniers parviennent à s'adapter, d'une part pour éviter de les replonger dans le passé, et d'autre part pour leur épargner le stress et l'exposition à des situations non désirables.

L'analyse de cette situation amène l'intervenante à se questionner sur l'impact des croyances des immigrants, récemment installés au Canada, sur leur participation à cette intervention. Cette analyse soutient l'intervention pour surmonter les réticences et rallier les parents et amis. L'intervenante choisit d'expliquer à nouveau le projet aux parents et de les rassurer quant à la confidentialité et l'anonymat des informations fournies.

Collecte des données

L'intervenante effectue une entrevue semi-dirigée d'une quarantaine de minutes par répondant, en utilisant le guide sur l'incident critique, le génogramme et le diagramme de relations famille/milieu. Les entrevues ont lieu aux domiciles des répondants selon un calendrier établi en collaboration.

Au début de l'entrevue, l'intervenante prend soin d'expliquer aux parents et aux répondants les objectifs, le déroulement, la durée de l'intervention, les dispositions prises pour garantir l'anonymat, la confidentialité et la liberté de se retirer de l'intervention en tout temps. Les répondants sont mis au courant de la nécessité d'enregistrer l'entretien et de la prise des notes, par l'intervenante, tout au long de l'entrevue. Le formulaire de consentement (Appendice F) est signé par les préadolescents et leurs parents, de façon libre et éclairée.

Les entrevues semi-dirigées permettent d'aller au-delà des questions posées en s'assurant d'obtenir des renseignements sur les mêmes aspects avec les différents répondants, tout en offrant la latitude d'explorer en profondeur certains facteurs. Les schémas réalisés à la suite du génogramme et du diagramme de relations famille/milieu permettent de collecter des données sur certains facteurs familiaux et environnementaux, et d'établir une relation de confiance préadolescents/ intervenante.

Méthodes d'analyse des données

L'analyse qualitative des données est faite selon la procédure d'analyse de contenu qui, selon Colaizzi (1978), comporte les étapes suivantes: 1) la lecture de chaque description et la saisie de l'impression qui s'en dégage; 2) le dégagement des énoncés significatifs et l'établissement des liens avec les dimensions à l'intervention (du cadre théorique); 3) l'analyse de la signification des énoncés retenus et la tentative de les reformuler clairement; 4) le regroupement des unités de signification en thèmes plus globaux; 5) le rassemblement des résultats de l'analyse et la tentative d'une description exhaustive du phénomène à l'étude; 6) la validation de la description exhaustive.

Dans cette intervention, les données recueillies sont transcrites mot à mot. La lecture de ces transcriptions permet de dégager les énoncés significatifs. Ces énoncés sont ensuite regroupés en des thèmes plus globaux pour constituer des catégories selon deux des dimensions du modèle de Calgary: la structure de la famille et le

fonctionnement expressif. La troisième dimension du modèle de Calgary, qui porte sur le cycle de vie familial, n'est pas prise en considération parce qu'elle n'est pas axée sur le cycle de vie individuel qui intéresse plutôt la présente intervention. Les catégories ainsi obtenues sont lues pour faire une description exhaustive des facteurs de risque et de protection. La validation de la description obtenue est faite de façon informelle auprès de quelques répondants, de la directrice et la co-directrice d'essai.

Cette procédure d'analyse permet de décrire l'expérience d'être préadolescent immigrant, la signification d'être en santé pour le préadolescent africain immigrant et d'identifier les facteurs personnels, familiaux et environnementaux qui permettent au préadolescent de se garder en santé dans les évènements entourant l'expérience d'immigration durant les trois premières années. Les résultats de l'intervention suite à cette procédure d'analyse sont présentés au chapitre qui suit.

Résultats

Cette partie présente les résultats de l'étude en fonction des objectifs précédemment énoncés. Elle est divisée en trois sections: le profil des participants, la structure familiale et le fonctionnement expressif des répondants.

Le profil des participants

Dans le cadre de cette intervention, dix préadolescents de 10 à 13 ans sont rencontrés. L'âge moyen des répondants au moment de l'entrevue est de 11,4 ans. Il faut souligner qu'au préalable, l'intervention visait les enfants de 9 à 12 ans. Mais au moment de l'enquête en 2005, les enfants visés avaient dépassé d'au moins 5 mois les neuf ans et les 12 ans; d'où l'arrondissement de la fourchette d'âge à 10 et 13 ans. Les répondants à cette intervention vivent au Canada depuis une période allant de six mois à deux ans. Neuf sur dix répondants ont transité par d'autres pays avant d'arriver au Canada. Leur trajectoire migratoire est présentée dans le Tableau 3.

Tableau 3

Trajectoire migratoire des répondants.

Sujet	Pays d'origine	Pays de transit	Année d'arrivée au Canada 2005	
#1	RDC	Rwanda Ouganda		
#2	RDC	Kenya	2005	
#3	RDC	Kenya	2005	
#4	Burundi	Tanzanie	2003	
#5	Rwanda	Bénin	2004	
#6	RDC	Rwanda Ouganda Kenya	2005 2005	
#7	RDC	Rwanda Ouganda Kenya	2005	
#8	RDC	Aucun	2005	
#9	RDC	Tanzanie Zimbabwe	2005	
#10	Burundi	RDC	2005	

RDC: République Démocratique du Congo

Il ressort de la lecture de ce tableau que tous ces jeunes sont originaires de l'Afrique centrale (région des grands lacs). À l'exception du répondant # 8, tous les répondants ont déjà vécu l'expérience d'être immigrant dans un autre pays que le Canada.

Les répondants remémorent leurs trajectoires et la façon dont ils ont vécu cette expérience. Le répondant # 8 raconte:

Nous avons quitté pendant la guerre et j'étais petit. Je pense que j'avais 4 ans. Nous sommes partis en Tanzanie où nous vivions dans un camp. Après nous sommes partis au Zimbabwe. Je pleurais, je ne pouvais plus marcher. J'avais mal partout.

Par ailleurs, le fait de ne pas avoir connu l'expérience être immigrant ailleurs ne facilite pas nécessairement l'expérience d'être immigrant en Outaouais. Le répondant # 8 dit:

Si je devais connaître l'expérience d'être immigrant, je demanderai à un jeune s'il aime ici ou s'il regrette d'y être venu. C'est quand même dur de s'adapter. Ici les gens ne parlent pas de la même façon et ils ne sont pas pareils que moi donc c'est dur de s'adapter.

Ces propos, montrent que l'expérience d'être préadolescents immigrants est teinté de souvenirs significatifs que ce soit sur le plan émotionnel, social et culturel.

Structure familiale des répondants

Les répondants ont tous immigré avec leur famille. L'analyse des données recueillies à l'aide du génogramme et du diagramme de relations famille/milieu permet de dégager un portrait de la structure familiale des répondants. Ce portrait permet de dégager les facteurs familiaux influençant la santé des répondants durant les mois suivant l'immigration. Ces facteurs sont présentés au Tableau 4 et expliqués dans le texte qui suit.

Tableau 4 Structure familiale des répondants

Numéro	Âge	Type de famille	Taille de la famille	Rang du répondant	Activité principale du répondant	Activités principales des parents
#1	12	Séparé	6 (deux vivent ailleurs)	6	École	Mère à la recherche d'emploi
#2	12	Biparental	5	2	École	Père travaille, mère aux études
#3	10	Biparental	5	3	École	Père travaille, mère aux études
#4	13	Monoparental	3	3	École	Mère est aux études et travaille
#5	12	Monoparental	3	3	École	Mère est aux études et travaille
#6	12	Biparental	7	1	École	Mère et père travaillent
#7	10	Biparental	7	2	École	Père est aux études et travaille Mère travaille à la maison
#8	12	Biparental	4	4	École	Les 2 parents travaillent
#9	11	Monoparental	7	5	École	Mère à la recherche d'emploi
#10	10	monoparental	4 (2 vivent ailleurs)	3	École	Mère à la recherche d'emploi

Structure familiale interne

Comme le Tableau 4 le montre, tous les répondants interviewés vivent au sein de leur famille. Dans le sous-système parental des familles des répondants, cinq sur 10 vivent au sein d'une famille monoparentale matriarcale. Quatre des répondants sont orphelins de père et un autre est séparé de son père, à la suite des déplacements migratoires. Au sein du sous-système parents/enfants, les répondants mentionnent qu'ils ont des liens forts avec leurs parents. Le répondant # 9, vivant dans une famille monoparentale déclare :

Quand j'ai quelque secret ou quelque chose qui me fait mal ou me fait du bien, je le dis à ma mère. Les autres sont deux et, en plus, mes grandes sœurs sont toujours là pour me chicaner alors que ma mère, elle, m'écoute et me dit quoi faire et ce que je ne peux pas faire, sans qu'elle me chicane.

Le répondant # 7 qui vit dans une famille biparentale dit: «La première personne à qui je me confie c'est mon père, s'il n'est pas là, je le dis à ma mère». Ces propos démontrent que la présence d'un parent et sa disponibilité facilitent l'intégration des préadolescents. Ces propos témoignent aussi que, bien qu'aux prises avec des activités liées au travail et aux responsabilités parentales, les parents établissent des liens significatifs avec leurs jeunes. Ils sont à l'écoute de ce qu'ils vivent. Ils sont là pour les aider lorsque les relations avec leurs amis se compliquent ou lorsque survient une situation difficile.

En ce qui concerne le sous-système fraternel, la configuration de la fratrie montre que tous les répondants, à l'exception d'un seul, occupent des rangs qui indiquent qu'ils ont des grands frères ou grandes sœurs. Sept des 10 répondants vivent dans une famille de cinq enfants et plus. Deux des 10 répondants vivent dans des familles de trois enfants et sont les plus jeunes. Leur rang leur permet de trouver des confidents et des conseillers parmi les grandes sœurs et les grands frères. Ils échangent ainsi des idées et des sentiments. Le répondant # 4 révèle:

(...) Je ne me sentais pas capable de dire ce que je vivais. J'ai fini quand même par tout dire à ma sœur. C'est elle qui me disait comment faire quand les autres se moquaient de moi ou refusaient de me parler.

Les relations familiales démontrent que chaque membre a des liens très forts avec les autres membres de son sous-système, de même qu'avec ceux des autres sous-systèmes. Les sous-systèmes au sein des familles des répondants semblent comporter les frontières perméables qui permettent aux préadolescents d'avoir accès à l'écoute, l'aide et au soutien des membres de la famille qui sont dans d'autres sous-systèmes.

Structure familiale externe

En ce qui concerne les familles élargies, la nature des liens entretenus avec la famille élargie renseigne sur la qualité et l'importance du réseau de soutien. On constate un effritement des liens des répondants avec les familles élargies. Sept répondants sur 10 n'ont pas de membres de la famille élargie ici au Canada. Ils signalent que les membres de leur famille élargie sont décédés ou qu'ils ignorent tout simplement l'endroit où ils se

trouvent. Seuls trois répondants mentionnent qu'ils ont un oncle ou une tante au Canada. L'absence de la famille élargie occasionne une restriction sociale au niveau du réseau de soutien des préadolescents. Ainsi déclare le répondant #8: «Mes cousins me manquent, je leur parle quelquefois mais ils me manquent quand même beaucoup». De ce fait, ces derniers ne peuvent pas compter sur la famille élargie: les cousins, les tantes et les oncles. Ils sont nombreux à ne pas bénéficier des avantages de la famille élargie, comme ce répondant, par exemple, dont le cousin est au Canada, qui énonce: «Lorsque j'ai quelque chose, j'appelle mon cousin» (répondant #2).

Quant aux liens avec le suprasystème, tous les répondants vont à l'école et mentionnent leur intérêt pour les études. Ils ne rapportent pas de problèmes d'apprentissage. Les parents de cinq répondants sont aux études. Ces données offrent un portrait de la valorisation de la scolarisation dans ces familles. Cependant, lors des premiers jours de l'école, beaucoup de jeunes avaient un intérêt mitigé envers l'école. Le répondant # 6 déclare:

Comme je ne comprenais pas bien le français et eux aussi, ne comprenaient pas mon français, on arrivait pas à bien se comprendre. Les gens pensaient que j'avais un problème mental et m'ont envoyé voir le psychologue. Comme lui il parlait l'anglais, je lui ai expliqué le problème avec le groupe des autres de ma classe. Le psychologue a dit que je n'étais pas malade et que c'est que les autres ne comprenaient pas bien ce que je voulais dire.

Les répondants soulignent l'importance des enseignants dans leur adaptation. Les discours montrent que ces derniers, lorsqu'ils sont à l'écoute de ce que vivent les

répondants, ils apportent un grand soutien d'accompagnement aux jeunes immigrants. Ce soutien réduit le stress et facilite leur intégration. Le répondant # 9 rapporte:

J'avais peur qu'il me pose des questions en classe et que je ne suis pas capable de bien parler. Il attendait que les autres part pour me demander si j'ai bien compris. Je lui disais ce que je n'avais pas compris. Je n'avais pas honte de lui parler, même avec un mauvais français.

Au sujet des amis, les répondants rapportent que leurs parents ne rendent pas visite aux amis ou le font très peu. Ces propos laissent entrevoir un certain isolement de la famille envers la communauté. En effet, les familles semblent repliées sur elles-mêmes. Quant aux répondants, c'est dans les premiers jours suivant leur arrivée au Canada et au contact avec les jeunes de leur âge qu'ils ont vécu l'isolement: « Je parlais tellement mal le français que les autres se moquaient de moi. Alors je n'osais plus le parler et je ne parlais à personne». Lors de cette intervention, 80% des répondants révèlent qu'ils n'ont pas eu de la facilité à aborder les autres enfants québécois de leur âge lorsqu'ils sont arrivés et ce, malgré le désir de socialiser avec eux. En revanche, ils expriment la capacité d'aimer, de répondre à l'amitié des autres, de respecter ce qui vient des autres, et de valoriser les autres, particulièrement ceux qui les ont abordés en premier. En exemple, le répondant # 9 dit:

Ce n'est pas facile pour moi de me faire des amis parce que je n'aime pas trop parler. J'ai seulement deux amis à l'école. Quand je suis arrivé, ils sont venus me voir et ils m'ont demandé de jouer avec eux. Depuis ce temps là, à l'école je joue avec eux et nous sommes devenus des amis.

C'est surtout l'invitation de ces derniers à participer à leurs jeux qui permet à ceux qui n'en étaient pas capables de se créer des réseaux d'amis. Cette acceptation par les pairs a aidé les préadolescents immigrants à combattre l'isolement social et à développer de nouvelles habiletés à travers les jeux d'équipe. Ils ont ainsi réussi à résoudre, entre autres, le problème linguistique. À ce sujet le répondant # 1dit:

Je regardais les autres jouer. Je me demandais comment leur dire que je veux jouer moi aussi. Je me sentais gêné et j'avais peur qu'ils refusent. Il y a un qui est venu et qui m'a demandé si je venais d'arriver et il m'a dit de venir jouer avec eux. Le lendemain et les autres jours je sortais jouer avec eux et j'ai vu comme ça les autres qui habitent avec nous sur le même étage. À l'école, je n'ai pas eu de problème parce que les mêmes amis étaient dans la même école que moi.

Au moment de cette intervention, la majorité des répondants disent avoir au moins deux amis. Les discours démontrent que ce qui compte chez les préadolescents immigrants, c'est moins la quantité d'amis que la qualité des relations. L'importance d'avoir des amis, selon les répondants, c'est que cela leur permet de trouver un groupe de soutien et de confidents. Le répondant # 1 souligne: « Quand j'ai un problème ou une chose qui me fait mal, je le dis à mon ami»

Structure familiale contextuelle

Comme le montre le Tableau 4, dans les familles biparentales, un ou deux des parents travaillent, alors que dans les familles monoparentales, trois mères sont sans emploi et les deux autres vont à l'école et travaillent en même temps. Lors des entrevues

dans les domiciles, l'intervenante a constaté que huit répondants habitent les appartements dans des quartiers où les loyers sont modiques et les espaces sont trop restreints pour des familles de grande taille.

Il se dégage de l'analyse de la structure familiale qu'en l'absence de la famille élargie, les familles des répondants semblent se replier sur elles-mêmes. L'expérience d'immigration chez les préadolescents est facilitée par les relations positives entre les membres de la famille. C'est surtout l'école qui offre aux préadolescents immigrant l'ouverture à la société.

Fonctionnement expressif des préadolescents

L'analyse du fonctionnement expressif des répondants permet de compléter l'identification des facteurs personnels et environnementaux qui influencent la santé des répondants.

Communication verbale

Tous les répondants communiquent en français, mais rapportent qu'ils étaient incapables de s'exprimer en français et de comprendre l'accent québécois dans les premiers mois suivant leur arrivée au Canada (Québec). Dans cette intervention, les

répondants évoquent avoir connu des sentiments de gêne, des attitudes d'évitement, le rejet des autres et des difficultés à participer aux exposés ou activités en groupe parce qu'ils ne maîtrisaient pas la langue française. Ce souvenir pousse les préadolescents immigrants à chercher à épargner les nouveaux immigrants de cette expérience douloureuse. Le répondant # 6 dit:

J'ai offert à mon professeur d'être interprète pour les autres élèves qui proviennent directement de l'Afrique. Alors maintenant quand un professeur a de la difficulté à comprendre ou dire quelque chose, il m'appelle pour traduire. Je parle bien cinq langues. Je peux parler avec les enfants du Congo, de la Tanzanie, du Burundi, du Rwanda, de l'Ouganda et du Kenya.

Finalement, c'est à travers les activités ludiques à l'école ou dans le quartier que tous les répondants ont appris à communiquer couramment. Le répondant # 4 déclare:

Dans le quartier, il y a un enfant qui est venu me saluer et m'a demandé si je voulais aller jouer avec lui dans la neige. Je lui ai dit que je ne sais pas jouer dans la neige et il a dit qu'il allait me montrer. Lui, il parlait mal le français que moi! Il parlait en anglais et moi, je ne comprenais pas l'anglais. Mais nous avons joué ensemble chaque soir et c'est comme ça que j'ai appris quelques mots d'anglais, et maintenant je parle l'anglais et le français.

Les relations établies, après un certain temps, avec les amis ont beaucoup contribué à l'acquisition des compétences en communication dans les langues officielles du Canada. En fait, l'effort pour communiquer adéquatement était, pour chaque préadolescent, un prérequis à l'expression des sentiments et à la résolution des problèmes.

Communication des émotions

Dans les discours, il se dégage que les répondants éprouvaient une incapacité à exprimer leurs peurs, leurs anxiétés, leurs sentiments de colère et de tristesse dans les premiers mois en Outaouais, et cela que ce soit à l'école ou dans leur quartier de résidence. Le répondant # 4 rapporte :

Je n'avais pas d'amis à l'école, je restais seul et les autres aussi ne voulaient pas jouer avec moi jusqu'à ce que l'enseignante demande aux autres d'être gentils et de jouer avec moi. Je ne me sentais pas capable de dire ce que je vivais et ça me faisait mal .

Pour partager leur vécu dans les premiers mois d'immigration, ils choisissaient de communiquer avec les membres de leur famille proche, tel que rapporté précédemment.

Résolution de problèmes

Au niveau de la capacité à résoudre des problèmes, on note que les répondants cherchaient de l'aide physique et psychologique à leur arrivée au Canada. Trois stratégies de résolution de problèmes se dégagent des discours recueillis: la communication avec l'autre, la consultation d'un adulte et la résignation. Dans la première stratégie, le répondant privilégie la communication avec le ou les jeunes qui lui posent des problèmes, comme l'explique ce préadolescent: «Je m'en sors facilement quand les gens ne sont pas gentils avec moi. Je m'en vais voir la personne et je lui dis que ça me fait mal ». Dans la deuxième stratégie, le répondant préfère se confier à un

adulte qui peut le conseiller sur ce qui est socialement faisable et acceptable. Le répondant # 7 révèle:

Si j'ai un problème je le dis à quelqu'un qui me dit quoi faire. La première personne à qui je le dis c'est mon père et si mon père n'est pas là et que je ne peux pas attendre, je le dis à ma mère.

La troisième stratégie consiste à se résigner devant ses problèmes, devant une situation qui se complique de plus en plus. Le répondant # 10 dit: « Je fais de façon que je n'ai pas des problèmes. Quand j'ai un problème je ne le dis à personne». Même pas à mes amis ni à ma mère. » Le répondant # 8 énonce:

Tout dépend de la situation. (...). Quand c'est une situation que je veux garder pour moi, je la garde. Si je ne trouve pas une solution et que je ne peux rien faire, je laisse faire. Je ne reste pas sur une chose si je ne peux pas rien faire.

Dans tous les cas, les répondants décident de la stratégie en fonction de la situation problématique. Comme l'indiquent les propos cités ci-haut, les répondants font preuve d'interdépendance dans le processus de résolution des problèmes, c'est-à-dire d'équilibre entre l'indépendance et la dépendance situationnelle. Chez les préadolescents immigrants, la dépendance situationnelle s'applique à diverses activités comme la recherche de l'aide physique et psychologique. Quant à l'indépendance, elle se désigne par les efforts que les répondants font pour arriver à résoudre, eux -mêmes, des problèmes dans la mesure des capacités personnelles. C'est cette interdépendance qui leur permet de se sentir en sécurité, soutenus et capables d'exprimer leurs sentiments et de demander, au besoin, du soutien.

Croyances

L'analyse des croyances des répondants en lien avec la santé permet de décrire la signification d'être en santé chez les préadolescents immigrants. Les dires des répondants montrent qu'ils ont une perception positive d'eux-mêmes. Ils s'évaluent comme gentils, polis, calmes, généreux. Ce regard positif envers eux-mêmes est largement consolidé par la bonne appréciation des autres. Le répondant # 4 dit: «Pour les qualités, le monde me dit que je suis un garçon gentil, calme et poli». D'une part, cette appréciation positive des autres et la bonne estime de soi poussent les répondants à faire preuve d'initiatives et de réalisation de soi. D'autre part, elles influencent la signification que chaque préadolescent donne à la santé. Ainsi, huit répondants sur 10 qui se considèrent en bonne santé, mentionnent qu'être en santé c'est: «vivre en paix; être pacifique; être bien dans sa peau; c'est pouvoir faire des exercices physiques; avoir du moral et se faire des amis ». La signification de la santé donnée par les répondants diffère à certains égards dans la description et l'explication qu'ils font de leur état. La différence réside dans les attributs privilégiés. Le répondant # 1 dit: «C'est manger bien, vivre en paix et être pacifique. Je ne me considère pas en santé parce que je ne suis pas pacifique. (...) être pacifique signifie rester calme, ne pas faire de bruit.» Pour le répondant # 5:

C'est bien manger, éviter les Mc Donald. Je me considère en santé parce que je mange les fruits et les légumes, je fais du sport et j'ai des amis. Ce que je conseillerai à un autre jeune qui vient d'arriver pour rester en santé, c'est de bien manger et de faire du sport. S'il ne connaît pas un sport, il n'aura qu'à regarder comment les autres font et

d'essayer de le faire aussi. La première fois cela va être difficile mais un mois après il sera capable de jouer comme les autres.

Ces différences entre les attributs se reflètent dans les comportements que les préadolescents adoptent en conséquence. En général, il ressort de leurs croyances que la santé n'est jamais acquise. Elle devrait être construite continuellement en respectant un certain style de vie: faire du sport, manger des repas riches en légumes et en fruits, éviter de manger du Mc Donald, avoir une régularité dans la prise des repas et dormir tôt. On pourrait conclure que la santé, chez les préadolescents immigrants, est une fonction utilitaire visant à satisfaire les besoins physiologiques et psychologiques.

En outre, la tendance des répondants à inclure constamment la paix, le pacifisme et la confiance en soi dans les attributs d'être en bonne santé pourrait s'expliquer par les expériences vécues dans leurs trajectoires migratoires et les premiers mois après leur arrivée au Canada: guerre, violences, discrimination, isolement, etc. Les propos suivants en témoignent:

Le répondant # 4 dit:

Si je veux savoir sur l'expérience d'être immigrant d'un jeune de mon âge, je lui demanderai s'il aime le Canada. Moi, j'aime le Canada parce qu'il n'y a pas de guerre et les enfants ne meurent pas de faim.

Le répondant # 5 déclare:

Si je veux savoir l'expérience d'être immigrant d'un jeune de mon âge, je lui demanderai comment est-ce qu'il fait pour vivre avec les autres qui se moquent de lui. Moi, je les ignore. Le conseil que je lui donnerai c'est de chercher les amis immigrants, et comme ça quand les

autres vont se moquer d'eux, ils seront beaucoup et c'est facile de les ignorer.

Trois aspects ressortent de l'analyse du fonctionnement expressif chez les répondants. Le premier aspect est le rôle central de la maîtrise de la langue française dans l'expression des sentiments et dans la résolution des problèmes. En effet, dans les premiers jours suivant l'immigration, ne parlant pas bien la langue française, ils vivent l'isolement à cause de l'évitement et du rejet des autres. C'est quand ils maîtrisent le français qu'ils sont capables de s'exprimer et de résoudre les problèmes rencontrés. Le deuxième aspect est l'influence des appréciations des autres envers eux sur leur estime de soi. Le troisième aspect porte sur l'influence des expériences vécues sur la signification d'être en santé. En fait, les répondants adoptent les comportements qui leur permettent de se garder en santé selon la signification qu'ils donnent à la santé.

Le processus illustré dans cette partie démontre les facteurs personnels, familiaux et environnementaux qui influencent l'expérience d'être immigrant chez les préadolescents. Ce processus décrit aussi la signification d'être en santé chez les préadolescents immigrants originaires d'Afrique subsaharienne. La prochaine partie présente la discussion des résultats obtenus.

Discussion

La question principale à laquelle tente de répondre cette intervention est d'identifier comment les préadolescents immigrants originaires d'Afrique subsaharienne décrivent les facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux qui leur ont permis de se garder en santé durant les premiers mois suivant leur immigration. Par rapport à cette question, il s'agit ici de discuter de ces facteurs présentés dans les résultats obtenus, en les comparant aux tendances relevées dans la problématique, la revue des écrits et le cadre conceptuel.

Manciaux, Vanistendael, Lecomte et Cyrulnik (2001) précisent que la résilience résulte de l'interaction de facteurs de risque et de protection et que le même facteur peut être de risque ou de protection selon le contexte, la nature, l'intensité du stress, les personnes concernées et les périodes de vie. Pour ce faire, il convient d'aborder ce qui ressort des facteurs de risque et de protection entourant l'expérience d'immigration des répondants.

Facteurs de risque

Les résultats de cette intervention démontrent plusieurs facteurs de risque personnels pour les répondants. D'abord, ils sont venus de pays en guerre: Rwanda, Burundi, République démocratique du Congo. Ensuite, ils ont vécu de nombreux deuils:

décès ou disparition des personnes significatives de la famille. Ils ont aussi fait de multiples migrations, en transitant par un ou plusieurs autres pays avant d'arriver au Canada. Enfin, à leur arrivée dans l'Outaouais, ils ont difficilement réussi à s'intégrer dans un nouvel environnement où ils vivent sans repères culturels. Ces expériences d'immigration, y compris celles des pays de transit, constituent des changements dans l'environnement et dans les rapports interpersonnels qui sont des sources potentielles de stress. Elles correspondent au classement de Theis (2001), selon lequel les menaces vitales comme les conflits et la famine font partie des facteurs de risque pour les enfants. Elles concordent aussi avec les facteurs de risque classés par Dion Stout et Kipling (2003). Être de sexe masculin, être issu d'une communauté raciale et ethnique minoritaire et vivre une expérience stressante sont également des facteurs de risque.

Les résultats indiquent également plusieurs facteurs de risque familiaux. Plus de la moitié des répondants vivent dans les familles monoparentales, à cause du décès ou de la séparation avec leur père. Ils sont également nombreux à vivre dans de grandes familles: cinq enfants et plus. Ces situations familiales constituent des facteurs qui augmentent la probabilité que les jeunes développent des problèmes émotifs ou comportementaux (Dion Stout et Kipling, 2003; Theis, 2000).

En ce qui concerne les facteurs de risque environnementaux, les résultats de cette étude montrent aussi que 80% des répondants vivent dans des quartiers pauvres et dans des logements surpeuplés. Leurs familles connaissent une situation économique

médiocre: le plus souvent, le père ou la mère est aux études et à la recherche d'un emploi. Pour les facteurs de risque sociaux, les préadolescents immigrants originaires d'Afrique subsaharienne vivent l'isolement dans une société étrangère. L'incompréhension du langage et de la signification de ce qui les entoure, l'évitement et le rejet dont ils sont victimes de la part de certains jeunes de leur âge, sont quelques-unes des causes de cet isolement.

Les préadolescents immigrants sont donc confrontés à plusieurs facteurs de risque appartenant aux catégories personnelle, familiale et environnementale. Or, selon Richman et Fraser (2001), la présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque augmente la probabilité d'avoir un impact négatif. Cependant, les répondants se considèrent en santé et fonctionnent normalement. Il est donc intéressant d'examiner les facteurs de protection leur ayant permis de préserver la santé, en dépit des nombreux risques.

Facteurs de protection

Les facteurs de protection qui ressortent des résultats obtenus sont personnels, familiaux et environnementaux. Ils ont permis aux répondants de surmonter les difficultés rencontrées.

Facteurs de protection personnels

De façon générale, durant les premiers mois suivant leur immigration, les préadolescents réagissent aux changements par des réponses qui favorisent leur adaptation et assurent leur intégrité en matière de croissance et de développement. Ils font preuve d'une habileté intellectuelle qui leur permet d'apprendre à communiquer en français. Cette acquisition langagière leur donne la capacité d'extérioriser leurs sentiments, d'avoir une aptitude à se faire des amis et à résoudre les problèmes en faisant l'équilibre entre l'indépendance et la dépendance. Leur compétence sociale et la manière dont ils ressentent l'appréciation des autres rehaussent beaucoup leur estime de soi. L'estime positive chez eux influence l'autonomie décisionnelle à adopter des comportements favorables au maintien de la santé. On pourrait dire alors que la compétence sociale est une force pour leur intégration et un élément d'optimisation vers les événements futurs, c'est-à-dire vers de meilleures conditions de vie.

Facteurs de protection familiaux

Les facteurs de protection familiaux résident surtout dans les bonnes relations avec les parents ou membres de la famille proche (Dion Stout et Kipling ,2003, Theis, 2000). Les effets protecteurs sont présents dans les relations positives que les préadolescents immigrants entretiennent avec leurs parents, sœurs et frères, les premiers mois de l'immigration. Ces relations contribuent à diminuer le stress de l'adaptation aux

changements multiples. Puisque tous les membres de la famille vivent la même réalité, il est facile pour les préadolescents de se faire comprendre par les autres membres. En effet, Gottman, Fainsilber Katz et Hooven (1996) rapportent que le fait d'entretenir une relation étroite avec quelqu'un à qui on parle de ses problèmes est bénéfique. Cela favorise le développement d'une structure métacognitive permettant d'adopter une optique différente à l'égard des événements défavorables qui surviennent dans la vie, de façon à éviter les réactions de stress.

Facteurs de protection environnementaux

Les facteurs de protection environnementaux, tels qu'ils ressortent des résultats obtenus, sont relatifs aux caractéristiques du suprasystème: le pays d'accueil, le milieu de vie et l'école. Dès les premiers mois de l'immigration, les préadolescents éprouvent un sentiment de sécurité au Canada: un pays paisible, sans guerre et sans famine. L'effet protecteur du milieu découle surtout des interactions sociales positives qu'ils ont avec des amis dans leur quartier après quelques mois suivant l'immigration. Au sujet de l'école, les préadolescents réussissent à renforcer leur capacité à extérioriser leurs sentiments et à demander de l'aide au besoin. Les enseignants sont nombreux à accepter sans jugements les sentiments exprimés par les préadolescents immigrants. Ils facilitent leur communication avec les autres et offrent un environnement social d'entraide. Tout ce travail pédagogique permet de leur apporter un grand soutien d'accompagnement et diminuer leur stress d'adaptation à l'école. D'ailleurs, les auteurs Jenkins et Keating

(1998), qui se sont penchés sur les risques et la résistance chez les enfants trouvent que meilleures sont les relations enfants/enseignants, moins les enfants sont perturbés. On pourrait alors dire que, ce qui détermine l'état physique et psychologique du préadolescent c'est à la fois son habileté fonctionnelle à l'école et la perception qu'il a de la façon dont l'enseignant comprend son expérience d'immigration.

On remarque que le fait d'avoir réussi à immigrer au Canada loin des lieux de guerre et de famine, de bénéficier de l'accompagnement d'un membre de famille et de créer des relations significatives dans le suprasystème sont des éléments importants de motivation pour surmonter les blocages sociopsychologiques. On pourrait conclure que les habiletés sociales personnelles et le caractère positif des interactions au sein de la famille et dans l'environnement favorisent la résilience, chez les préadolescents immigrants, originaires d'Afrique subsaharienne, nouvellement arrivés en Outaouais. Ils leur permettent de se garder en santé.

Tout démontre que les facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux sont non seulement interreliés mais aussi qu'ils sont relatifs et se compensent les uns les autres. La relativité des facteurs ressort par rapport à l'idée répandue sur la taille de la famille et monoparentalité. Celles-ci sont considérée comme des facteurs de risque selon les classements de Theis (2001) et Dion Stout & Kipling (2003). Dans les résultats obtenus lors de cette intervention, la grande famille se révèle plutôt comme un facteur de protection très important pour les répondants dans les

premiers jours après l'immigration. On ne remarque pas une diminution de cet effet protecteur selon que la famille est monoparentale ou biparentale. Quant au caractère compensatoire des facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux, il est présent dans le fait que l'absence de certains facteurs de protection personnels chez certains préadolescents est compensée par la présence d'autres facteurs de protection découlant soit de la famille ou de l'environnement et vice versa. Par exemple, les résultats de cette intervention montre que l'isolement social post migratoire chez les préadolescents est supportable parce qu'il est compensé à la fois par l'effet conjugué des liens familiaux très forts et leurs habiletés personnelles. Ceci pourrait alors amener à relativiser la position de Gottlieb (1999) selon laquelle les jeunes qui démontrent de la résilience et qui sont capables de surmonter l'adversité vivent dans une famille unie et stable, bénéficient d'un soutien externe et disposent de ressources personnelles.

Forces et limites de l'intervention

Forces de l'intervention

Quatre forces se dégagent de cette intervention. La première force est la collecte des données qui utilise le génogramme, le diagramme de relations famille/ milieu et la technique de l'incident critique. Cette collecte identifie les facteurs de résilience par la description de l'expérience d'être immigrant et permet d'avoir des données plus authentiques. En effet cette collecte des données entraîne aussi les répondants à

participer activement à l'entrevue en dessinant leur génogramme et leur diagramme de relations famille/milieu. Par le guide de la technique de l'incident critique. les questions posées sont axées sur les aspects positifs entourant l'événement marquant. Ainsi, en se remémorant leurs expériences, les répondants prennent conscience de leurs qualités et de leurs compétences. Cette technique alimente la réflexion sur leurs potentialités à faire face aux situations stressantes occasionnées par l'immigration et à se garder en bonne santé. De ce fait, ils sont capables d'accompagner les autres nouveaux arrivants dans leur quartier ou à l'école. Par le technique de l'incident critique, les répondants donnent la signification d'être en santé. Ils s'évaluent eux même et amorcent une prise de conscience des comportements sains pour se garder en santé.

La deuxième force de cette intervention est l'utilisation du modèle de Calgary. Ce modèle permet d'identifier les facteurs de protection. En fait, les étapes d'évaluation proposées par le modèle sont clairement définies. De plus, les dimensions préexistantes du modèle ont permet d'analyser l'expérience d'immigration à partir, d'une part, des données subjectives sur les caractéristiques personnelles, familiales et environnementales des répondants et, d'autre part, des données objectives du contexte familial et environnemental, comme le quartier et le milieu de vie.

La troisième force est que cette intervention permet d'élargir les savoirs infirmiers dans le domaine des facteurs de protection chez les jeunes immigrants De même, sur le plan pratique, elle encourage la mise en place des approches de promotion

de la santé qui renforcent les facteurs de protection des préadolescents, dans le maintien et la promotion de la santé dans les premiers mois suivant l'immigration.

La quatrième force est que l'intervenante, par sa formation d'infirmière en Afrique et au Canada et par son expérience de travail auprès des jeunes dans les camps de réfugiés et des déplacés dans différents pays africains, est outillée pour comprendre les besoins de recherche sur les jeunes immigrants en sciences infirmières. Dans cette intervention, le fait que l'investigatrice soit originaire d'Afrique met à l'aise les préadolescents, qui semblent alors répondre aux questions de façon plus authentique et décrire facilement leur expérience.

Limites de l'intervention

Certaines limites existent à cette intervention. Les principales sont liées à la faible taille de l'échantillon, au choix non aléatoire des sujets, ainsi qu'au fait que l'intervention n'explore que le vécu des seuls garçons originaires d'Afrique subsaharienne. Ainsi, les résultats de cette intervention, bien qu'ayant le mérite d'apporter un éclairage nouveau sur la situation des préadolescents immigrants, ne peuvent être généralisés à l'ensemble des préadolescents immigrants au Québec (Canada).

Le fait que l'intervenante et les répondants soient originaires de la même région en Afrique est également une limite. En dépit de l'effort constant fourni pour rester objective tout au long de la démarche de collecte et d'analyse des données, le fait d'avoir vécu les expériences migratoires, tout comme les jeunes répondants, pourrait avoir influencé sur les résultats obtenus.

Évaluation de l'intervention

L'évaluation se fait en tenant compte d'abord de l'atteinte des objectifs : décrire l'expérience d'être un préadolescent immigrant, décrire la signification d'être en santé chez les préadolescents immigrants originaires d'Afrique subsaharienne et identifier les facteurs personnels, familiaux et environnementaux qui permettent à ces préadolescents de demeurer en santé durant les mois suivant l'immigration. Ensuite, l'évaluation tient compte de l'objectif personnel de l'auteur: être capable de nommer et expliquer au moins cinq facteurs de protection qui expliquent la résilience chez les préadolescents immigrants; c'est-à-dire leur capacité de se garder en santé.

Évaluation de l'atteinte des objectifs de l'intervention

Pour le premier objectif, chaque répondant décrit son expérience d'être immigrant. La technique de l'incident critique est bien adaptée pour collecter les données sur la description détaillée de l'expérience d'être immigrant par les répondants.

En effet, le répondant décrit son expérience en racontant sa trajectoire migratoire et un événement qui l'a marqué dans les premiers mois d'immigration en Outaouais. Par la suite, pour s'assurer que le répondant décrit son expérience, l'intervenante ajoute cette question: «si tu es à ma place et que tu veux savoir l'expérience d'être immigrant d'un jeune de ton âge, quelle question lui poserais-tu?». Suite à la réponse de cette question, l'intervenante demande au répondant comment, lui, il répondrait. Cette méthode permet d'encadrer la description de leurs expériences. L'analyse des données offre un portrait de la description des préadolescents de leurs expériences d'être immigrants.

Au sujet du deuxième objectif, chaque répondant décrit sa signification d'être en santé en nommant au moins trois attributs qui décrivent, pour lui, la bonne santé. On constate que les préadolescents adoptent, en rapport avec la santé, certaines valeurs de la culture québécoise.

Le troisième objectif, qui consistent à identifier les facteurs personnels, familiaux et environnementaux permettant aux préadolescents de demeurer en santé durant les mois suivant l'immigration, est atteint. En effet, le génogramme et le diagramme de relation famille/milieu, en plus de permettre d'établir une relation de confiance entre l'intervenante et le répondant, ont permis de collecter les données sociodémographiques de la famille du répondant. Les mêmes outils permettent de connaître les ressources externes des répondants, à travers leurs relations avec les membres de la famille et avec l'extérieur. De plus, l'analyse qui s'effectuent à travers les catégories préexistantes des

dimensions du modèle de Calgary, soit la structure de la famille et le fonctionnement expressif des répondants, permet d'obtenir les informations pour identifier les facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux des répondants.

Évaluation de l'atteinte de l'objectif personnel

L'auteur de cet essai se sent privilégiée, suite à sa propre expérience d'immigration, de faire une intervention auprès des jeunes immigrants. La confiance de ces derniers lui permet de comprendre certains des facteurs de protection qui expliquent la résilience chez les préadolescents et qui leur permettent de se maintenir en santé. Cela était son objectif personnel dans cette intervention. Parmi les facteurs ressortis, il y a, entre autres, la compétence sociale, l'estime personnelle positive des répondants, les relations positives qu'entretiennent les préadolescents immigrants avec leurs parents, sœurs et frères, le sentiment de sécurité que procure la région d'accueil et qui leur permet d'optimiser leur avenir et la volonté de réussir, l'accompagnement positif de certains enseignants. La connaissance acquise sur les facteurs de protection dans cette intervention inspire les recommandations appropriées données par l'auteur de l'essai pour le maintien de la santé des préadolescents immigrants.

Recommandations

Pour la pratique clinique

De prime abord, il est souhaitable d'initier la création d'un groupe de discussion entre infirmières (de CLSC, des écoles, des hôpitaux etc.) dont l'animation peut être confiée à une infirmière spécialisée en santé communautaire multiculturelle. La discussion peut porter, entre autres, sur l'impact de l'immigration sur le développement normal des jeunes immigrants et sur la nécessité de renforcer la résilience de ces jeunes en matière de santé. À travers des groupes de discussion, l'infirmière spécialiste peut donner la formation et répondre aux questions relatives aux difficultés rencontrées dans l'évaluation des facteurs contribuant au maintien de la santé chez les jeunes immigrants.

En rehaussant en même temps l'autonomisation chez les préadolescents immigrants, la résilience peut constituer un modèle d'intervention pour les infirmières oeuvrant auprès de cette clientèle. Ce modèle encourage de chercher ensemble, avec les adolescents, les solutions auxquelles ils peuvent adhérer pour promouvoir leur santé physique et mentale. En effet, les questions axées sur les aspects positifs de développement et de la santé, lors de l'évaluation, permettent de renforcer les traits de caractère et les compétences des préadolescents immigrants pour se garder en santé. Les préadolescents peuvent prendre plus de responsabilités et participer, par leur créativité, à l'élaboration de stratégies de promotion de leur santé. En fin de compte, il paraît

important pour la pratique clinique de santé de développer une sensibilité à l'isolement des jeunes dans les premiers mois suivant l'immigration. Il semble aussi important de développer les stratégies de renforcement de leurs réseaux et de leurs compétences dans la gestion de la santé.

Pour la recherche

Les résultats obtenus invitent à poursuivre les études portant sur les facteurs influençant la santé des préadolescents immigrants, en investiguant aussi les points de vue des parents et des intervenants scolaires, étant donné la nature complexe du processus d'adaptation des jeunes immigrants. Il est aussi intéressant de faire une recherche auprès des préadolescentes immigrantes originaires d'Afrique subsaharienne pour connaître les similitudes ou les différences des facteurs de protection qui les caractérisent. De plus, des recherches effectuées auprès des préadolescents provenant d'ailleurs que de l'Afrique subsaharienne peuvent donner un éventail des connaissances sur les facteurs de protection. Les recherches ci-haut citées sont nécessaires pour mieux identifier les éléments efficaces qui peuvent s'appliquer aux programmes de promotion de la santé des jeunes immigrants en prenant en considération les milieux (familiaux et sociaux) dans lesquels les préadolescents se développent.

Pour la formation à l'intervention auprès des familles

La formation des professionnels de la santé, entre autres les infirmières, doit donner une place à l'expérience d'être membre d'une famille en transition d'immigration. Le fait que les préadolescents immigrants interprètent leurs expériences et choisissent des façons de faire qui sont significatives pour eux, au fur et à mesure qu'ils vivent simultanément l'expérience du passé et de l'immigration, peut alimenter la réflexion. Il est nécessaire de sensibiliser les infirmières à l'importance de l'identification du stade d'ajustement dans lequel vit chaque membre de la famille immigrante afin de choisir les interventions concordant avec les besoins dans une période donnée. Dans cette perspective, une approche basée sur les études de cas peut être d'une grande utilité pour atteindre les objectifs pédagogiques. Cette intervention exhorte de continuer à former les infirmières à utiliser le génogramme et la carte écologique famille/milieu comme outils de dépistage auprès des familles immigrantes.

Pour la gestion

Les dispensateurs de services de santé et autres services, comme les organismes communautaires, qui interagissent avec les préadolescents immigrants doivent travailler de concert à la planification des programmes de promotion de la santé afin de permettre aux préadolescents de réaliser leur plein potentiel par :

- l'élaboration des programmes d'accompagnement des préadolescents immigrants dans la découverte de leurs capacités de se garder en santé, en faisant appel aux ressources personnelles, familiales et communautaires durant les premiers mois suivant immigration.
- l'élaboration des programmes de formation pour les parents immigrants nouvellement arrivés visant à les sensibiliser sur l'importance de renforcement des facteurs de protection personnels des préadolescents.
- l'élaboration des programmes visant à conscientiser les instances communautaires, tel que le milieu scolaire, sur leurs rôles dans la promotion de la santé physique et mentale des jeunes immigrants nouvellement arrivés.

Ces différents programmes permettent d'axer davantage le système de santé et scolaire sur la promotion de la santé et le mieux-être des jeunes immigrants à leur arrivée.

Recommandations d'ordre sociopolitique

Il est convenable d'investir dans la promotion de la santé chez les préadolescents nouvellement immigrés. L'incorporation des services des infirmières spécialisées en santé communautaire dans les services d'intégration post-migratoire peut mettre en route le processus de conscientiser, d'influencer les attitudes, d'identifier les alternatives pour

que les préadolescents fassent des choix informés face aux comportements à adopter pour le maintien ou le recouvrement de la santé.

L'intégration dans une nouvelle société ne se fait pas sans changement des habitudes de vie. Il est préférable, dans les premiers temps de l'immigration, de donner aux jeunes immigrants les bonnes informations sur le maintien de leur santé de leur santé, avant qu'ils aient des informations erronées provenant de sources peu crédibles. Le fait de les sensibiliser, sur l'impact de l'adoption de certains comportements (consommation de drogue, du tabac, des rapports sexuels non protégés, mal bouffe) sur leur croissance et leur développement, leur permet de faire des choix raisonnés sur les amis et les habitudes de vie. Pour ce fait, les programmes de subventions pour l'intégration post-migratoire doivent inclure un aspect de promotion de la santé chez les jeunes immigrants nouvellement arrivés pour encourager les attitudes et comportements positifs des préadolescents, de leurs familles et du milieu d'accueil, et promouvoir ainsi leur santé physique et mentale.

Conclusion

Cette intervention décrit l'expérience d'être préadolescent immigrant et la signification d'être en santé chez le préadolescent africain immigrant. Elle identifie les facteurs personnels, familiaux et environnementaux qui permettent au préadolescent de se garder en santé durant les premiers mois suivant l'immigration.

Une étude descriptive a été réalisée auprès de 10 préadolescents ayant immigré dans la région de l'Outaouais au Québec (Canada). La description de leur trajectoire migratoire, de leurs expériences entourant l'immigration, de l'influence du milieu d'accueil sur l'expérience d'immigration et d'être en santé a été obtenue par des entrevues semi-dirigées.

Les résultats de l'intervention montrent que, la grande majorité des répondants ont vécu l'expérience d'être immigrant dans un autre pays avant d'arriver en Outaouais. Les répondants remarquent qu'il est difficile de s'adapter socialement et culturellement durant les mois suivant l'immigration. Leurs capacités de se garder en santé s'expliquent par les facteurs personnels, familiaux et environnementaux qui leur ont permis de compenser les situations adverses de leur milieu d'accueil. En fait, leurs habiletés d'apprendre par l'observation des autres, l'acquisition langagière et leur compétence sociale leur permettent de se garder en santé dans la diversité ethnoculturelle. L'isolement social post-migratoire chez les préadolescents causé par l'évitement ou le

rejet des autres est supportable parce qu'il est compensé par des liens familiaux très forts. Par ces liens, ils bénéficient du soutien, de la compréhension et de l'encouragement nécessaire pendant qu'ils franchissent les phases de l'adaptation à un nouveau milieu et la transition entre l'enfance et l'adolescence.

Cette intervention démontre aussi la prépondérance des caractéristiques personnelles dans la signification que donnent les préadolescents à la santé et dans leur choix des comportements nécessaires pour se maintenir en santé. La diversification de la description de la santé réside dans les attributs privilégiés, et se reflètent dans les comportements adoptés en conséquence. Ils font référence à l'aspect nutritif, être en bonne forme physique, l'importance d'avoir des amis, être en paix. Convaincus que la santé n'est jamais acquise, les préadolescents immigrants participent activement au maintien de leur santé en adoptant les comportements en lien avec la définition subjective de leur santé. Ainsi, ils assurent un contrôle sur leur propre santé.

Les professionnels de la santé oeuvrant auprès des préadolescents immigrants, en collaboration avec les parents et les enseignants, doivent donner une place significative à la mobilisation des ressources des personnes concernées, leurs compétences et leurs aptitudes à gérer leur santé. Pour ce faire, ils doivent leur fournir des informations adéquates qui leur permettent de guider leur signification d'être en santé.

Référence

- Accueil parrainage Outaouais(2002). Communication personnelle.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2002). Nursing Theorists and Their Work (5th ed.). St-Louis: Mosby.
- Anisef, P., & Kilbride, K. M. (2001). The Needs of Newcomer Youth And Emerging Best Practices To Meet Those Needs. Final Report. Excellence for Research on Immigration And Settlement, Toronto.
- Battaglini, A., Gravel, S., Poulin, C., & Fournier, M. (2002). Migration et paternité ou réinventer la paternité. *Nouvelles pratiques sociales*, 15, 165-179.
- Beiser, M., Hou, F., Hyman. I. & Toussignant, M. (1998). Étude des nouveaux enfants immigrants qui grandissent en tant que Canadiens. Ottawa. Direction générale de la recherche appliquée: politique stratégique, développement des ressources humaines. Canada.
- Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: A Review Journal of Advanced Nursing, 18, 203-210.
- Chouinard, C., & Robichaud-Ekstrand, S. (2003). La contribution du soutien social à la santé à l'adoption et au maintien de sains comportements de santé. *Recherche en soins infirmiers* 75, 21-37.
- Citoyenneté et immigration Canada. Faits et chiffres 2004. Aperçu de l'immigration: Résidents permanents et temporaires. Récupère le 21 janvier 2006 http://www.cic.gc.ca/francais/pub/faits2004/avantpropos/index.html.
- Colaizzi, P. (1978). Psychological Research as The Phenomenologist Views It. Dans Valle, R. S., & King M. (Éds.), Existential-phenomenological Alternatives For Psychology, 48-71. New York: Oxford University Press.
- Conseil canadien de développement social. (2000). Les jeunes immigrants au Canada. Rapport de recherche du Conseil canadien de développement social. Ottawa.
- Corporation de développement économique de Ville de Gatineau. (2002). *Immigration-interculturelle*. Gatineau (Québec).
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2002). Perception des pères et des mères primipares à l'égard des moments critiques des 72 premières heures postnatales. Revue québécoise de psychologie, 23, 57-77.

- de Montigny, F., & Beaudet, L. (1997). Lorsque la vie éclate; impact de la mort d'un enfant sur la famille. Montréal : ERPI.
- Dion Stout, M., & Kipling, G. (2003). Peuples autochtones, résilience et séquelles de régimes des pensionnats. Ottawa: Fondation autochtone de guérison.
- Este, D. (2001). Perceptions et expériences des hommes immigrants à titre de pères au Canada. Actes du premier symposium national sur la place et le rôle du père. Montréal: Régie régionale de la santé publique de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 53-56.
- Erikson, E. (1963). Childhood and Society (2nd ed.). New York: Norton.
- Fayida, I. (2003). Facteurs associés aux psychopathologies des réfugiés rwandais vivant à Lomé-Togo. Mémoire de maîtrise en Psychologie appliquée, Option Psychologie de la santé. Université de Lomé, Togo.
- Flamand, H. (1991). Immigrer: c'est mourir un peu. L'expérience de perte et de deuil. *Frontières*, 3, 44-45.
- Fortin, M. F. (2005). Fondements et étapes du processus de recherche. Montréal: Chenelière Éducation.
- Fortin, L., & Bigras M. (2000). La résilience des enfants: facteurs de risque, de protection et modèles théoriques. *Pratique psychologique*, 1, 49-63.
- Galabuzi, G. (2002). L'inclusion sociale comme facteur déterminant de la santé. Affiche Présentée à la conférence Les déterminants sociaux de la santé. Toronto.
- Gottlieb, D. (1999). Resilience: Status of The Research and Research-based Programs. Draft, March.
- Gottman, J.M., Fainsilber Katz, L., & Hooven, C (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10, 243-268.
- Grotberg, E. (1995). A Guide to Promoting Resilience in Children. La Haye: Foundation Bernard Van Leer, 7.
- Gravel, S., & Legault, G. (1996). Adéquation des services de santé aux jeunes familles immigrantes. Revue canadienne de santé publique, 87, 152-157.
- Hernandez, S. (2002). Les hommes immigrants au Québec: effritement du rôle masculin traditionnel et facteurs de vulnérabilité associés. *Interventions*, 116, 93-102.

- Hopper, C., & Khan, S. (1998). L'adaptation d'une famille nouvellement arrivée au Canada à la naissance d'un enfant. L'infirmière du Québec, 5, 13-15.
- Hyman, I. (2001). *Immigration et santé*. Document de travail 01-05. Ottawa: Santé Canada, série de documents de travail sur les politiques de santé.
- Jenkins, J., & Keating, D. (1998). Les risques et la résistance chez les enfants de six et de dix ans. Document de travail/Canada. Développement des ressources humaines. Direction générale de la recherche appliquée, W-98-23F, Québec.
- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique individualisée axée sur la résilience. Revue québécoise de psychologie, 22, 163-186.
- Kamya, H. A. (1997). African Immigrants in The United States: The Challenge For Research And Practice. Social Work, 42, 154-165.
- Khanlou, N., & al. (2000, 2001). Promotion de la santé mentale des jeunes immigrantes: expériences et estime de soi post-migratoire. *Condition féminine*, Canada.
- Kunz, L., & Hanvey, L. (2000). Les jeunes immigrants au Canada. Conseil canadien de développement social.
- Kreisler, L. (1996). La résilience mise en spirale. Spirale, 1, 162-165.
- Kuszen, B. (1982). Childhood Stress: Don't Let Your Child Be a Victim. Cité dans Potter, P.A., & Perry, A. N. (2002). Soins infirmiers. Montréal: Éditions Beauchemin.
- Lescabeau, R., Payette, M., & St-Arnaud, Y. (2001). *Profession consultant*. Montréal: Les presses de l'université de Montréal.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J., & Cyrulnik, B. (2001). La résilience: état des lieux. Dans *La résilience: résister et se construire*. Édition Médecine et Hygiène, Genève, 13-19.
- Manciaux, M., & Tomkiewicz, S. (2000). La résilience aujourd'hui. Dans Gabel, M., Jésus, F., & Manciaux, M.(Éds), Bientraitance, mieux traiter. Familles et professionnels. Psychologique, Paris.
- McDonald, W. T. (1989). The Perceptions of Children Experiencing Parental Separation, Divorce, and Remarriage: An Approach Using the Critical Incident Technique. Unpublished doctoral dissertation, The University of Alberta, Edmonton, Alberta.

- Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2000). Le bonheur est toujours possible: construire la résilience. Paris: Bayard.
- Vissandjee, B., Carignan, P., Gravel, S., & Leduc, N. (1998) Promotion de la santé en faveurs des femmes immigrant au Québec. Revue épidémiologique et santé publique, 43, 124-133.
- Vatz-Laaroussi, M., Rachédi, L., Pépin, L., & Khedifi, F. (2002). Accompagner des familles immigrantes: Paroles des familles, principes d'intervention et moyens d'action. Sherbrooke (Québec): Université de Sherbrooke, 5-7.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J.M. (1996). Beliefs: The heart of healing in families and illness. New York: Basic Books.
- Wright, L.M., & Leahey M. (2000). Nursing and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention. F.A. Davis Company.
- Wood, M. (1988). Revue de la littérature sur la santé mentale des immigrants. Santé Culture, 1, 74.
- Yates, B.C., Skaggs, B.G., & Paker, J.D. (1994). Theoretical Perspectives On The Nature Of Social Support In Cardiovascular Illness. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 1-15.

 $Appendice\ A$

Guides d'entrevue



Département des sciences infirmières

GUIDE D'ENTREVUE POUR PRÉ-ADOLESCENTS

(Ndengeyingoma et de Montigny, 2005)

Ce guide comprend trois parties : un génogramme, pour recueillir des données sociodémographiques; un diagramme de relation famille/milieu, pour recueillir des données sur les facteurs environnementaux qui contribuent à la résilience des sujets; un guide d'entrevue de l'incident critique, pour recueillir les données afin de répondre aux objectifs du projet.

Introduction

Remerciement pour la participation

- Présentation du thème
- Déroulement : durée, confidentialité, liberté de répondre ou pas.
- Obtenir le consentement verbal de la personne

Exemple d'introduction: Je te remercie d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui. Cette rencontre durera environ quarante-cinq minutes. Ce dont nous parlerons durant cet entretien va porter sur : ton expérience d'être immigrant; ce qui t'a aidé à t'adapter dans un nouveau pays; ce qui a été plus difficile ou facile dans ton adaptation au pays; ce que ça veut dire pour toi être en santé.

Cette rencontre sera enregistrée si tu es d'accord pour m'éviter d'écrire tout ce que tu

me diras. Ceci me permettra de mieux te suivre. Tout ce que tu me diras sera utilisé pour cette étude. Personne d'autre n'auditionnera cette cassette et je détruirai la cassette et la transcription écrite après 5 ans. Tu es libre de répondre ou pas aux questions et tu peux mettre fin à ta collaboration à tout moment. Tout d'abord, j'aimerais savoir si tu es toujours intéressé à participer à cette rencontre. (Pause). As-tu des questions avant de commencer avec l'entrevue?

Déroulement de l'entretien: Nous allons commencer par remplir un génogramme qui est un schéma de ta famille et un diagramme de relation famille/milieu qui est aussi un schéma qui nous montre les liens des membres de ta famille entre eux et leurs liens avec les personnes de l'extérieur. Par la suite, je te poserai quelques questions sur ton expérience d'être immigrant et sur ce que cela signifie, pour toi, être en santé.

Le génogramme

(Ndengeyingoma et de Montigny, 2005, inspiré de Wright et Leahey, 2000)

Introduction:

Un génogramme est un schéma de ta famille sur trois générations. Il représente la génération de tes grands-parents, de tes parents et leurs enfants, dans un dessin qui est comme un arbre généalogique. Nous y inscrivons chaque membre de la famille, sa profession, les maladies s'il y a lieu, les migrations. Je vais te poser des questions et au fur et mesure, à partir de tes réponses, je construirai le schéma.

Exploration des parents :

- 1) Quel est le nom de ta mère et quel âge a-t- elle ? Quelle est son occupation actuellement ? Qu'est-ce qu'elle faisait comme travail avant de venir au Canada ? A-t- elle des problèmes de santé que tu connais ? Lesquels ?
- 2) Quel est le nom de ton père et quel âge a-t-il ? Quelle est son occupation actuellement ? Qu'est ce qu il faisait avant de venir au Canada ? A-t-il des problèmes de santé que tu connais ? Lesquels ?
- 3) Tes deux parents vivent-ils avec toi ? Sinon où chacun vit-il ?

Exploration de la fratrie :

4) As-tu des frères et des sœurs ? Si oui, commençons par le plus âgé. Quel âge a-t-il ? Qu'est-ce qu'il fait ? Est-il avec toi au Canada ? Depuis quand ? Qu'est ce qu'il faisait avant de venir au Canada ? A-t-il des problèmes de santé que tu connais ? Lesquels ? Et ainsi de suite pour les autres.

Exploration de la famille élargie du côté paternel :

- 5) As-tu un oncle du côté de ton père ? Comment s'appelle-t-il ? Où vit-il ? Qu'est-ce qu'il fait actuellement comme travail ? Est-il marié ? A-t-il des enfants ?
- 6) As-tu une tante du côté de ton père ? Si oui, comment s'appelle-t-elle ? Où vit-elle ? Est-ce qu'elle vit avec son mari ? Est-ce qu'elle a des enfants ? Qu'est-ce qu'elle fait comme travail ?
- 7) Les parents de ton père sont-ils encore vivants ? Si oui, comment s'appellent-ils et où vivent-ils ?

Exploration de la famille élargie du côté maternel :

On continue de la même façon pour les autres oncles et tantes du côté de ta mère.

8) Les parents de ta mère sont-ils encore en vie ? Si oui, comment s'appellent-ils et où vivent-ils ?

Diagramme de relation famille/milieu.

(Ndengeyingoma et de Montigny, 2005, inspirée de Wright et Leahey, 2000)

Introduction:

Diagramme de relation famille/milieu est aussi un schéma qui nous montre les liens que chaque membre de ta famille entretient avec les autres membres et aussi avec le monde à l'extérieur. Ça peut être à l'école, au travail, ton club de sport, etc. ou les liens de ta famille.

Il est composé d'un cercle à l'intérieur duquel j'inscris les membres de la famille, les autres cercles qui l'entourent, représentent les personnes, les groupes et les établissements qui jouent un rôle important dans la famille.

Consignes:

- Par exemple, si je trace une ligne pointillée entre toi et un ami, cela veut dire que tu n'aimes pas cette personne, ou tu as peu souvent l'occasion de le voir.
- Une ligne continue veut dire que tu l'aimes un peu;
- Deux lignes signifient que tu l'aimes.
- Trois lignes veulent dire que tu l'aimes beaucoup. Ça va?

Avec les lignes, trace-moi maintenant les liens entre toi et les membres de ta famille, tels que tu les perçois. (Pause) Cite-moi maintenant les activités auxquelles tu participes à l'extérieur de la famille, et trace-moi les lignes entre toi et ces activités (pause). Maintenant, qui sont les personnes dans ton entourage avec qui tu as des liens ? Trace ces liens. Continuons avec tes frères et sœurs; à quelles activités s'adonnent-ils ? Avec quelles personnes dans leur entourage ont-ils des liens ? Quels types de liens ont-ils avec? Trace-les, stp. Maintenant, tes parents, à quelles activités s'adonnent-ils ? Avec quelles personnes dans leur entourage ont-ils des liens ? Quels types de liens ont-ils avec? Trace-les, stp. Trace ces liens, stp.

Guide d'entrevue de l'incident critique

(Ndengeyingoma et de Montigny, 2005; inspiré de de Montigny, 2002)

Expérience d'être préadolescent immigrant

Mise en contexte de l'évènement:

Pense aux évènements qui se sont déroulés depuis ton arrivée au Canada. Pense aux personnes qui étaient présentes durant ces premiers jours, premiers mois après ton arrivée au Canada. Raconte-moi brièvement comment se sont passés les premiers jours. (Pause)

Dis-moi comment se sont passés les premiers contacts avec des gens qui ne sont pas de ta famille. (Pause)

Durant cette période, y a-t-il eu des situations (des évènements) qui sont plus significatives pour toi ?

- 1. Décris-moi <u>un évènement marquant</u>, positif ou négatif, lié à ton arrivée au Canada : cela peut avoir eu lieu à l'école, dans le quartier ou à la maison.
- 2. Que s'est-il passé ? Comment cela a-t-il commencé ? Comment as-tu réagi ?
- 3. Comment te sentais-tu en ce moment-là ? Qu'est ce que tu te disais dans ta tête ? Que pensais-tu ?
- 4. Qu'est-ce qui était le plus important pour toi en ce moment-là ? Qu'est ce que cette situation a changé pour toi dans ta vie ?
- 5. Te sentais-tu capable d'extérioriser tes sentiments, tes peurs, tes craintes et de pouvoir en parler ?
- 6. À qui as-tu parlé de cette situation ? Comment lui as-tu expliqué la situation ? Comment les personnes autour de toi ont-ils réagi quand ils ont été témoin de la situation ou quand tu l'as racontée ? (tes parents, tes frères et sœurs, tes amis, tes professeurs, autres personnes)
- 7. Qu'est-ce qu'ils t'ont dit ou ont-ils fait ? As-tu été satisfait de leurs réactions ? Te sentais-tu écouté ?
- 8. Qu'est-ce que tu aurais voulu qu'on fasse pour toi et qu'on n'a pas fait ?
- 9. Qu'est-ce qui t'a aidé le plus ?
- 10. Quels conseils donnerais-tu à un autre jeune de ton âge qui vivrait un événement semblable, afin de l'aider?

Autre événement significatif

11. Maintenant que tu m'as raconté tout ceci, es-tu satisfait du choix de l'événement ? De ce que tu m'as dit ? Si on avait à recommencer l'entrevue, choisirais-tu le même évènement ?

Synthèse

Faire la synthèse de l'entrevue, de l'évènement raconté.

11. Si tu étais à la place de la chercheure qui essaie de comprendre ce qui est important dans l'entrevue que nous venons de faire et d'en faire la synthèse, qu'est-ce que tu souhaiterais faire ressortir de cette entrevue ? Quels sont, à ton avis, les « faits saillants » de l'entrevue ?

Signification d'être en santé

- 12. Qu'est ce que ça signifie pour toi être en santé?
- 13. Te considères-tu en bonne santé?
- 14. Quelle raison te fait dire que tu es en santé?
- 15. Que fais-tu pour te garder en santé?
- 16. Qu'est ce que tu conseillerais à un autre jeune qui vient d'arriver pour qu'il soit en santé?

Fin et mot de remerciement :

Ex. de texte « Je tiens à te remercier vivement pour ta participation à cet entretien. J'apprécie ton ouverture à me raconter ton expérience. Si cet entretien t'a bouleversé ou si d'autres questions surgissent, n'hésite pas à le dire à tes parents ou à me contacter. Mes coordonnées se trouvent sur le formulaire de consentement que tu as signé. As-tu d'autres choses à ajouter ? Encore une fois merci et bonne journée. »

Une fois le magnétophone éteint :

Je demande au jeune s'il a aimé cette entrevue, s'il a trouvé l'expérience intéressante. Je n'hésiterai pas à partager avec lui sur ce que j'ai trouvé intéressant, touchant, dans son récit. Il importe de reconnaître la valeur de son témoignage.

Appendice B

Document d'intervention clinique

APPROBATION DU PROJET D'ÉTUDE

Nom: Ndengeyingoma Assumpta Code permanent: 15586505

Etablissement: UQO

Titre du projet : Pré-adolescence et immigration ; deux transitions à accompagner : Identification des facteurs de la résilience chez les pré-adolescents africains nouvellement immigrés

Chaque année le Canada accueille les immigrants en provenance de différents pays. En 2004, 221 352 immigrants se sont installés au Canada dont 39 551 au Québec. L'immigration est une expérience significative sur le plans physique et psychologique. Selon les témoignages, l'immigration amène un nombre considérable de pertes matérielles, familiales, culturelles ainsi que des confrontations à des situations nouvelles des environnements physique, social et culturel. Les besoins des immigrants varient selon l'âge, le sexe, le statut d'immigration, l'appartenance à une minorité visible. Les préadolescents immigrants vivent une double transition: l'une reliée à leur stade de développement, stade se situant entre l'enfance et l'adolescence; l'autre est reliée au processus d'immigration. Pour cette raison, ils affrontent des nouvelles difficultés (en raison des attentes liées à leur développement, à leurs habiletés, à leurs connaissances grandissantes et des attentes du milieu) comme tout autre pré-adolescent. En raison du stress lié à ces changements, ils peuvent éprouver des problèmes de santé physique et psychosociale. Durant le processus d'immigration, les pré-adolescents confrontent divers problèmes comme les troubles d'identité, l'isolement social et le conflit entre les valeurs familiales et celles de la société d'accueil. Le fait de mettre en évidence les difficultés d'adaptation, s'ajoutant au stress lié au stade de développement, ne permet pas de comprendre pourquoi certains d'entre eux ne succombent pas aux problèmes de santé, aux problèmes sociaux et comportementaux. La capacité de vivre l'expérience d'immigration est influencée par certains facteurs personnels, familiaux et environnementaux. Les facteurs qui agissent particulièrement pour les pré-adolescents immigrants africains sont peu connus. Dans l'exercice de leur profession, les infirmières interviennent auprès de ce groupe. L'implantation systématique des programmes ainsi que des approches et interventions utilisées sont conçues pour répondre aux besoins des pré-adolescents nord-américains et sont mal adaptés pour répondre aux besoins de ceux qui vivent les deux transitions : l'immigration et la préadolescence.

Les facteurs personnels, familiaux et environnementaux doivent être identifiés afin de cibler des interventions auprès de ce groupe. Toutefois, ceux-ci ne sont pas définis nécessairement de la même façon entre l'intervenant et le groupe. Les divergences des perceptions affectent les interactions entre les deux partenaires et font barrière à l'établissement des relations thérapeutiques et dispensation des soins efficaces. Afin de permettre que les facteurs qui influent sur la capacité des préadolescents de vivre l'expérience d'immigration soient mieux compris par les intervenants, ce projet vise à répondre à la question suivante : Comment les préadolescents immigrants en provenance de l'Afrique décrivent-ils les facteurs de protection personnels, familiaux, et environnementaux de la résilience. L'objectif de ce projet est d'identifier les facteurs de

protection personnels, familiaux et environnementaux de la résilience chez les préadolescents immigrants nouvellement arrivés en provenance de l'Afrique, dans la région de l'Outaouais. L'étude qualitative et descriptive s'effectuera auprès d'un échantillon de 12 à 15 pré-adolescents immigrants de 10 à 12 ans, ayant immigré au Canada en provenance de l'Afrique depuis moins de 3 ans et recrutés par l'organisme Accueil Parrainage Outaouais entre le 15 et le 30 août 2005.

La participation au projet implique une rencontre d'environ quarante cinq minutes. Une entrevue semi-dirigée utilisant l'écocarte et la génogramme ainsi que la méthode d'incidents critiques. À la fin, les données recueillies seront compilées et interprétées. Les résultats feront ressortir les facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux qui influencent le processus d'immigration chez les pré-adolescents. Cette étude est donc d'une grande importance car elle contribuera à la promotion de la santé en fournissant aux infirmières une meilleure connaissance sur l'expérience de l'immigration et la signification d'être en santé chez les jeunes immigrants africains de 10-12 ans nouvellement immigrés. Elle permet aussi de s'approprier de nouvelles significations sur les facteurs qui influencent la santé des pré-adolescents lorsqu'ils vivent l'expérience de l'immigration.

Le projet sera approuvé par les comités éthiques de l'UQO et de l'hôpital ayant la reconnaissance de prouver les études faites auprès des jeunes de moins de 18 ans. En tout temps, pour assurer la confidentialité, l'anonymat des participants sera préservé en accordant un numéro d'identification pour substitut dans le but de dénominaliser les données. Tous les instruments utilisés pour la collecte des données seront entreposés dans un classeur verrouillé durant 5 ans. Après, ils seront détruits. Les seules personnes ayant accès aux données étant l'étudiante Ndengeyingoma Assumpta, qui réalise la présente étude, dans le cadre d'un essai de maîtrise et sous la supervision des professeures Francine de Montigny et de Fanny Robichaud.

Signature de l'étudiante

Signature de la directrice d'essale

Signature de la personne du milieu

Signature de la co-directrice d'essai

Signature de la personne responsable du Programme

 $Appendice \ C$

Lettre du milieu d'intervention

CONTRAT AVEC LE MILIEU D'INTERVENTION CLINIQUE

Nom: ASSUMPTTA NDENGEYINGUMD Code permanent: INDER 15586505				
(étudiante ou étudiant)				
Constituante d'attache: UQTR UQAC UQAR UQO				
Directrice ou directeur d'essai : Franceire Je Monting ACCUEIL-PARRAINAGE OUTAOUAIS 124, RUE JEANNE D'ARC GATINEAU (QUÉBEC) J8Y 2H7 TEL (819) 777-2960 FAX 777-1739				
L'étudiante ou l'étudiant ci-haut nommé (e) s'entend ave wEB: http://www.apo-cc.org (milieu d'accueil)				
représenté (e) par <u>REDZOVIC BATO</u> , pour effectuer son projet d'intervention clinique dans ce milieu.				
Les modalités ci-jointes du projet doivent être initialisées à chaque page par les soussignés (es).				
NAM Le De 3 tetudiant Responsable du milieu d'accueil				
Etadiante da diadiant				
Francise de Montigny Maitine Mayraud Leclice Directrice ou directeur d'essai Responsable de programmes				
<u>2005-03-30</u> Date				

Appendice D

Certificat d'éthique



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7 Téléphone : (819) 595-3900 www.uqo.ca

Notre référence : projet 392

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

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

Préadolescence et immigration; deux transitions à accompagner : identification des facteurs favorisant la résilience

Source de financement: aucune (Maîtrise en sciences infirmières)

et soumis par :

Madame Maria Assumpta Ndengeyingoma

Étudiante

Programme de Maîtrise en sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais

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.

Ce certificat est valable pour une année à compter de maintenant.

Au nom du Comité,

André Durivage

Président du Comité d'éthique de la recherche

Le 7 juin 2005

Date d'émission

Appendice E

Lettre de recrutement



Département des sciences infirmières

LETTRE DE RECRUTEMENT

Ce projet d'étude sera réalisé par Assumpta Ndengeyingoma, B.sc.inf, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (613-745 1049), sous la supervision de sa directrice d'essai Dr Francine de Montigny (819-595 3900) et de sa codirectrice Fanny Robichaud, professeures à l'UQO.

PROJET: Préadolescence et immigration, deux transitions à accompagner : identification des facteurs favorisant la résilience.

OBJECTIFS: Ce projet vise à

- Comprendre l'expérience des préadolescents lors du processus d'immigration;
- Décrire la signification de l'expérience d'être en santé chez les préadolescents immigrants ;
- Identifier les facteurs personnels, familiaux et environnementaux qui influencent la résilience, c'est-à-dire la capacité de traverser les événements significatifs tout en restant en santé

IMPLICATION: Pour atteindre ces objectifs, cette étude nécessite la participation volontaire de 12 à 15 préadolescents, âgés entre 9 ans et 12 ans, arrivés au Canada entre ces âges et originaires d'Afrique.

Nous vous demandons de participer à une rencontre selon votre convenance, d'une durée approximative de 45 minutes, durant le mois d'août 2005.

Avantages: La participation à cette étude vous donnera l'occasion de vous exprimer sur votre expérience d'être immigrant, de comprendre les facteurs qui contribuent à ce que votre expérience soit considérée satisfaisante ou non satisfaisante et ses retombées sur votre santé.

La participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous demeurez libre de vous retirer de cette étude à tout moment sans avoir à donner de justifications et sans être jugé. Les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de cette étude resteront confidentiels. Vous serez invité à signer le consentement à participer à cette étude. Vos parents ou représentants légaux donneront aussi par écrit leur accord à ce que vous participiez à cette étude.

Pour mener à bien cette étude nous avons besoin de votre collaboration. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à cette étude qui s'annonce intéressante. Les retombées de cette étude seront importantes pour tous les secteurs des services de la santé et de l'éducation et pour la communauté immigrante.

Personnes à contacter: N'hésitez pas à nous contacter si vous avez besoin de plus d'informations, si vous avez des questions par rapport à votre participation et pour confirmer votre intérêt à participer.

Assumpta Ndengeyingoma, B.sc.inf, Étudiante en maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais

Tél: (613) 745 10 49 Assumpta.ndengeyingoma@uqo.ca Appendice F

Formulaire de consentement



Département des sciences infirmières

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À UN PROJET D'ÉTUDE

PRÉADOLESCENCE ET IMMIGRATION, DEUX TRANSITIONS À ACCOMPAGNER : IDENTIFICATION DES FACTEURS FAVORISANT LA RÉSILIENCE. CODE #

Ce projet d'étude sera réalisé par Assumpta Ndengeyingoma, B.sc.inf, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais (UQO) (613-745 1049), sous la supervision de sa directrice d'essai Dr Francine de Montigny (819-595 3900) et de sa codirectrice Fanny Robichaud, professeures à l'UQO.

TITRE DE PROJET: Préadolescence et immigration, deux transitions à accompagner: identification des facteurs qui influencent la résilience.

OBJECTIFS: - Comprendre l'expérience des préadolescents lors du processus d'immigration;

- Décrire la signification de l'expérience d'être en santé chez les préadolescents immigrants;
- Identifier les facteurs personnels, familiaux et environnementaux qui influencent la résilience, c'est-à-dire la capacité de traverser les évènements significatifs tout en restant en santé.

TÂCHE: Afin de participer à la réalisation des objectifs de ce projet, nous comprenons que l'enfant doit participer à une entrevue, d'une durée d'environ quarante cinq minutes, qui sera réalisée à son domicile en fonction de ses disponibilités, dans une pièce où nous ne serons pas présents. Dans la mesure où le milieu familial ne se prête pas à l'entrevue, le local de recherche en sciences infirmières se situant dans les locaux de l'Université du Québec en Outaouais sera utilisé. Au cours de cette entrevue l'investigatrice sollicitera les points de vue de notre enfant sur son expérience d'être immigrant. Cette entrevue sera enregistrée sur une bande magnétique audio.

LIBERTÉ DE PARTICIPATION ET LIBERTÉ DE RETRAIT

Nous reconnaissons que la participation à ce projet est tout à fait volontaire. Nous savons que l'enfant est libre de participer à ce projet, qu'il demeure libre de se retirer de ce projet par avis verbal à tout moment de son choix, sans avoir à se justifier et sans préjudice. Il est libre de ne pas répondre aux questions qui le mettraient mal à l'aise. Nous savons que notre consentement comme parent ou représentant légal est nécessaire, ainsi que celui de notre enfant.

BÉNÉFICES

La participation gratuite à ce projet entraîne des bénéfices pour notre enfant et pour la société tels que :

le fait d'avoir l'occasion d'exprimer son expérience d'être immigrant;

- le fait de comprendre les facteurs qui ont une influence sur son expérience, ce qui pourra aider les nouveaux arrivants à mieux vivre l'expérience d'être immigrant.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Il nous a été expliqué que la participation à ce projet comporte un risque minimal pour notre enfant. En effet, un inconfort passager lié à sa participation pourrait être ressenti, du fait d'invoquer certains souvenirs (colère, tristesse, découragement). Si cela arrive, nous savons qu'il doit en parler avec l'investigatrice pour qu'elle lui apporte le soutien nécessaire sous forme d'information sur les ressources telles que le CLSC, l'école. L'entrevue pourra être arrêtée en tout temps si l'enfant est inconfortable.

CONFIDENTIALITÉ

Nous comprenons que les renseignements obtenus sur l'enfant dans le cadre de ce projet resteront confidentiels. Un numéro de code lui sera assigné afin de ne permettre à personne, en dehors de l'investigatrice, de l'identifier. Le matériel d'entrevue et les questionnaires seront gardés dans un classeur verrouillé pour une durée de cinq ans avant d'être détruits. Les transcriptions d'entrevue seront rendues anonymes.

En cas de retrait, le matériel d'entrevue et les questionnaires seront détruits. Ainsi, les informations recueillies ne seront pas utilisées dans le projet.

PERSONNE À CONTACTER

Si vous désirez plus de renseignements au sujet de ce projet, si l'enfant désire se retirer de ce projet ou s'il éprouve des difficultés ou malaises liés à sa participation à ce projet, vous pouvez contacter les personnes identifiées à la fin de ce formulaire.

Ce projet a été vu et approuvé par le comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais. Si vous désirez des renseignements supplémentaires concernant la question éthique, vous pouvez vous référer au président du comité éthique de la recherche Monsieur André Durivage (819)-595 3900, poste 1781.

CONSENTEMENT DU PARENT OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM DE LA MÈRE	SIGNATURE	DATE
NOM DU PÈRE	SIGNATURE	DATE
NOM DU REPRÉSENTANT DE L'AUTORITÉ PARENT	SIGNATURE ALE	DATE

CONSENTEMENT DU PRÉADOLESCENT

J'ai lu ou je me suis fait expliquer ces renseignements sur ce projet. La nature du projet et sa procédure m'ont été expliquées. J'ai reçu l'information verbalement sur la nature du génogramme et l'écocarte. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai reçu des réponses satisfaisantes. On m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à l'enregistrement audio de l'entrevue.

NOM	SIGNATURE	DATE
NOM	SIGI VIII OIL	

FORMULE D'ENGAGEMENT DE L'INVESTIGATRICE

Je certifie avoir expliqué aux signataires les termes du présent formulaire de consentement qui comporte deux copies dont une est remise aux participants, avoir répondu aux questions qu'ils m'ont posées à cet égard, leur avoir clairement indiqué que le participant reste à tout moment libre de mettre un terme à sa collaboration au présent projet d'étude.

NOM	SIGNATURE	DATE
		1.0